



Facultad de Farmacia

Escuela de Química y Farmacia

“PATRONES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES EN
MUJERES QUE LOS ADQUIEREN EN UNA FARMACIA COMUNITARIA DE
QUILPUÉ”

Internado para optar al Título de Químico Farmacéutico

Falon Soo Ellen Arias Durán

DIRECTOR DE INTERNADO:

QF. WALDO VERGARA HERRERO

CO-DIRECTOR DE INTERNADO:

QF. CAROLINA CARVAJAL MATUS

2014

DEDICATORIA

Con mucho cariño, amor y gratitud dedico este trabajo a todos quienes confiaron y creyeron en mí, en particular a mis padres, Verónica y Victor, que con su amor incondicional me apoyaron y alentaron en este difícil proceso.

A mis amores, mis personas favoritas, Nicolás y Santiago, por ser mi motor e impulsarme a lograr uno de mis más anhelados sueños.

INDICE

DEDICATORIA	i
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCION	1
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 General.....	17
2.2 Específicos	17
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
3.1 Diseño de la investigación	19
3.2 Población en estudio	19
3.2.1 Criterios de inclusión	19
3.2.2 Criterios de exclusión	20
3.3 Lugar y período de estudio	20
3.4 Ficha de recolección de la información.....	21
3.5 Definición de las variables	21
3.5.1 Variable dependiente: nivel de conocimiento	21
3.5.2 Variables independientes	23
3.6 Procedimiento para la obtención de información	24
3.7 Análisis de datos.....	26
3.8 Consideraciones éticas.....	26
4. RESULTADOS.....	27
4.1 ANÁLISIS DEL MARCO MUESTRAL.....	27
4.2 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	28

4.2.1	Rango etario de la población	28
4.2.2	Estado civil de la muestra.....	29
4.2.3	Ocupación de la población	29
4.2.4	Grupo socioeconómico (GSE) de la muestra	30
4.2.5	Nivel de escolaridad	32
4.2.6	Procedencia de la muestra.....	32
4.2.7	Número de hijos	33
4.2.8	Edad de inicio de relaciones sexuales.....	34
4.3	IDENTIFICACIÓN DE LA TERAPIA CON ANTICONCEPTIVOS ORALES..	36
4.3.1	Anticonceptivos orales según asociación hormonal	36
4.3.2	Razón de uso de ACO's	37
4.4	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA TERAPIA ANTICONCEPTIVA ORAL .	38
4.4.1	Prevalencia del conocimiento	38
4.4.2	Posibles factores que intervienen en el nivel de conocimiento.....	40
4.5	POSIBLES FACTORES DE RIESGO EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS	45
4.5.1	Hábito tabáquico	45
4.5.2	Medicamentos de uso concomitante	45
4.5.3	Comorbilidades u otros trastornos durante el uso de ACO's.....	47
4.5.4	Recomendación del anticonceptivo oral	48
4.5.5	Adquisición del anticonceptivo oral.....	49
4.5.6	Situación económica de la muestra.....	49
4.5.7	Falta de stock del anticonceptivo oral.....	50
4.5.8	Costo de los anticonceptivos orales	50

4.5.9 Efectos Adversos.....	51
4.6 Interacciones	52
5. DISCUSIÓN	53
6. CONCLUSIONES.....	76
7. REFERENCIAS.....	79
8. ANEXOS	85

RESUMEN

El correcto uso de métodos anticonceptivos (MAC) y el proceso reproductivo están influidos por factores culturales, sociales, políticos y económicos. Tanto la condición socio-demográfica de la mujer, sus aspectos afectivos y relacionales como acciones dependientes de otros sectores sociales influyen en el inicio, continuidad y uso apropiado de ellos. Los anticonceptivos hormonales orales (ACO's) continúan siendo el método más popular y ampliamente utilizado en la mayoría de los países, debido a lo anterior, el objetivo fue determinar patrones de uso de estos fármacos en mujeres que los adquieren en una farmacia comunitaria de Quilpué, indagando el grado de conocimiento de ellas y posibles factores de riesgo que impidan lograr sus objetivos terapéuticos, ejecutado mediante un diseño no controlado, cuantitativo, de corte transversal y descriptivo mediante la aplicación de una encuesta y entrevista a 132 usuarias, de ellas, el 72% correspondió a mujeres jóvenes solteras, grupo socioeconómico (GSE) medio C3 y de procedencia urbana con un 89%. Un 97% de los ACO's era monofásico y un 31,8% contenía drospirenona-etinilestradiol. El nivel de conocimiento fue medio 50% y bajo 47,7% observando una tendencia estadísticamente significativa entre éste y el nivel educativo y los ingresos. Se determinó una posible interacción, once contraindicaciones relativas y cinco absolutas, además de factores de riesgo añadidos para enfermedad cardiovascular (tabaco, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y migraña). Concluyendo que la dispensación del ACO en la farmacia comunitaria por el Químico Farmacéutico permite identificar posibles problemas relacionados al medicamento, de adherencia y continuidad, además es necesaria la educación sanitaria para aumentar su conocimiento en relación al uso correcto del método que está empleando.

ABSTRACT

The correct use of birth control (MAC) and the reproductive process are influenced by cultural, social, political and economic factors. Both the socio-demographic status of women, their emotional and relational factors as dependent actions of other social sectors influence the onset, continuity and proper use of them. Oral contraceptives (ACO's) continue to be the more popular and widely method used in most countries, due to the above, the objective was to determine patterns of use of these drugs in women who buy them in a community pharmacy of Quilpué, investigating the degree of knowledge of them and possible risk factors that impede achieve their therapeutic goals, executed by an uncontrolled design, quantitative and descriptive cross through the application of a survey and interviews with 132 users. A 72% of them were unmarried young women, socioeconomic group (GSE) average C3 and urban origin with 89%. A 97% of de ACO's were single and 31,8% contained drospirenone-ethinylestradiol. The average level of knowledge was 50% and 47,7% under observing a statistically significant between it and the educational level and income trend. A possible interaction, eleven relative contraindications and five absolute was determined, plus additional risk factors for cardiovascular disease (snuff, hypertension, hypercholesterolemia, diabetes mellitus and migraine). Concluding that the dispensation of the ACO's in the community pharmacy by the Chemical Pharmaceutical identifies potential issues related to medication adherence and continuity, plus health education is needed to increase their knowledge regarding the correct use of the method that are using.

1. INTRODUCCION

A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero tanto ellas como sus parejas no están utilizando anticoncepción. Existen variados motivos por los cuales no se ha resuelto dicha necesidad, ya sea porque los servicios e insumos todavía no se encuentran disponibles en todos los lugares, por el miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja, el temor a los efectos colaterales o el desconocimiento de las opciones anticonceptivas y su utilización constituyen las principales barreras en la adopción de un MAC (Organización Mundial de la Salud OMS, 2007).

Otros millones más de ellas fracasan en su planificación familiar por múltiples razones, entre las cuales están la falta de información clara de cómo emplear el método de manera correcta, y cuál de todos utilizar de acuerdo a sus necesidades, y además no contar con la suficiente información en relación con los efectos colaterales, y sin la seguridad plena de la continuidad de los suministros (OMS, 2007).

Dentro de los actuales desafíos en salud, tanto a nivel mundial como de país, el control de la fertilidad es crucial para el bienestar de las personas, en particular para las mujeres y fundamental para su autodeterminación (OMS, 2007).

Según las proyecciones demográficas, en Chile la población estimada al 30 de junio de 2010 supera los 17 millones de habitantes, de los cuales un 49,5%

corresponde a población masculina y 50,5% a la femenina (Instituto Nacional de Estadísticas INE, 2010a). En cuanto a la composición por edad, Chile se encuentra en una etapa avanzada de transición hacia el envejecimiento demográfico, siendo uno de los factores desencadenantes el descenso experimentado en la fecundidad (INE, 2010b).

El Índice de feminidad en Chile, muestra que existen 102 mujeres por cada cien hombres y ocho regiones con predominancia femenina, dentro de las cuales la Región de Valparaíso ocupa el tercer lugar (INE, 2010b).

En Chile, en la década de los 60' se mostraba un promedio levemente superior a 5 hijas e hijos por mujer, mientras que para el año 2008 la tasa global de fecundidad fue de 1,9 hijas e hijos promedio por mujer en edad fértil (15 a 49 años), siendo la Región de Valparaíso aquella que presentó el nivel de fecundidad más bajo en relación al nacional con 1,8 vástagos promedio por mujer en edad fértil (INE, 2010b).

La Tendencia de fecundidad en Chile se puede clasificar como: *fecundidad temprana* si en términos porcentuales el mayor aporte al número medio de hijos/as por mujer se observa en el rango etario de 20 a 24 años, *fecundidad tardía* si ocurre por la población femenina del grupo de edades de 25 a 29 años y *fecundidad dilatada* si el aporte porcentual a la fecundidad es similar en ambos tramos etarios. En el país, el aporte mayor a nivel de fecundidad está dado por la población femenina de 25 a 29 años con casi el 25% del total de fecundidad de mujeres en edad fértil (INE, 2010b).

Al analizar la mortalidad materna en Chile, se aprecia que en el año 1964 era muy elevada, con una tasa de 316 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, siendo el aborto la causa de alrededor del 40% de dichas muertes. Sin embargo, tanto la prevalencia de abortos en Chile como la tasa de mortalidad materna han ido en disminución llegando en el 2010 a una tasa de 2.4 por 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Chile MINSAL, 2012a).

Otro factor a considerar es la sexualidad en adolescentes, la cual es dinámica y también ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas. Según la 6° Encuesta Nacional de la Juventud, el 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual, con una edad de inicio promedio de 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentando un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, ya que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años. Este inicio precoz de la actividad sexual se relaciona con el embarazo adolescente, considerado una problemática social, que presenta como consecuencias, falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo(a) y su familia. El embarazo adolescente se ha vinculado a múltiples determinantes sociales, entre ellas están, el bajo nivel socioeconómico y de escolaridad, ausencia de proyectos de vida, así como también se ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, entre otras (MINSAL, 2012b).

Respecto del método de regulación de fecundidad en los grupos etarios menor de 15 años y de 15 a 19 años, el más empleado corresponde al método oral combinado con un 43% y 47% respectivamente, seguido del inyectable combinado (19,8% y 16% respectivamente) y en tercer lugar el implante con un 7,5% y 6,8% respectivamente. En relación con el empleo de preservativo masculino, el grupo de adolescentes de 15 a 19 años representan el 42% de quienes utilizan este método de regulación de fertilidad, seguido del grupo etario de 20 a 24 años con un 39% de uso. El tercer lugar lo ocupa el grupo etario de 35 a 44 años con un 11% y en últimos lugares están los de 45 a 54 años con un 5% y menores de 15 años con un 3% (MINSAL, 2012b).

Según el módulo de Planificación Familiar de la Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2001), el 52,4% de la población encuestada indica que ella o su pareja no emplean algún método para posponer el embarazo, el 16,7% indica utilizar DIU, el 15,5% usa píldoras y el 4,6% preservativo o condón. Para aquellos encuestados que señalaron no recurrir a ningún método anticonceptivo, el motivo principal fue por no necesitarlo (83,3%), seguido de un 3,7% y 2,2% que está embarazada o quiere quedar embarazada respectivamente. En el caso de los encuestados que utilizan métodos anticonceptivos, el porcentaje mayor lo obtuvo en un establecimiento público (53,5%), el segundo lugar con un 23,6% en un establecimiento o consulta privada y un 18% lo obtuvo en farmacias (INE, 2001).

La gran problemática que existe hoy en la sociedad ha derivado a que las políticas gubernamentales se orienten al control de la fertilidad, a la promoción e

información de métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva y a la planificación familiar. Ello implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital (MINSAL, 2011).

La planificación familiar (PF) permite a las personas alcanzar el número deseado de hijos y determinar el espaciamiento de los embarazos, a través del uso de MAC y el tratamiento de la infertilidad. La promoción de la PF, así como el acceso garantizado a los MAC preferidos por las mujeres y/o parejas, son esenciales para asegurar el bienestar y la autonomía femenina y el desarrollo de las comunidades (OMS, 2013).

Dentro de sus beneficios se encuentran la prevención de embarazos relacionados con riesgos para la salud, al retrasarlos en mujeres jóvenes con mayor peligro de problemas de salud y muerte por maternidad temprana, y prevenirlos entre mujeres de edad. Además, mediante la reducción del embarazo no deseado, la PF también reduce la necesidad de aborto inseguro y disminuye la mortalidad infantil. Otro de sus beneficios corresponde a la prevención del VIH-SIDA a través de la reducción de la transmisión vertical (de madre a hijo/a) y, en adición, la utilización del “doble método” (condón femenino o masculino) previene contra el embarazo no deseado y las ITS incluido el VIH. La PF promueve la autonomía y mejora la educación permitiendo a las personas tomar decisiones informadas acerca de su SS y SR, disminuye el embarazo adolescente y con ello las implicancias a largo plazo y además, permite retardar el crecimiento insostenible de la población junto

a los impactos negativos que de ello derivan (OMS, 2013). Es de vital importancia que la PF se encuentre ampliamente disponible y que sea de fácil acceso para cualquier persona sexualmente activa o que desee serlo. Dentro de todos aquellos profesionales de salud autorizados y/o capacitados para realizar PF, el Químico Farmacéutico (QF) como profesional de salud comunitario tiene la capacidad de ofrecer asesoramiento y algunos tipos de MAC como los de barrera (preservativo) (OMS, 2013).

La planificación familiar se ha practicado ampliamente a través del uso de los MAC, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos (Planned Parenthood, 2012). El *Papiro de Petri* egipcio de 1850 a.C. constituye el texto médico más antiguo en el cual se menciona la utilización de MAC, en él se recomendaba el uso de excremento de cocodrilo o la irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural (Díaz, 2014).

MAC se refiere a métodos o procedimientos que previenen un embarazo no deseado en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen logrando mejorar la salud reproductiva en la población. En la medida de lo posible, deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud, acorde a su situación de vida (Flórez, 2008) (MINSAL, 2010). Una forma de clasificarlos es según es anticoncepción hormonal y no hormonal. En los primeros, se encuentran MAC combinados de estrógeno y progestágeno (anticonceptivos hormonales orales (ACO's), inyectables mensuales, anillo vaginal y parche

transdérmico) y MAC de progestágeno solo (ACO's o minipíldora, progesterona inyectable e implantes subdérmicos de acción prolongada, anillo vaginal, anticonceptivos de emergencia o postcoitales). Para los segundos, están los métodos reversibles (dispositivos Intrauterinos (DIU), de barrera masculinos (condón de látex y poliuretano) y femeninos (diafragma, condón de poliuretano, capuchón cervical, esponja, espermicidas), método de la lactancia (MELA), métodos de abstinencia periódica según conocimiento de la fertilidad de la mujer (calendario, moco cervical, temperatura basal, sinotérmico)) y permanentes a través de los métodos de esterilización (anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina con la ligadura de trompas y masculina con la vasectomía) (MINSAL, 2010). La eficacia de la mayoría de ellos se muestra en el ANEXO 1.

El nacimiento de la “píldora anticonceptiva” se remonta a 1960 cuando recibía el permiso para ser dispensada y vendida explícitamente como anticonceptivo oral en los Estados Unidos. Conocida comercialmente como Enovid, se basaba en una combinación estro-progestínica en la cual se mezclaban 150 microgramos de mestranol y 10 miligramos de noretinodrel. Su origen deriva de un hecho fortuito ocurrido en las selvas tropicales de México cuando Russell Marker descubrió un proceso químico que transformaba la sapogenina diosgenina (esteroide vegetal) en progesterona. De aquí nace la posibilidad de sintetizar una sustancia similar a la progesterona capaz de interferir con el proceso cíclico de la ovulación y fecundación y que se podía administrar por vía oral. En Chile, en el año 1964 se

introdujo la píldora en el Servicio de Salud y en el mercado nacional con la posibilidad de adquirirla sin contar con receta médica (Galán, 2010).

La actividad anticonceptiva de naturaleza farmacológica se lleva a cabo, principalmente, con sustancias de carácter hormonal o antihormonal que llegan a modificar sustancialmente los mecanismos de ovulación, fecundación o implantación del huevo fecundado en la mujer e inhiben la espermatogénesis o modifican la actividad de los espermatozoides en el hombre (Flórez, 2008).

Según su composición hormonal pueden contener la asociación estrógeno-progestínica o ser de progestina sola. Además, según la concentración de dichas hormonas en el preparado, se pueden clasificar en monofásicos (dosificación fija y constante de ambas hormonas en todos los comprimidos), bifásicos (durante los primeros 10 – 14 días se administra un estrógeno solo o asociado a pequeñas dosis de gestágeno, para los días restantes, hasta completar las tres semanas, se mantiene la dosis de estrógeno pero se aumenta la del progestágeno) y trifásico (dosis de estrógeno y gestágenos se administran de distinta forma en los períodos inicial, medio y final del tratamiento). Finalmente, la forma unitaria corresponde a aquella que contiene gestágeno solo y que se administra de forma diaria por vía oral (Flórez, 2008).

En general, están disponibles en envases de 21 píldoras que se ingieren en días consecutivos, con un descanso de 7 días entre cada envase. También hay envases de 28 comprimidos, de los cuales 21 contienen hormonas y 7 corresponden a placebo, hierro o vitaminas, que se ingieren en la semana de

descanso. Aquellas modalidades con dosis más bajas de esteroides, tienen una ventana de descanso más corta para evitar crecimiento folicular durante esos días (MINSAL, 2010).

La principal consecuencia de la administración de estrógeno y gestágeno durante el ciclo menstrual es la supresión de la ovulación, la cual se debe a la acción conjunta en la función hipotálmica-hipofisiaria, ovárica y tubo-endometrio-vaginal (Borrego y Pérez, 2003) (Flórez, 2008). El estrógeno inhibe la hormona folículo estimulante (FSH), suprimiendo así el desarrollo y crecimiento folicular (foliculogénesis), además, estabiliza el endometrio ayudando al gestágeno a mantener el control del ciclo, evitando la aparición de hemorragias y manchados. Por su parte, el gestágeno suprime la secreción de hormona luteinizante (LH) y su característico pico pre-ovulatorio a mitad del ciclo, impidiendo la ovulación. También, produce un engrosamiento de la mucosa cervical perturbando la penetrabilidad y motilidad del espermatozoide impidiendo la fecundación. En conjunto, inhiben la secreción endógena de estradiol y progesterona y el desequilibrio hormonal provocado por el anticonceptivo altera el endometrio, provocando atrofia glandular que impide la anidación del óvulo fecundado y modifica además la motilidad de las trompas (Borrego y Pérez, 2003) (Flórez, 2008).

Los ACO's de progestina sola tienen un mecanismo de mayor complejidad y no siempre previsible, ya que, a su acción gestágena, se pueden agregar acciones estrogénicas, antiestrogénicas y androgénicas que afectan tanto a nivel

hipotalámico-hipofisiario, como a ovárico y uterocervical. En general, su mecanismo de acción, está dado por la modificación que ejercen en el endometrio atrofiándolo e impidiendo la anidación del óvulo si es fecundado, y a nivel de la secreción de la mucosidad cervical (Flórez, 2008).

Al prescribir los ACO's, es necesario realizar asesoramiento tanto en el inicio de la prescripción como durante su utilización, siendo esencial aclarar las dudas de uso, informar acerca de cómo actúan y la necesidad de usarlos eficazmente, es necesario informar de los posibles efectos indeseados iniciales y como proceder ante olvido de píldoras (Sánchez-Caro y Abellán, 2010) (Borrego y Pérez, 2003). Las indicaciones que se entregan acerca del uso de los MAC en Chile, se basan en dos documentos de la OMS: Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos y Criterios médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (ANEXO 2). Los primeros proporcionan orientación acerca de cómo usar MAC de manera segura y eficaz una vez que se consideran medicamento apropiados y, los segundos, orientan acerca de quiénes pueden usar MAC de manera segura (MINSAL, 2010).

La consecuencia más evidente del uso es la acción anticonceptiva, sin embargo, existen beneficios no contraceptivos tan importantes que algunas mujeres los buscan al momento de escoger su ACO. Ellos son reducción importante del riesgo de presentar cáncer de endometrio y ovario, así como también de embarazo ectópico, reducción y regulación de sangrados uterinos y de anemia ferropriva, alivio de la dismenorrea y de síntomas premenstruales, disminución del riesgo de

presentar quistes ováricos funcionales, disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, disminución del riesgo de pérdida de densidad ósea, reducción del riesgo de desarrollar fibromas uterinos (MINSAL, 2010) (OMS, 2007). Además, disminuyen la incidencia de adenomas benignos y de enfermedad fibroquística de mama, así como también, disminuyen el hirsutismo y el acné (Flórez, 2008) (Borrego y Pérez, 2003).

Los problemas por efectos colaterales afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los ACO (OMS, 2007). Puesto que las dosis son supra fisiológicas, provocan numerosas modificaciones metabólicas que en algunos casos, son graves. La mayoría de ellas al parecer se deben a los estrógenos, por lo que se ha puesto especial interés en reducir al mínimo la dosis de estrógeno, analizar las condiciones fisiopatológicas en las que el estrógeno presenta mayor riesgo de originar complicaciones, utilizar cada vez más los gestágenos sin actividad androgénica e incrementar la utilización de otros MAC. Con todo ello parece que ha disminuido la incidencia de complicaciones graves (Flórez, 2008).

Los efectos adversos menores, son los más frecuentes y menos graves, sin embargo, pueden causar malestar, afectar la vida sexual de la mujer, creando pérdida de confianza en el método y con ello abandono (MINSAL, 2010) (Borrego y Pérez, 2003). Es importante destacar que muchos de ellos se presentan en el inicio del tratamiento, pero desaparecen en los primeros meses de utilización. Las cefaleas responden a la supresión del intervalo libre de píldoras, aquellas que empeoren o aparezcan con el uso de ACO deben ser evaluadas y se debe

considerar el cambio de preparado (OMS, 2007). En el caso de las náuseas, ellas son estrógeno dependientes y están sujetas a predisposición individual, las que se experimentan al inicio de la anticoncepción irán decreciendo con el uso de la píldora (dos a tres meses), en este caso, se sugiere cambiar el horario de la ingesta o asociarlo con las comidas y si aparecen luego de comenzar un nuevo envase, considerar uso prolongado. Si llegan a vómitos puede afectar la eficacia anticonceptiva, en el caso que ocurra entre las 2 horas de ingestión se debe ingerir otra píldora (Borrego y Pérez, 2003). La mastalgia o dolorimiento mamario es transitoria, si persiste se recomienda cambio de ACO a un preparado de dosis menor o con un gestágeno diferente. El sangrado irregular es presentado por muchas mujeres, puede ser causado también por omisión de píldoras, ingesta a distinta hora cada día, vómitos y diarrea o uso concomitante de anticonvulsivantes o rifampicina (OMS, 2007). Algunas mujeres que utilizan ACO dejan de tener menstruación (amenorrea) lo cual puede generar ansiedad por el temor a embarazo, sin embargo, no es necesario sangrar todos los meses y, a veces, una pequeña mancha en la prenda interior puede no ser considerada por la usuaria como menstruación. Puede presentarse, al igual que en el embarazo, cloasma (manchas faciales) en algunas mujeres. Finalmente, algunas mujeres señalan presentar cambios de peso, de humor y del deseo sexual, sin embargo, no existe evidencia científica que lo avale. Los efectos adversos severos o mayores están asociados, principalmente, a las complicaciones cardiovasculares. Los ACO elevan 2-3 veces el riesgo relativo de enfermedad isquémica del miocardio, el cual aumenta con la edad, el tabaco, la

diabetes y la hiperlipoproteinemia, por lo que no están aconsejados en mayores de 40 años o de 35 años fumadoras. También, el riesgo relativo de accidentes cerebrovasculares se ve aumentado, particularmente, en mujeres de edad avanzada, fumadoras y con hipertensión arterial (HTA), dicho riesgo guarda relación con la dosis estrogénica y, probablemente, con la de progesterona. Para ambos casos, la presencia de factores de riesgo juega un papel determinante en la incidencia, por lo que la eliminación de ellos podría reducirla a valores similares al de resto de la población. (MINSAL, 2010) (Flórez, 2008).

Finalmente, pueden incrementar la concentración de colesterol en la bilis y provocar colelitiasis y también provocar cambios metabólicos al alterar el metabolismo lipídico y de los carbohidratos. En este último caso, en algunas mujeres aparece intolerancia a la glucosa y cierto grado de resistencia a la insulina, que se pueden deber a la progesterona ya que también se ha observado con ACO's de progestina sola (MINSAL, 2010) (Flórez, 2008).

Las interacciones entre fármacos pueden causar alteraciones tanto farmacocinéticas como farmacodinámicas. Las primeras, alteran mecanismos de absorción, distribución, metabolismo o excreción del fármaco y pueden incrementar o disminuir la cantidad de esteroides circulantes, en cambio, las segundas se definen como el efecto directo de un determinado fármaco en la acción molecular, fisiológica o celular de otro. En el caso de los ACO's existen diferencias inter e intraindividuales en la farmacocinética tanto del componente estrogénico como del progestágeno, por lo tanto, la posibilidad de aparición de

una interacción farmacológica dependerá, en gran medida, de la susceptibilidad individual (Borrego y Pérez, 2003). Además, dada la tendencia a reducir al máximo la dosis de estrógeno para evitar sus complicaciones, aumenta el riesgo de que una interacción que disminuya los niveles plasmáticos reste eficacia al producto (Flórez, 2008). Las interacciones farmacológicas que pudiesen alterar la efectividad anticonceptiva se muestran en el ANEXO 3.

Existen situaciones que afectan la terapia anticonceptiva, su adherencia y/o continuación, entre las cuales se encuentran:

- **Omisión de píldora activa menor a 12 horas:** debe ingerir la píldora hormonal omitida lo antes posible y continuar con la siguiente píldora como lo realiza de manera habitual, una cada día, sin necesidad de protección anticonceptiva adicional (OMS, 2007).
- **Omisión de píldora activa mayor a 12 horas:** puede ingerir dos píldoras juntas y continuar al día siguiente de manera habitual, sin necesidad de protección anticonceptiva de respaldo (OMS, 2007).
- **Omisión de una o dos píldoras activas o comienzo de un nuevo envase con uno o dos días de retraso:** en este caso existe un bajo o ningún riesgo de embarazo, se recomienda ingerir una píldora hormonal lo antes posible (OMS, 2007).
- **Omisión de tres o más píldoras activas en la primera o segunda semana, o comienzo de un nuevo envase con tres o más días de retraso:** se recomienda consumir la píldora hormonal lo antes posible y utilizar protección

anticonceptiva adicional de respaldo durante los próximos siete días. Además, si tuvo sexo durante los últimos cinco días, considerar píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) (OMS, 2007).

- **Omisión de tres o más píldoras activas en la tercera semana:** se debe ingerir una píldora lo antes posible, terminar todas las píldoras activas del paquete y descartar las siete píldoras no hormonales comenzando un nuevo envase al día siguiente. Además, debe utilizar protección anticonceptiva adicional de respaldo durante siete días, y si tuvo sexo los últimos cinco días, considerar PAE (OMS, 2007).
- **Omisión de alguna píldora inactiva (no hormonales):** se debe descartar la píldora no hormonal omitida, continuar con la ingesta del ACO una por día y comenzar el nuevo envase de manera habitual (OMS, 2007).
- **Vómitos severos o diarrea:** en el caso de vómitos dentro de las dos horas de haber ingerido la píldora debe consumir otra píldora del paquete lo antes posible, y luego continuar con la ingesta de píldoras de forma habitual. Ante la presencia de vómitos o diarreas por dos días o más, seguir instrucciones para la omisión de una o dos píldoras activas (OMS, 2007).

Las situaciones de riesgo mencionadas anteriormente y el manejo de ellas, corresponde a píldoras omitidas con 30 a 35 µg de estrógeno. Para píldoras con 20 µg de estrógeno o menos, ante la omisión de una píldora deberán seguir instrucciones para la omisión de una o dos píldoras de 30 a 35 µg y en el caso de

omisión de dos o más píldoras, deberán seguir instrucciones para la omisión de tres o más píldoras de 30 a 35 µg de estrógeno (OMS, 2007).

En base a las problemáticas descritas como el embarazo adolescente, la mortalidad materna por aborto, el dinamismo y cambio que ha experimentado la sexualidad adolescente, el embarazo adolescente, que el 52,4% de la población sexualmente activa indica no utilizar algún método para posponer el embarazo, la prevalencia de ITS/VIH y debido a la necesidad de orientación e información que se desprende de la gran cantidad de consultas que surgen en la farmacia comunitaria relacionadas con los MAC, es que este estudio pretende determinar los patrones de uso de los anticonceptivos hormonales orales en mujeres que los adquieren en una farmacia comunitaria de la zona de Quilpué. Además, el presente trabajo busca definir el nivel de conocimiento y utilización que poseen las pacientes que los emplean, con el objetivo de conocer aquellos motivos y situaciones de riesgo que pueden afectar la terapia anticonceptiva, y así adquirir los instrumentos necesarios para colaborar como Químico Farmacéutico a la correcta utilización de MAC desde todas las aristas posibles, en pos de que cada una de las mujeres pueda gozar de una salud sexual y reproductiva total que les permita alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud acorde a su situación de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 General:

- 1.- Determinar patrones de uso de los anticonceptivos hormonales orales en mujeres que los adquieren en una farmacia comunitaria de Quilpué.

2.2 Específicos:

- 1.- Caracterizar socio-demográficamente a las usuarias que emplean anticonceptivos hormonales orales y que los adquieren en una farmacia comunitaria.
- 2.- Conocer la asociación hormonal utilizada con mayor frecuencia por las mujeres seleccionadas para el estudio.
- 3.- Determinar otros motivos por los cuales usan los anticonceptivos hormonales orales.
- 4.- Precisar el nivel de conocimiento que poseen las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales orales.

- 5.- Determinar posibles problemas potenciales (farmacológicos, de salud) o factores de riesgo relacionados con la terapia hormonal de este tipo de fármacos.
- 6.- Confeccionar material instructivo para reforzar el uso correcto de este grupo de fármacos.
- 7.- Capacitar a los auxiliares de la Farmacia comunitaria Cruz Verde 204 en relación al uso de estos medicamentos.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño de la investigación

Para el logro de los objetivos propuestos, este estudio se enmarca dentro de un diseño no controlado, cuantitativo, de corte transversal y descriptivo que se lleva a cabo mediante la aplicación de una encuesta y entrevista a cada uno de los pacientes que ingresan a la farmacia comunitaria CV 204 en busca de su terapia para anticoncepción.

3.2 Población en estudio

El universo está conformado por la totalidad de pacientes y usuarias que se encuentren en tratamiento con anticonceptivo, y concurren a la Farmacia Comunitaria Cruz Verde de Quilpué para adquirir o consultar por un anticonceptivo hormonal, con y sin receta médica y que acepten de manera voluntaria ser parte de la investigación.

3.2.1 Criterios de inclusión:

1. Toda mujer en tratamiento con anticonceptivo hormonal oral, automedicado o por prescripción médica, por primera vez o que tenga tiempo utilizándolos con el objetivo principal de control de natalidad.

2. Todas las usuarias que, aunque no adquirieran algún anticonceptivo en la farmacia comunitaria, consulten por uno de ellos como método de planificación familiar.
3. Todas aquellas pacientes que acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado. Para el caso de menores de edad, que se encuentren con un tutor mayor de edad a cargo.

3.2.2 Criterios de exclusión:

1. Aquellas pacientes que acudan en busca de un anticonceptivo hormonal para el tratamiento específico de alguna patología.
2. Pacientes que se encuentren en tratamiento con anticonceptivo oral menor a 1 mes.
3. Aquellas mujeres que acudan a la farmacia comunitaria en busca de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE).

3.3 Lugar y período de estudio

El internado se llevó a cabo en el local 204 de la Farmacia Comunitaria Cruz Verde ubicada en Avenida Freire #471 en la ciudad de Quilpué. El internado se inició el día 7 de enero y finalizó el 7 de julio, sin embargo, la recolección de los datos se realizó durante un período de 100 días, comprendido entre el 17 de febrero al 7 de julio de 2014.

3.4 Ficha de recolección de la información

Los datos y antecedentes recolectados se obtuvieron a través de una encuesta y entrevista constituida de preguntas de tipo cerradas (ANEXO 4), realizada a las pacientes y usuarias del local que calificaron con los criterios para participar. Debido a que es una entrevista directa cara a cara, se habilitó en el mesón de la farmacia un espacio que proporcionara comodidad y cierta privacidad a la entrevistada.

3.5 Definición de las variables

3.5.1 Variable dependiente: nivel de conocimiento

De la totalidad de la encuesta, trece preguntas fueron consideradas en la evaluación del nivel de conocimiento que se muestran a continuación:

- **Principios activos:** las usuarias debían nombrar la totalidad de los principios activos que componían el ACO que consumían en ese momento.
- **Interacciones:** se indagó en las participantes si conocían qué medicamentos afectan la eficacia del anticonceptivo y cuáles eran. Se consideraban como respuesta correcta antibióticos, anticonvulsivantes, antituberculoso (rifampicina), griseofulvina y vitamina C.
- **Precauciones ante interacciones:** se consideró correcta la utilización de protección anticonceptiva adicional ante el uso de los medicamentos nombrados en el ítem anterior.

- **Protección contra ITS:** la respuesta correcta en este ítem es que los ACO's no proporcionan protección contra ITS.
- **MAC adicional al ACO:** en este ítem se considera correcta la utilización de algún método anticonceptivo adicional tanto como un método de refuerzo para evitar el embarazo como para la protección contra ITS.
- **Día de inicio del ACO:** se consideró correcto el inicio de una caja de anticonceptivos desde el primer hasta el quinto día de sangrado menstrual.
- **Duración de tratamiento:** la necesidad de “descanso” de la ingesta del ACO de cualquier duración fue considerada incorrecta.
- **Regularidad en el consumo diario de la píldora:** se consideró como correctas las respuestas que indicaban ingerir cada día a la misma hora la píldora con un retraso máximo de dos horas.
- **Efectos adversos:** en este ítem se consultó si conocían los EA del ACO que consumían, considerando correctos náuseas, vómitos, sangrados intermenstruales, amenorrea, cefaleas, mastalgia y complicaciones cardiovasculares.
- **Forma de proceder ante olvido de una píldora:** se consideró como respuesta correcta a la ingesta del comprimido olvidado antes de transcurridas las 12 horas.
- **Modo de actuar en caso de diarreas:** en este ítem se considera correcto el consumo de otro comprimido y/o el uso de protección anticonceptiva adicional.

- **Modo de actuar en caso de vómitos:** se utilizan los mismos criterios que en el caso anterior.
- **Control óptimo con ginecólogo(a) o matró(a):** en este ítem se consideró correctas aquellas respuestas que indicaban asistir a lo menos una vez al año a control médico.

Finalmente, el grado de conocimiento se agrupó en tres niveles:

- **Alto:** se estableció con 10 – 13 respuestas correctas.
- **Medio:** se estableció con 6 – 9 respuestas correctas.
- **Bajo:** se estableció con 0 – 5 respuestas correctas.

3.5.2 Variables independientes

- **Edad:** se aceptan todas aquellas usuarias de edad entre 15 – 49 años.
- **Estado civil:** variable categorizada en soltera, casada y otro.
- **Ocupación:** variable clasificada en las categorías estudiante, trabaja dependiente, trabaja independiente, dueña de casa y jubilada.
- **Grupo socioeconómico (GSE):** según ingreso familiar promedio se clasifican en ABC1 (alto), C2 - C3 y D (medio) y E (bajo).
- **Nivel de escolaridad:** variable categorizada en sin escolaridad, enseñanza básica completa, enseñanza básica incompleta, enseñanza media completa, enseñanza media incompleta y estudios superiores.
- **Procedencia:** según la usuaria sea de procedencia urbana o rural.

- **Número de hijos:** se incluyen desde 0 a 5 hijos por usuaria.
- **Edad inicio de relaciones sexuales:** edad indicada por cada una de las participantes del estudio.

La encuesta aplicada abarcó los ítems siguientes:

- Perfil sociodemográfico (edad, ocupación, GSE, escolaridad, procedencia, estado civil, número de hijos, edad de inicio de relaciones sexuales).
- Hábitos de vida (hábito tabáquico).
- Comorbilidades y uso de otros medicamentos.
- Identificación y conocimiento de la terapia con anticonceptivo oral (identificación del P.a., razón de uso, inicio de la terapia, forma y período de administración, modo de actuar en situación de riesgo como olvido de una píldora, vómitos y diarrea, entre otros).
- Farmacia comunitaria y adquisición del anticonceptivo.

3.6 Procedimiento para la obtención de información

Previo a la recolección de datos, se efectuó tanto la validación externa como la interna de la encuesta aplicada. La validación interna consistió en la aplicación de la encuesta durante una semana a las pacientes en las dependencias de la Farmacia CV 204, con la finalidad de determinar problemas en la comprensión de las preguntas y corroborar si la encuesta entregaba los datos necesarios para la concreción de los objetivos propuestos. Por otro lado, la validación externa se ejecutó a través de la entrega de la encuesta a dos Químicos Farmacéuticos externos a la cadena de farmacia y a un Enfermero Matrón, los cuales analizaron

el instrumento de medición con el fin de observar si con él se lograba conseguir la información requerida por el estudio.

El procedimiento para la obtención de la información se detalla a continuación:

1. Cada vez que una paciente acuda a la Farmacia Comunitaria para adquirir o preguntar por algún anticonceptivo hormonal oral con o sin presentación de receta médica, con el objetivo principal de planificación familiar se invitará a ser parte de la investigación.

En caso de obtener una respuesta favorable se procede a la aplicación del consentimiento informado (ANEXO 5) y si la respuesta es negativa se dejara un registro con el motivo del rechazo.

2. Una vez firmado el consentimiento informado se aplica la encuesta consistente en preguntas de tipo cerradas que abarcan características sociales y demográficas, estilos de vida, identidad del principio activo y nombre comercial, características de la terapia, forma de proceder en condición de riesgo, interacciones farmacológicas, reacciones adversas y factores que relacionan la terapia farmacológica y la farmacia comunitaria.
3. Todas las consultas que realice la paciente se responden y de acuerdo a las respuestas de la encuesta se entregan las recomendaciones adecuadas para que la terapia anticonceptiva se lleve a cabo de manera correcta.

4. Al finalizar el estudio, se realizará una capacitación a los Auxiliares de la farmacias del uso de los ACO's y se dejará un folleto informativo (ANEXO 6) el cual podrá ser entregado cada vez estimen conveniente.

3.7 Análisis de datos

El procesamiento, tabulación y análisis estadístico de los datos se ejecutó a través del software Microsoft Excel 2010. Los parámetros estadísticos descriptivos fueron expresados en porcentaje, frecuencia, media, moda y desviación estándar, mientras que, para verificar la independencia de variables se utilizó la prueba del Chi-cuadrado de Pearson, el grado de libertad (gl) y el nivel de significación por medio de probabilidad (p). El cálculo de la prueba de bondad chi cuadrado se realizó mediante la página web en línea VassarStats, además de la tabla de distribución de Chi cuadrado, la que establece el valor esperado de éste de acuerdo con los grados de libertad.

3.8 Consideraciones éticas

Las pacientes que participaron fueron previamente informadas de los objetivos del trabajo y accedieron voluntariamente a participar mediante la firma del consentimiento informado. Para aquellas pacientes menores de edad fue el tutor o adulto a cargo quien firmó el consentimiento.

4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DEL MARCO MUESTRAL

Durante un período de 100 días, comprendido entre el 17 de febrero y el 7 de julio de 2014, el número de personas consultadas e invitadas a participar se detalla en la tabla siguiente.

Tabla 1: Distribución de la población

Análisis del Marco Muestral	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Encuestados	132	49,3
No Encuestados	136	50,7
Total	268	100

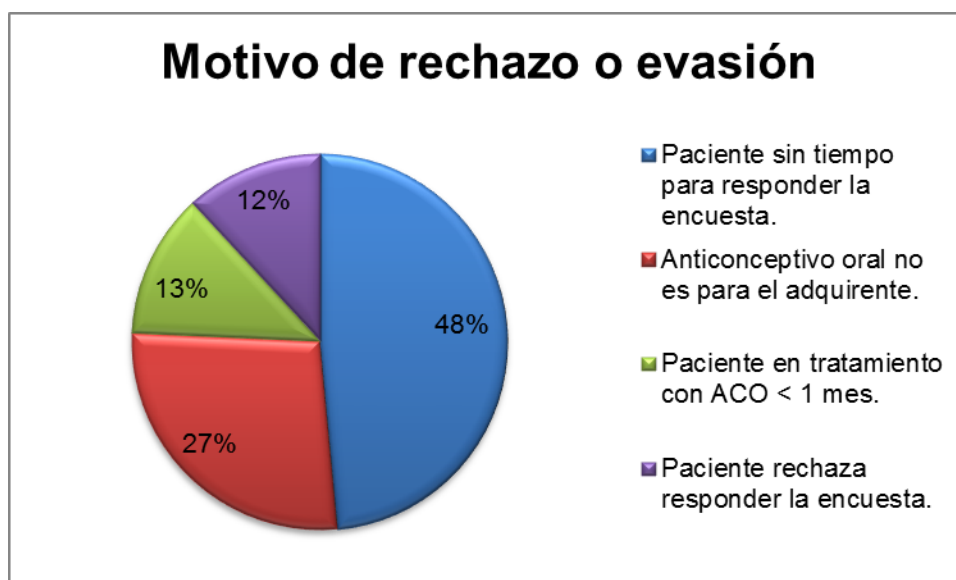


Figura 1: Motivo de rechazo o evasión a participar (n=136)

En la figura se desglosan los motivos de rechazo o evasión para participar de las personas contactadas.

4.2 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

4.2.1 Rango etario de la población

Tabla 2: Distribución de la población según rango etario

Rangos de Edad (años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
15 - 25	59	44,7
26 - 36	50	37,9
37 - 48	23	17,4
Total	132	100

La totalidad de la muestra corresponde al género femenino. De acuerdo a la tabla anterior, el rango etario va desde un mínimo de 15 y un máximo de 48 años, al precisar la moda en esta serie de datos se obtiene como valor la edad de 24 años y un promedio de $28,5 \pm 8,1$ años. Además, se aprecia que el rango etario con mayor frecuencia de uso de anticonceptivos hormonales orales es de mujeres jóvenes de 15 a 25 años y en menor proporción en el intervalo de 37 a 48 años.

4.2.2 Estado civil de la muestra

Tabla 3: Distribución de la población según estado civil

Estado Civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltera	95	72
Casada	32	24,2
Otro	5	3,8
Total	132	100

La clasificación de las personas que acudieron a la farmacia comunitaria en busca de un anticonceptivo hormonal oral según su estado civil se muestra en la tabla anterior. En ella se aprecia que el mayor porcentaje de pacientes corresponde a mujeres solteras, mientras que en menor cantidad se ubican con otra condición civil, ya sea casada, separada o divorciada.

4.2.3 Ocupación de la población

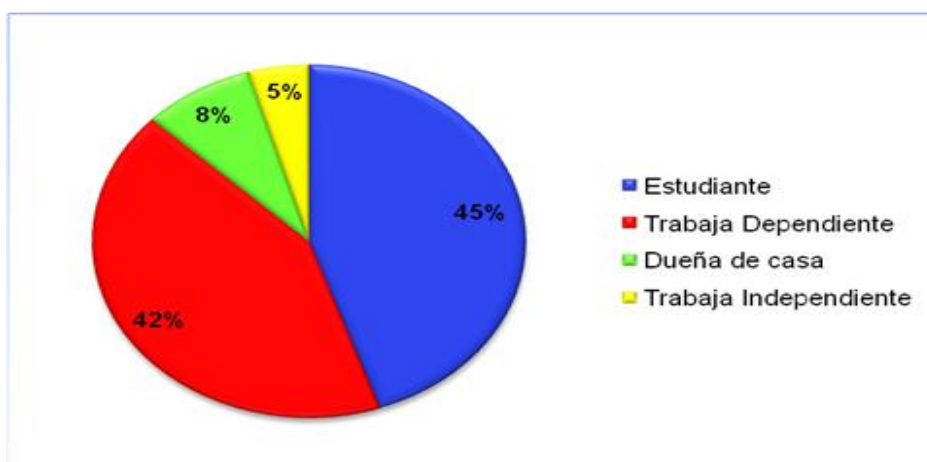


Figura 2: Ocupación de la población (n=132)

La figura precedente, muestra la distribución porcentual de la población según su actividad laboral, observando que de la totalidad de ellas, el mayor porcentaje corresponde a estudiantes (45%), mientras que el menor fue para trabajadoras independientes (5%).

4.2.4 Grupo socioeconómico (GSE) de la muestra

La estratificación de acuerdo al nivel socioeconómico se realizó de acuerdo al ingreso familiar promedio descrito por cada una de las participantes, y para poder ubicarlas en los diferentes GSE se realizó de acuerdo con la tabla que se presenta a continuación.

Tabla 4: GSE según ingreso familiar promedio

GSE	Ingresos Promedio Familiar (\$)
ABC1 (Alto)	Desde 1.472.412
C2 (Medio alto)	Entre 797.631 - 1.472.411
C3 (Medio)	Entre 496.016 - 797.630
D (Medio bajo)	Entre 219.280 - 496.015
E (Bajo)	Hasta 219.278

Fuente: Mindshare Research MIDEPLAN (CASEN)

De acuerdo a lo descrito anteriormente, la clasificación según el GSE se presenta en la figura siguiente:

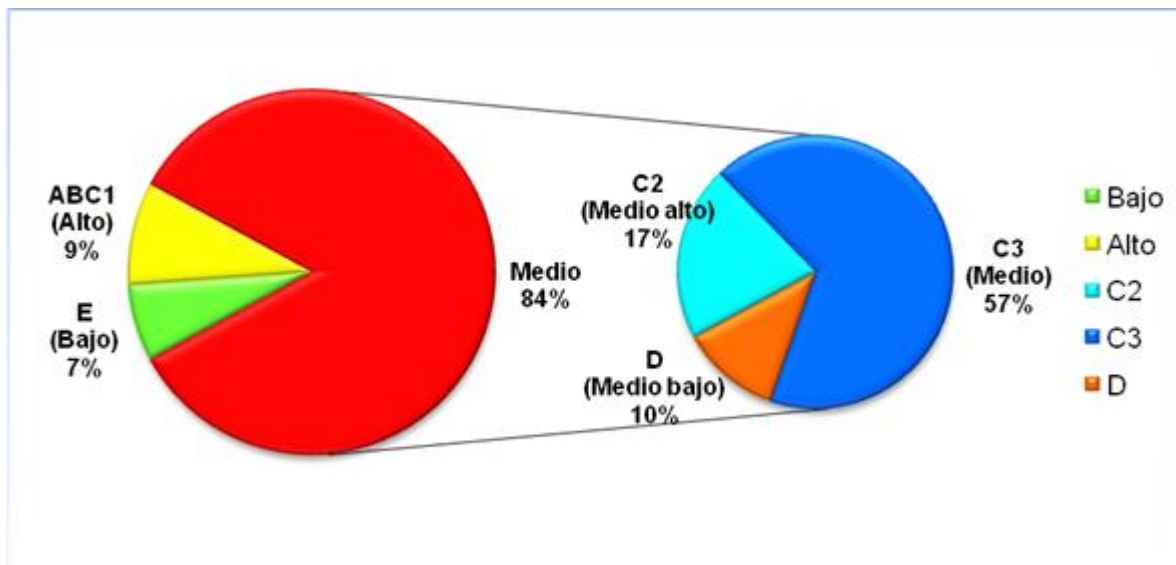


Figura 3: Clasificación según Grupo Socioeconómico (GSE) de acuerdo al ingreso familiar promedio (n=132)

Esta figura indica que las pacientes pertenecen principalmente al GSE Medio con una prevalencia del 84%, y con el menor porcentaje al GSE Bajo (E) con un 7%. Dentro del GSE Medio existen tres sub-clasificaciones; medio alto (C2), medio (C3) y medio bajo (D), en este caso la mayor prevalencia se ubica en el GSE medio C3 con un ingreso familiar promedio que oscila en el rango de \$496.016 a 797.630 pesos.

4.2.5 Nivel de escolaridad

Tabla 5: Distribución del nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estudios superiores	103	78
Enseñanza media completa	21	15,9
Enseñanza media incompleta	7	5,3
Enseñanza básica incompleta	1	0,8
Total	132	100

En la tabla precedente se muestra el nivel de escolaridad de las participantes, en donde el 78% exhiben estudios superiores ya sea técnico o universitario. En general, el 93,9% posee escolaridad obligatoria y tan sólo el 6,1% presenta escolaridad obligatoria incompleta.

4.2.6 Procedencia de la muestra

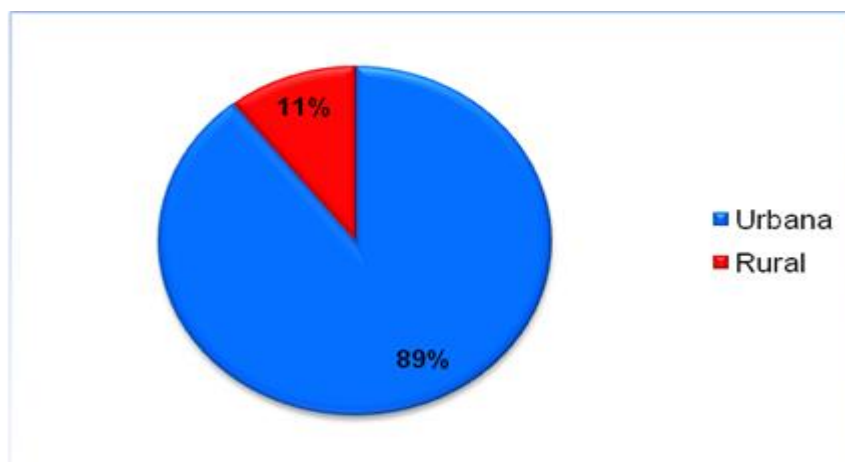


Figura 4: Procedencia de la población (n=132)

En la figura 4 se muestra la procedencia de las participantes, observando que el 89% de ellas (n=118) provienen de una zona urbana, mientras que el 11% (n=14) lo realiza de una zona rural.

4.2.7 Número de hijos

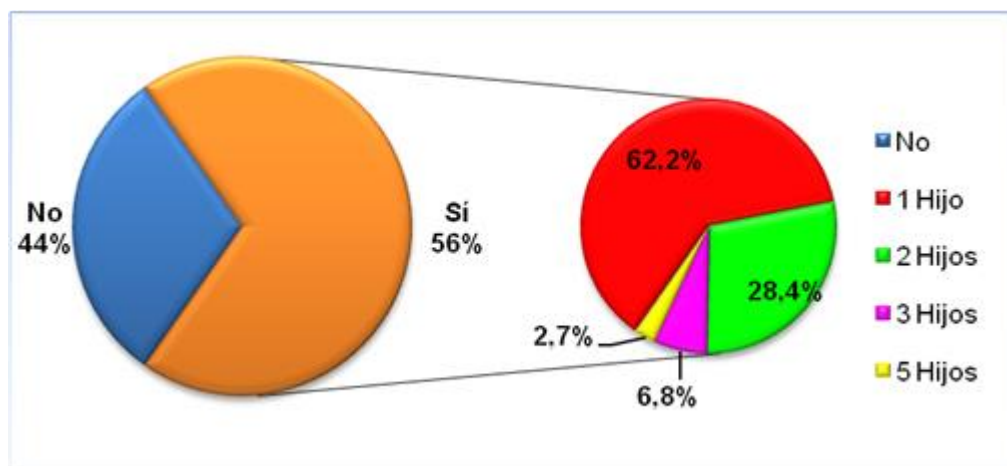


Figura 5: Distribución del número de hijos (n=132)

De acuerdo a la figura precedente, el 44% (n=58) no tiene hijos, y en el 56% (n=74) restante, el número de hijos mínimo es de 1, mientras que el máximo de 5 hijos. La moda corresponde a un sólo hijo y el número de hijos promedio por mujer es de $1,5 \pm 0,8$ hijos. En relación con el número de hijos según rango etario, se aprecia que el rango de edad de mujeres que presenta la mayor frecuencia en tener hijos es el de 26 a 36 años con una prevalencia de un 44,6%, mientras que la menor cantidad de mujeres que declaró tener hijos se ubican en el rango de 15 a 25 años con un 22,7%.

4.2.8 Edad de inicio de relaciones sexuales

La edad de comienzo de prácticas sexuales en la población muestra un promedio de $19,1 \pm 2,8$ años de edad, la moda aplicada en la totalidad de la muestra corresponde a 17 años, mientras que la edad mínima para iniciar esta práctica es de 13 años, y la máxima corresponde a 26 años de edad.

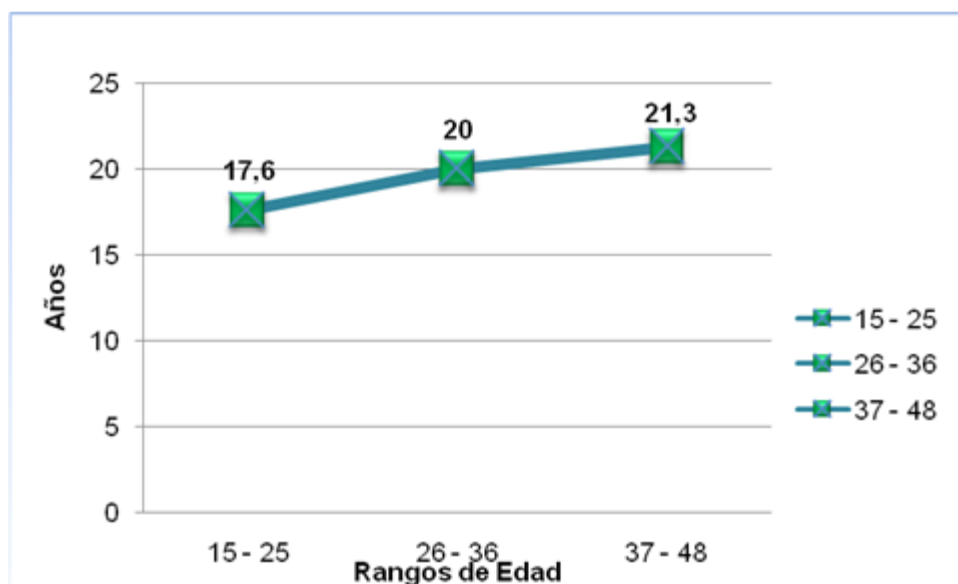


Figura 6: Edad de inicio de relaciones sexuales según rango etario (n=132)

La edad de inicio de prácticas sexuales según rangos de edad señala, que la menor edad promedio (17,6) para iniciar las relaciones sexuales se encuentra en el rango de 15 a 25 años, mientras que la mayor edad correspondiente a 21,3 años y se ubica en el rango etario de 37 a 48 años de edad.

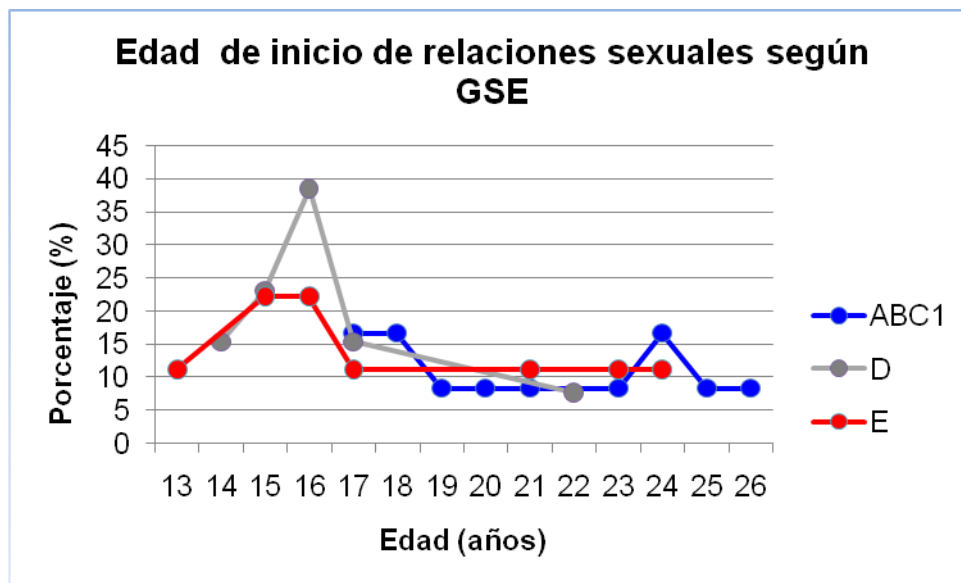


Figura 7: Edad de inicio de relaciones sexuales según GSE (n=132)

En la figura precedente se observa que la edad de inicio de relaciones sexuales varía según el GSE; en la muestra, la paciente con menor edad de inicio (13 años) se encuentra en el GSE más bajo (E), mientras que el GSE alto (ABC1) aporta los mayores porcentajes al rango de edades de 24 a 26 años. Además, se observa que a medida que disminuye el grupo socioeconómico, también sucede lo mismo con la edad de comienzo para esta práctica.

4.3 IDENTIFICACIÓN DE LA TERAPIA CON ANTICONCEPTIVOS ORALES

4.3.1 Anticonceptivos orales según asociación hormonal

La asociación hormonal se distribuye en primer lugar para Estrógenos + Progestágenos con un 93,9 % (n=124), seguido de un 6,1 % (n=8) solo para Progestágenos.

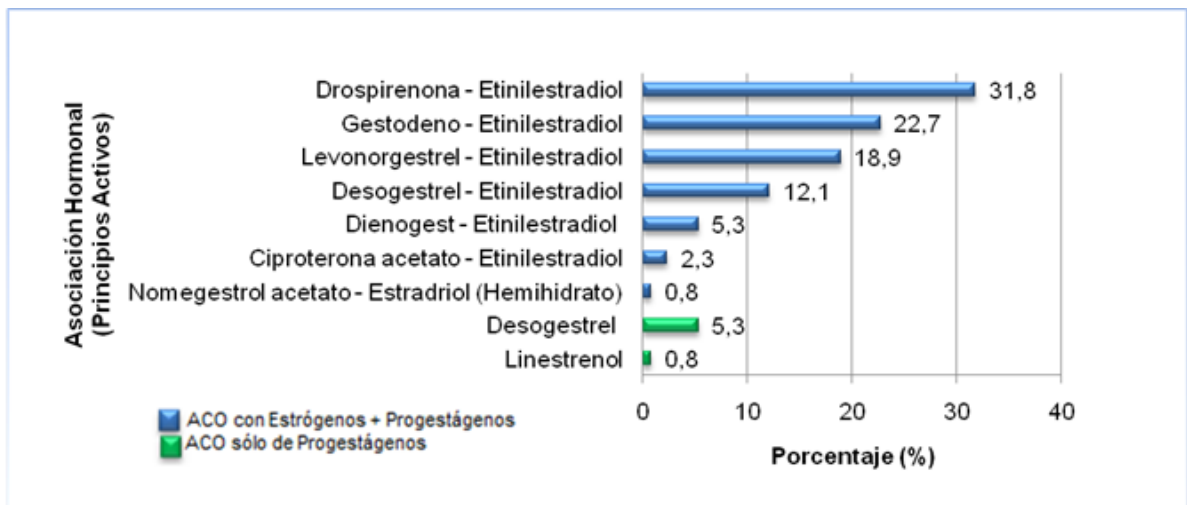


Figura 8: Distribución de la asociación hormonal según Pa (n=132)

En el gráfico precedente se aprecia la distribución porcentual de la asociación hormonal de los ACO's utilizados según su principio activo, observando que la asociación hormonal más empleada es aquella que contiene drospirenona y etinilestradiol con una prevalencia del 31,8% (n=42), mientras que la asociación estrógeno-progestínica menos utilizada corresponde a nomegestrol acetato y estradiol (hemihidrato) con una prevalencia del 0,8% (n=1).

De los anticonceptivos adquiridos, el 97% (n=128) es de tipo monofásico, seguido con un 2,2% (n=3) bifásico y con la menor prevalencia de 0,8% trifásico.

4.3.2 Razón de uso de ACO's

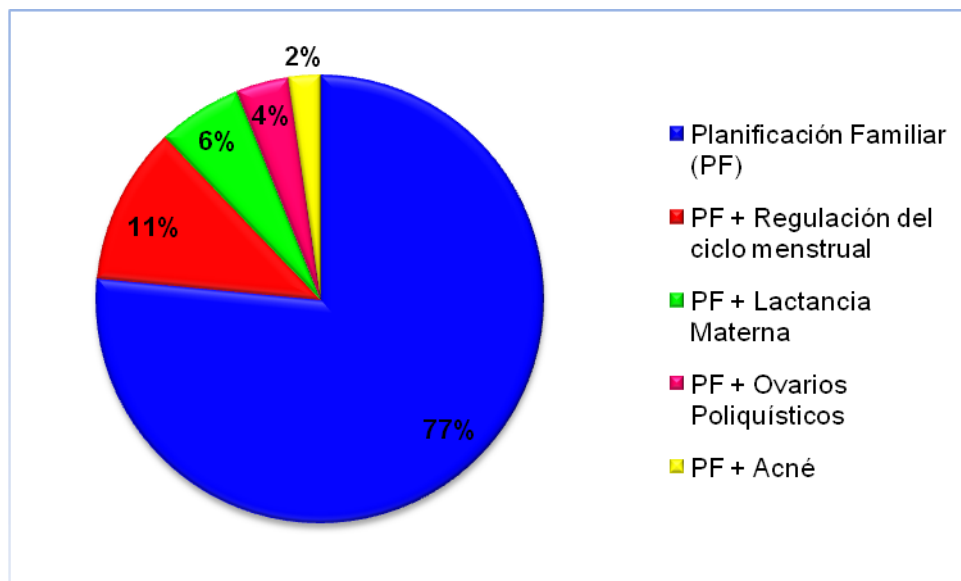


Figura 9: Razón de uso de anticonceptivos hormonales orales (n=132)

De acuerdo a la distribución de los motivos o razones de empleo de anticonceptivos hormonales orales obtenidos en la farmacia comunitaria se observa que el 100% de las mujeres lo utilizan principalmente para la planificación familiar (PF) y así evitar el embarazo, sin embargo algunas de ellas relataron otros motivos asociados. Si bien, el 77% (n=101) de las encuestadas lo utilizan exclusivamente como PF, los motivos asociados de mayor prevalencia corresponden a regulación del ciclo menstrual y lactancia materna con un 11% (n=15) y 6% (n=8) respectivamente, quedando en último lugar para el ovario poliquístico y acné con un 4% (n=5) y 2% (n=3) respectivamente.

4.4 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA TERAPIA ANTICONCEPTIVA ORAL

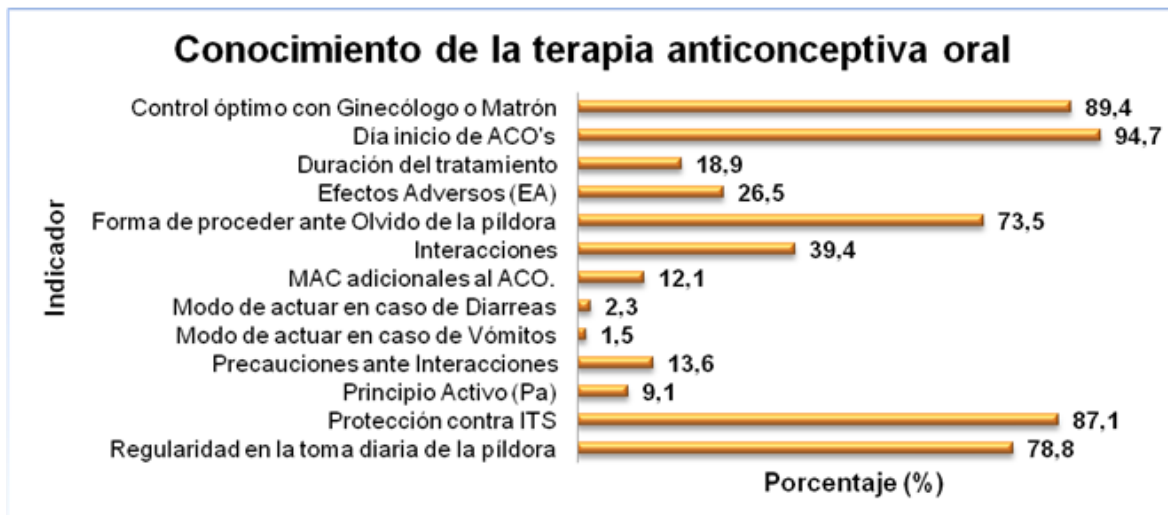
4.4.1 Prevalencia del conocimiento

En la encuesta se realizaron 13 preguntas orientadas a determinar el conocimiento de la terapia farmacológica con ACO's, estableciendo tres niveles de conocimiento: alto, medio y bajo según la cantidad de preguntas que las pacientes fueran capaces de responder correctamente. El nivel de conocimiento alto se estableció con 10 – 13 preguntas correctas, el nivel medio con 6 – 9 y el nivel bajo con 0 – 5 preguntas correctas. Los resultados obtenidos en este ítem se muestran en la figura siguiente.



Figura 10: Prevalencia del nivel de conocimiento (n=132)

A continuación se muestra, para cada indicador evaluado el porcentaje de conocimiento.



**Figura 11: Distribución de los indicadores de conocimiento evaluados
(n=132)**

De acuerdo con la figura anterior, los cuatro porcentajes mayores de conocimiento corresponden a: día en que inicia el tratamiento por primera vez con ACO's con un 94,7%, seguido del ítem control óptimo con ginecólogo(a) o matró(n)a con una prevalencia del 89,4%. En tercer lugar se encuentra protección de ACO's para ITS con un 87,1% y finalmente, el cuarto indicador corresponde a la regularidad en la ingesta diaria de la píldora con una prevalencia del 78,8%.

De las 13 preguntas evaluadas, 3 obtuvieron los porcentajes más pequeños correspondiendo a: modo de actuar en caso de vómitos con un 1,5%, modo de actuar en caso de diarreas con un 2,3% y conocimiento de los principios activos del ACO con un 9,1%.

4.4.2 Posibles factores que intervienen en el nivel de conocimiento

La relación entre rango etario y nivel de conocimiento se presenta en la tabla siguiente.

Tabla 6: Tendencia de nivel de conocimiento según rango etario

Rango etario (años)	Nivel de conocimiento			Total
	Alto	Medio	Bajo	
< 30	2	48	37	87
≥ 30	1	18	26	45
Total	3	66	63	132
Chi² = 2,81	gl = 2	p = 0,24		

De acuerdo a los valores obtenidos, la prueba de bondad de ajuste de chi cuadrado muestra que el valor calculado es menor que el teórico, por lo cual se puede afirmar con un 95 % de certeza que la variable del **rango etario es independiente del nivel de conocimiento de la terapia con ACO's**. Además, se corrobora con el nivel de significación obtenido que fue de: (p>0,05).

Tabla 7: Tendencia de nivel de conocimiento según GSE

GSE	Nivel de conocimiento			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Alto (ABC1)	2	7	3	12
Medio (C2 - C3 - D)	1	56	54	111
Bajo (E)	0	3	6	9
Total	3	66	63	132
Chi² = 14,73	gl = 4	p = 0,005		

En la tabla, se observa que el valor del chi cuadrado calculado es mayor al valor teórico, permitiendo afirmar con un 95% de confianza que el **nivel de conocimiento** respecto a la terapia para anticoncepción de esta población **depende del grupo socioeconómico al cual pertenecen**. Lo anterior se corrobora con el nivel de significación obtenido ($p < 0,05$) estableciendo que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 8: Tendencia de nivel de conocimiento según escolaridad

Escolaridad	Nivel de conocimiento			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Obligatoria completa	3	66	55	124
Obligatoria incompleta	0	0	8	8
Total	3	66	63	132
Chi² = 9,3	gl = 2	p = 0,009		

En la tabla, se aprecia que el valor del chi cuadrado calculado es mayor al valor teórico, permitiendo afirmar con un 95% de confianza que el **nivel de conocimiento respecto a la terapia para anticoncepción es dependiente de los años de escolaridad que tenga la muestra**. Lo anterior se corrobora con el nivel de significación obtenido ($p < 0,05$) estableciendo que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 9: Tendencia de nivel de conocimiento según procedencia

Procedencia	Nivel de conocimiento			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Rural	0	4	10	14
Urbana	3	62	53	118
Total	3	66	63	132
Chi² = 3,6	gl = 2	p = 0,16		

El nivel de conocimiento de la terapia con ACO's es independiente de la procedencia de la población estudiada. Lo anterior se evidencia al obtener un chi calculado menor al valor teórico y se corrobora con el valor de significancia $p > 0,05$, indicando que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 10: Tendencia de nivel de conocimiento según

tiempo en años de ACO's

Tiempo de uso (años)	Nivel de conocimiento			Total
	Alto	Medio	Bajo	
≤ 5	2	28	31	61
> 5	1	38	32	71
Total	3	66	63	132
Chi² = 1,11	gl = 2	p = 0,57		

La tabla exhibe un valor de chi cuadrado calculado menor al teórico, por lo cual con un 95% de seguridad se puede afirmar que el **nivel de conocimiento es**

independiente del tiempo de uso (años) de anticonceptivos orales. Además, de acuerdo al nivel de significancia obtenido ($p > 0,05$), se establece que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel conocimiento de la población estudiada y el tiempo de uso de la terapia hormonal.

4.5 POSIBLES FACTORES DE RIESGO EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

4.5.1 Hábito tabáquico

Al indagar en el hábito tabáquico, el 42,4% (n=56) presenta esta tendencia, mientras que el 57,6% (n=76) no fuma.

Del 42,4% de mujeres fumadoras la frecuencia mayor corresponde a <5 cigarrillos/día con un 71,4%, seguido de aquellas que fuman entre 6 a 10 cigarrillos diarios con un 19,6%, y finalmente sólo cinco pacientes fuman entre 11 a 20 cigarrillos/día con un 16%.

Tabla 11: Distribución del hábito tabáquico de usuarias de ACO's según rangos de edad

Rangos de Edad (años)	Frecuencia (n)	<5 cigarrillos/día	6-10 cigarrillos/día	11-20 cigarrillos/día
15 – 25	24	22	2	0
26 – 36	19	13	5	1
37 – 48	13	5	4	4
Total	56	40	11	5

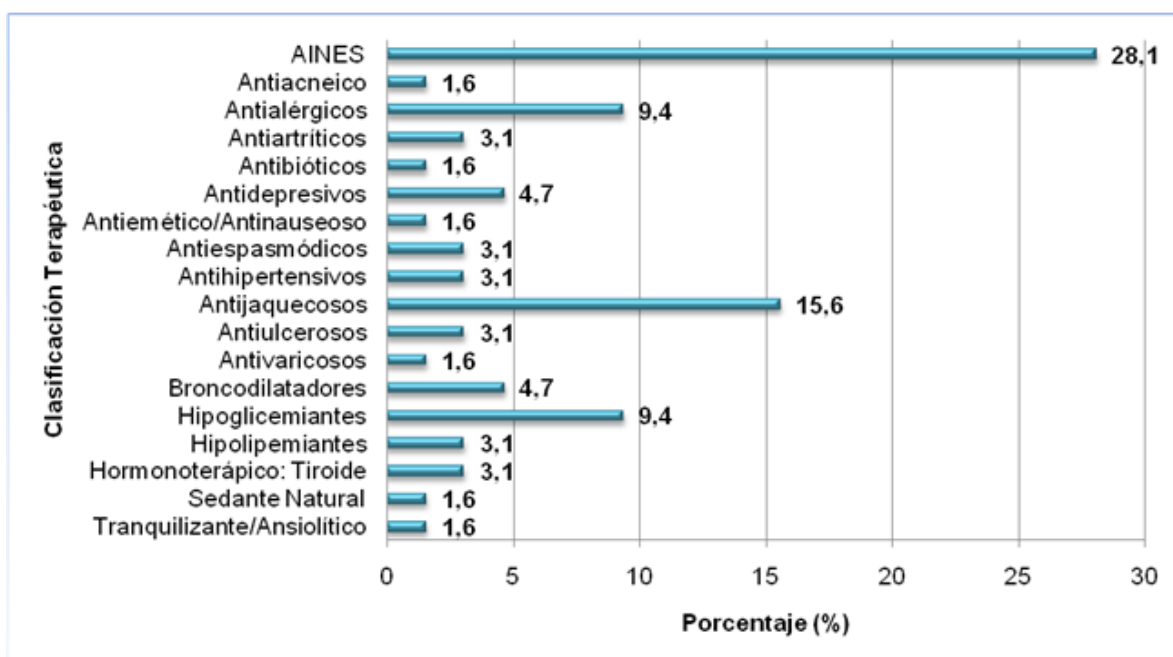
En relación con el hábito tabáquico se observa que la mayor frecuencia de consumo está entre los 15 – 25 años con un 42,9%, mientras que la menor frecuencia está entre 37 – 48 años con un 23,2%.

4.5.2 Medicamentos de uso concomitante

Tabla 12: Distribución de medicamentos adicionales a la terapia hormonal

Número de Medicamentos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sólo Anticonceptivo Oral	86	65,2
ACO + 1 medicamento	28	21,2
ACO + 2 medicamentos	18	13,6
Total	132	100

Las encuestadas declaran consumir con una prevalencia del 65,2% sólo el anticonceptivo oral, sin embargo, el 34,8% restante utiliza otros medicamentos de manera adicional. El escalamiento de los datos según el número de medicamentos adicionales a la terapia hormonal se muestra en la tabla anterior.



**Figura 12: Distribución de medicamentos adicionales a la terapia hormonal
(n=64)**

La gráfica precedente muestra que la clasificación terapéutica que más se utiliza de forma adicional a la terapia anticonceptiva corresponde a los AINES con un 28,1%, seguido con un 15,6% de antiplaquetarios y el tercer lugar lo comparten los antialérgicos e hipoglucemiantes con un 9,4% cada uno respectivamente.

4.5.3 Comorbilidades u otros trastornos durante el uso de ACO's

Tabla 13: Distribución de comorbilidades u otros trastornos

durante uso de ACO's

Comorbilidades u otros trastornos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0 Patologías	102	77,3
1 Patología	20	15,2
2 Patologías	9	6,8
3 Patologías	1	0,8
Total	132	100

En la tabla precedente, se aprecia que el 77,3% no posee ningún trastorno o comorbilidad durante la utilización de ACO's. Además, se muestra el escalamiento de los datos según el número de patologías asociadas a la terapia anticonceptiva oral.

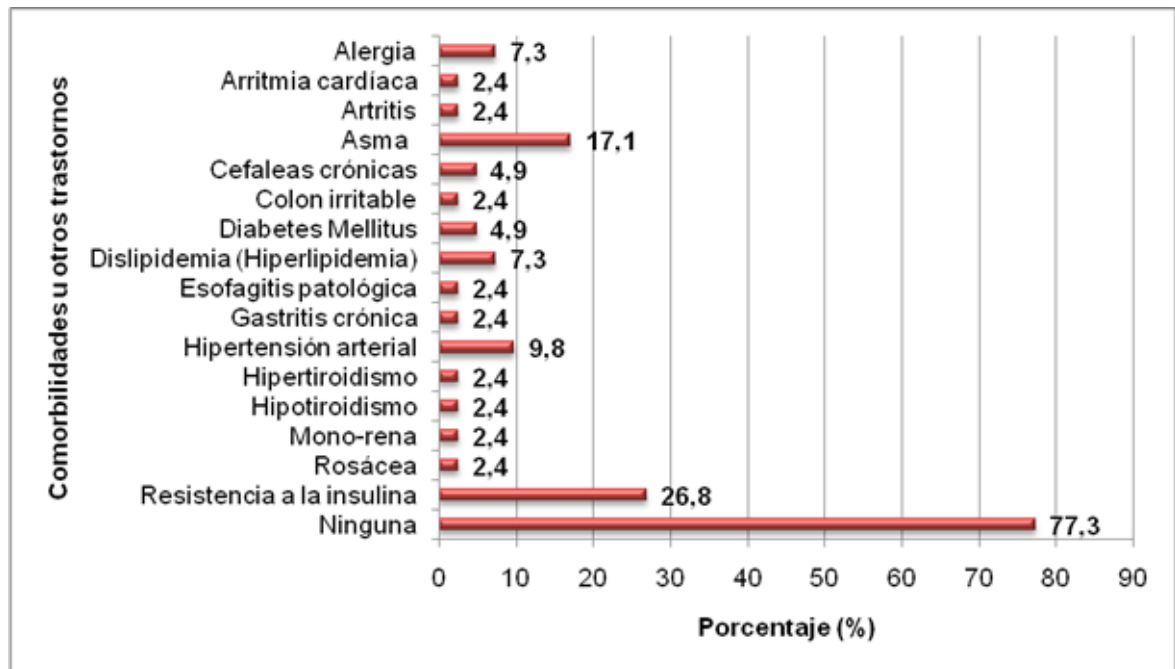


Figura 12: Distribución de comorbilidades u otros trastornos durante la terapia hormonal (n=132)

De acuerdo a la figura 12, las tres comorbilidades principales son resistencia a la insulina con un 26,8%, seguida de asma con un 17,1% e hipertensión arterial con un 9,8%.

4.5.4 Recomendación del anticonceptivo oral

Para 118 de las mujeres estudiadas, quién recomienda el anticonceptivo oral que empleaban en ese momento corresponde al ginecólogo(a) y matrn(a) con una prevalencia del 73% y 17% respectivamente. Para el resto de las mujeres fue, en orden decreciente, un amiga(o) con un 5%, familiar con un 3% y otro con un 2% correspondiente este último a ella misma con 2 casos y visitador médico con 1 caso.

4.5.5 Adquisición del anticonceptivo oral

En cuanto a la adquisición del anticonceptivo oral en la farmacia comunitaria, el 95,5% lo adquiere sin receta médica, mientras que sólo un 4,5% utiliza la receta al momento de solicitar su anticonceptivo oral.



Figura 13: Problemas en la adquisición del anticonceptivo oral (n=132)

De la totalidad de las encuestadas, el 73% (n=96) indica no haber sufrido ningún problema para la adquisición del ACO, sin embargo, un 27% (n=36) indica dificultades para adquirir el anticonceptivo oral en algún momento de su terapia hormonal, y los motivos se detallan en la figura precedente.

4.5.6 Situación económica de la muestra

Debido a dificultades económicas para la adquisición del anticonceptivo oral, el 47,7% señala solicitar cambio de ACO por una alternativa farmacéutica (iguales componentes) más económica, mientras que el 9,1% suspende el tratamiento, con

un 19,7% busca su anticonceptivo en otra farmacia comunitaria y un 23,5% acude al consultorio (APS).

4.5.7 Falta de stock del anticonceptivo oral

La falta de stock del anticonceptivo oral en la farmacia comunitaria fue el problema de mayor prevalencia descrito (17%) por las usuarias, del cual el 95,5% declara que la alternativa principal es buscarlo en otra farmacia comunitaria, mientras que la menor proporción la comparten: el cambio del ACO por una alternativa farmacéutica (iguales componentes), suspensión del tratamiento hormonal y otro con un 1,5% cada uno respectivamente. Dentro de la alternativa otro se incluye acudir al consultorio (APS) y consultar con el ginecólogo(a) o matró(a).

4.5.8 Costo de los anticonceptivos orales

Tabla 14: Costo promedio y moda de ACO's

Asociación Hormonal (principio activo)	Promedio (\$)	Desviación Estándar	Moda (\$)
Drospirenona–Etinilestradiol	12.763	2087	11.460
Gestodeno–Etinilestradiol	9.532	2633	8.050
Levonorgestrel–Etinilestradiol	5.435	2616	5.690
Desogestrel–Etinilestradiol	9.840	1607	8.190
Dienogest–Etinilestradiol	10.933	53	10.890
Ciproterona acetato –Etinilestradiol	14.723	1270	13.990
Nomegestrol acetato - Estradiol (hemihidrato)	14.990	0	14.990
Desogestrel	9.540	1122	9.690
Linestrenol	5.190	0	5.190

De acuerdo a la tabla 14, se observa que la asociación estrógeno-progestínica de mayor y menor costo promedio corresponde a ciproterona acetato-etinilestradiol y levonorgestrel-etinilestradiol respectivamente. En el caso de los ACO's de progestina sola el de mayor costo promedio contiene desogestrel, y el de menor, linestrenol. La frecuencia, valor y nombre comercial se muestra en el ANEXO 7.

4.5.9 Efectos Adversos

De la totalidad de la población, el 47,7% (n=63) declara no presentar ningún efecto adverso durante el último mes de utilización, mientras que un 52,3% (n=69) indica lo contrario y en promedio se señala $1,8 \pm 1,1$ efecto adverso, con un mínimo de 1 y un máximo de 6.

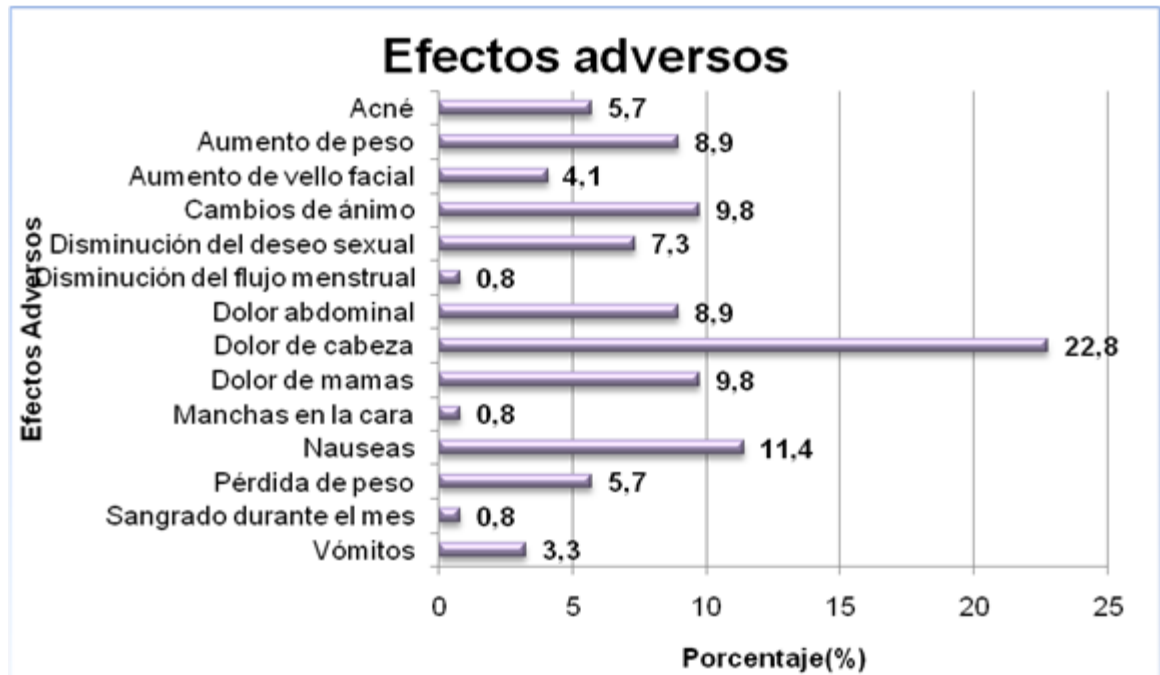


Figura 14: Efectos adversos indicados por la población (n=132)

De los efectos adversos señalados por la población y detallados en el gráfico anterior, se aprecia que el efecto adverso principal descrito por las encuestadas corresponde al dolor de cabeza con un 22,8%, mientras que la menor proporción la comparten disminución del flujo menstrual, manchas faciales y sangrado durante el mes con un 0,8% cada una respectivamente.

4.6 Interacciones

Un 39,4% de las participantes indican una serie de medicamentos que suponen que interfieren en la efectividad del ACO. En primer lugar se encuentran los antibióticos con un 80,7%, de los cuales sólo en cuatro casos se especifica amoxicilina (8,7%), seguido de AINES con un 7%, en tercer lugar antiepilépticos (3,5%) y con las menores proporciones corticoides, antidepresivos, antiácidos, antituberculosos y laxantes con un 1,8% cada uno respectivamente. (Ver ANEXO3)

5. DISCUSIÓN

En el estudio se logró determinar algunos patrones de uso de anticonceptivos hormonales orales, de las 268 mujeres invitadas a participar, 132 accedieron a responder la encuesta, no obstante, en las que se negaron, el motivo principal referido fue la falta de tiempo (49,5%), seguido de que el ACO's no era para el adquirente, pacientes con tratamiento menor a 1 mes y el desinterés para participar. La farmacia comunitaria CV 204 donde fueron recopilados los datos, está ubicada en la calle troncal de la comuna y al ser una farmacia más bien "de paso" explica que el mayor motivo de rechazo sea la falta de tiempo.

Desde la perspectiva de género, si bien la SS y SR afecta a los hombres de múltiples maneras, hay que destacar que la reproducción implica costos importantes para ellas al ser las portadoras del embarazo, aquellas que corren riesgos para su salud en embarazos patológicos, parto y aborto, y las que sufren de manera habitual los problemas eventuales asociados al uso de anticoncepción (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva ICMER, 2003). Cook y col. (2003) afirma que la SR es un componente importante de ambos géneros, sin embargo, es más crítica para las mujeres, ya que una buena parte de la carga de enfermedades femeninas se relacionan con sus funciones y su potencial reproductivo. Además, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo (1994) se declara que es la mujer quien debe controlar su propia fecundidad con una libre decisión (ICMER, 2003).

Según la recopilación de datos estadísticos actuales acerca de salud sexual y reproductiva en Chile, la píldora anticonceptiva es el método más utilizado por las mujeres con un 44,7% (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO-Chile, 2008), esta tendencia se repite en un estudio realizado por Johnson y cols. (2013) en EEUU, Reino Unido, Alemania, Italia y España en el cual la píldora anticonceptiva fue el método más empleado en todos los países, excepto en España donde el condón fue el método de elección. De acuerdo a las características socio demográficas, el rango de edad de las encuestadas va desde los 15 a 48 años, el cual concuerda con la definición de edad fértil de la OMS, la cual indica que los años reproductivos o fecundos van desde los 15 a 49 años de edad (OMS, 2009). De las consultadas, los porcentajes mayores se concentran en el rango de 15 a 25 años con un 44,7% y de 26 a 36 con un 37,9% siendo la edad promedio de 28,5 años, estos grupos etarios coinciden con el mayor porcentaje de población con regulación de fecundidad al año 2011, descrito por el Departamento de Ciclo vital del MINSAL (2012c). Este estudio determinó que el perfil sociodemográfico de las solicitantes de ACO's corresponde a mujeres jóvenes solteras (72%), estudiantes (42%), de GSE medio C3 (57%), con escolaridad obligatoria, en el 78% de los casos estudios superiores y procedencia urbana (89%). Estas características están de acuerdo con el perfil sociodemográfico de la población joven de la región de Valparaíso (Instituto Nacional de la Juventud INJUV, 2012) y, además, concuerdan en cuanto a rangos etarios, edad promedio y nivel educacional con un estudio español acerca del

grado de conocimiento del uso de ACO en farmacias de la provincia de Zaragoza (Dimitriu, 2009).

Con respecto al nivel de fecundidad expresado en número de hijos promedio por mujer, este estudio revela un valor medio de $1,5 \pm 0,8$ hijos e hijas por mujer. Dicho valor concuerda con lo expresado en el informe anual de estadísticas vitales (INE, 2011), en el cual se muestra que si bien el promedio nacional es de 1,89 hijos e hijas promedio/mujer, la región de Valparaíso presenta el nivel más bajo de fecundidad en relación al nacional, con un valor de 1,78 hijos/as promedio por mujer. Además, la mayor contribución en términos porcentuales al número medio de hijos/as por mujer, se ubica en el rango etario de 26 a 36 años con un 44,6% reflejando una fecundidad de tipo tardía, siendo coincidente con la realidad regional exhibida en dicho informe (INE, 2011).

La edad de inicio de relaciones sexuales, está en el rango de 13 a 26 años de edad, específicamente en los 17, 18 y 20 años, tendencia similar a la expresada en la actualización de datos estadísticos acerca de salud sexual y reproductiva en Chile para la región de Valparaíso (FLACSO-Chile, 2008). Además, con respecto al inicio de esta práctica según GSE, se observa que para los grupos socioeconómicos más bajos la edad de iniciación sexual es menor en comparación con el sector socioeconómico más alto, y se concentra en las edades más avanzadas, siendo coincidente con lo mostrado en dicha actualización (FLACSO-Chile, 2008).

En la farmacia comunitaria se encuentran disponibles una gran variedad de alternativas comerciales para el tratamiento de la anticoncepción, incluyendo a los de última generación. La forma de administración más utilizada de los anticonceptivos hormonales es la combinada en la cual se asocia el estrógeno y el gestágeno (Flórez, 2008), aquí se encontró que la asociación de mayor prevalencia fue la estrógeno-progestínica (93,9%), mientras que los ACO's de progestina sola, sólo se adquirieron en 8 casos en los cuales se buscaba compatibilizar planificación familiar con lactancia materna. Las píldoras de progestina sola o minipíldoras funcionan engrosando la mucosa cervical (bloqueando la llegada del espermatozoide al óvulo) y distorsionando el ciclo menstrual incluyendo la liberación de óvulos de los ovarios, al no contener estrógeno, son seguras para las mujeres que amamantan y para sus bebés ya que no afectan la producción de leche materna y, al sumarse al efecto anticonceptivo de la lactancia, proveen una protección efectiva en la prevención del embarazo (tasa de embarazo durante uso correcto 0.5 por 100 años-mujer y 1 por 100 años-mujer en uso habitual) (OMS, 2007). Los ACO's de progestina sola disponibles en Chile son: linestrenol 0,5 mg/día, levonorgestrel 30 mcg/día y desogestrel 75 mcg/día (MINSAL, 2010), en la muestra el principal progestágeno empleado fue el desogestrel, ninguna paciente indicó levonorgestrel y sólo una utilizó linestrenol. Los progestágenos nombrados derivan de la testosterona; linestrenol es un estrano de primera generación y desogestrel un gonano de tercera. Este último presenta actividad gestagénica intensa y mayor a linestrenol y, si bien, al ser un progestágeno de última generación tiene un mayor costo, no posee actividad

androgénica en comparación a linestrenol a la cual se asocian los principales efectos adversos de este tipo de anticonceptivos (Borrego y Pérez, 2003). Para los ACO's combinados la consecuencia principal de la asociación hormonal durante el ciclo menstrual es la supresión de la ovulación al inhibir la síntesis de gonadotrofinas a nivel hipotalámico e hipofisiario, debido a que el estrógeno potencia la actividad anticonceptiva del progestágeno sólo se requiere una dosis mínima de los primeros para mantener su eficacia, con una tasa de embarazo de 0.1 por 100 años-mujer en uso correcto y 6-8 por 100 años-mujer en uso típico (Borrego y Pérez, 2003) (MINSAL, 2010). El estrógeno de mayor uso en este estudio corresponde a etinilestradiol (EE), el cual posee similar potencia estrogénica que mestranol y al no requerir biotransformación se utiliza en dosis más bajas (Flórez, 2008). Junto a EE los progestágenos de mayor empleo encontrados son drospirenona (31,8%) y gestodeno (22,7%). Si bien, gestodeno se considera el progestágeno más potente, con muy poca actividad androgénica, sin actividad estrogénica y una pequeña actividad antialdosterónica, drospirenona no presenta actividad androgénica y tiene la mayor actividad antialdosterónica con efectos muy similares a la progesterona natural (Flórez, 2008). Los ACO's combinados más adquiridos fueron de tipo monofásico (97%). Los anticonceptivos hormonales combinados pueden presentarse de forma monofásica (dosificación fija y constante del estrógeno y progestágeno) o multifásica (bi o trifásica) (Flórez, 2008), estos últimos buscan imitar el patrón hormonal del estrógeno y la progesterona como ocurre en un ciclo menstrual normal (Borrego y Pérez, 2003), y debido a esto, contienen distintas

concentraciones de los esteroides durante los días de administración (Flórez, 2008). Fueron desarrollados con el objetivo de disminuir la concentración mensual total de esteroides y con ello efectos adversos indeseados (Borrego y Pérez, 2003), sin embargo, no existe evidencia que sean más seguros o más efectivos que los monofásicos, y son habitualmente más caros (MINSAL, 2010).

Además de la eficacia anticonceptiva en la protección contra el embarazo, se han descrito diversos otros efectos benéficos con los ACO's para anticoncepción, se denominan efectos no contraceptivos y son tan importantes que algunas mujeres los buscan al momento de elegir que ACO usar. Aquí se comprueba que además de la planificación familiar las mujeres buscaban regular su ciclo menstrual (11%), disminuir los síntomas de ovarios poliquísticos (4%) y también el acné (2%). Las razones de uso mencionadas concuerdan con los beneficios no contraceptivos descritos en la literatura (Flórez, 2008) (OMS, 2007) (Sociedad Española de Contracepción SEC, 2011) y también muestran similar tendencia a los motivos de uso descritos en un estudio español acerca del grado de conocimiento sobre el uso de ACO en farmacias de la provincia de Zaragoza (Dimitriu, 2009).

Un estudio del Instituto Guttmacher (2008) en Estados Unidos, revela que cada año sólo la mitad de las mujeres con riesgo de embarazo no deseado están protegidas adecuadamente por el uso correcto y constante del ACO, sin embargo, un 27% y un 15% está en riesgo elevado de embarazo no deseado al utilizar su MAC de manera inconsistente e incorrecta y por la dificultad para utilizar o acceder al método, respectivamente. A la población se realizó preguntas de conocimiento

relacionadas principalmente con la terapia farmacológica y acerca del uso correcto del método, observando que un 50% de ellas mostraron un nivel de conocimiento medio, sin embargo, un 47,7% poseía un nivel de conocimiento bajo y 8 de las 13 preguntas no alcanzaron el 40% lo cual se debería a varios factores; un estudio en EEUU muestra que la falta de conocimiento está relacionado con la actitud de cada persona hacia la anticoncepción, con el conyugue y con el nivel de escolaridad (Frost y Darroch, 2004), mientras que otro estudio en Brasil, indica que una de las barreras del uso correcto de ACO es la falta de conocimiento de los beneficios contraceptivos y no contraceptivos del método, sugiriendo que los profesionales de la salud deben proporcionar una adecuada consejería anticonceptiva basada en la evidencia (Obreli-Neto y col., 2013). Dentro de los profesionales de la salud el Químico Farmacéutico comunitario podría desempeñar un rol vital en el acceso a los ACO's, al estar en una posición estratégica para ayudar durante el proceso de dispensación en el correcto uso del método. Sin embargo, en la farmacia privada donde fueron recolectados los datos, el contacto farmacéutico-paciente era bajo, se realizaba sólo cuando el adquirente de ACO's lo solicitaba (5,3%) y la principal fuente de consulta de las mujeres ante alguna duda de su terapia anticonceptiva era internet (40,2%). Neumark y col. (2012), indican que la información de salud disponible en línea muchas veces influye en el conocimiento, actitudes y comportamientos de un individuo, modificando también la relación médico-paciente. Además, su estudio refleja que la mayoría de los sitios web no proporcionan la información completa o entregan información incorrecta respecto al uso adecuado del MAC, creando la necesidad

de establecer directrices de calidad para el contenido de los sitios web de salud. Es importante la actualización de conocimientos de los profesionales de la salud, así como también esclarecer todos los mitos y conceptos errados acerca de la terapia para anticoncepción y de los ACO's propiamente tal. Obreli-Neto y col. (2013) evaluaron las prácticas de dispensación de ACO's por parte de farmacéuticos comunitarios, concluyendo que la mayoría de ellos no realizan el tamizaje para el uso seguro de los ACO's y los pocos que intentaron efectuar pruebas para ello y aconsejar a los pacientes, lo realizaron de manera inadecuada, pudiendo contribuir a la aparición de resultados terapéuticos negativos como efectos adversos y falla del tratamiento. Por otro lado, Johnson y col. (2013) indican que muchos mitos persisten de los MAC y que tanto las mujeres como posiblemente los proveedores de salud, no se encuentren bien informados acerca de los métodos anticonceptivos.

El mayor conocimiento de las mujeres aquí se encontró en 4 ítems evaluados. El día del ciclo menstrual en que inician la ingesta del anticonceptivo oral presentó un 94,7% de respuestas correctas, las usuarias indicaron comenzar la ingesta dentro de los primeros cinco días tal como lo recomienda la OMS, la cual señala que la mujer puede iniciar el uso de ACO dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado, sin necesidad de protección anticonceptiva adicional. El 5,3% restante, correspondió a mujeres que se encontraban en postparto, con lactancia materna y amenorrea, las cuales declararon comenzar la ingesta de ACO cuando su ginecólogo lo indicó y sin protección anticonceptiva adicional. Sin embargo, la

OMS (2005) señala que si la mujer se encuentra en amenorrea puede iniciar el uso de ACO en cualquier momento, pero deberá abstenerse o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los 7 días posteriores. El control óptimo con ginecólogo(a) o matró(a) fue el segundo ítem más acertado por las mujeres, el 89,4% declaró acudir a lo menos 1 vez por año a control médico, sin embargo un porcentaje no menor (10,6%) acudía cada 2 a 5 años a control y una paciente indicó no controlarse. Esto se puede deber a falta de tiempo o interés de la paciente en acudir al médico, a que su terapia para anticoncepción no muestre ningún inconveniente y por ello acuda a la farmacia a solicitar el mismo anticonceptivo que ya consumió. Sin embargo, la terapia anticonceptiva proporciona protección contra el embarazo, pero no frente a ITS (infecciones de transmisión sexual) incluyendo el VIH y el virus del papiloma humano (VPH), el cual es reconocido como el factor de riesgo más importante para desarrollar cáncer cervico-uterino. Urrutia y col. (2012) señalan que dentro de las conductas preventivas secundarias contra el VPH se encuentra el tamizaje con la prueba de Papanicolau y el control ginecológico anual. El 87,1% de las usuarias de ACO's conocían que éste no entrega protección contra las ITS, sin embargo, sólo el 22,7% de ellas señaló que sus parejas utilizaban el preservativo como método adicional de protección. La "doble protección" o "doble método" es la protección simultánea para el embarazo no deseado y la ITS/VIH, lo que se puede obtener con el uso correcto y consistente del condón masculino de látex, único MAC que protege en forma efectiva ITS/VIH (MINSAL, 2010).

Para garantizar una efectividad óptima del anticonceptivo es necesario que la mujer ingiera la píldora diariamente, en lo posible, a la misma hora cada día durante 21 días y comenzar el envase siguiente después del período de descanso, habitualmente de 7 días, período durante el cual generalmente presentará sangrado uterino (MINSAL, 2010) (Borrego y Pérez, 2003). El 78,8% de las mujeres estudiadas señaló ingerir la píldora diariamente, pero sólo el 37,5% de ellas lo realizaban a la misma hora cada día, el resto la consumían con un retraso de 1 a 2 horas, un 18,2% indicó no presentar un orden en la ingesta diaria del ACO y un 3% (n=4) señaló que el horario en la ingesta de la píldora no era importante. Obreli-Neto y col. (2013) señalan que antes del consumo del anticonceptivo, el proceso de dispensación del medicamento es el último punto de contacto del paciente con un profesional de la salud, acto que es realizado o supervisado por un farmacéutico comunitario en el cual el asesoramiento en el correcto uso del método podría mejorar la adherencia y seguridad del tratamiento. La OMS (2007) señala que los profesionales recomienden a las usuarias asociar la hora de ingesta de la píldora con una actividad diaria, indicando cómo la ingestión regular de la píldora contribuye a la disminución de efectos adversos. Los 4 ítems mencionados que obtuvieron el mayor conocimiento coinciden con los resultados de otras investigaciones. El día de inicio del ACO y la regularidad en la ingesta diaria de la píldora muestra una tendencia similar con lo presentado por Félix y col. (2013) en su estudio el conocimiento de las usuarias del método de anticonceptivos orales de dosis bajas combinados en Brasil y, por Smith y Whitfield (1995) en su investigación realizada en Gran Bretaña, por otro lado, un

estudio realizado por Nikolina y Danica (2012) coinciden en el ítem protección contra ITS, pero muestra un menor conocimiento en la regularidad en la ingesta diaria de la píldora, posiblemente debido a que dicho estudio se realizó en adolescentes entre 16 y 19 años, del mismo modo ocurre con lo mostrado por Schragger y Hoffmann (2008) en el cual el 95% de las mujeres sabían que las píldoras no eran efectivas a menos que se administraran diariamente, lo que se puede deber a que sus datos fueron recolectados en clínicas.

El olvido de una píldora es una práctica común en las usuarias de ACO's, siendo de vital importancia el conocimiento de la forma de proceder en dicho caso, con el fin de garantizar la protección anticonceptiva y evitar un embarazo no deseado. La OMS (2007) señala que, en primer lugar, la píldora olvidada se debe ingerir lo antes posible y en el caso que hayan transcurrido más de 12 horas de olvido la mujer puede ingerir dos comprimidos juntos. Para el caso de omisión de 3 o más píldoras o el comienzo de un nuevo paquete con 3 días de retraso, la usuaria debe ingerir un comprimido lo antes posible y utilizar un método de respaldo los próximos 7 días, si la mujer tuvo sexo en los últimos 5 días debe considerar PAE. Si ocurre omisión de 3 píldoras en la tercera semana del ciclo, tomar las consideraciones anteriores y además descartar las 7 píldoras no hormonales comenzando de inmediato el nuevo paquete de ACO. El 73,5% de las mujeres sabía que ante el olvido de una píldora debían ingerir el comprimido lo antes posible (antes de transcurridas 12 horas). Del 26,5% que no sabía cómo proceder, un 88,6% indicó ingerir dos comprimidos juntos, mientras que el 11,4% restante

señaló no ingerir el comprimido olvidado y continuar con el del día correspondiente. Es importante destacar que ninguna de las pacientes sabía que el olvido de una píldora es más crítico cuando ocurre en el principio o final de un ciclo y tampoco conocían cuáles eran las medidas a considerar en caso de olvidar 3 o más comprimidos. Este resultado está en concordancia con otros estudios realizados del conocimiento y uso correcto de la terapia con ACO's. (Dimitriu, 2009) (Félix y col., 2013) (Smith y Whitfield, 1995). Sin embargo, está bajo en un 20% en comparación a los resultados de Ferrer y Machuca (2003) en un estudio en mujeres españolas.

El modo de actuar ante la presencia de vómitos o diarreas y el conocimiento de los principios activos que contenía el ACO, fueron los elementos en que las participantes tuvieron menor conocimiento. Sólo dos encuestadas indicaron las precauciones en caso de vómitos severos dentro de las 2 horas posteriores a la ingesta de la píldora, una indicó consultar al médico y la otra protección adicional con preservativo. Cabe destacar que un 87,9% indicó nunca haber estado en situación de vómitos severos, y el 10,6% declaró no hacer nada al respecto. Para el caso de diarreas prolongadas, dos mujeres indicaron utilizar condón como precaución y solamente una paciente señaló ingerir otro comprimido, mientras que un 94,7% indicó nunca haber estado en dicha situación, el resto no indicó ninguna medida preventiva adicional. Aunque no existe evidencia directa, se considera que los efectos de los vómitos o la diarrea son similares a aquellos del olvido de píldoras anticonceptivas. Por lo tanto, si una mujer vomita y/o tiene diarrea intensa

durante el uso de ACO's debe ingerir una píldora activa adicional y en el caso en que la situación se prolongara por más de 24 horas, debe seguir ingiriendo píldoras (sí se puede) a pesar del malestar, además de seguir las recomendaciones para el olvido de píldoras anticonceptivas ya mencionadas (OMS, 2005) (OMS, 2007).

Los anticonceptivos orales no se acumulan en el cuerpo ni transforman en infértil a la mujer, por lo tanto ella no necesita “descansar” de consumirlo (OMS, 2007), es decir, puede prolongar su uso el tiempo que estime necesario, siempre y cuando tenga controles médicos periódicos. Cuando se preguntó cuál era la duración del tratamiento o cuánto tiempo seguido podía utilizar el anticonceptivo, un 76,4% indicó no saberlo y un 4,7% señaló que se debía descansar de la terapia cada 2,3, 5 y 7 años, evidenciando un concepto errado en relación al tratamiento.

Existen diversos factores que podrían ser determinantes en el nivel de conocimiento acerca de su terapia para anticoncepción, y de acuerdo a las características sociodemográficas de las participantes es posible destacar ciertos aspectos. En este estudio se evaluó la posible influencia del rango de edad, el grupo socioeconómico, el nivel de escolaridad, la procedencia de las participantes y el tiempo de uso (años) de las mujeres con terapia anticonceptiva.

En primer lugar, se desprende que no existe una relación estadísticamente significativa entre el rango etario y el nivel de conocimiento de las participantes acerca del método (tabla 6), concordando con lo encontrado por otros estudios en

los cuales se evidencia que la edad de las usuarias es independiente del nivel de conocimiento de su terapia para anticoncepción (Dimitriu, 2009) (Félix y col., 2013) (Schrager y Hoffmann, 2008) (Little y col., 2001).

En segundo lugar, es posible señalar que el nivel de conocimiento de la terapia hormonal y los ACO propiamente tal, se correlaciona significativamente con el nivel de instrucción y el ingreso familiar de cada una de ellas (tabla 7 y 8). Lo cual está de acuerdo a lo descrito por Félix y col. (2013), sugiriendo que a mayor educación y/o ingreso existe mayor conocimiento de las participantes del método anticonceptivo, del mismo modo que Chudasama y col. (2008) indican que la educación superior de las mujeres promueve el uso de ACO y que existe una asociación positiva entre el uso de ellos y el nivel socioeconómico. Dimitriu (2009) señala que las usuarias que más conocían del ACO presentaban estudios superiores, posiblemente debido a un mayor acceso a la información acerca de estos medicamentos, algo similar se describe por Frost y Darroch (2004) quienes señalan que no poseer estudios universitarios está asociado negativamente al uso de la píldora, también Little y col. (2001) indican que mujeres con menor nivel de escolaridad son prioridad para intervenciones educativas debido a que son pacientes de alto riesgo por su pobre conocimiento de la terapia, al igual que Philipson y col. (2010) que describen que dentro de los factores asociados a mayor conocimiento de ACO se incluye tener una educación universitaria. Por otro lado, Wilson S y Taylor R (1992) señalan que la puntuación en el conocimiento anticonceptivo incrementa con las clases sociales más altas.

En relación a la procedencia de las usuarias, se encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la zona urbana o rural de la cual provengan las participantes (tabla 9). Lo mismo ocurre en un estudio realizado en Brasil acerca del conocimiento de las usuarias del método de anticonceptivos orales de dosis bajas combinadas (Félix y col., 2013). Finalmente, con el factor tiempo de uso (años) de ACO se encontró similar tendencia, en la cual la cantidad de tiempo que la usuaria lleva con tratamiento anticonceptivo con ACO no era influyente en el nivel de conocimiento que ella tuviera del método (tabla 10). Este resultado difiere con lo encontrado en otros estudios, Little y col. (2001) en su investigación acerca de embarazo no deseado y conocimiento anticonceptivo, señala que el número de años de ingerir la píldora es importante, ya que es fácil suponer que las mujeres bien establecidas en dicha práctica no tienen necesidad de refuerzo de las reglas de la píldora, sin embargo, sus resultados sugieren que la falta de refuerzo del aprendizaje es la explicación más probable para el conocimiento deficiente, siendo importante proporcionar un refuerzo de la enseñanza inicial en usuarias de ACO establecidas. Por su parte, Philipson y col. (2010) indican que uno de los factores asociados con un mayor conocimiento del ACO es el mayor tiempo de uso del anticonceptivo. Es importante destacar, que si bien todos los factores estudiados muestran ciertas tendencias a través del resultado del chi cuadrado, este valor queda invalidado debido a la presencia de datos con valor menor a 5, siendo necesario establecer nuevamente la relación con una mayor cantidad de participantes.

Una gran cantidad de elementos pueden afectar ya sea positiva o negativamente la terapia anticonceptiva, factores relacionados al fármaco y a la terapia propiamente tal, así como también otros externos a la usuaria.

El efecto antiestrogénico del tabaco no se aplica al etinilestradiol, por consiguiente, fumar no reduce la eficacia de los ACO's, sin embargo, es un factor de riesgo demostrado para enfermedad cardiovascular y tromboembólica (Borrego y Pérez, 2003), factor que se ve incrementado tanto con la edad como con el uso de anticonceptivos (Martínez, 2011). En este estudio, un 42,2% se declaró fumadora, resultados similares se han encontrado en otras investigaciones (45,9%) (Dimitriu, 2009), (48%) (Ferrer y Machuca, 2003), (32,2%) (Molinero y col., 2010) y además, dentro de las comorbilidades u otros trastornos se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia y migraña, entre otras, de las cuales las tres primeras aumentan la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente cardiovascular (OMS, 2007).

En total se encontró once contraindicaciones relativas; dos correspondientes a mujeres menores de 35 años con migraña y nueve usuarias ≥ 35 años que fumaban menos de 15 cigarrillos al día, de las cuales dos eran hipertensas y una además sufría hipercolesterolemia y diabetes mellitus. Las contraindicaciones absolutas encontradas fueron cinco mujeres ≥ 35 años fumadoras de más de 15 cigarrillos por día de las cuales dos presentaban hipertensión arterial junto con hiperlipidemia y en un caso además, diabetes mellitus. Es necesario informar a las pacientes de los riesgos asociados al consumo de tabaco en concomitancia con

anticonceptivos orales ya que, aunque la incidencia real de episodios cardiovasculares es sumamente baja en la juventud, ésta aumenta con la edad y también con otros trastornos.

El uso de algunos medicamentos de manera concomitante con los ACO puede generar interacciones farmacológicas que afecten los niveles plasmáticos de los esteroides, pudiendo llevar a falla anticonceptiva o al aumento de los efectos indeseados de tipo sistémicos. La mayoría de las solicitantes de ACO no ingería habitualmente otra medicación, sólo un 34,8% utilizaba otros fármacos de manera adicional y de ellos, un 28,1% correspondía a AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos), resultados similares fueron encontrados por Molinero y col. (2010) en su estudio características de la utilización de anticonceptivos hormonales orales a través del servicio de dispensación en la farmacia comunitaria, en el cual, un 35,7% consumía otros medicamentos de los cuales un 33,8% eran AINES. Sin embargo, está por sobre un 24% de lo encontrado por Sevillano y Madrigal (2014) en farmacia comunitaria en donde sólo un 9,8% utilizaba medicación adicional. Del resto de medicamentos mencionados por las pacientes, ningún caso resultó ser una interacción de gravedad que pudiera afectar las concentraciones plasmáticas del anticonceptivo, sin embargo, es importante destacar que una paciente se encontraba consumiendo antibióticos en ese momento, y si bien la relevancia de la alteración en la circulación entero-hepática que pudieran producir es discutible, y está sujeta a susceptibilidad individual (Flórez, 2008), es

recomendable utilizar un método de barrera durante el tratamiento y siete días después (Borrego y Pérez, 2003). Por otro lado, algunas modificaciones metabólicas producidas por los ACO's pueden alterar la acción farmacológica de hipoglicemiantes, antihipertensores, y de hormona tiroidea siendo necesario, en algunos casos, ajuste de dosis (Flórez, 2008) (Borrego y Pérez, 2003) (Serna, 2006). Estos fármacos eran utilizados en un 9,4% para el primer caso y 3,1% para los dos restantes, evidenciando la necesidad de controles médicos que evalúen dichas situaciones.

Otro factor a analizar es quién recomienda o prescribe el ACO, en este estudio, en casi la totalidad de los casos fue un profesional facultado para realizarlo quien prescribió el ACO (73% ginecólogo(a) y 17% matró(a)), sin embargo, a un porcentaje no menor recomendó el ACO una amiga, familiar, visitador médico y ella misma. Similares resultados se describen en otras investigaciones (Dimitriu, 2009) (Molinero y col., 2010) y si bien la mayoría de los anticonceptivos son opciones accesibles para cualquier pareja, sin distinción de edad, nunca se debe optar por la automedicación. Antes de tomar la decisión del ACO a utilizar, se debe recibir información responsable y bien detallada de todas las alternativas disponibles, sus ventajas, riesgos y recomendaciones y, luego de una correcta orientación, el paciente estará capacitado de realizar una selección acertada de su método (Núñez, 2007).

Los anticonceptivos hormonales orales en nuestro país, tienen como condición de venta con receta médica. Durante el estudio un 95,5% acudió a la farmacia

comunitaria sin receta, y adquirió su ACO de ese modo. Sumado al hecho de que las usuarias, en su mayoría, acuden a control ginecológico una vez al año no contando con la correspondiente receta para el resto del período, se cae en una situación de dispensación fuera de la legalidad, dejando en manos del farmacéutico comunitario la decisión de acceder a la dispensación o negarla, pudiendo llegar a interrumpir un tratamiento. Dimitriu (2009) señala que la usuaria que ha ingerido un ACO previo, acude a la farmacia para solicitar el mismo producto que ya consumió, debido a falta de interés o de tiempo para ir al médico. Además, el costo asociado a dicha situación ocasiona que muchas mujeres no acudan al médico porque se piensa que de todas maneras el producto deberá ser cancelado. Este resultado difiere de lo encontrado por Molinero y col. (2010), en el cual sólo un 39,3% acudió sin la respectiva receta, señalando además necesario concientizar a las usuarias en la presentación de dicho documento y el beneficio que supone tener revisiones ginecológicas periódicas para evitar posibles riesgos.

La falta de adherencia o la discontinuación del anticonceptivo aumentan el riesgo de embarazo no deseado. El ICIMER (2006) describe que la adherencia es un problema considerable en el caso de medicamentos usados para tratar procesos asintomáticos o prevenir enfermedades como en el caso de la anticoncepción, por otro lado, Choi y Dempsey (2014) indican que la adherencia al ACO es influenciada por una compleja interacción de factores cognitivos, de comportamiento, logísticos, clínicos y sociales. Señalan además que situaciones como el olvido o ingesta a destiempo de una píldora, la poca comprensión de las

instrucciones y las lagunas en el uso, son elementos que explican el 6-8% de riesgo de fracaso durante el primer año en uso típico. También describen que los factores más modificables asociados con el incumplimiento anticonceptivo incluyen el costo del ACO, la necesidad de frecuentes nuevos paquetes de píldoras que requieren una visita a un proveedor de servicios médicos o a la farmacia y los efectos secundarios. Por su parte, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2012) describe que problemas de acceso y costo son razones comunes por las cuales las mujeres no utilizan ACO o tienen lagunas en el uso. Sólo treinta y seis usuarias declararon haber sufrido, en algún momento de la terapia, problemas para adquirir el ACO, de ellos el principal obstáculo fue la falta de stock del producto y en segundo lugar su valor. La falta de stock en la farmacia comunitaria no constituye un riesgo mayor de abandono en las usuarias de este estudio, la mayoría de las participantes buscaban el producto en otra farmacia, y a pesar de que sólo dos usuarias indicaron suspensión del tratamiento es necesario informar acerca de las posibles consecuencias que tiene la discontinuación de la terapia y de las medidas preventivas a seguir. El porcentaje que abandonan el tratamiento debido a dificultades económicas para la adquisición de su anticonceptivo es mayor, doce de las participantes realizan esta práctica en caso de no poseer el dinero para adquirirlo, mientras que la mitad cambia su anticonceptivo por una alternativa farmacéutica más económica, un porcentaje no menor considera a la atención primaria de salud como una alternativa (23,5%). Es necesario destacar que el nivel socioeconómico de la mayoría de las usuarias era medio y un porcentaje muy bajo se ubicaba en el

sector alto con mayor capacidad adquisitiva para acceder a aquellos de mayor valor, sin embargo, en el anexo 8 es posible apreciar la gran cantidad de alternativas comerciales y la variabilidad de los precios, permitiendo favorecer el acceso a la terapia tanto en la falta de stock como en la dificultad económica, a través del cambio a un producto que tenga los mismos principios activos. Lo anterior también se puede atribuir a la información difundida por los medios de comunicación, en la cual se promueve la exigencia por parte de los clientes de medicamentos genéricos o bioequivalentes. Aquellos anticonceptivos de mayor costo coinciden con que dentro de sus componentes contienen progestágenos de última generación que supone un mayor costo en su desarrollo y elaboración.

Es preciso resaltar que los ACO's proporcionan una anticoncepción eficaz, segura y reversible, sin embargo, la preocupación respecto a la seguridad de los anticonceptivos empleados en la actualidad, se puede atribuir a los resultados de estudios que valoraron productos antiguos y de mayores dosis y además, a que las usuarias son, en su mayor parte, mujeres sanas (Borrego y Pérez, 2003) (Sevillano y Madrigal, 2014). La reducción progresiva de la dosis de estrógeno (hasta 10 µg/día) ha conseguido además de disminuir el riesgo de enfermedad tromboembólica, que efectos secundarios como náuseas, vómitos, mastalgia y cefaleas sean menores (Sevillano y Madrigal, 2014), y si bien, la mayoría de los efectos adversos no reflejan un riesgo médico, ello causa ansiedad por parte de la usuaria y puede ser motivo de abandono del método (Borrego y Pérez, 2003).

Félix y col. (2013) señalan que el mal uso del ACO está directamente relacionado con el aumento de las tasas de error del método, así como también al aumento de los efectos secundarios, una importante razón para la suspensión de su uso. Además indica, que la información acerca de los efectos adversos de los anticonceptivos orales reduce el miedo y la inseguridad de las mujeres, y proporciona una mayor persistencia en la utilización del método. En este estudio poco más de la mitad de las usuarias declararon haber sufrido algún efecto adverso y además, del 75,8% que señaló haber utilizado otro producto anticonceptivo con anterioridad, un 50% realizó el cambio debido a intolerancia a efectos adversos. Los principales efectos adversos descritos por las usuarias fueron dolor de cabeza (22,8%), náuseas y vómitos (11,4% y 3,3%), cambios de peso (aumento 8,9% y disminución 5,7%) y cambios de ánimo con un 9,8%. Estos resultados están en concordancia con lo encontrado por otras investigaciones (Johnson y col., 2013) (Dimitriu, 2009) (Borrego y Pérez, 2003) (Sevillano y Madrigal, 2014). En relación a la cefalea, es importante destacar que su origen es multifactorial y por ello no se atribuyen necesariamente al uso del ACO, sin embargo, las cefaleas menstruales cíclicas responden a la supresión del intervalo libre de píldora y algunas mujeres también las presentan durante la semana en que no reciben hormonas (OMS, 2007) (Borrego y Pérez, 2003). Aquellas que son originadas por anticonceptivos tienen lugar en los primeros ciclos de tratamiento y tienden a mejorar o desaparecer con el uso continuado (Sevillano y Madrigal, 2014). La OMS (2007) recomienda evaluar cada cefalea que aparezca o empeore con el uso

de ACO y en caso de presentar alguna, sugerir de a uno por vez, aspirina, ibuprofeno, paracetamol u otro analgésico en el caso en que no exista contraindicación.

Con respecto a las náuseas y vómitos, las primeras son un efecto secundario estrógeno dependiente que refleja una predisposición individual, las que son experimentadas al iniciar la anticoncepción irá decreciendo a medida que se use la píldora y en el caso que aparezcan después de iniciar un nuevo paquete, se debe considerar el uso prolongado. Se sugiere ingerir el ACO al acostarse o con las comidas, en caso de vómitos tomar las precauciones mencionadas anteriormente (OMS, 2007) (Borrego y Pérez, 2003).

Finalmente, Johnson y col. (2013) indican que los cambios de peso y de ánimo son una de las razones más comunes de insatisfacción con el método y se expresan comúnmente como efectos secundarios experimentados al usar la píldora, sin embargo, estudios clínicos no han podido afirmar estas asociaciones y, de hecho, existe evidencia que sugiere que la píldora anticonceptiva puede incluso mejorar o estabilizar los estados de ánimo. Además, estudios del aumento de peso han encontrado que mientras la mujer se encuentra en tratamiento anticonceptivo éste permanece esencialmente sin cambios y sólo se observan algunos aumentos o disminuciones menores. La OMS (2007) sugiere que ante cambios de peso expresados por las usuarias se revise la dieta y aconseje de acuerdo a las necesidades, mientras que para los cambios de humor considerar el uso prolongado o indagar en posibles situaciones que pudieran estar afectando su humor.

6. CONCLUSIONES

- 1.- La utilización de anticonceptivos hormonales orales permitió definir el perfil socio-demográfico de las usuarias de este tipo de medicación en la zona de estudio, concordando con otras investigaciones. Sin embargo, estos resultados sólo pueden ser extrapolados a poblaciones similares, pero pueden servir de base para análisis futuros.
- 2.- Los productos comerciales monofásicos que contienen la asociación hormonal estrógeno-progestínica drospirenona y etinilestradiol fueron los más utilizados por el nivel de seguridad y efectividad que otorgan junto a los efectos beneficiosos de la inexistencia de actividad androgénica, la potente actividad antialdosterónica y la similitud a la hormona natural del progestágeno en comparación a los de generaciones anteriores.
- 3.- Además de la utilización en la planificación familiar para evitar el embarazo, las usuarias describieron otros motivos como regulación del ciclo menstrual, lactancia materna, ovarios poliquísticos y acné entre otras.
- 4.- Las participantes mostraron un nivel de conocimiento medio y bajo de la terapia hormonal, difiriendo con otros estudios debido a las diversas escalas de medición utilizadas. Los ítems más acertados se relacionan principalmente con el uso correcto del método, sin embargo, existen vacíos de conocimiento en varios aspectos que pueden poner en riesgo la eficacia del tratamiento, tales como vómitos y/o diarreas, interacciones, olvido de 3 o más píldoras en inicio o término del ciclo entre otras.

El conocimiento fue más alto en aquellas con mayor nivel educacional e ingresos económicos, sin embargo, constituye una limitación del estudio valores menores a 5 en la prueba de tendencia y que la escala para medir nivel de conocimiento no fue validada. Por lo anterior, se sugiere para futuras investigaciones la validación de la escala, así como también un mayor número de muestra.

- 5.- La dispensación del anticonceptivo en la farmacia comunitaria permite identificar posibles problemas relacionados al medicamento, así como también de adherencia y continuación (stock y precio). Durante el estudio se detectó una posible interacción medicamentosa con antibióticos (tetraciclina), además de once contraindicaciones relativas y cinco absolutas. Por otro lado, en casi la mitad de las usuarias se evidenciaron factores de riesgo adicionales para sufrir eventos cardiovasculares como lo son el tabaquismo, HTA, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, migraña. Lo anterior, crea la necesidad de realizar educación sanitaria por el Químico Farmacéutico dirigida a cada una de las pacientes, para aumentar el conocimiento en relación con el uso correcto del método, prevenir posibles problemas potenciales que puedan llevar a falla terapéutica y para generar conciencia de lo primordial que es someterse a revisiones periódicas para evitar posibles riesgos. Además, se sugiere que el QF garantice la disponibilidad de los productos a través de la realización de pedidos especiales con el sistema informático interno de la farmacia, para evitar posibles abandonos de la terapia por falta de stock.

- 6.- Al final del período se capacitó a los auxiliares de la farmacia del uso de los anticonceptivos orales y se proporcionó folletos informativos de ACO para ser entregados a usuarias de ellos. Sin embargo, se sugiere que para futuros estudios se evalúe el impacto de las estrategias educativas (folleto) en el nivel de conocimiento de las participantes.

7. REFERENCIAS

Américo F. C., Nogueira F.S.P., Vieira R.P.R., Bezerra G.C., Moura F.R.E. y Lopes O.V.M. 2013. El conocimiento de las usuarias sobre el método de anticonceptivos orales de dosis bajas combinados. Brasil. *Rev Latino-Am. Enferagem* 21(4): 1 – 7.

Archer S.M.J. y Archer F.D. 2002. Oral contraceptive efficacy and antibiotic interaction: A myth debunked. *Journal of the American Academy of Dermatology* 46(6): 917 – 923.

Back D.J. y Orme M.L. 1990. Pharmacokinetic drug interactions with oral contraceptives. *Clinical Pharmacokinetics* 18(6): 472 – 484.

Borrego S. Rafael, Pérez M. Oscar. 2003. Guía Práctica en Anticoncepción Oral Basada en la Evidencia. Editorial: Emisa. Madrid España. (2)(3)(4)(5)(6)(8)(9): 31-32, 36, 40, 50-51, 55, 57, 79, 81, 95-98, 128-130, 165-169, 321-323, 405-409.

Choi A. y Dempsey A. 2014. Strategies to improve compliance among oral contraceptive pill users: a review of the literature. *Open Access Journal of Contraception* 4(5): 17 – 22.

Chudasama R., Kavishwar A., Godara N. y Moitra M. 2008. Factors determining use of oral contraceptive. India. *The Internet Journal of Epidemiology* 7(2).

Cook R., Dickens B. y Fathalla M. 2003. Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá. [en línea] <http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=270> [página visitada el 25 de octubre de 2014].

Crawford P. 2002. Interactions between antiepileptic drugs and hormonal contraception. *CNS Drugs* 16(4): 263 – 272.

Díaz A. Guillermo. 2014. Historia de la Anticoncepción. *Rev Cubana Med Gen Integr* 11(2): 1.

Dimitriu P. A. 2009. Grado de Conocimiento sobre el Uso de los Anticonceptivos hormonales en las Farmacias de la provincia de Zaragoza. Granada. [en línea] <<http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/Ana-Petruta-Dimitriu.pdf>> [página visitada el 27 de octubre de 2014].

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile). 2008. Salud sexual y reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos. Edición: 1°. Editorial: Alfabetas Artes Gráficas. Chile. (1): 25.

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH). 2010. Antiepileptic Drugs and Contraception. CEU Statement. [en línea] <<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUStatementADC0110.pdf>> [página visitada el 2 de diciembre de 2014].

Ferrer I., Murillo M.D. y Machuca M. 2003. Determinación del grado de conocimiento y correcta utilización sobre anticonceptivos orales en farmacia comunitaria. *Seguim Farmacoter* 1(3): 136 – 138.

Flórez Jesús. 2008. *Farmacología Humana. Hormonas Sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales*. Edición 5°. Editorial ELSEVIER MASSON; Cantabria España (51): 1015 – 1019.

Frost J.J. y Darroch J.E. 2008. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States. *Perspect Sex Reprod Health* 40(2): 94 – 104.

Galán Ch. Guillermo. 2010. 50 Años de la Píldora Anticonceptiva. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 75(4): 217, 219.

Guttmacher Institute. 2008. Improving contraceptive use in the United States. United States. [en línea] <<https://www.arhp.org/Publications-and-Resources/Clinical-Proceedings/Breaking-the-Contraceptive-Barrier/Use-Knowledge>> [página visitada el 28 de octubre de 2014].

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, ICMER y Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS). 2003. Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Chile. [en línea] <http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/chile_situac_salud_y_der_sex_y_rep.pdf> [página visitada el 12 de septiembre de 2014].

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, ICMER. 2006. Adherencia a la anticoncepción en adolescentes. Chile. [en línea] <http://www.icmer.org/documentos/adolescencia/adherencia_anticoncep_en_adolescentes.pdf> [página visitada el 29 de noviembre de 2014].

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). 2001. Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Chile. [en línea] <http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida_y_salud/calidadvida/inplanfam.pdf> [página visitada el 12 de septiembre de 2014].

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). 2011. Estadísticas Vitales: Informe Anual 2011. Chile. [en línea]

<http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida_y_salud/calidadvida/inplanfam.pdf> [página visitada el 12 de septiembre de 2014].

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Departamento de Estadísticas Demográficas y Vitales. 2010b. Estadísticas Vitales, Informe Anual 2008. Chile. [en línea] <http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/21_12_10/vit_08211210.pdf> [página visitada el 10 de septiembre de 2014].

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Subdepartamento de Estadísticas Demográficas. 2010a. Enfoque Estadístico: Hombres y Mujeres en Chile. Edición: Oficina de Comunicaciones. Chile. [en línea] <<http://www.ine.cl/canales/menu/boletines/enfoques/2010/2010/091210web.pdf>> [página visitada el 10 de septiembre de 2014].

Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). 2012. Séptima Encuesta Nacional de Juventud: Informe Región de Valparaíso. Chile. [en línea] <http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/valpara%C3%ADso.pdf> [página visitada el 27 de octubre de 2014].

Johnson S., Pion C. y Jennings V. 2013. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health* 10 (7): 1 – 9.

Lee R.C. 2009. Drug interactions and hormonal contraception. *Trends in Urology, Gynaecology and Sexual Health* 14(3): 23 – 26.

Little P., Griffin S., Dickson N. y Sadler C. 2001. Unwanted pregnancy and contraceptive knowledge: identifying vulnerable groups from a randomized controlled trial of educational interventions. *Family Practice* 18(4): 449 – 453.

Lowry, Richard. VassarStats: Website for Statistical Computation. [en línea] <www.vassarstats.net/> [página visitada el 25 de octubre de 2014]

Glantz S. 2006. Bioestadística. Editorial: McGraw Hill/Interamericana. Edición: 6°. México. 148-157.

Martínez R. MJ. 2011. La Anticoncepción desde la Farmacia Comunitaria. Una Visión Clínica. España. *Rev Farmacéuticos Comunitarios FC* 3(4): 170 – 176.

Ministerio de Salud (MINSAL). 2010. Normas Nacionales sobre Regulación de Fertilidad. Tecnología anticonceptiva. Anticoncepción Hormonal: Anticonceptivos hormonales orales. Chile. [en línea] <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4ede9fe04001011f014bf2.pdf>> [página visitada el 29 de noviembre de 2014].

Ministerio de Salud (MINSAL). 2011. Subsecretaría de Salud Pública. Norma General Técnica N° 119: Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. Chile. [en línea] <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>> [página visitada el 12 de septiembre de 2014].

Ministerio de Salud (MINSAL). 2012a. Seminario SERNAM Género y Políticas Públicas: Avances y Desafíos en Salud. Chile. [en línea] <<http://www.sernam.cl/descargas/014/doc/SALUD.pdf>> [página visitada el 10 de septiembre de 2014].

Ministerio de Salud (MINSAL). 2012b. Departamento de Ciclo Vital. Situación Actual del Embarazo Adolescente en Chile. Chile. [en línea] <http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251259030.situacion_actual_embarazo_adolescente_en_chile.pdf> [página visitada el 10 de septiembre de 2014].

Ministerio de Salud (MINSAL). 2012c. Situación actual del Embarazo adolescente en Chile. Chile. [en línea] <http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251259030.situacion_actual_embarazo_adolescente_en_chile.pdf> [página visitada el 25 de octubre de 2014].

Molinero C. AM., Martínez C.D., Esteso P., Valiente P.G., González A., Mora-Figueroa P.M., Martínez A.P. y Martín V.P. 2010. Dispensación de anticonceptivos hormonales orales: Características de la utilización de anticonceptivos hormonales orales a través del servicio de dispensación en la farmacia comunitaria. España. *Rev Farmacéuticos Comunitarios FC* 2(2): 56 -61.

Neumark Y., Flum L., Lopez-Quintero C. y Shtarkshall R. 2012. Quality of online health information about oral contraceptives from Hebrew-Language websites. *Israel Journal of Health Policy Research* 1(38): 1 – 10.

Nikolina K. y Danica B. 2012. Knowledge and use of oral contraceptive pills and emergency contraceptive pills among adolescents in Sombor, Serbia. [en línea] <http://www.fip.org/files/fip/CPS/Nikolina_Kljajic.pdf> [página visitada el día 29 de noviembre de 2014].

Nuñez P.A. 2007. Conocimiento y automedicación anticonceptiva en estudiantes de la carrera de Química y Farmacia de la Universidad Austral de Chile. Chile. [en línea] <<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fca283c/doc/fca283c.pdf>> [página visitada el 29 de noviembre de 2014].

Obreli-Neto P.R., Pereira L.R.L., Guidoni C.M., Baldoni Ad.O., Marusic S., y col. 2013. Use of Simulated Patients to Evaluate Combined Oral Contraceptive Dispensing Practices of Community Pharmacists. Brasil. PLOS ONE 8(12): 1 – 9.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). 2007. Planificación Familiar: Un Manual Mundial Para Proveedores. Baltimore y Ginebra. (1)(2): 1 – 26. [en línea] <www.fphandbook.org> [página visitada el 29 de septiembre de 2014].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2005. Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos. Ginebra. [en línea] <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562843_spa.pdf> [página visitada el 10 de noviembre de 2014].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva Switzerland. (1): 2. [en línea] <<http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/en/>> [página visitada el 25 de octubre de 2014].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2013. Family Planning. Benefits of family planning. [en línea] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>> [página visitada el 29 de noviembre de 2014].

Philipson S., Claire E.W. y Nadine A.K. 2011. Women's Knowledge, Beliefs, and Information Needs in Relation to the Risks and Benefits Associated with Use of the Oral Contraceptive Pill. *Journal of Women's Health* 20(4): 635 – 642.

Planned Parenthood Federation of America, Inc. 2012. Informe: Historia de los Métodos Anticonceptivos. New York. [en línea] <http://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf> [página visitada el 12 de septiembre de 2014].

Sabers A. 2008. Pharmacokinetic interactions between contraceptive and antiepileptic drugs. *Seizure Gender Issues in Epilepsy* 17(2): 141 – 144.

Sánchez-Caro J, Abellán F. 2010. Salud sexual y reproductiva: Aspectos científicos, éticos y jurídicos. Editorial: Comares, S.L. Madrid-Granada.

Schrager S. y Hoffmann S. 2008. Women's Knowledge of Commonly Used Contraceptive Methods. *Wisconsin Medical Journal* 107(7): 327 – 331.

Serna T.C. 2006. Anticonceptivos hormonales y su interacción con otros medicamentos. Chile. [en línea] <<http://www.catorse->

scs.com/instituto/temas_apoyo/Interacciones_anticonceptivos.pdf> [página visitada el 2 de diciembre de 2014].

Sevillano L.G. y Madrigal E.A. 2014. Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. Sevilla España. Pharm Care Esp. 16(3): 98 – 109.

Shenfield M.G. 1993. Oral Contraceptives: Are Drug Interactions of Clinical Significance?. Drug Safety 9(1): 21 – 37.

Smith F.P.L. y Whitfield J.M. 1995. Women's knowledge of taking oral contraceptive pills correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. British Journal of General Practice 45: 409 – 414.

Sociedad Española de Contracepción (SEC). 2011. Beneficios No Anticonceptivos en Anticoncepción. España. [en línea] <http://www.gfmer.ch/Guidelines/Planificacion_familiar_es/Planificacion_familiar_m t.htm> [página visitada el 28 de octubre de 2014].

The American College of Obstetricians and Gynecologist. 2012. Over-the-Counter Access to Oral Contraceptives. Committee Opinion N° 544 Obstet Gynecol 120: 1527 – 31.

Urrutia M. T., Concha X., Riquelme G. y Padilla O. 2012. Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. Chile. Rev Chilena Infectol 29(6): 600-606.

Weber J.C. y Van Dijke C.P. 1984. Interaction between oral contraceptive and griseofulvin. Br Med J (Clin Res Ed) 288(6424): 1125 – 1126.

Weisberg E. 2012. Interactions Between Oral Contraceptives and Antifungals/Antibacterials. Clinical Pharmacokinetics 36(5): 309 – 313.

Williams D. 2014. Antiepileptic Drugs and Contraception. US Pharm 39(1): 39 – 42.

Wilson S. y Taylor R. 1992. Women's knowledge about contraception. British Journal of Family Planning 18(1): 3 – 5.

8. ANEXOS

ANEXO 1: EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Tasa de embarazos por 100.000 mujeres en los primeros 12 meses de uso

Método anticonceptivo	Uso correcto y consistente	Uso típico
Sin método	85	85
Implante de levonorgestrel	0.05	0.05
Vasectomía	0.1	0.2
Implantes combinados	0.1	3
Inyectable progestágeno solo (AMPD)	0.3	3
Esterilización femenina	0.5	0.5
DIU TCU 380 ^a	0.6	0.8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (en lactancia)	0.5	1
Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)*	0.5	2
Anticonceptivos orales combinados	0.1	6-8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (sin lactancia)	0.5	+
Condón masculino	2	15
Coito interrumpido	4	19
Diafragma con espermicida	6	16
Abstinencia periódica	1-9	25
Condón femenino	5	21
Espermicidas	18	29

0-1	Muy efectivo	2-9	Efectiva	10-30	Menos efectiva
-----	--------------	-----	----------	-------	----------------

* Tasas de fallo en los primeros 6 meses postparto.

+ Las píldoras de progestágeno solo son algo menos efectivas que las pastillas combinadas cuando se ingieren sin estar lactando.

Adaptado de Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2005.

ANEXO 2: CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES

TABLA RESÚMEN			
CONDICIÓN	ACO	CONDICIÓN	ACO
I: inicio - C: continuación			
EMBARAZO	NA	HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO	1
EDAD	De menarquia a <40 = 1 ≥40 = 2	HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA (ver también post-parto, incluyendo cesárea)	1
PARIDAD a) Nulípara b) Mujeres que han tenido uno o más partos	1 1	OBESIDAD Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 Kg/m ²	2
LACTANCIA a) <6 semanas postparto b) 6 semanas a <6 meses (principalmente lactando) c) >6 meses postparto	4 3 2	TABAQUISMO a) Edad < 35 años b) Edad ≥ 35 años i) < 15 cigarrillos/día ii) ≥ 15 cigarrillos/día	2 3 4
POST-PARTO (no amamantando) a) <21 días b) ≥ 21 días	3 1	MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA
POST-ABORTO a) Primer trimestre b) Segundo trimestre c) Inmediatamente post-aborto séptico	1 1 1	MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como edad mayor, fumar, diabetes, hipertensión)	3/4*

1: condición sin restricciones para el uso de ACO / 2: condición en que las ventajas superan riesgos teóricos o probados / 3: condición en que riesgos teóricos o probados superan las ventajas / 4: uso del ACO representa un riesgo inaceptable para la salud.
ACO: anticonceptivo hormonal oral
NA: no aplica

*Dependiendo de la severidad de la condición

TABLA RESÚMEN			
CONDICIÓN	ACO	CONDICIÓN	ACO
HIPERTENSIÓN (HTA) a) Historia de HTA, incluyendo HTA en el embarazo, cuando NO se puede evaluar la HTA. b) HTA controlada adecuadamente, cuando puede evaluarse la presión. c) Presión arterial elevada (bien tomada) i) Sistólica 140-159 ó Diastólica 90-99 ii) Sistólica ≥ 160 ó Diastólica ≥ 100 d) Enfermedad vascular	3	MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (como factor V Leiden, mutación de protrombina, proteína S y C, déficit de antitrombina)	4
	3	TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL a) Venas varicosas b) Tromboflebitis superficial	1 2
	3 4	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (Enfermedad actual o Historia)	4
	4	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (Enfermedad actual o Historia)	4
	2	HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS (NO es necesario el examen de lípidos de rutina para el uso seguro de ACO)	2/3*
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) - EMBOLIA PULMONAR (EP) a) Historia de TVP/EP b) TVP/EP actual c) Historia familiar (parientes en 1° grado) d) Cirugía mayor i) con inmovilización prolongada ii) sin inmovilización prolongada e) Cirugía menor sin inmovilización	4	VALVULOPATÍA CARDÍACA a) sin complicaciones b) complicada hipertensión pulmonar, fibrilación auricular,	2 4
	4		historia de endocarditis bacteriana subaguda)
	2		
	4		
	2		
1			

*Dependiendo de la severidad de la condición

TABLA RESÚMEN			
CONDICIÓN	ACO	CONDICIÓN	ACO
I: inicio - C: continuación			
CEFALEAS		ENFERMEDAD	
a) No migrañosa (leve o severa)	I=1/C=2	TROFOBLASTICA	
b) Migraña		a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	1
i) Sin aura		b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	1
Edad < 35 años	I=2/C=3		
Edad ≥ 35 años	I=3/C=4		
ii) Con aura	I=4/C=4	ECTROPIÓN CERVICAL	1
(a cualquier edad)		NEOPLASIA CERVICAL	2
EPILEPSIA	1	INTRAEPITELIAL (NIC)	
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1	CÁNCER CERVICAL	2
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL		(en espera de tratamiento)	
Patrón irregular sin sangrado abundante	1	ENFERMEDAD DE LA MAMA	
Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	1	a) Nódulo sin diagnóstico	2
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA		b) Enfermedad benigna de la mama	1
(sospecha de una condición grave)	2	c) Historia familiar de cáncer	1
Antes de la evaluación		d) Cáncer	
ENDOMETRIOSIS	1	i) actual	4
TUMORES BENIGNOS DEL OVARIO	1	ii) pasado y sin evidencia de enfermedad por 5 años	3
(incluyendo quistes)		CÁNCER DE ENDOMETRIO	
DISMENORREA SEVERA	1		1

TABLA RESÚMEN			
CONDICIÓN	ACO	CONDICIÓN	ACO
I: inicio - C: continuación			
CÁNCER DE OVARIO	1	ALTO RIESGO DE VIH	1
MIOMAS UTERINOS		INFECCIÓN POR VIH	1
a) Sin distorsión de la cavidad Uterina	1	SIDA (clínicamente bien con terapia antirretroviral)	1
b) Con distorsión de la cavidad Uterina	1	ESQUITOSOMIASIS	
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)		a) No complicada	1
a) Historia de EPI (asumiendo que actualmente no hay factores de riesgo de ITS)		b) Fibrosis del hígado (si es grave consulte cirrosis)	1
i) Con embarazo	1	TUBERCULOSIS	
ii) Sin embarazo posterior	1	a) No pélvica	1
iii) EPI actual	1	b) Pélvica diagnosticada	1
ITS*		TRASTORNOS TIROIDEOS	
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	a) Bocio simple	1
b) Otras ITS (excluyendo VIH y hepatitis)	1	b) Hipertiroidismo	1
c) Vaginitis (incluyendo tricomonas y vaginosis bacteriana)	1	c) Hipotiroidismo	1
d) Alto riesgo de ITS	1	ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR	
		a) Sintomática	2
		i) Tratada con colecistectomía	2
		ii) Tratada médicamente	3
		iii) Actual	3
		b) Asintomática	2

*Siempre se debe recomendar el uso de condones para la prevención de ITS/EPI/VIH

TABLA RESÚMEN			
CONDICIÓN	ACO	CONDICIÓN	ACO
I: inicio - C: continuación			
HISTORIA DE COLESTASIS		DIABETES	
a) Relacionada con embarazo	2	a) Historia de diabetes gestacional	1
b) Relacionada con uso previo de ACO	3	b) Enfermedad no vascular	2
HEPATITIS VIRAL		i) No insulino dependiente	2
a) Activa	4	ii) Insulino dependiente	
b) Portadora	1	c) Nefropatía / Retinopatía/ Neuropatía	3/4*
CIRROSIS		d) Otra enfermedad vascular o diabetes de duración > 20 años	3/4*
a) Leve (compensada)	3		
b) Severa (descompensada) de riesgo de ITS	4		
TUMORES DEL HÍGADO		TALASEMIA	1
a) Benigno (adenoma)	4	ANEMIA DREPANOCÍTICA	2
b) Maligno (hepatoma)	4	ANEMIA FERROPRIVA	1
DROGAS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS		ANTIBIÓTICOS (excluyendo rifampicina)	
a) Rifampicina	3	a) Griseofulvina	2
b) Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3	b) Otros antibióticos	1
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	2		

*Dependiendo de la severidad de la condición
 Tablas adaptadas de Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, Ministerio de Salud (MINSAL), Chile, 2010.

**ANEXO 3: INTERACCIONES TEÓRICAS Y SU EFECTO EN LOS
ANTICONCEPTIVOS ORALES**

Clasificación terapéutica/Mecanismo	Fármacos	Interacción	Documentos
<p>Antibióticos</p> <p>Mx: Alteración de la circulación enterohepática del estradiol.</p> <p>Mx: Inducción enzimática.</p>	<p>Antibióticos de amplio espectro.</p> <p>Rifampicina (antituberculoso)</p>	<p>Relevancia clínica discutible, sujeta a susceptibilidad individual.</p> <p>Interacción establecida.</p>	<p>(Archer y cols., 2002)</p> <p>(Borrego y Pérez, 2003) (OMS, 2007)</p> <p>(Flórez, 2008)</p> <p>(Lee, 2009)</p> <p>(Weisberg, 2012)</p>
<p>Antiepilépticos</p> <p>Mx: Aumento del metabolismo de estrógenos por fenómenos de inducción enzimática.</p>	<p>Fenobarbital, Primidona, Fenitoína, Carbamazepina, Oxcarbazepina, Felbamato.</p> <p>Topiramato, Lamotrigina.</p> <p>Ácido valproico (valproato de sodio), Vigabatrina, Gabapentina, Tiagabina, Etosuximida, Pregabalina, Zonisamida, Levetiracetam, Bzd.</p>	<p>Interacción establecida (inductores enzimáticos fuerte).</p> <p>Inducción enzimática dosis dependiente.</p> <p>Estudios sugieren que no afectan la farmacocinética de ACO's.</p>	<p>(Crawford, 2002)</p> <p>(Borrego y Pérez, 2003) (OMS, 2007)</p> <p>(Flórez, 2008)</p> <p>(Sabers, 2008)</p> <p>(FSRH, 2010)*, (Williams, 2014)</p> <p>(Crawford, 2002)</p> <p>(Borrego y Pérez, 2003)</p> <p>(Sabers, 2008)</p> <p>(FSRH, 2010)*, (Williams, 2014)</p>

<p>Antifúngicos</p> <p>Mx: inducción enzimática e incremento de las proteínas transportadoras.</p>	<p>Griseofulvina</p>	<p>Interacción sospechosa.</p>	<p>(Weber, 1984), (Back y Orme, 1990), (Shenfield, 1993), (Borrego y Pérez, 2003), (Weisberg, 2012)</p>
<p>Vitaminas</p> <p>Mx: facilita la absorción de los estrógenos al competir con ellos en reacciones de conjugación a nivel intestinal pudiendo aumentar sus niveles plasmáticos.</p>	<p>Vitamina C (ácido ascórbico)</p>	<p>Interacción establecida.</p>	<p>(Back y Orme, 1990), (Shenfield, 1993), (Flórez, 2008)</p>

*Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare

ANEXO 4: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Farmacias Cruz Verde
Local 204



Facultad de Farmacia
Química y Farmacia

ENCUESTA N° _____**1. Características Socio-Demográficas**

- a)** Edad: _____ años
- b)** Ocupación: Estudiante____ Dependiente____ Independiente____
Dueña de casa____ Jubilada____
- c)** Grupo socioeconómico: Ingresos familiar (en promedio) \$_____
- d)** Escolaridad: Sin Escolaridad____ Enseñanza Básica Completa____
Enseñanza Básica Incompleta____ Enseñanza Media Completa____
Enseñanza Media Incompleta____ Estudios Superiores____
- e)** Procedencia: Rural____ Urbana____
- f)** Estado Civil: Soltera____ Casada____ Otro_____
- g)** Convivencia: En pareja____ Sola____
- h)** Hijos: Sí____ No____ Cuántos____
- i)** Tabaco: <5 cigarrillos/día____ 6-10 cigarrillos/día____ 11-20cigarrillos/día____
>20 cigarrillos/día____ No Fuma____
- j)** Alcohol: 1 vez/semana____ 3 veces/semana____ >3 veces/semana____
No Bebe____
- k)** Edad inicio de relaciones sexuales: _____ años

2. Comorbilidades y Uso de otros Medicamentos

- a) ¿Padece alguna enfermedad crónica (ECNT: HTA, DM, IC, Asma, Hiperlipidemia, Hiper/Hipotiroidismo u otra)?
 Sí___ No___ Cuál(es) _____
- b) ¿Consume algún(os) otro(s) medicamentos regularmente además de su anticonceptivo?
 Sí___ No___ Cuál(es) _____
- c) Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Toma Ud. todos los medicamentos a la misma hora?
 Sí___ No___
- d) ¿Conoce cuáles medicamentos afectan o interfieren en la efectividad del anticonceptivo que toma?
 Sí___ No___ Cuál(es) _____
- e) Si la respuesta anterior es afirmativa, Cuando ha tomado algún medicamento que sabe que influye en la efectividad del anticonceptivo que Ud. consume habitualmente ¿Qué hace?
 No hace nada___ Utiliza algún otro MAC___ (Cuál _____)
 Otro___ (Cuál _____)

3. Identificación y conocimiento de la terapia con anticonceptivo oral

- a) Nombre Comercial: _____
- b) Nombre Principio activo 1: _____ mg
 Nombre Principio activo 2: _____ mg
- c) ¿Quién le recomendó el anticonceptivo oral que está tomando en este momento?
 Ginecólogo(a)___ Matrón(a)___ Familiar___ Amiga(o)___
 Otro___ (Cuál _____)
- d) ¿Por qué motivo está tomando el anticonceptivo?
 Planificación Familiar___ Regulación ciclo menstrual___
 Enfermedad (endometriosis, acné, menopausia, etc.) ___

e) Además del anticonceptivo oral, ¿Ud. o su pareja utilizan otro método de refuerzo para evitar el embarazo o las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH-SIDA)?

Sí___ No___Cuál(es) _____

f) ¿Qué día del ciclo menstrual comienza a tomar el envase de anticonceptivo?

1er día de menstruación___ Después del 1er día de menstruación___

Al término de la menstruación (App. 5 día)___

Después del 5 día de menstruación___

g) ¿Ha utilizado siempre el mismo anticonceptivo oral?

Sí___ No___

h) Si la respuesta anterior es No,

¿Cuál utilizaba con anterioridad?

¿Cuál fue la razón del cambio?

Efectos adversos (dolor abdominal, aumento de peso, sangrado durante el mes, otros)___

Precio del anticonceptivo___

Falta de stock del anticonceptivo en la farmacia___

Recomendación de su Ginecólogo(a) o Matrón(a)___

Otro___Cuál(es) _____

i) ¿Alguna vez ha tenido problemas para adquirir el anticonceptivo actual?

Sí___ No___Cuál(es) (precio, stock, otros) _____

j) Si la respuesta anterior es Sí,

¿Ha dejado de tomar el anticonceptivo? Sí___ No___

Cuando ha dejado de tomar el anticonceptivo, ¿Utiliza otro método anticonceptivo? Sí___ No___Cuál(es)_____

k) ¿Conoce cuál es la duración del tratamiento anticonceptivo oral o por cuánto tiempo puede consumirlo?

Sí___ No___Cuánto _____

l) ¿Cuánto tiempo lleva utilizando el método anticonceptivo oral (anticonceptivos hormonales orales)?_____

m) ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo el anticonceptivo oral actual?

- n)** ¿Ingiera la pastilla o píldora anticonceptiva todos los días en el mismo horario?
 Sí___ No___ El horario no es importante___
- o)** ¿Conoce cuáles son los efectos adversos o indeseados del anticonceptivo que consume?
 Sí___ No___ Cuál(es) _____
- p)** Durante el último mes de utilización del anticonceptivo Ud. ¿Ha presentado alguno de los siguientes efectos?
 Dolor abdominal___ Dolor de cabeza___ Dolor de mamas___
 Aumento del vello facial___ Cambios de peso___ Cambios de ánimo___
 Disminución del deseo sexual___ Acné___
 Nauseas___ Vómitos___ Ninguno___
- q)** ¿Alguna vez ha olvidado ingerir una de las pastillas anticonceptivas?
 Sí___ No___
- r)** Si la respuesta anterior es Sí, Cuando olvida ingerir la píldora ¿Qué hace?
 No ingiere la píldora olvidada y continúa la ingesta de manera habitual___
 Toma la pastilla lo antes posible (antes de transcurridas 12 horas)___
 Toma 2 pastillas juntas___
 Utiliza otro método anticonceptivo de respaldo___ Cuál(es)_____
- Consulta a su Ginecólogo(a) o Matrn(a)___
 Consulta al Químico Farmacéutico___
- s)** Ud. ¿Sabe que realizar en caso de olvidar ingerir 3 o más comprimidos?
 Sí___ No___
- t)** En caso de vómitos cercanos a la toma de la pastilla o en el rango de 2 horas posteriores a la ingesta ¿Qué hace?
 No hace nada___ Ingiera otra pastilla___
 Utiliza otro método anticonceptivo de respaldo___ Cuál(es)_____
- Consulta a su Ginecólogo(a) o Matrn(a)___
 Consulta al Químico Farmacéutico___
 Nunca ha estado en esa situación___
- u)** En caso de diarreas cercanas a la ingesta de la píldora en el rango de 2 horas posteriores o diarreas severas que se prolonguen por más de 24 horas ¿Qué hace?
 No hace nada___ Ingiera otra pastilla___
 Utiliza otro método anticonceptivo de respaldo___ Cuál(es)_____
- Consulta a su Ginecólogo(a) o Matrn(a)___
 Consulta al Químico Farmacéutico___
 Nunca ha estado en esa situación___

v) Los anticonceptivos orales, incluyendo el que Ud. consume, ¿Protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH-SIDA)?

Sí___ No___ Cómo_____ No sabe___

w) Si tiene hijos, cuando quedó embarazada ¿Se encontraba con tratamiento anticonceptivo?

Sí___ No___

x) ¿Cada cuánto tiempo acude a control con su Ginecólogo(a) o Matrón(a)?

2 veces al año (cada 6 meses)___ Una vez al año___

Una vez cada 2 años___ Una vez cada 5 años___

Otro___ Cuál _____

4. Farmacia comunitaria y adquisición del anticonceptivo

a) Si por dificultad económica Ud. no pudiese adquirir el anticonceptivo cuando asiste a la farmacia a comprarlo, ¿Qué haría?

Lo busca en otra cadena de farmacia___

Solicita cambio de anticonceptivo por una alternativa farmacéutica (iguales componentes) pero más barato___

Suspende el tratamiento___

Otro___ Cuál _____

b) Si por falta de stock Ud. no pudiese adquirir el anticonceptivo cuando asiste a la farmacia a comprarlo, ¿Qué haría?

Lo busca en otra cadena de farmacia___

Solicita cambio de anticonceptivo por otra marca___

Solicita cambio de anticonceptivo por una alternativa farmacéutica (iguales componentes)___

Suspende el tratamiento___

Otro___ Cuál _____

c) ¿De qué forma adquiere regularmente el anticonceptivo?

Con receta médica___ Sin receta médica___

d) Si Ud. tiene dudas de su terapia anticonceptiva, ¿A quién recurre en primer lugar para solucionar esas interrogantes?

Al Químico Farmacéutico___ Al Ginecólogo___ Consulta Internet___

A alguna Amiga o Familiar___ Otro___ Cuál _____

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto “Patrones de Uso de Anticonceptivos Hormonales Orales en Mujeres que los adquieren en una Farmacia Comunitaria de Quilpué”

El presente estudio pretende determinar los patrones de uso de los anticonceptivos hormonales orales en mujeres que los adquieren en una farmacia comunitaria de la zona de Quilpué. Además, busca definir el nivel de conocimiento y utilización que poseen las pacientes que los emplean, con el objetivo de conocer aquellos motivos y situaciones de riesgo que pudiesen afectar la terapia anticonceptiva y así adquirir los instrumentos necesarios para colaborar como Químico Farmacéutico a la correcta utilización de MAC desde todas las aristas posibles, en pos de que cada una de las mujeres pueda gozar de una salud sexual y reproductiva total, que les permita alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud acorde a su situación de vida.

Usted está siendo invitada a participar en el proyecto realizado por la tesista Falon Arias Durán perteneciente a la carrera de Química y Farmacia de la Universidad de Valparaíso, y al firmar este consentimiento usted permitirá que la tesista investigadora obtenga información referente a su persona a través de una encuesta y entrevista que se le realizará para recoger información sobre los conocimientos y los problemas relacionados con su terapia hormonal para anticoncepción.

Antes de consentir, siéntase con absoluta libertad de preguntar acerca de cualquier aspecto que le ayude a aclarar todas sus dudas.

La información que sea entregada por usted se mantendrá en absoluta confidencialidad y los resultados de esta investigación podrán ser publicados pero su nombre o identidad no serán revelados.

La participación en este estudio no constituye ningún costo para su persona y no existe riesgo alguno que pueda afectar su tratamiento. Por participar en la investigación usted no será beneficiada económicamente, sino más bien, al colaborar con este estudio se podrán identificar los problemas con su terapia hormonal y mejorarlos con el objetivo de asegurar que su terapia anticonceptiva sea efectiva y segura.

Es importante destacar que usted se encuentra facultado para retirarse de esta investigación en el momento que estime conveniente sin afectarlo en ninguna manera.

Según _____ lo _____ anterior, Yo _____ con _____ cédula de identidad _____ declaro que he sido informada e invitada a participar en el proyecto por la Srta. Falon Arias Durán, he leído la información proporcionada o me ha sido leída, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación, sin ser

forzada u obligada y entiendo que tengo el derecho de retirarme de ella en cualquier momento que estime conveniente sin que me afecte en ninguna manera.

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

FIRMA DEL INVESTIGADOR _____

FECHA: ____/____/____

ANEXO 6: FOLLETO INFORMATIVO (TRÍPTICO)

ANEXO 7: LISTADO DE ACO's SOLICITADOS, NOMBRE COMERCIAL

FRECUENCIA Y VALOR

Principio activo	Dosis (mg)	Nombre comercial	n	Precio (\$)**		
Ciproterona acetato – EE*	2,000 - 0,035	Evilin	2	13.990		
		Lady-Teen 35	1	16.190		
Desogestrel– EE	0,150 - 0,030	Ciclidon	4	11.590		
		Ciclidon 20 CD	2	8.690		
		Ciclidon 20	1	11.890		
		Gynostat 20	6	8.190		
Dienogest– EE	0,150 - 0,020/0,010	Dal	3	10.890		
	2,000 - 0,030	Acotol	4	10.890		
Drospirenona– EE	3,000 - 0,030	Tinelle	3	10.990		
		Dahlia	2	10.190		
		Femelle	10	13.250		
		Femiplus CD	1	10.790		
		Miafem	1	11.990		
		Vexa CD	14	11.460		
		Yasmin CD	1	16.390		
		Yasmin	3	18.290		
		Femelle 20	4	12.990		
		Femiplus 20	2	10.790		
		Vexa 20	2	11.690		
		Yaz	2	15.890		
		Gestodeno– EE	0,075 - 0,030	Ciclomex	3	10.390
				Ciclomex CD	3	9.240
Feminol	8			8.050		
Gynera	5			14.490		
0,075 - 0,020	Ciclomex 20 CD			1	8.490	
	Ciclomex 20			3	9.190	
	Feminol 20			4	7.090	
	Gynera 75/20			1	12.490	
	Lindynette 20			1	4.715	
	Feminol 15			1	8.590	
Levonorgestrel– EE	0,150 - 0,030	Anovulatorios	5	955		

		Microdosis		
		Anulette	2	7.790
		Anulette CD	12	5.690
		Microgynon	1	9.970
		Norvetal	1	9.890
	0,100 - 0,020	Anulette 20 CD	2	7.450
		Norvetal 20 CD	1	5.190
	0,050- 0,030/0,075- 0,040/0,125-0,030	Trolit	1	7.290
Nomegestrol acetato - Estradiol hemihidrato	2,500 - 1,500	Zoely	1	14.990
Desogestrel	0,075	Arlette 28	3	9.690
		Cerazette	1	11.790
		Nogesta	3	8.640
Linestrenol	0,500	Linosun	1	5.190

*EE: etinilestradiol

**Precios en pesos de los meses de febrero hasta mayo de 2014.