



Universidad de Concepción
Facultad Farmacia

**EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA
POBLACIÓN QUE ACUDE A UNA FARMACIA
CRUZ VERDE EN CORONEL, SOBRE
ANTICONCEPTIVOS ORALES**

POR DANIELA ISABELLA ESPINOZA AGUILLON

Seminario de internado presentado a la Facultad de Farmacia de la Universidad de Concepción para optar al título profesional de Química Farmacéutica

Profesora Guía:

Q.F. Dra. Carolina Pilar Gómez Gaete
Departamento de Farmacia
Facultad de Farmacia
Universidad de Concepción

Profesional Guía:

Q.F. Ricardo Atilio Alcides Torres
Ravanal
D.T Farmacia Cruz Verde N°284,
Coronel

Junio, 2020

Concepción, Chile

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS	16
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	18
4.1. Identificación de los principios activos de anticonceptivos orales presentes en la farmacia	18
4.2. Análisis demográfico de la población encuestada	21
4.2.1. Edad de las usuarias de anticonceptivos orales	21
4.2.2. Usuarias y su escolaridad	23
4.2.3. Principios activos de mayor venta	24
4.2.4. Mujer y previsión de salud	25
4.3. Análisis de la administración de anticonceptivos orales por las pacientes	27
4.3.1. Inicio de terapia con anticonceptivos orales	27
4.3.2. Duración de la terapia con anticonceptivos orales	28
4.3.3. Adherencia al tratamiento con anticonceptivos orales	30
4.3.4. Olvido de dosis de anticonceptivos orales y correcta administración	32
4.3.5. Constancia en la terapia con anticonceptivos orales	34
4.3.6. Conocimiento respecto a los envases de los anticonceptivos orales.....	35

4.3.7. Placebos	36
4.3.8. Interacciones medicamentosas con anticonceptivos orales.....	37
4.3.9. Conocimiento general sobre métodos anticonceptivos	39
4.3.10. Utilización de métodos anticonceptivos diferentes a los anticonceptivos orales	40
4.3.11. Riesgo del consumo de tabaco y la terapia con anticonceptivos orales	42
4.3.12. Enfermedades crónicas y terapia con anticonceptivos orales.....	43
4.3.13. Maternidad.....	43
4.3.14. Consultas sobre la terapia de anticonceptivos orales	45
4.3.15. Efecto adverso más mencionado por las usuarias	46
4.3.16. Hombres y planificación familiar	47
4.4. Desarrollo y entrega de boletín informativo.....	48
5. CONCLUSIONES	50
6. GLOSARIO.....	52
7. BIBLIOGRAFÍA.....	54
8. ANEXOS.....	63
<i>Anexo I: Encuesta para medir conocimiento sobre anticonceptivos orales en pacientes que acuden a Farmacia cruz verde local N° 284 de Coronel.....</i>	63
<i>Anexo II: Boletín informativo entregado a las usuarias</i>	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 4- 1:Principios activos de anticonceptivos orales en stock en Farmacia Cruz Verde N°284	19
Tabla 4- 2:Principios activos y sus beneficios no anticonceptivos	20
Tabla 4- 3:Distribución de ventas de anticonceptivos orales según principios activos despachados	25



INDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 4- 1: Distribución de edad de las usuarias.....	23
Figura 4- 2: Nivel educacional de las usuarias.....	24
Figura 4- 3: Clasificación de las usuarias según su previsión de salud	26
Figura 4- 4: Recomendación de la terapia de las usuarias	28
Figura 4- 5: Tiempo de tratamiento de las usuarias	30
Figura 4- 6: Olvido de la dosis de anticonceptivos orales por las usuarias	31
Figura 4- 7: Actitud frente al olvido de una dosis	34
Figura 4- 8: Existencia de un horario constante de administración en las usuarias	35
Figura 4- 9: Conocimiento de las usuarias sobre las presentaciones comunes del	36
Figura 4- 10: Conocimiento de las usuarias respecto al concepto placebo	37
Figura 4- 11: Grado de conocimiento de las usuarias respecto a las interacciones en su tratamiento anticonceptivo	38
Figura 4- 12: Grado de conocimiento de las usuarias respecto a otros métodos anticonceptivos	40
Figura 4- 13: Utilización de otros métodos anticonceptivos por las usuarias.....	41
Figura 4- 14: Usuarias de anticonceptivos orales que fuman.....	42
Figura 4- 15: Usuarias de anticonceptivos orales con alguna enfermedad crónica	43
Figura 4- 16: Usuarias con hijos.	44

Figura 4- 17: Fuente de información de las usuarias sobre anticonceptivos orales46

Figura 4- 18: Actitud de usuarias frente a la interrogante de si dejarían su tratamiento con la existencia de un anticonceptivo oral masculino.....48



RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue evaluar el grado de conocimiento sobre el tratamiento con anticonceptivos orales en pacientes que acuden a una farmacia privada en Coronel y contribuir con educación al respecto.

Para ello, el instrumento utilizado fue una encuesta, la cual fue validada previamente mediante su propia aplicación. Se aplicó la encuesta a 100 mujeres que asistieron a la farmacia durante junio, julio y agosto de 2019. Se realizó un análisis descriptivo de la información obtenida. En su mayoría las usuarias fueron mujeres que cursaban una educación superior, siendo la edad de estas entre 20 y 29 años. Aproximadamente la mitad de la población encuestada afirmó olvidar algunas dosis de sus anticonceptivos orales. Las usuarias afirmaron conocer interacciones en su tratamiento, pero no supieron especificar los medicamentos que podrían alterar su terapia. Aunque se evidenció que las usuarias prefieren informarse mediante el profesional de salud, sus dudas no son del todo resueltas con ellos. La mayoría de las usuarias presentó una respuesta negativa ante la opción de dejar su terapia si existiesen anticonceptivos orales masculinos. En conclusión, a pesar del conocimiento presente en las usuarias, se identificaron falencias respecto al uso apropiado de su terapia anticonceptiva, por lo que es necesario recalcar la importancia de una buena comunicación entre el profesional de salud y la paciente, para tener una máxima efectividad del tratamiento.

ABSTRACT

The objective of this work was to evaluate the degree of knowledge about oral contraceptive treatment in patients who attend to a private pharmacy in Coronel, and to contribute with education regarding this.

For this, the instrument used was a survey, which was previously validated through its own application. The survey was done by 100 women who attended the pharmacy during June, July and August 2019. A descriptive analysis of the information obtained was carried out. The majority of the consumers were women who were attending higher education institutions and their age being between 20 and 29 years. Approximately half of the surveyed population claimed to forget some doses of their oral contraceptives. The users claimed to know interactions in their treatment, but were not able to specify which medications that could difficult their therapy. Although it was shown that the users prefer to inquire through a health professional, their doubts are not entirely resolved with them. Most of the users showed a negative response to the option of stop their therapy if there were male oral contraceptives. In conclusion, despite the knowledge present in the users, shortcomings were identified regarding the appropriate use of their contraceptive therapy, so it is necessary to emphasize the importance of good communication between the health professional and the patient, to have maximum effectiveness in the treatment.

1. INTRODUCCIÓN

La mujer, a través de los años, ha tenido una preocupación constante respecto a los métodos anticonceptivos. Es conocido el mito griego de Perséfone, diosa de la primavera, quien luego de haber sido arrancada de la compañía de su madre y llevada al inframundo por el dios de la muerte, se negó a comer todo, excepto semillas de granada. Hoy en día se sabe, gracias a historiadores médicos, que la granada fue uno de los primeros anticonceptivos orales (Riddle, 1992).

Las mujeres desde antaño, han utilizado diversos métodos de anticoncepción, transmitidos de generación en generación, con el fin de tener una óptima planificación familiar. A comienzos del siglo XX, la idea de los anticonceptivos orales había perdido interés en la medicina convencional y recién se reintrodujo la idea en la segunda mitad de aquel siglo (Knowles, 2012).

Las investigaciones básicas que condujeron a la creación de los anticonceptivos orales, resultaron posibles cuando el profesor de química, Russell Marker, descubrió que varias generaciones de mujeres mexicanas habían comido una planta silvestre (raíz de barbasco) como método anticonceptivo. Esto ocurrió en los años 30 mientras este profesor estaba de vacaciones en las selvas tropicales de México experimentando con un grupo de esteroides vegetales conocidos como sapogeninas. Él descubrió un proceso químico que transforma la sapogenina diosgenina en progesterona (Marker & Lopez,

1947). Naciendo así, la posibilidad de desarrollar una sustancia sintética similar a la hormona femenina que pudiera interferir con el proceso cíclico de la ovulación y de la fecundación en la mujer.

Los anticonceptivos hormonales combinados (ACO) corresponden a un método reversible compuesto por la combinación de un estrógeno y un progestágeno, así como también de un progestágeno solo (PPFA, 2010).

Fueron años los que se necesitaron para desarrollar esta idea innovadora, y ya en 1955 se obtenían los primeros resultados para preparar la llamada, en ese entonces, “píldora anticonceptiva” (*the pill*). El nombre comercial que se le asignó fue el de Enovid y consistía en una combinación estroprogestinica, en donde se mezclaban mestranol (150µg) y noretinodrel (10 mg). Posteriormente, las cantidades de ambas sustancias fueron rebajadas. Los experimentos en la población se iniciaron en 1956 en Puerto Rico, y al año siguiente en Haití y Ciudad de México (Galán, 2010).

Fue tal la presión de la sociedad de esos años, que la FDA (*Food and Drug Administration*) accedió en 1957 a dar uso a Enovid como un fármaco para regular la menstruación, obteniendo 3 años después, el 23 de junio de 1960, el permiso para ser comercializada explícitamente como anticonceptivo oral (Galán, 2010).

Actualmente más del 60 % de las mujeres entre 15 y 44 años utilizan algún método anticonceptivo, de ellas, el 19 % utiliza un anticonceptivo oral (PPFA, 2010).

Luego de pequeñas modificaciones en la estructura química del mestranol, en donde se le agregó un etinil en posición alfa, apareció el compuesto llamado etinilestradiol, con una mejor biodisponibilidad, y el cual permitía administrarlo una vez al día (Galán, 2010). A lo largo de los años se han ido constantemente modificando con el fin de disminuir sus efectos adversos. En los 70's se observó que, a mayores dosis, se aumentaban los riesgos cardiovasculares, y se encontró una relación directa entre la concentración estrogénica y los eventos cardiovasculares. También se observó que algunos gestágenos al combinarlos con estrógenos aumentaban el riesgo (González-Hernando et al., 2013). Por lo tanto, todo esto incentivó a la síntesis de nuevos progestágenos y se disminuyeron considerablemente sus concentraciones.

La clasificación actual de los anticonceptivos orales se basa en la progestina utilizada, obteniéndose así cuatro diferentes generaciones. Los de primera generación incluyen comprimidos con noretisterona y acetato de noretisterona; los de segunda generación incluyen comprimidos con levonorgestrel; los de tercera generación incluyen comprimidos con desogestrel, gestodeno y norgestimato; y los de cuarta generación incluyen comprimidos con drospirenona o píldoras con cualquier otra nueva progestina (International Planned Parenthood Federation, 2013).

Le eficacia anticonceptiva se calcula con el índice de Pearl (IP), el cálculo de este está basado en el número de embarazos no planificados por cada 100 mujeres al año, es decir, el número de embarazos que sucederían en un grupo de 100 mujeres utilizando el método durante un año (Ecuación 1).

Ecuación 1: Cálculo de índice de Pearl para conocer la eficacia anticonceptiva

$$IP = \frac{N^{\circ} \text{ total de embarazos} \times 12}{N^{\circ} \text{ de mujeres} \times N^{\circ} \text{ de meses}} \times 100$$

Una revisión sistemática publicada el 2010, indica al IP con un valor promedio de 0,3%, aunque con el uso típico, el cual incluye fallos, se alcanza un 8%. Para estos resultados se realizaron 47 estudios que evaluaron a los anticonceptivos orales combinados, en donde se destaca que el IP es ligeramente superior en una dosis de 20 µg de etinilestradiol que aquellos con dosis de 30 µg (Mansour et al., 2010).

Hoy en día existen 3 tipos de anticonceptivos orales según la concentración de sus componentes. Están los monofásicos, que son aquellos en donde cada comprimido contiene una dosis constante de estrógenos y de gestágenos a lo largo del ciclo, existen disponibles con 21 comprimidos y con descanso de 7 días entre cada envase; de 21 comprimidos con hormonas + 7 de placebo; y de 24 comprimidos + 4 de placebo.

También están los bifásicos, los que consisten en una dosis del estrógeno que se mantiene constante a lo largo de los comprimidos, mientras que la dosis del gestágenos aumenta en la segunda mitad del ciclo. Estos últimos no son muy utilizados, existiendo además los llamados combifásicos, los cuales tienen una secuencia de aumento y disminución escalonada, mientras el progestágeno aumenta, el estrógeno decrece la segunda mitad del ciclo. Y por último están los trifásicos, en donde la dosis de estrógenos aumenta en la mitad del ciclo, para así disminuir la tasa de sangrado disfuncional, y la dosis del gestágenos es inicialmente baja y luego se aumenta a lo largo del ciclo, tratando de simular el ciclo hormonal fisiológico (Animated Dissection of Anatomy for Medicine, 2018)



Paralelo a todos los avances e investigaciones realizadas, en Chile, la situación para el año 1964 correspondía a una tasa de mortalidad materna muy alta, siendo la mayor en América. Entre las causas, el aborto era una de ellas, y era el responsable de más del 50% de muertes. Esta situación fue variando a través de los años debido al ingreso de anticonceptivos orales a la sociedad chilena (Armijo & Monreal , 1966).

La mujer de hoy ha obtenido, debido a una lucha constante, mayores beneficios que antiguamente eran exclusivamente del hombre, por ello hoy, ellas tienen más actividades, más proyecciones laborales y por lo mismo exigen una mayor seguridad y eficacia en cuanto a sus métodos anticonceptivos.

Se ha visto en numerosas entrevistas, en diferentes medios periodísticos, que a pesar del acceso a la información existente en los tiempos modernos, y a causa también de las falsas informaciones, existe un gran número de usuarias mal informadas, lo que también es debido a la no entrega o mala entrega de instrucciones por parte de los profesionales de la salud, por lo tanto al momento de utilizar estos medicamentos, ellas no obtienen el efecto deseado, ocasionando embarazos no planificados (DeMaria A., et al, 2019).

De esto surge la duda sobre qué es lo que saben las usuarias, cuál es su conocimiento del tema, ya que a pesar del folleto informativo que trae el envase, siempre existen ciertos errores asociados al uso de los anticonceptivos orales, errores que se podrían evitar si la entrega de información entre profesional-paciente fuera la adecuada, ya que a pesar de tener casi 60 años de vigencia “la píldora”, aún se requiere mayor información hacia las usuarias.

Debido a todos los antecedentes mencionados anteriormente, este seminario, tiene como finalidad detectar cuál es el conocimiento de la población respecto a los anticonceptivos orales, particularmente en la población que acude a una farmacia privada de la cadena Cruz Verde en Coronel. Con el fin de, posteriormente y durante la investigación, entregar a aquellas pacientes un boletín con información pertinente, para que obtengan una mejoría en su adherencia al tratamiento y un mayor dominio de su maternidad.

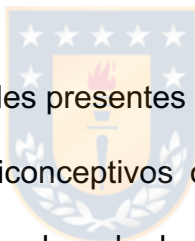
2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Evaluar el grado de conocimiento sobre el tratamiento de anticonceptivos orales en pacientes que acuden a una farmacia privada en Coronel, con desarrollo y entrega de boletín informativo.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar los anticonceptivos orales presentes en la oficina de farmacia.
- Clasificar a las usuarias de anticonceptivos orales, según el tipo de tratamiento anticonceptivo empleado y evaluar el grado de conocimiento respecto a su terapia.
- Desarrollar boletín informativo.



3. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue realizada durante los meses de junio, julio y agosto del 2019, y se llevó a cabo en las instalaciones de Farmacias Cruz Verde, específicamente en el Local N° 284, ubicado al interior del Mall Arauco-Coronel. Correspondiente este estudio al tipo descriptivo transversal, como parte del internado en farmacia privada.

3.1. Definición de stock de anticonceptivos orales y tabulación de sus principios activos.

Para definir aquellos anticonceptivos orales disponibles actualmente en la farmacia, éstos se buscaron en el sistema Cruz Verde, específicamente en la plataforma *geoinventory*. En aquella plataforma se encontró un listado con sus respectivos nombres comerciales, por lo que, posteriormente, se realizó una búsqueda bibliográfica, para reconocer sus correspondientes principios activos. Estos últimos, fueron tabulados en la tabla 4-1.

3.2. Selección de la muestra de usuarias

Los criterios de inclusión, considerados para la selección de la muestra, fueron todas aquellas mujeres mayores de 18 años, que llevaran mínimo 3 meses de tratamiento con anticonceptivos orales, y que voluntariamente aceptaran participar del estudio. Dejando así, como criterios de exclusión, a aquellas usuarias que no cumplieran lo recién mencionado, y también a aquellas que no estuvieran adquiriendo los medicamentos para su propio uso.

3.3. Diseño y elaboración del instrumento

El instrumento utilizado para el presente estudio fue una encuesta (Anexo I), y para realizarla, se tomaron en cuenta las dudas y los errores frecuentes observados en usuarias de anticonceptivos orales, estos fueron recopilados del dialogo diario entre usuarias y personal de farmacia, como también de bibliografía. Por tanto, la encuesta fue validada mediante la aplicación de la misma y su correspondiente comprensión por aquellas mujeres encuestadas.

3.4. Aplicación de la encuesta validada

Se procedió a encuestar a un número de 100 usuarias que asistieron a la farmacia durante los meses que duró la investigación.

3.5. Análisis y evaluación de los datos recopilados en las encuestas

Se realizó un análisis descriptivo de la información obtenida en las encuestas aplicadas, con el fin de detectar el nivel de conocimiento que manejan las usuarias respecto al uso de anticonceptivos orales.

3.6. Desarrollo y entrega de boletín informativo

Se recopiló información general sobre anticonceptivos orales (Sondheimer , 2008) y que pudiera dar respuesta a las preguntas habituales realizadas por las usuarias (Cardo & Baixauli, 2004), y junto con las dudas obtenidas desde el diálogo diario con las pacientes, se desarrolló un tríptico (Anexo II) el cual fue entregado desde julio en adelante.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Identificación de los principios activos de anticonceptivos orales presentes en la farmacia

La tabla 4-1 indica la existencia de un stock bastante amplio de principios activos, lo cual permite a las usuarias, acceder a variados anticonceptivos orales, pudiendo ser éstos, para su uso netamente de anticoncepción, así como también, para ser utilizados con fines no anticonceptivos (tabla 4-2), como por ejemplo para el tratamiento de acné moderado, (Burkman et al., 2004), de hirsutismo (Devoto & Aravena, 2006), de endometriosis (Lugones et al., 1997), de ovario poliquístico (Buggs & Rosenfield, 2005), y como terapia en mujeres que tengan periodos irregulares, o que estén cursando con los síntomas propios de la menopausia (Bassuk & Manson, 2014; MacLennan et al., 2009).

Además, se ha visto que disminuyen el riesgo de cáncer de ovario, endometrio y colorrectal (Wentzensen & Berrington de Gonzalez, 2015).

Existen también aquellos que son de uso exclusivo durante la lactancia (Peralta et al., 1983).

Tabla 4- 1

Principios activos de anticonceptivos orales en stock en Farmacia Cruz Verde

Nº284

Nº	Principios activos en stock
1.	Acetato de Ciproterona 2.00 mg + Etinilestradiol 0.035 mg
2.	Acetato de Nomegestrol 2.5 mg + Estradiol 1.5 mg
3.	Clormadinona Acetato 2.00 mg + 0.02 mg de Etinilestradiol + 69.6 mg de Lactosa
4.	Clormadinona Acetato 2.00 mg + Etinilestradiol 0.02 mg
5.	Clormadinona Acetato 2.00 mg + Etinilestradiol 0.03 mg;
6.	Desogestrel 150 mcg + Etinilestradiol 20 mcg.
7.	Desogestrel 150 mcg + Etinilestradiol 30 mcg.
8.	Desogestrel 75 mcg.
9.	Dienogest 2 mg + Etinilestradiol 30 mcg.
10.	Drospirenona 3.00 mg + Etinilestradiol 0.030 mg.
11.	Drospirenona 3.00 mg + Etinilestradiol 0.02 mg.
12.	Drospirenona 3.00 mg + 20 mcg de Etinilestradiol + 0.451 mg de Levomefolato de Ca.
13.	Gestodeno 60 mcg + Etinilestradiol 15 mcg
14.	Gestodeno 75 mcg + Etinilestradiol 20 mcg.
15.	Gestodeno 75 mcg + Etinilestradiol 30 mcg.
16.	Levonorgestrel 0,75 mg
17.	Levonorgestrel 0.15 mg + Etinilestradiol 0.03 mg.
18.	Levonorgestrel 1.5 mg.
19.	Levonorgestrel 100 mcg + Etinilestradiol 20 mcg

Tabla 4- 2

Principios activos y sus beneficios no anticonceptivos

Principios activos	Terapias no anticonceptivas	Justificación
Antiandrogénicos como acetato de ciproterona, clormadinona acetato, dianogest y drospirenona.	Acné moderado, ovario poliquístico, hirsutismo, menopausia.	Frenan la hormona luteinizante (LH) disminuyendo el estímulo sobre el componente tecal del ovario y bajando los niveles de andrógenos.
Antiandrógenicos y androgénicos como acetato de nomegestrol, gestodeno y desogestrel.	Endometriosis, regular la menstruación, síndrome premenstrual, reducir riesgo de cáncer de ovario, cáncer colorrectal y cáncer de endometrio, menopausia.	Suprimen la proliferación de las células del endometrio, inhiben la ovulación, reduciendo hormonas, por ende, el sangrado y el dolor.
Solo estrógeno como levonorgestrel.	Menopausia.	Reemplazo de hormonas
Solo progestágeno como desogestrel.	Lactancia.	Progestágenos no interfieren en la composición de la leche materna.

4.2. Análisis demográfico de la población encuestada

4.2.1. Edad de las usuarias de anticonceptivos orales

La figura 4-1 indica la distribución de edad de las usuarias encuestadas, cuyas edades se pueden explicar debido a que en las últimas décadas se ha visto un incremento de preocupación y precaución de las mujeres respecto a la maternidad, lo cual va de la mano con el ingreso de la misma al mundo laboral (Ansoleaga & Godoy, 2013). El 40% de las/os jóvenes entre 18 y 24 años están matriculados en un programa de educación superior (mifuturo.cl, 2019). La edad promedio en que las/os chilenos obtuvieron una titulación en el 2018, considerando pregrado, posgrado y postítulo, fue de 30 años, teniendo las mujeres un crecimiento de 121% en el periodo comprendido entre los años 2008 y 2018 (Servicio de información de la Educación Superior [SIES], 2019).

Una encuesta financiada por HRA Pharma el 2017, evidenció que para las mujeres progresar profesionalmente es una prioridad por sobre ser madre (Kantar Health & HRA Pharma, 2017). En Chile, desde el 2010 al 2016 los nacimientos del primer hijo en mujeres de entre 25 y 39 años aumentaron un 13,7%, mientras que los niños que nacieron de madres primerizas de entre 20 y 24 años disminuyeron en un 17,1% en el mismo periodo (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2017).

En diferentes estudios se ha observado una persistencia de concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos en las/os adolescentes (Parra et al., 2013).

Para el año 2013 solo un 14% de la población adolescente utilizaba métodos anticonceptivos (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013). Porcentaje que ha ido en aumento con los años, siendo en el 2018, un 84,5% de los jóvenes los cuales utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación. En la Encuesta Nacional de la Juventud el grupo de 15 a 19 años reconoció en un 54% haber utilizado el preservativo como método anticonceptivo en su última relación sexual versus un 26% que afirmó utilizar un anticonceptivo oral. Existe además una infrarrepresentación de las/os adolescentes en los CESFAM comunales, debido a la dificultad de acceso en programas de planificación familiar en Chile, sobre todo en niveles socioeconómicos bajos. (Ministerio de Desarrollo Social [MDSF], 2015)



Las estadísticas demuestran que en Chile también ha habido un aumento en los nacimientos de primeros hijos en mujeres que son mayores de 40 años, aumentando en 351 los nacimientos entre los años 2010 y 2016 (INE, 2017).

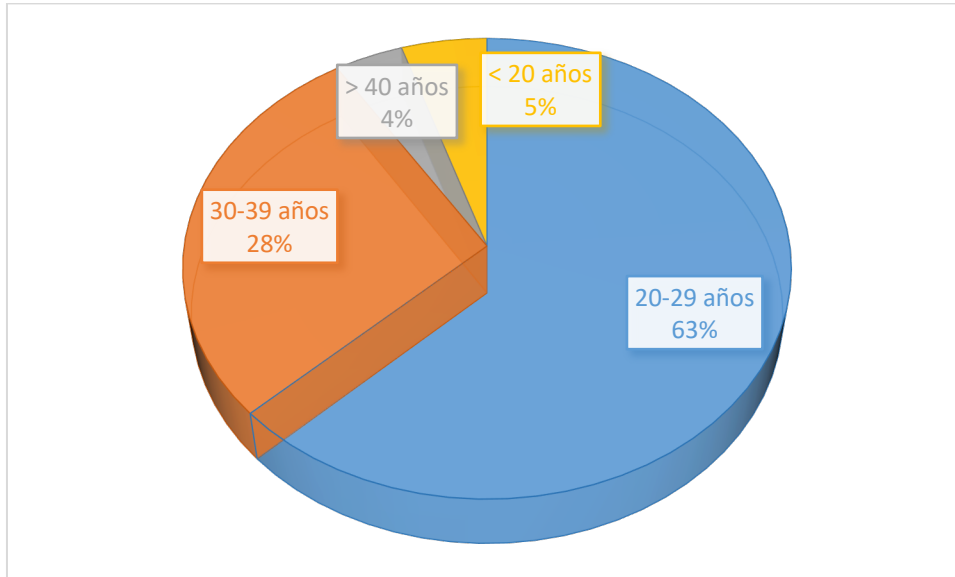


Figura 4- 1: Distribución de edad de las usuarias

4.2.2. Usuarias y su escolaridad

La figura 4-2 muestra el nivel educacional de las usuarias, resultados que son congruentes con el aumento del ingreso y la posibilidad a educación superior en Chile a través de los años (INE, 2017). Para el año 2016, en Coronel, 3914 estudiantes rindieron la PSU (Encuesta Casen , 2015).

La edad de las mujeres encuestadas (figura 4-1) coincide con el rango de edad en que las/os jóvenes en Chile cursan estudios de educación superior (mifuturo.cl, 2019; SIES, 2019). Las mujeres durante aquellos años prefieren prevenir embarazos afirmando como su prioridad el éxito profesional (Kantar Health & HRA Pharma , 2017).

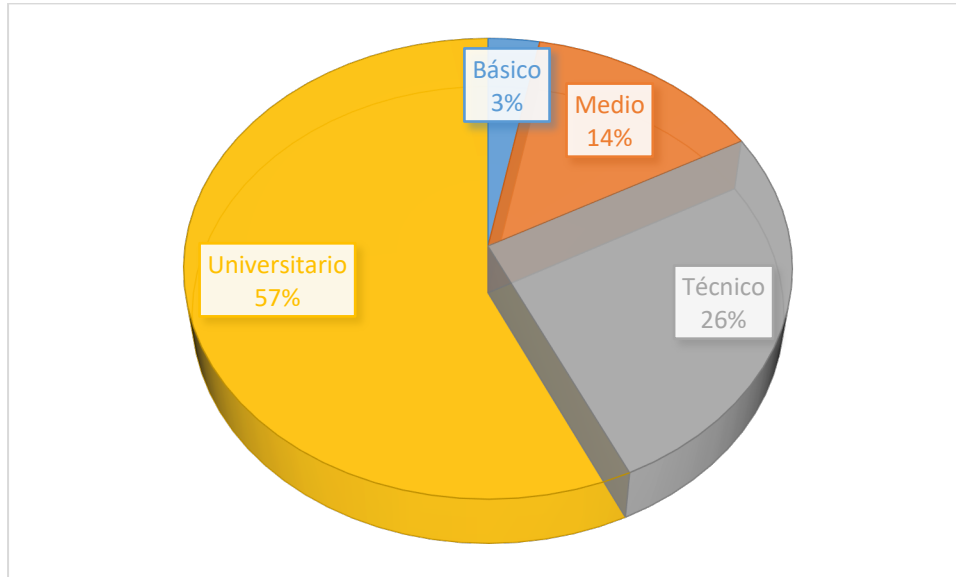


Figura 4- 2: Nivel educacional de las usuarias

4.2.3. Principios activos de mayor venta

La tabla 4-3 muestra la distribución de ventas de anticonceptivos orales según los principios activos despachados. La combinación de etinilestradiol + levonorgestrel es una de las más económicas del mercado con su presentación genérica, y es beneficiosa para usuarias sin complicaciones concomitantes (Concepción et al., 2019). La combinación de drospirenona + etinilestradiol, presenta un mayor beneficio en usuarias que tienen síndrome de disforia premenstrual o acné, ya que posee un componente antiandrogénico (Sun et al., 2020). Mientras, que la combinación de etinilestradiol + dienogest, ha presentado eficacia y seguridad en el manejo del sangrado abundante durante la

menstruación (Yu et al., 2018), siendo estas las preferidas por las usuarias que asistieron a la farmacia.

Tabla 4- 3

Distribución de ventas de anticonceptivos orales según principios activos despachados

Nº	Principios activos despachados	Nº ventas durante junio, julio y agosto 2019	Nº de elección en participantes
1.	Acetato de Ciproterona + Etinilestradiol	22	3
2.	Acetato de Nomegestrol + Estradiol	10	4
3.	Clormadinona Acetato + Etinilestradiol	23	4
4.	Desogestrel + Etinilestradiol	23	2
5.	Desogestrel	60	0
6.	Dienogest + Etinilestradiol	236	11
7.	Drospirenona + Etinilestradiol	354	38
8.	Gestodeno + Etinilestradiol	58	10
9.	Levonorgestrel	14	0
10.	Levonorgestrel + Etinilestradiol	306	28

4.2.4. Mujer y previsión de salud

La figura 4-3 muestra la previsión de salud de las mujeres encuestadas, cuyos porcentajes coinciden en proporcionalidad con la estadística del país, en donde se

especifica que un 86,8% de la población de Coronel está afiliada a Fonasa, un 5,04% pertenece a isapre, y tan solo el 3,2% corresponde a las fuerzas armadas, de orden y seguridad pública. (Encuesta Casen , 2015).

Para las mujeres en edad fértil existen diferencias importantes en los planes de previsión social en comparación con los hombres del mismo rango de edad (Vega et al., 2003).

A nivel país se observa que las mujeres tienen una mayor participación relativa en Fonasa que en Isapres, y los precios de los planes en el sistema de isapres se fijan en función del riesgo, condición que afecta particularmente a las mujeres en edad fértil (Departamento de estudios y desarrollo , 2017).

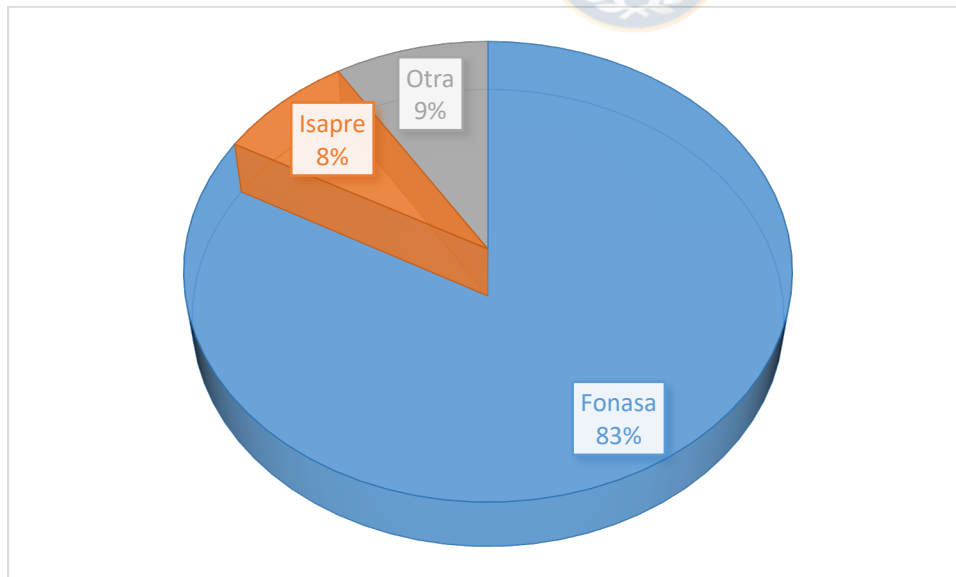


Figura 4- 3: Clasificación de las usuarias según su previsión de salud

4.3. Análisis de la administración de anticonceptivos orales por las pacientes

4.3.1. Inicio de terapia con anticonceptivos orales

La figura 4- 4 indica el medio por el cual las usuarias fueron recomendadas para iniciar su terapia de anticonceptivos orales, cuyo mayor porcentaje concuerda con el deber de los establecimientos asistenciales del sector de salud, de entregar una información completa y sin sesgo sobre todas las alternativas autorizadas en el país sobre métodos anticonceptivos, siendo el sistema nacional de servicios de salud, los responsables de la entrega de estos a la población que lo requiera (Subsecretaría de salud pública, 2011).

Los porcentajes menores de la figura 4-4 se relacionan con que se ha visto que también existe una influencia de la familia, principalmente de la madre, en el traspaso de información sobre la anticoncepción a las hijas (Bell et al., 2020). Mientras que el internet es otra de las fuentes a las que se recurren para buscar datos sobre la terapia anticonceptiva. Actualmente, se puede asegurar que las tecnologías de la información y las comunicaciones, entre ellas internet, nos permiten desarrollar conocimientos e intercambiar criterios con otras personas, debido a las herramientas disponibles en la red (Díaz et al., 2011). Internet cada día es más asequible, y en Chile, un 87,4% de los hogares declararon tener internet propio (Subsecretaria de Telecomunicaciones , 2017). Pero no todo es información confiable, pues un estudio publicado en la revista *Science*

evidenció que la información falsa llega más lejos, más rápido y a más gente que la información verdadera (Soroush et al., 2018).

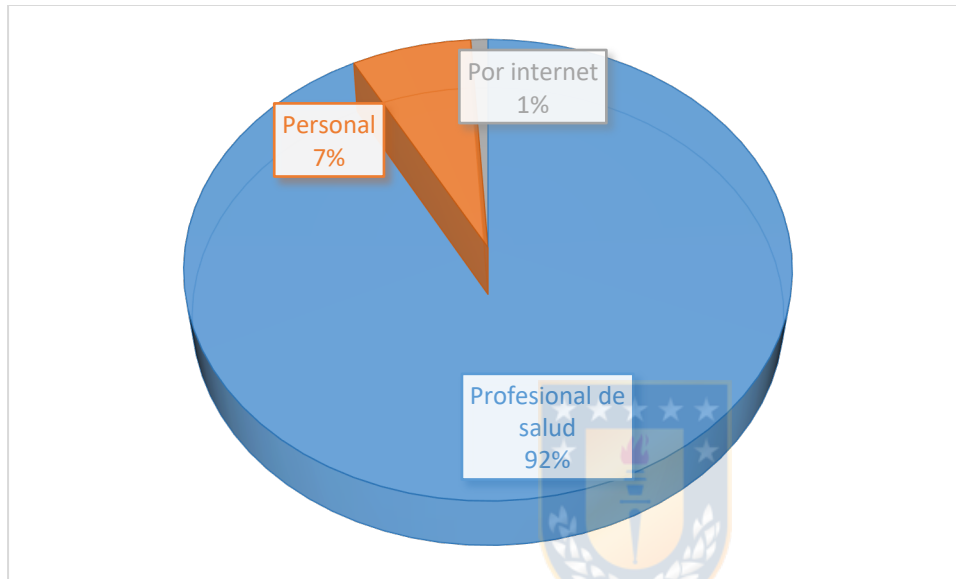


Figura 4- 4: Recomendación de la terapia de las usuarias

4.3.2. Duración de la terapia con anticonceptivos orales

La figura 4-5 muestra el tiempo de tratamiento con ACO de las mujeres encuestadas. Entre los 3 y los 6 meses de terapia con anticonceptivos orales, se ha evidenciado un inicio de factores favorables al organismo femenino, como una disminución del riesgo de cáncer de ovario, beneficio que va incrementando a lo largo de los años con la terapia (Colquitt & Martin , 2017).

Los datos de la ONU en las normas nacionales sobre la regulación de la fertilidad, recomiendan un control a los 2 o 3 meses de comenzar el tratamiento, debido a que se debe evaluar la respuesta, y si la mujer presenta alguna molestia fuera de los controles, también debe consultar (MINSAL, 2014).

Un estudio en Estados Unidos determinó que más del 80% de la población femenina habrá usado anticonceptivos orales por un promedio aproximadamente de 5 años (Tyrer, 1999).

Se ha visto, que a medida que las mujeres continúan su terapia con anticonceptivos orales, el cuerpo va adaptándose más, y, por ende, disminuyendo los efectos indeseados (Sondheimer , 2008).



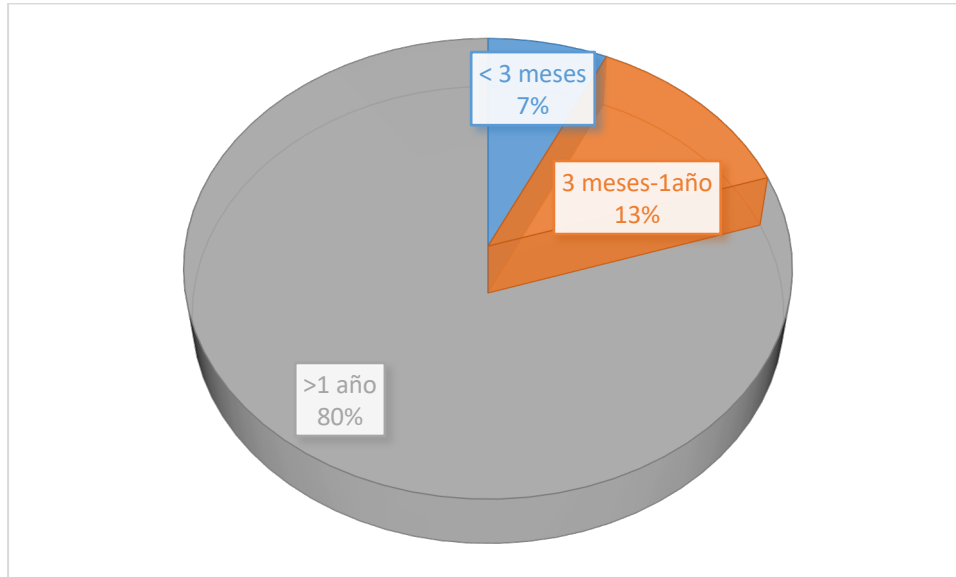


Figura 4- 5: Tiempo de tratamiento de las usuarias

4.3.3. Adherencia al tratamiento con anticonceptivos orales

La figura 4-6 muestra el olvido de la dosis de ACO por las usuarias. El no cumplimiento de cualquier terapia produce múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas (Dilla et al., 2009).

Las repercusiones de un mal cumplimiento, exponen a las mujeres al riesgo de un embarazo no deseado, aumentando conductas de gestaciones no planificadas (Adarve-Hidalgo et al., 2016).

Para algunas enfermedades crónicas, como la hipertensión, se ha visto que un aumento en el conocimiento de la enfermedad, mejora la adherencia, por lo que se proponen intervenciones educativas en los pacientes (Márquez et al., 2000). Para la

mejora de la adherencia en el tratamiento de anticonceptivos orales también se propone como factor, el conocimiento de la paciente, y, además, el apoyo de la pareja, el comienzo inmediato de su administración y una prescripción en modalidad de tres blísteres (Adarve-Hidalgo et al., 2016). La valoración de la adherencia anticonceptiva es un aspecto poco desarrollado, debido a que no se han encontrado instrumentos psicométricos validados que evalúen cómo distinguir claramente a las mujeres que tienen un buen cumplimiento de las que no lo tienen (Stidham et al., 2010).

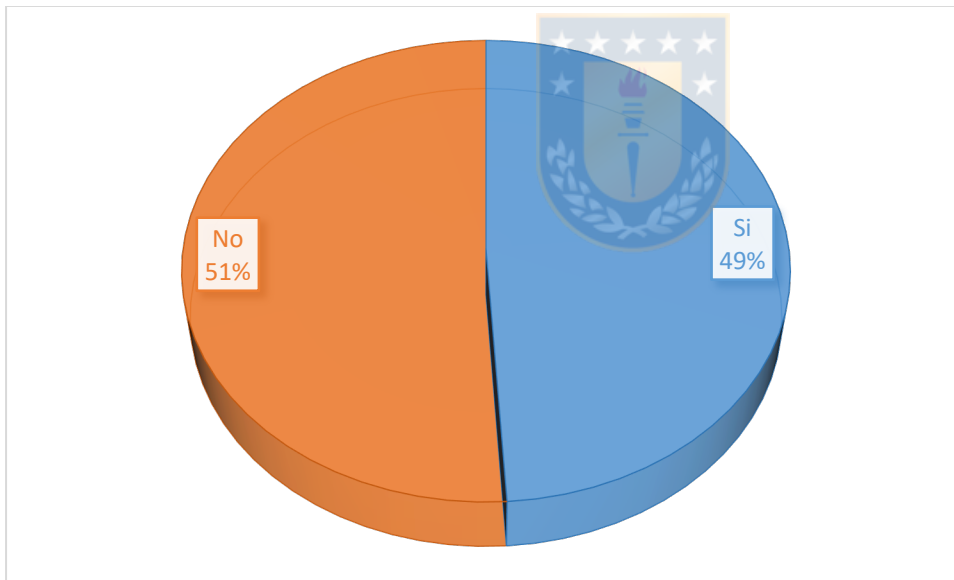


Figura 4- 6: Olvido de la dosis de anticonceptivos orales por las usuarias

4.3.4. Olvido de dosis de anticonceptivos orales y correcta administración

La figura 4-7 muestra la actitud que tienen las usuarias encuestadas frente al olvido de una dosis. El mal uso de los anticonceptivos orales aumenta la probabilidad de presentar efectos adversos, siendo entre otras, una importante razón para la suspensión del tratamiento (Bahamondes et al., 2011).

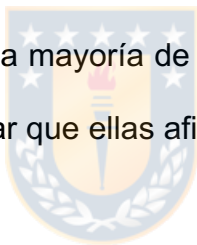
Se ha visto, que el cumplimiento del tratamiento para anticonceptivos orales es similar a los tratamientos para enfermedades crónicas, pues ambos están influenciados por el paciente, los factores clínicos y los ambientales. Sin embargo, los anticonceptivos orales suelen ser preventivos en lugar de curativos, por lo que se recibe menos refuerzo en cuanto a los conocimientos de su tratamiento, mientras que en enfermedades crónicas al proporcionarse alivio a sus síntomas existe una mayor retroalimentación con la persona (Culwell & Adams, 2008; Whelan, 1974).

Las indicaciones actualizadas, respecto a la actitud que se debe tomar frente a la omisión de alguna dosis de ACO, señalan diferencias según la dosis de etinilestradiol. Siendo las recomendaciones para 30 µg de etinilestradiol que, si se olvida 1 o 2 comprimidos, se debe tomar la dosis lo antes posible y luego continuar tomando las dosis de forma habitual, mientras que en el caso de la terapia con 20 µg de etinilestradiol, se debe tomar esta actitud si se olvida 1 comprimido. Si se olvidan 3 o más comprimidos de 30 µg o si se olvidan 2 o más de 20 µg, se debe realizar lo mismo y continuar tomando una dosis diaria hasta terminar todos los comprimidos con principios activos, pero luego,

se debe descartar los placebos y continuar un nuevo paquete al día siguiente, además de usar un método de respaldo por los próximos 7 días (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018).

Esto difiere de algunos de los actuales prospectos que indican que la adecuada administración para una máxima efectividad es tomar la dosis olvidada dentro de las 12 horas siguientes, y que luego de ese intervalo no se garantiza el efecto anticonceptivo del medicamento (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency [MHRA], 2011). Pero la OMS actualmente afirma que esto ya no es necesario (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Si bien la figura 4-7 muestra que la mayoría de las encuestadas tomaron una actitud no del todo errónea, hay que destacar que ellas afirmaron tomar aquellas decisiones sin ningún conocimiento al respecto.



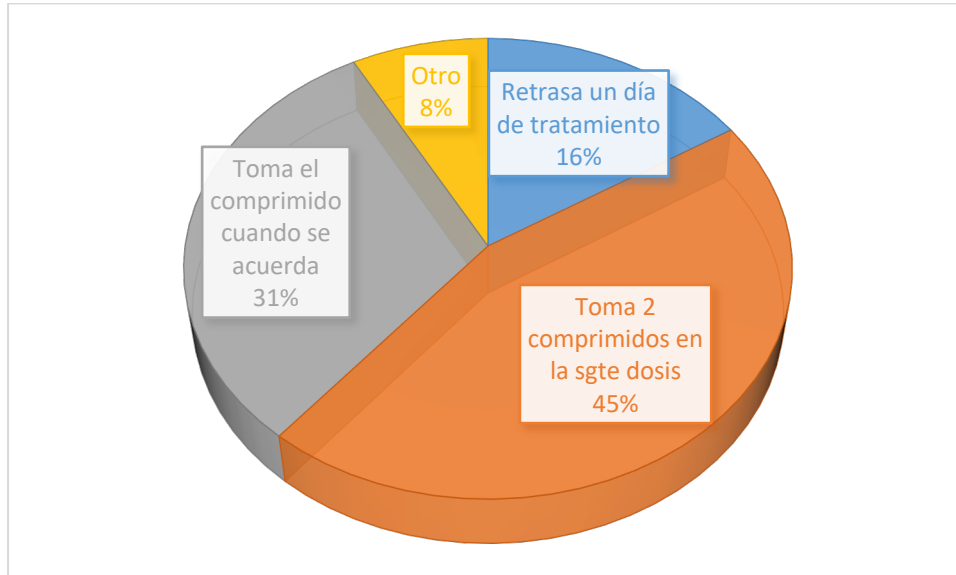


Figura 4- 7: Actitud frente al olvido de una dosis

4.3.5. Constancia en la terapia con anticonceptivos orales

Como lo muestra la figura 4-8, la gran mayoría de las pacientes encuestadas tiene un horario constante para tomar el anticonceptivo. Un horario constante de administración, favorece la adherencia al tratamiento, presentando así, menos probabilidad de embarazos no deseados (Brown et al., 2017). Tomar las dosis en diferentes horarios tiene como consecuencia una falta de constancia en la terapia, lo cual es fundamental para el éxito del tratamiento (Kuypers, 2020).

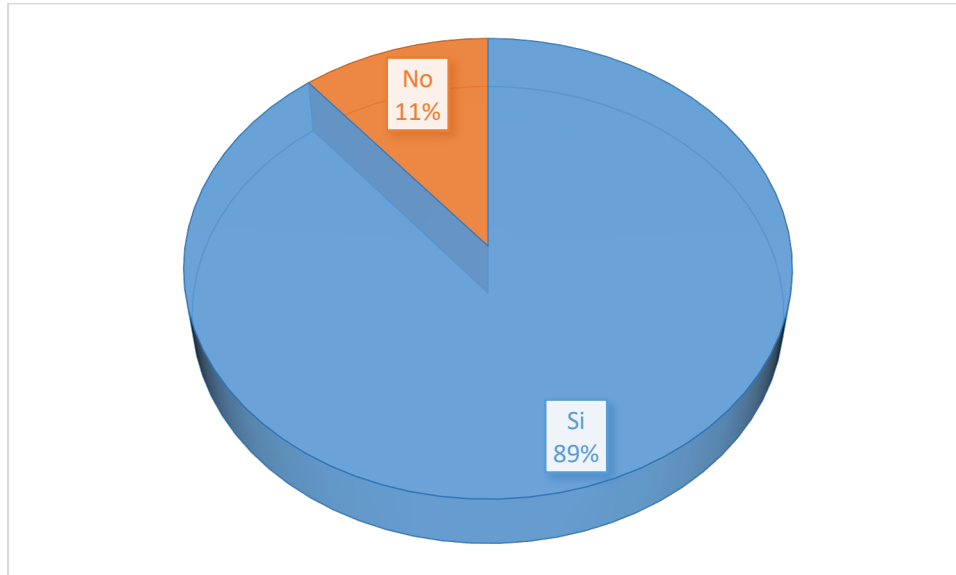


Figura 4- 8: Existencia de un horario constante de administración en las usuarias

4.3.6. Conocimiento respecto a los envases de los anticonceptivos orales

La figura 4-9 muestra el grado de conocimiento de las usuarias encuestadas, respecto a las presentaciones comunes de los ACO, existentes en el mercado. Se ha evidenciado que mientras mayor información manejen las usuarias respecto a sus tratamientos, mayor efectividad se tiene en las terapias (Adarve-Hidalgo et al., 2016).

Los anticonceptivos hormonales, suprimen la ovulación mediante la manipulación de eventos durante todo el ciclo menstrual, el cual tiene una duración de 28 días. (Sondheimer , 2008).

La elección del anticonceptivo oral y de la anticoncepción en general, se ve influenciada por el conocimiento de la mujer, lo cual permite una adecuada elección de la terapia anticonceptiva (Pizarro et al., 2014).

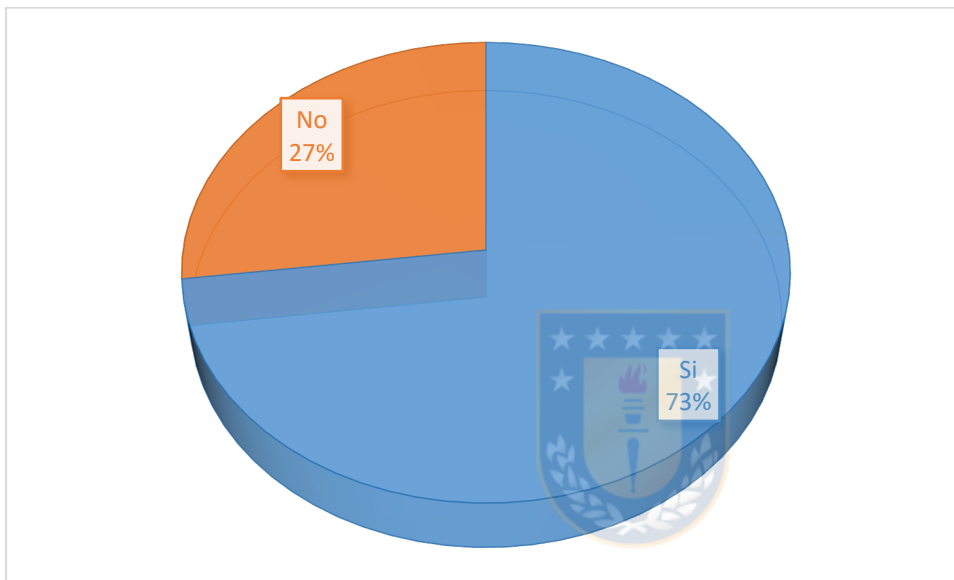


Figura 4- 9: Conocimiento de las usuarias sobre las presentaciones comunes del anticonceptivo oral

4.3.7. Placebos

La figura 4-10 muestra el grado de conocimiento de las usuarias respecto al concepto de placebo. Las mujeres reconocen la toma de placebos como los días en que ellas sangran, creen que están experimentando un ciclo menstrual natural, pero aquella hemorragia, es en realidad, un sangrado por abstinencia. Por lo tanto, las mujeres

desconocen que el sangrado experimentado al tomar placebo es una hemorragia, sino que lo ven como un indicador de embarazo o estado de fertilidad (DeMaria et al., 2019).

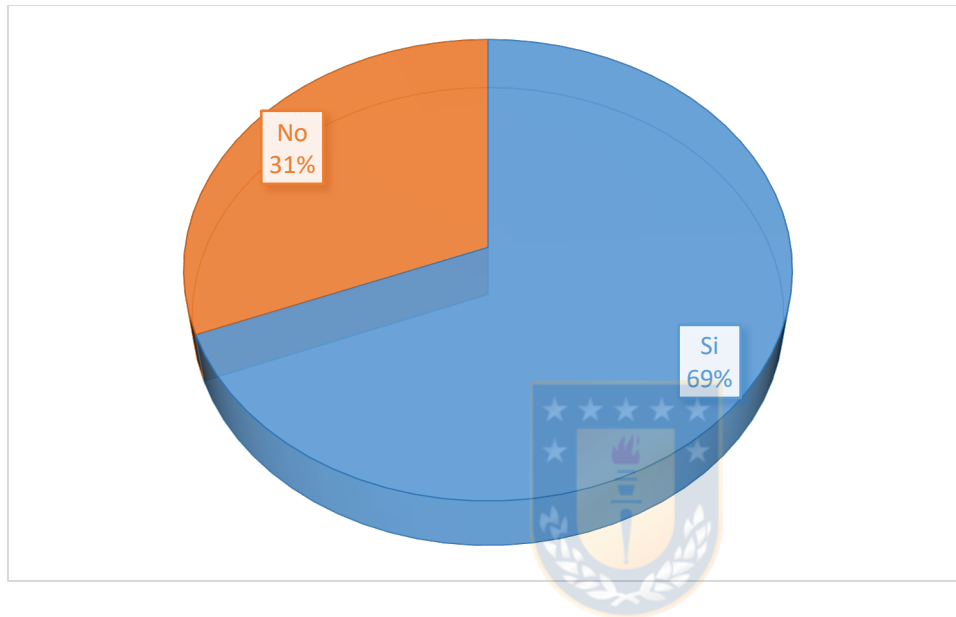


Figura 4- 10: Conocimiento de las usuarias respecto al concepto placebo

4.3.8. Interacciones medicamentosas con anticonceptivos orales

La figura 4-11 muestra el grado de conocimiento de las usuarias respecto a las interacciones con su tratamiento con ACO. Usuaris afirmaron conocer, en cerca de un 60 %, la existencia de medicamentos que podrían bajar la efectividad de los anticonceptivos orales, pero al contestar cuáles eran dichos medicamentos, algunas dijeron que no sabían, y otras respondieron antibióticos en general. Existe evidencia que señala que solo son ciertos antibióticos como la ampicilina, tetraciclinas y griseofulbina, aquellos que

influyen en la terapia anticonceptiva (Bacon & Shenfield, 1980; Dossetor, 1975; Laengner & Detering, 1974). Además, medicamentos para la epilepsia y tuberculosis también podrían disminuir la eficacia anticonceptiva, (Coulam & Annegers, 1979; Reimers & Jezek, 1971), lo que igualmente ocurre con los barbitúricos, barbexaclona, primidona y modafinilo (Hempel et al., 1973).

Por otro lado, con los medicamentos que estimulen el movimiento intestinal, también se debe tener precaución, pues pueden afectar la absorción de las sustancias activas de los anticonceptivos (Shenfield , 1986).

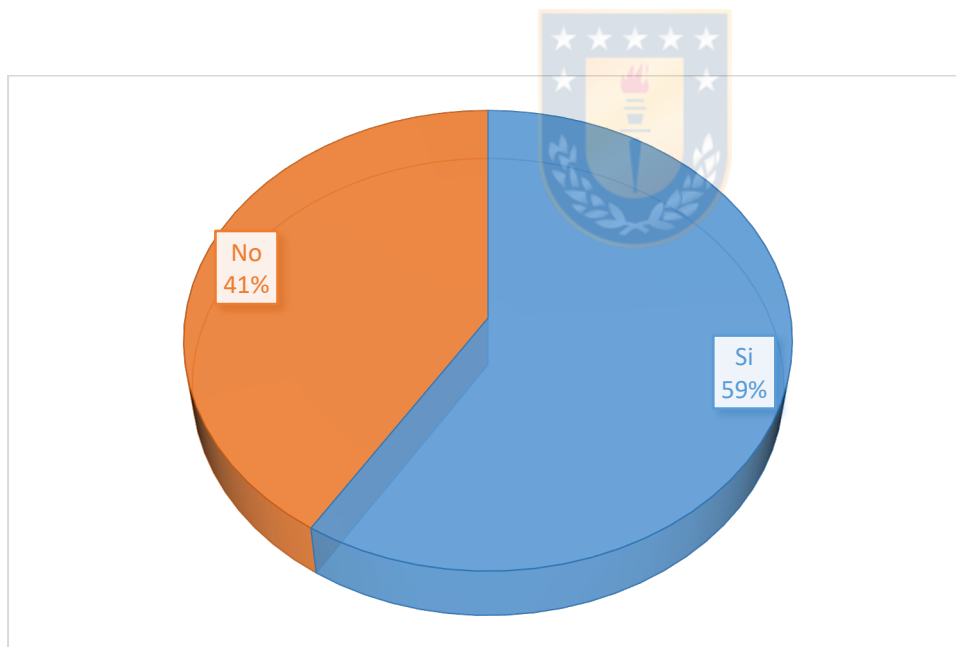


Figura 4- 11: Grado de conocimiento de las usuarias respecto a las interacciones en su tratamiento anticonceptivo

4.3.9. Conocimiento general sobre métodos anticonceptivos

La figura 4-12 muestra el grado de conocimiento de las usuarias encuestadas respecto a otros métodos anticonceptivos. La entrega de información a las mujeres respecto a todas las alternativas autorizadas en el país sobre los métodos anticonceptivos, son responsabilidad de los establecimientos asistenciales del sector de salud (Subsecretaría de salud pública, 2011). Entre los métodos hormonales, aparte de los ACO, se tiene, por ejemplo, el anillo vaginal o la inyección mensual, mientras que, en los métodos no hormonales, se encuentran los dispositivos intrauterinos o los métodos de barrera, entre otros (MINSAL, 2018).

Se ha demostrado que desde 1965 al 2015 los programas de planificación familiar han contribuido al conocimiento y responsabilidad respecto a los métodos anticonceptivos disponibles para la población femenina del país (Castañeda & Salame, 2015).

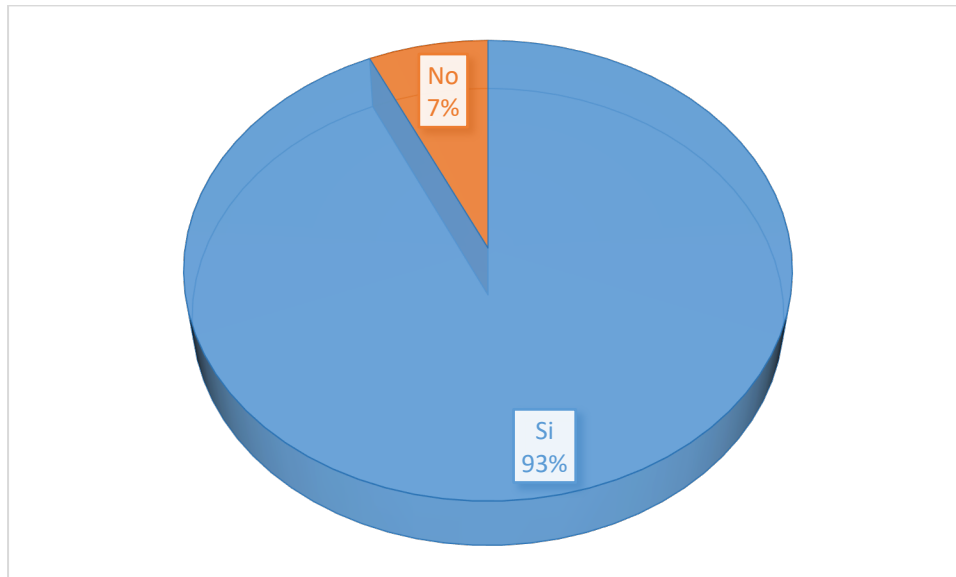


Figura 4- 12: Grado de conocimiento de las usuarias respecto a otros métodos anticonceptivos



4.3.10. Utilización de métodos anticonceptivos diferentes a los anticonceptivos orales

La figura 4-13 muestra la utilización de otros métodos anticonceptivos por las mujeres encuestadas. A pesar de la evolución en los programas de planificación familiar, fue recién en el año 2010 cuando se promulga una ley de salud que fija normas sobre información, orientación y prestaciones respecto a la regulación de la fertilidad, para que los establecimientos educacionales entreguen a adolescentes las herramientas y materiales necesarios para una educación sexual adecuada, segura, dentro de un marco de desarrollo integral y de derechos (Ministerio de Educación [MINEDUC], 2011).

Ha sido recién en el año 2008 cuando se realiza la primera reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH en latinoamérica y el caribe, en donde se declara la campaña “prevenir con educación”, ya que se evidencia que un porcentaje considerable de jóvenes inicia su vida sexual a edades tempranas, y en la mayoría de sus encuentros no utilizan protección para prevenir ITS (Declaración ministerial, 2008).

Las mujeres prefieren el uso de ACO como método anticonceptivo hormonal, pero se ha demostrado que, con una información estandarizada, hay un impacto en la elección anticonceptiva y consideran métodos menos tradicionales como el anillo vaginal y parche transdérmico (Pizarro et al., 2014).

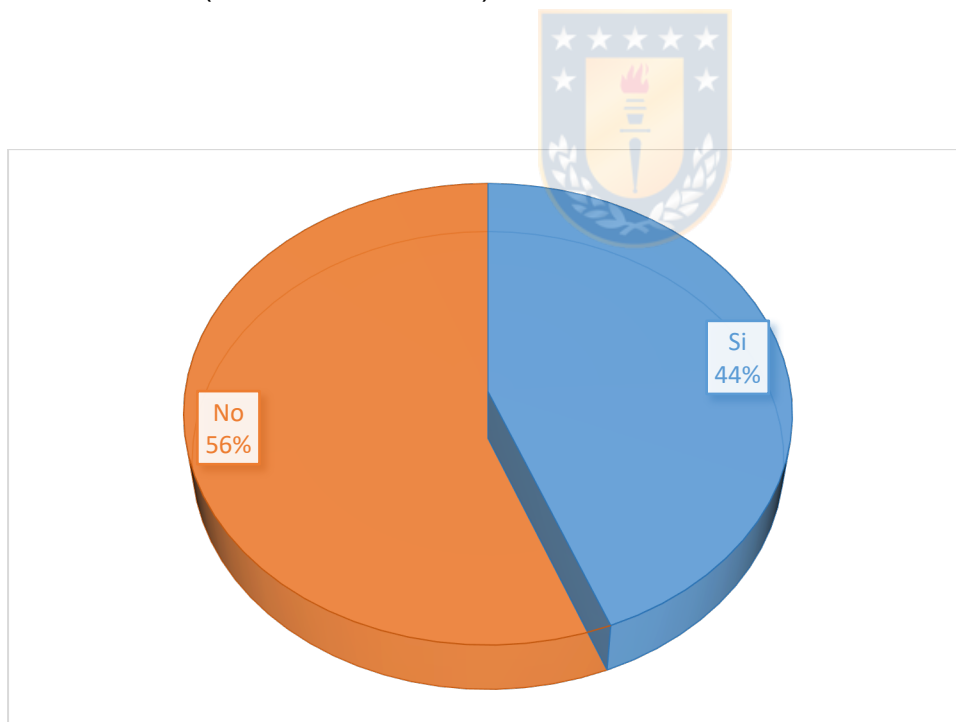


Figura 4- 13: Utilización de otros métodos anticonceptivos por las usuarias

4.3.11. Riesgo del consumo de tabaco y la terapia con anticonceptivos orales

Fumar aumenta el riesgo cardiovascular en pacientes que utilizan anticonceptivos orales (Prescott et al., 1978), por lo cual aquellas mujeres fumadoras presentan una mayor probabilidad de sufrir trombos y accidentes cerebro vasculares (Mohammadi et al., 2019). La figura 4-14 muestra el porcentaje de usuarias de ACO en la comuna de Coronel que son fumadoras.

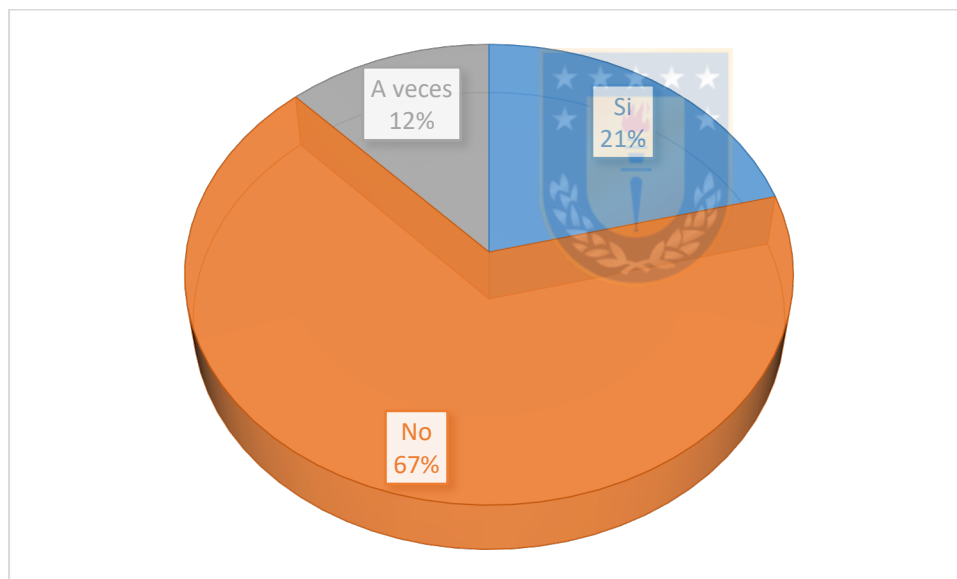


Figura 4- 14: Usuarias de anticonceptivos orales que fuman

4.3.12. Enfermedades crónicas y terapia con anticonceptivos orales

La figura 4- 15 muestra a las usuarias encuestadas con alguna enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas, por lo general, aparecen a una edad avanzada, y es por eso que en las participantes del estudio solo un menor grupo afirmó poseer alguna. La enfermedad que más mencionaron fue el asma, la cual en casos donde no esté bien tratada puede provocar fracaso del anticonceptivo oral (Rica & Gutiérrez, 2002).

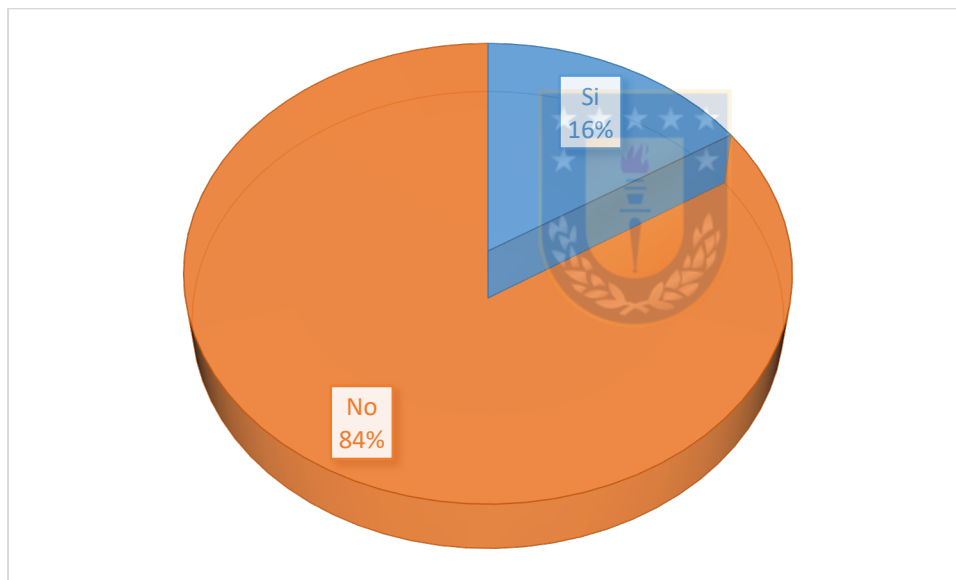


Figura 4- 15: Usuarias de anticonceptivos orales con alguna enfermedad crónica

4.3.13. Maternidad

La figura 4-16 muestra a las usuarias encuestadas con hijos. En un estudio realizado el 2017 se evidenció que la maternidad afecta en las decisiones de las mujeres respecto

a sus trabajos, influye en sus elecciones sobre si quedarse con su empleador actual o buscar otro, prefiriendo en la mayoría de los casos, mantener su empleo actual, o abandonar su trabajo, afectando así su crecimiento salarial y profesional. Por lo que existen diferencias entre mujeres con hijos y sin hijos, y se plantea que para contribuir a la equidad de la toma de oportunidades laborales deberían existir mejores políticas y programas de cuidado infantil (Looze , 2017).

Por otro lado, es importante mencionar que el ser usuaria de anticonceptivos orales, y no tener hijos, o ser madre sobre los 35 años, podría aumentar de cierta manera el riesgo de cáncer de mama (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2018; Ji et al., 2019).

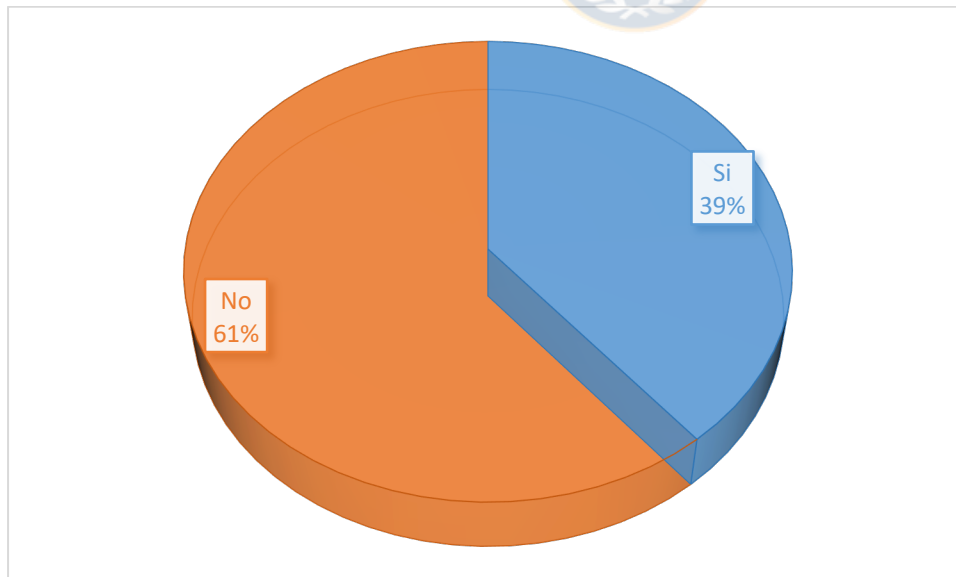


Figura 4- 16: Usuaris con hijos.

4.3.14. Consultas sobre la terapia de anticonceptivos orales

La figura 4-17 muestra la fuente de información elegida por las usuarias encuestadas respecto a los ACO, lo cual concuerda con que para las/os pacientes es importante la información recibida por parte del personal de salud, la cual debe ser suministrada en términos adecuados y comprensibles para que exista la oportunidad de aclarar dudas. Las/os médicos juzgados como “buenos” dentro del sector de la salud, no son quienes solamente responden al perfil profesional, sino que también son quienes prestan atención al paciente y se muestran receptivos a la información que este ofrece, además de brindar una información inteligible al paciente (Rubio et al., 1998).

Se ha visto que, respecto a la percepción del paciente frente al personal de salud, existe un estado de confianza dependiendo de cada integrante del servicio, viéndose el/la médico como aquella persona que posee las aptitudes y competencias para tratarlo. Pero, se señala que en cuanto a la acción comunicativa, los médicos hablan poco con sus pacientes, recibiendo éste limitada información sobre su terapia y en términos poco entendibles, quedándose muchas veces con dudas (Jaramillo et al., 2004), y resolviendo sus preguntas con familiares, amistades o internet (DeMaria, et al, 2019; Marín-Torres, et al, 2013).

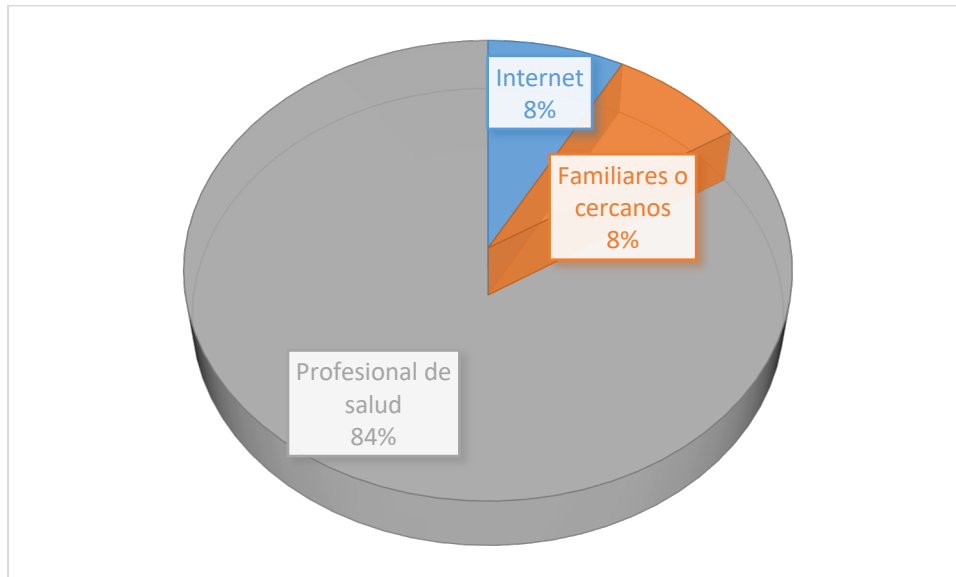


Figura 4- 17: Fuente de información de las usuarias sobre anticonceptivos orales

4.3.15. Efecto adverso más mencionado por las usuarias

Los efectos adversos comunes que presentan los anticonceptivos orales, corresponden a cardiovasculares, digestivos, nerviosos, ginecológicos, y hematológicos (Brown et al., 2017; Sondheimer, 2008).

El más mencionado por las usuarias del presente estudio, fue la cefalea o migraña, y esto se explica debido a que se ve fuertemente influenciada por los niveles de estrógenos, por lo cual puede ser común sufrirla (Martelletti & Guglielmetti, 2019; Pérez & Lascano, 2015).

4.3.16. Hombres y planificación familiar

La literatura señala a la maternidad como un complejo de significados, el cual es importante en la relevancia de la vida humana, la cultura y la psicología individual, en cada etapa de la historia a lo largo de su evolución. Por lo que, debido a la complejidad de este proceso, los significados asociados a madre y mujer parecen haber ido entrecruzándose a través de los años (Molina, 2006).

Los hombres se integran poco a la planificación familiar, debido a que tienen una pobre motivación para ello, y desconocimiento sobre los aspectos de la misma, por lo que sería importante promover actividades para aumentar la motivación y conductas hacia la planificación familiar y la paternidad responsable (Prendes et al., 2001).

Algunas mujeres sufren malestares durante su terapia con anticonceptivos orales y se les hace difícil mantenerla (Brown et al., 2017; Sondheimer, 2008), por lo que es importante compartir la responsabilidad. A pesar de ello, la mayoría de las usuarias de ACO en la comuna de Coronel no dejaría su tratamiento, frente a la existencia de un ACO masculino (Figura 4-18).

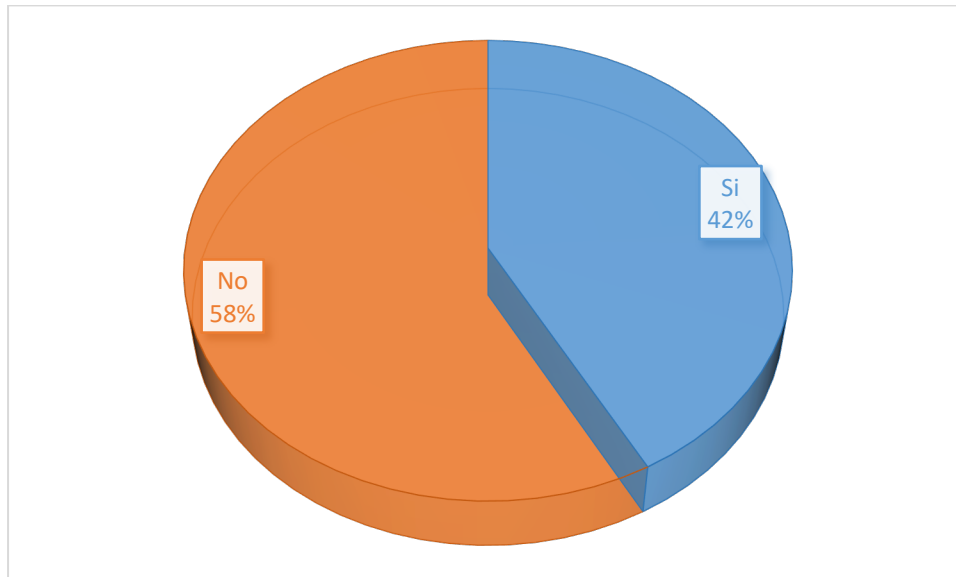


Figura 4- 18: Actitud de usuarias frente a la interrogante de si dejarían su tratamiento con la existencia de un anticonceptivo oral masculino.

4.4. Desarrollo y entrega de boletín informativo

Se realizó un boletín informativo con un diseño de tríptico, pues se ha visto en diferentes estudios que éste es una buena herramienta para proporcionar información al usuario/a, y que tiene una buena recepción por parte de ellos (Del Rio et al., 2012; González et al., 2012).

La información que se incluyó fue un resumen del conocimiento más relevante sobre el uso de anticonceptivos orales, como por ejemplo qué son, sus tipos de envases (Sondheimer , 2008) y cómo se deben administrar (OMS, 2018). Además, se incluyeron algunas de las inquietudes más frecuentes sobre anticonceptivos orales reportadas

(Cardo & Baixauli, 2004) y también aquellas recopiladas del diálogo diario con las usuarias.

El boletín informativo fue entregado desde julio de 2019 hasta el final del internado. Se entregó a aquellas usuarias que iban a comprar anticonceptivos orales, entre ellas las participantes de la encuesta.

Las usuarias se mostraron sorprendidas y agradecidas. Algunas mujeres solo lo recibieron, mientras que otras aprovecharon el momento para plantear sus inquietudes, aclarando así sus dudas. Las consultas, por lo general, se referían a cuál era la actitud que debían tomar frente a un olvido de dosis. Esto, destaca la importancia de comunicación paciente-profesional de salud, para poder tener un adecuado uso del tratamiento (Jaramillo, et al., 2004), y así mismo, rescata la importancia del farmacéutico como profesional en primera línea (Colquitt & Martin, 2017; Pottergard, et al., 2018).

5. CONCLUSIONES

La población femenina de la comuna de Coronel, cuenta con acceso, a través de la oficina de farmacia, a anticonceptivos orales clásicos, seguros y eficaces, como por ejemplo las combinaciones del etinilestradiol con levonorgestrel o con drospirenona.

Las participantes del estudio utilizan ACO con la finalidad principal de la anticoncepción, además de obtener precios asequibles, seguridad y favorecerse de otros beneficios de la misma terapia. A pesar del grado de conocimiento que señalan las usuarias encuestadas, se requiere un mayor conocimiento aún respecto a sus terapias, pues ellas carecen de ciertos datos fundamentales para un adecuado y efectivo tratamiento con anticonceptivos orales, y la falta de ciertos datos específicos puede favorecer el aumento de embarazos no deseados. Además, las mujeres participantes conocen conceptos básicos de los ACO, pero no los relacionan con el beneficio que aquello les otorga a ellas, como el poder elegir adecuadamente un método o tipo de anticonceptivo según sean sus propios requerimientos. Y en su mayoría, las participantes se quedaron con la utilización de solo la terapia con ACO, sin considerar los métodos de barreras, indispensables para prevenir la transmisión de ITS. Es importante mejorar la comunicación profesional-paciente para aclarar aquellas dudas no resueltas por las usuarias, ya que ellas están dispuestas a saber más sobre sus terapias. En algunos casos ellas quieren dejar la responsabilidad anticonceptiva al hombre, pero como el hombre es

pobremente incorporado en la planificación familiar, se genera una inseguridad respecto a que éste cumpla con la terapia anticonceptiva.

El tríptico informativo es una buena herramienta para entregar datos relevantes a las usuarias respecto a sus terapias, ya que farmacéuticas y farmacéuticos son profesionales de salud que se encuentran en primera línea de atención de salud, por lo que tienen una gran relevancia al momento de traspasar información, además que las pacientes agradecen esto, y se logra entablar una conversación, y así mejorar sus conocimientos respecto a los tratamientos con anticonceptivos orales.



6. GLOSARIO

- Anticonceptivos hormonales: Corresponden a un método de contracepción en el cual se utilizan hormonas, ya sea estrógeno y progesterona, o progesterona sola.
- Estrógeno: Hormona sexual esteroidea que interviene en la aparición de los caracteres secundarios femeninos.
- Progestágeno: También llamado gestágeno, corresponde a un grupo de hormonas cuya función es mantener el embarazo. También presentes en otras fases del ciclo estral y menstrual. Ejemplo: Progesterona.
- Sapogeninas: Esteroides vegetales.
- The pill: “*La píldora*” nombre popular del primer anticonceptivo oral comercializado.
- Enovid: Nombre comercial del primer anticonceptivo oral comercializado.
- Placebo: Sustancia sin valor medicinal que puede producir efecto curativo si el paciente lo toma creyendo que es un medicamento eficaz.
- Ciclo femenino: También denominado ciclo menstrual, consisten en una serie de cambios regulares que de forma natural ocurren en el sistema reproductor femenino, con la finalidad de preparar el útero para un eventual embarazo.
- ITS: Infecciones de transmisión sexual
- FDA: Food and Drug Administration (Administración de medicamentos y alimentos).

- IP: Índice de Pearl.
- ACO: Anticonceptivos orales combinados.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.



7. BIBLIOGRAFÍA

- Adarve-Hidalgo, E., Falguera, G., & Seguranyes, G. (2016). Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas profesión* , 28-34.
- American Society of Clinical Oncology [ASCO]. (Octubre de 2018). *Cáncer de mama: Factores de riesgo y prevención*. Obtenido de Cancer.Net: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-mama/factores-de-riesgo-y-prevención>
- Animated Dissection of Anatomy for Medicine. (2018). Birth control pills-combination.
- Ansoleaga, E., & Godoy, L. (2013). La maternidad y el trabajo en Chile: Discursos actuales de actores sociales. *Polis: Revista Latinoamericana* , 337-356.
- Armijo, R., & Monreal , T. (1966). *El problema del aborto provocado en Chile*. Bol Oficina Sanit Panam.
- Bacon, J. F., & Shenfield , G. M. (1980). Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *British Medical Journal* , 280-293.
- Bahamondes , L., Pinho, F., De Melo, N. R., Oliveira, E., & Bahamondes , M. V. (2011). Associated factors with discontinuation use of combined oral contraceptives.
- Bassuk, S., & Manson, J. E. (Noviembre de 2014). Oral Contraceptives and Menopausal Hormone Therapy: Relative and Attributable Risks of Cardiovascular Disease, Cancer, and Other Health Outcomes.
- Bell, A. V., Gifford, K., Rashid, H., McDuffie, M. J., & Knight , E. K. (2 de enero de 2020). "Power of Mom": A Mixed Methods Investigation of Mothers' Influence on Women's Contraceptive Attitudes and Behaviors. *Maternal and Child Health Journal* , 291-298.
- Brown, E., Deshmukh, P., & Antell, K. (2017). Contraception Update: Oral Contraception. *FP essentials* 462, 11-19.

- Buggs, C., & Rosenfield, R. L. (2005). Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence. *Endocrinology and metabolism clinics of north america* , 677-705.
- Burkman, R., Schlesselman , J. J., & Ziemann, M. (01 de Abril de 2004). Safety Concerns and Health Benefits Associated With Oral Contraception. *American Journal of obstetrics and gynecology* .
- Cardo Prats, E., & Baixauli Fernandez, V. J. (2004). Anticonceptivos orales: Métodos y preguntas más frecuentes . *Offarm* , 81-86.
- Castañeda M., P., & Salame C. , A. M. (2015). 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015. Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* .
- Colquitt , C. W., & Martin , T. S. (2017). Contraceptive Methods . *Journal of Pharmacy Practice* , 130-135.
- Concepcion, K., Lacey, S., McGeechan, K., Estoesta, J., Bateson, D., & Botfield, J. (2019). Cost-benefit analysis of enhancing the uptake of long-acting reversible contraception in Australia.
- Coulam , C. B., & Annegers , J. F. (1979). Do Anticonvulsants Reduce the Efficacy of Oral Contraceptives? *Epilepsia* , 19-26.
- Culwell , K. R., & Adams Hillard , P. J. (2008). *Patient Education and Contraceptive Compliance*. Obtenido de The Global Library of Women´s Medicine : https://www.glowm.com/section_view/heading/Patient%20Education%20and%20Contraceptive%20Compliance/item/377
- DeMaria, A. L., Sundstrom , B., Meier, S., & Wiseley, A. (28 de Octubre de 2019). The myth of menstruation: how menstrual regulation and suppression impact contraceptive choice. *BMC women´s health* .
- DeMaria, A., Delay, C., Sundstrom, B., Rehberg, A., Naoum, Z., Ramos-Ortiz, J., . . . Brig, K. (2019). "My mama told me it would happen": menarche and menstruation experiences across generations.
- Declaracion ministerial: Prevenir con educacion . (2008). *Primera reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH e ITS en latinoamerica y el caribe* . Obtenido de <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/declaracion-ministerial-prevenir-con-la-educación.pdf>

Del Rio Lafuente , M. d., Rubio Esteve, C., Lopez Miravalles , A., Troya Saborido , M. I., & Teixido Planas , J. (2012). Diseño y evaluación de un tríptico informativo para la elección de la técnica: trasplante renal, hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*.

Departamento de estudios y desarrollo . (2017). *Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Enfoque de Género*. Obtenido de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-17817_recurso_1.pdf

Devoto C., E., & Aravena C., L. (2006). ACTUALIZACIÓN DE LA TERAPIA DEL HIRSUTISMO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* , 425-431.

Diaz Lazo , J., Perez Gutierrez , A., & Florido Bacallao, R. (2011). IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES (TIC) PARA DISMINUIR LA BRECHA DIGITAL EN LA SOCIEDAD ACTUAL. *Cultivos Tropicales* .

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Elsevier Vol.41. Núm.6.*, 342-348.

Dossetor , J. (1975). Druginteractionswithoralcontraceptives. *British Medical Journal*, 467-468.

Encuesta Casen . (2015). *Previsión social*. Obtenido de Ministerio de desarrollo social: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_prevision_social.pdf

Galán, G. (2010). 50 Años de la píldora anticonceptiva. *Revista chilena obstetrica ginecologica* , 75(4), 217-220.

Gonzalez Forte, M. J., Cobacho de Alba , J. J., Ortega Garcia , J. L., & Neira Reina, F. (2012). Tríptico informativo multicultural del tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista de la sociedad española del dolor*.

Gonzalez-Hernando, C., Souza-de Almeida , M., Martin-Villamor, P., Cao-Torija, M. J., & Castro-Alija, M. J. (Junio de 2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería universitaria* .

- Hempel , E., Bohm, W., & Klinger , G. (1973). Enzyme Induction by Drugs and Hormonal Contraception. *Zentralbl Gynakol* , 1451-1457.
- International Planned Parenthood Federation. (febrero de 2013). *Breve declaración del IMAP sobre la seguridad de anticonceptivos orales de tercera y cuarta generación*. Obtenido de https://www.ippf.org/sites/default/files/imap_statement_spanish_-_february.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES*. Obtenido de https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
- Jaramillo Echeverri , L. G., Pinilla Zuluaga, C. A., Duque Hoyos, M. I., & Gonzalez Duque , L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud. *Index de enfermería* .
- Ji, L., Jing, C., Zhuang, S. L., Pan, W., & Hu, X. P. (Septiembre de 2019). Effect of age at first use of oral contraceptives on breast cancer risk : An updated meta-analysis . *Medicine*, 98(36), e15719.
- Kantar Health , & HRA Pharma . (Mayo de 2017). *Prioridades de las mujeres antes de ser madre*. Obtenido de <https://www.pildoradeldiadespues.es/wp-content/uploads/2017/09/ResultadosEncuestaPrioridadesAntesDeSerMadre.pdf>
- Knowles, J. (2012). *Historia de los métodos anticonceptivos*. Planned Parenthood Federation of America.
- Kuypers, D. (3 de Enero de 2020). From nonadherence to adherence.
- Laengner , H., & Detering, K. (1974). Letter: Anti-epileptic Drugs and Failure of Oral Contraceptives. *Lancet*, 600.
- Leal, I., Molina, T., Luttges, C., González, E., & Gonzalez, D. (Abril de 2018). Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. Santiago, Chile: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.
- Looze , J. (2017). Why Do(n't) they leave?: Motherhood and women's job mobility. *Social Science Research* , 47-59.

- Lugones Botell, M., Quintana Riveron, T. Y., & Cruz Oviedo, Y. (1997). Anticoncepción hormonal. *Revista Cubana de Medicina General Integral* .
- MHRA. (2011). *Combined oral contraceptives(the pill): when to start taking the pill, and missed pill advice* . Obtenido de www.mhra.gov.uk/safety-public-assessment-reports/CON120481
- MacLennan, A., Broadbent, J., Lester, S., & Moore, V. (2009). Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes (Review). The Cochrane Collaboration .
- Marin-Torres, V., Valverde Aliaga, J., Sanchez Miro , I., Saenz del Castillo Vicente , M. I., Polentinos-Castro, E., & Garrido Barral , A. (2013). Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 46-53.
- Mansour, D., Inki, P., & Gemzell-Danielsson, K. (2010). Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature . *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4-16.
- Marker , R. E., & Lopez, J. (1947). Steroidal Sapogenins. Structure of the Sapogenin Glycosides. 2401-2403.
- Márquez Contreras , E., Casado Martínez, J. J., Celotti Gomez , B., Gascon Vivo , J., Martín de Pablos , J. L., Gil Rodríguez , R., . . . Domínguez , R. (2000). El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria. *Atención Primaria*, 5-10.
- Martelletti, P., & Guglielmetti, M. (18 de Noviembre de 2019). Approaching the appropriate pharmacotherapy of menstrual migraine.
- Ministerio de Educación . (2011). *EDUCACION EN SEXUALIDAD AFECTIVIDAD Y GENERO*. Obtenido de MINEDUC : <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Educación-en-sexualidad-afectividad-y-género-2016-MINEDUC.pdf>
- Ministerio de salud . (Julio de 2013). *SITUACIÓN ACTUAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE*. Obtenido de Minsal: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dfe040010164010db3.pdf>

Ministerio de Salud . (2014). *NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edición%202014%20FINAL%202.pdf>

Ministerio de Salud . (2018). *NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD*. Obtenido de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf

Ministerio de desarrollo social . (2015). *Octava Encuesta Nacional de Juventud*. Obtenido de INJUV: [http://www.biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/1388/INJUV%20Octava Encuesta Nacional de Juventud.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/1388/INJUV%20Octava%20Encuesta%20Nacional%20de%20Juventud.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Desarrollo Social y Familia . (2018). *Novena Encuesta Nacional de Juventud*. Obtenido de INJUV : http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/IX_ENCUESTA_NACIONAL_DE_LA_JUVENTUD_2018.pdf

mifuturo.cl. (2019). *POR QUÉ INGRESAR A LA EDUCACIÓN SUPERIOR*. Obtenido de mifuturo.cl: <https://www.mifuturo.cl/por-que-ingresar/>

Mohammadi, M., Momeni Comma , Z., Dehghani, A., Fallahzadeh, H., Koohgardi, M., Dafei , M., & Mohammadi, M. (2019). Effects of low-dose contraceptive pills on the risk factors of cardiovascular diseases among 15-35-year-old women: A retrospective cohort. *Int J Reprod Biomed (Yazd)*, 841-850.

Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *PSYKHE* , 93-103.

Organizacion Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1>

Parra Villarroel, J., Placencia, D., Jeronimo, Maturana Rosales, J., Perez Villegas , R., & Carrasco Portiño , M. (11 de Septiembre de 2013). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Salud colectiva* .

- Peralta, O., Diaz, S., Juez, G., Herreros, C., Casado, M. E., Salvatierra, A. M., . . . Croxatto, H. (1983). Effect of a Combined Oral Contraceptive on Lactation and Growth of the Infant. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* , 372-380.
- Perez Gilabert, Y., & Lascano Sarmiento, M. (2015). *Migraña y anticonceptivos*. Obtenido de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Migrana.pdf>
- Pizarro, E., Galan, G., Lavin, P., Benavides, C., & Rivera, F. (2014). Estudio PIENSA: efecto de la asesoría sobre la elección de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.
- Planned Parenthood Federation of America . (12 de Mayo de 2010). 50 años de la píldora anticonceptiva.
- Pottergard, A., Broe, A., Stage, T., Brøsen, K., Hallas, J., & Damkier, P. (2018). Use of Dicloxacillin and Risk of Pregnancy among Users of Oral Contraceptives. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* 123, 288-293.
- Prendes Labrada, M., Aparicio Arias, Z., Guibert Reyes, W., & Lescay Megret, O. (2001). Participación de los hombres en la Planificación Familiar. *Revista cubana de medicina general integral* .
- Prescott, J., Vasilescu, C., Henderson, J. T., & Ruckley, C. V. (1978). Smoking and risk factors in deep vein thrombosis. *Thrombosis and Haemostasis* 40, 128-133.
- Reimers, D., & Jezek, A. (1971). The Simultaneous Use of Rifampicin and Other Antitubercular Agents With Oral Contraceptives. *Prax Pneumol* , 255-262.
- Rica, V. d., & Gutiérrez Frías, J. (2002). Agudización del asma bronquial y fracaso de anticonceptivo oral. *Elsevier Vol. 30. Núm.5.*, 333.
- Riddle, J. M. (1992). *Contraception and Abortion: From the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
- Rubio Herrera, R., Cabezas Casado, J. L., Aleixandre Rico, M., & Fernandez Jimenez, C. (1998). Un Modelo de Satisfacción Vital basado en la comunicación tripartita. Profesional de la Salud, paciente y familiares. *Index de enfermería* , 22-25.

- SIES . (Agosto de 2019). *INFORME DE TITULACIÓN EN EDUCACIÓN SUPERIOR EN CHILE 2018*. Obtenido de mifuturo.cl: https://www.mifuturo.cl/wp-content/uploads/2019/09/informe_titulacion_2018_SIES_agosto_2019.pdf
- Shenfield , G. M. (1986). Drug Interactions With Oral Contraceptive Preparations. *The Medical Journal Australia* , 205-211.
- Sondheimer , S. J. (2008). Oral Contraceptives: Mechanism of Action, Dosing, Safety, and Efficacy. *Cutis* , 19-22.
- Soroush , V., Deb, R., & Sinan , A. (2018). The spread of true and false news online. *Science* , 1146-1151.
- Stidham Hall, K., Castaño, P. M., Stone , P. W., & Westhoff, C. (2010). Measuring Oral Contraceptive Knowledge: A Review of Research Findings and Limitations. *Patient Education and Counseling* , 388-394.
- Subsecretaria de Telecomunicaciones. (2017). *IX Encuesta Accesos y Usos de Internet* . Obtenido de https://www.subtel.gob.cl/wp-content/uploads/2018/05/ppt_usos_may2018.pdf
- Subsecretaria de salud publica. (07 de Octubre de 2011). *Aprueba Reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad*. Obtenido de <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Decreto-49-del-2013-MINSAL-aprueba-reglamento-ejercicio-a-educación-información-y-orientación-en-materia-de-regulación-de-la-fertilidad.pdf>
- Sun, X., Qian, F., He, Y., Gu, & Di, W. (16 de Enero de 2020). Safety and Efficacy of Combined Oral Contraceptive Ethinyl Estradiol/Drospirenone (YAZ) in Chinese Women: A Single-Arm, Open-Label, Multicenter, Post-Authorization Study. .
- Tyrer, L. (1999). Introduction of the Pill and Its Impact. *Contraception* , 11S-16S.
- Vega M, J., Bedregal G, P., Jadue H, L., & Delgado B, I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista médica de Chile*.
- Wentzensen, N., & Berrington de Gonzalez, A. (2015). The Pill's gestation: from birth control to cancer prevention. *The Lancet Oncology*, 1004-1006.

Whelan, E. M. (1974). Compliance with Contraceptive Regimens. *Studies in Family Planning* , 349.

World Health Organization . (2005). *Reproductive Health and Research Selected Practice Recommendations for contraceptive use*. Obtenido de WHO: www.who.int/reproductive-health

Yu, Q., Zhou, Y., Suturina, L., Jaisamrarn, U., Lu, D., & Parke, S. (2018). Efficacy and Safety of Estradiol Valerate/Dienogest for the Management of Heavy Menstrual Bleeding: A Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Phase III Clinical Trial. *Journal of women`s health* , 1225-1232.



8. ANEXOS

Anexo I: Encuesta para medir conocimiento sobre anticonceptivos orales en pacientes que acuden a Farmacia cruz verde local N^a 284 de Coronel

Responda lo solicitado y marque con una X la opción que corresponda a su situación:

Edad: _____ Hijos: Si No

Anticonceptivo utilizado: _____

Costo: _____ Con beneficio: Si No

¿Quién le recomendó la terapia?

- Profesional de salud (Médico general, Ginecólogo, Químico farmacéutico, Matrona)
- Personal (Familiares o cercanos)
- Internet

Previsión de salud:

- Fonasa Isapre Otro _____

Nivel educacional:

- Básico Medio Técnico Universitario

¿Tiene alguna enfermedad crónica?

- Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál? _____

¿Fuma?

Sí No A veces

Tiempo en tratamiento con el anticonceptivo:

Menos de 3 meses Entre 3 meses y 1 año Más de 1 año

¿Ha olvidado tomar la pastilla durante el último año?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Qué hace cuando la olvida?

Toma 2 píldoras a la siguiente dosis La toma cuando se acuerda
 Retrasa un día de tratamiento Otro _____

¿Tiene un horario constante para tomar la pastilla?

Sí No

¿Sabe por qué algunas presentaciones son de 21 comprimidos y otras de 28?

Sí No

¿Conoce el concepto de placebo?

Sí No

¿Sabe que existe la posibilidad que otros medicamentos disminuyan la efectividad del anticonceptivo?

Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿sabe cuáles? _____

¿Conoce otros métodos anticonceptivos? Sí No

¿Ha utilizado anteriormente otro método anticonceptivo? Sí No

¿Ha sentido algún efecto adverso cuando ha utilizado el anticonceptivo oral? ¿Cuál?

Medio mediante el cual se informa sobre los anticonceptivos:

Profesional de salud Internet Familiares o cercanos

Si tuviera la oportunidad de preguntar una duda a un profesional ¿Cuál sería?

Si se lanzara al mercado los anticonceptivos orales masculinos, ¿Dejaría de usar su tratamiento?

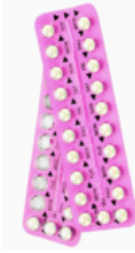
Sí No



Anexo II: Boletín informativo entregado a las usuarias

8. ¿Por qué algunas hacen subir de peso?

En algunas mujeres ocurre esto como efecto no deseado, mayormente debido a una retención de líquidos, esto se debería quitar aproximadamente a los 3 meses, si esto no ocurre quizás sea recomendable un cambio de anticonceptivo oral.



Anticonceptivos Orales Femeninos

- Método hormonal reversible
- Contienen dos tipos de hormonas (estrógeno y progestágeno)
- Evitan la ovulación, alterando también el moco cervical, e impidiendo el paso de los espermatozoides.



- Estar con medicamentos para: Epilepsia (carbamazepina, fenitoína y topiramato), tuberculosis (rifampicina, rifabutina. Con ciertos antibióticos como: ampicilina, tetraciclinas y griseofulvina. Barbitúricos, barbitónicos, primidona, modafinilo. Ciertos medicamentos para el tratamiento de infección por VIH (ritonavir) y preparados que contienen hypericum perforatum (hierba de san juan). También con medicinas que estimulan el movimiento intestinal, por ejemplo la metoclopramida y carbón activado, ya que pueden afectar a la absorción de las sustancias activas de los anticonceptivos.

Durante el tratamiento con estos medicamentos deberá utilizar métodos anticonceptivos de barrera adicionales (preservativos) además deberá prolongar esto durante 7-28 días después de finalizar dicho tratamiento.

- Además los anticonceptivos podrían reducir la excreción de:
 - ciclosporina, teofilina, prednisolona
 - produciendo que tengan un efecto mayor y duren más tiempo. Preparaciones que contienen clofibrato, paracetamol, morfina o lorazepam se pueden reducir si se toman al mismo tiempo.

5. ¿Existe algún riesgo si se consume alcohol?

El alcohol no tiene un efecto directo sobre la pastilla anticonceptiva, pero si existiera una intoxicación que lleve al vómito puede afectar la absorción de la pastilla y por ende su efecto.

6. ¿Qué hacer si se me olvida tomar el anticonceptivo oral por unos días?

- ✓ Debe tomarlo dentro de las 12 horas siguientes. Si lo hace así, no será necesario utilizar otros métodos anticonceptivos, y puede seguir tomando los comprimidos como de costumbre.
- ✓ Con un intervalo superior a 12 horas no se garantiza el efecto anticonceptivo del medicamento, en ese caso, tome inmediatamente el comprimido y luego continúe su tratamiento habitual. Esto puede significar tomar 2 comprimidos en un día y utilizar métodos anticonceptivos adicionales durante los siguientes 7 días. Si en esos 7 días se acaba el envase que había empezado, debe saltarse los placebo y empezar a tomar los del siguiente envase. Probablemente no aparecerá la hemorragia por privación, tomar inmediatamente la pastilla, pues puede disminuir la absorción.

Dudas frecuentes:

1. ¿Qué pasa si se toman los anticonceptivos orales por mucho tiempo? ¿cuesta quedar embarazada?

Al dejar de tomar el anticonceptivo oral durante un ciclo, ya hay posibilidades de quedar embarazada, lo cual dependerá de cada mujer.

1. ¿Cuáles son las probabilidades de sufrir un aneurisma, o ACV?

Existe una incidencia muy baja durante el tratamiento, pero existen ciertos factores de riesgo que aumentan esta incidencia (tabaco, y la edad, siendo mayor en mujeres sobre los 35 años).

2. ¿Qué cambios se producirían en mi cuerpo al dejar el tratamiento con anticonceptivos orales?

- Mujeres con aumento de peso en el tratamiento, al finalizar las pastillas, en unos pocos meses, van a notar una baja de peso.
- Si se ha iniciado el tratamiento debido a unas reglas irregulares, éstas suelen reaparecer tras interrumpir la toma de las pastillas.
- Al interrumpir el tratamiento, las mujeres refieren un aumento del sangrado menstrual y del dolor con la menstruación.
- Las ovulaciones aparecen de nuevo, produciendo que a mitad de ciclo menstrual, se note más dolor abdominal y un flujo más mucoso.
- Tras la ovulación natural los ovarios producen un aumento de la progesterona que es la responsable del síndrome premenstrual. Al no estar los ovarios inhibidos por la acción del tratamiento anticonceptivo, la progesterona aumenta su nivel en sangre las dos semanas antes de la regla produciendo un aumento del dolor mamario, cambios de humor, retención de líquidos, es decir todo el cuadro de síndrome premenstrual.

3. ¿Cuál es la efectividad?

Presentan una efectividad del 99.5%, lo cual dependerá de lo metódico que sea en la administración.

4. ¿Qué hábitos comunes disminuyen la efectividad?

- Olvidar tomar la pastilla, o tomarla desordenadamente.
- Tomarla junto con otros medicamentos, es preferible tomarla con horas de diferencia con otros medicamentos.
- Si presenta síntomas como vómitos o diarrea, no se debe tomar inmediatamente la pastilla, pues puede disminuir la absorción.

Correcta Administración:

- ✓ tomar el primer comprimido el primer día de su ciclo
- ✓ tráguelo sin masticar
- ✓ a la misma hora todos los días
- ✓ Si el periodo ya ha empezado tome el primer comprimido entre el 2º y 5º día de su periodo
- ✓ Si ya han transcurrido más de 5 días del periodo, es recomendable esperar al siguiente ciclo para comenzar la administración.
- ✓ **IMPORTANTE:** Deberá utilizar métodos anticonceptivos de barrera durante los primeros 7 días de la administración.

Ciclo Menstrual



Ciclo normal: 28 días
Puede variar dependiendo de la mujer

Periodo fértil: Días previos a la ovulación, ese día, y uno o dos días después. En ciclos normales corresponden a la segunda semana y al comienzo de la tercera.

Se considera un ciclo contando desde el primer día de menstruación, hasta el primer día de la menstruación siguiente.

Precaución:

• Diabetes y resistencia a la insulina, quizás deba ser necesario un cambio de dosis.

Alertas:

- Riesgo de trombosis de las venas y arterias biliares
- Riesgo de enfermedades de los conductos biliares
- Riesgo de tumores
- Empeoramiento de la enfermedad intestinal inflamatoria crónica (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa).

Cada una de las precauciones y alertas a considerar son según cada caso en particular. Siempre consulta a un profesional

