



Universidad Austral de Chile

Facultad de Ciencias
Escuela de Química y Farmacia

PROFESOR PATROCINANTE: Cecilia Müller M.
INSTITUCIÓN: Farmacias Salcobrand

PROFESOR CO-PATROCINANTE: Lorenzo Villa Z.
INSTITUTO: Farmacia
FACULTAD: Ciencias

“ESTUDIO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y DE LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN USUARIAS DE FARMACIAS SALCOBRAND DE VALDIVIA”

Tesis de Grado presentada como parte de los requisitos para optar al Título de Químico Farmacéutico.

KARIN MARCELA COLPO ROIG

VALDIVIA-CHILE

2007

*A mis padres Herta y Abel por enseñarme
a luchar por las cosas que quiero, por su
confianza y apoyo incondicional.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias a mi profesora patrocinante, QF. Cecilia Müller por su interés y motivación en la realización de este trabajo.

También agradecer al profesor Lorenzo Villa, por su apoyo al desarrollo y revisión de esta tesis y por todo el conocimiento entregado en estos años.

Al profesor Francisco Marín por su contribución al desarrollo de esta tesis y su buena disposición en todo momento.

A la QF. Carolina Maldonado por que siempre tuvo la disposición y el buen ánimo para atender y ayudar mis consultas e inquietudes.

A la empresa Salcobrand por darme la posibilidad de realizar esta memoria de tesis y en especial a sus auxiliares que con su buena disposición fueron parte muy importante en la realización de este trabajo.

A mis hermanas Alejandra y Carolina por estar ahí siempre en todo momento, gracias y las quiero mucho.

A mis compañeros y amigos de universidad; Bruno, Carla, Cristian y Kathy por todas las horas de estudio y amistad que hicieron de estos años todo más agradable y llevadero.

A mis amigos de colegio, Karina, Carla, Paulina y Paulo por estar ahí en penas y alegrías...gracias amigos!!!

A ti Rodrigo por todo el amor que me has entregado pero sobre todo, por tu apoyo incondicional sin el cual no hubiese podido lograr esta meta tan importante.

Además, en estos momentos tan especiales de mi vida, quiero compartir y dedicarles esta memoria a mis padres Herta y Abel. Gracias viejitos por todo su esfuerzo y dedicación para darme lo mejor con el objetivo de poder realizar este sueño, por sus sabios consejos en los buenos y malos momentos, gracias por su apoyo y amor que me han entregado siempre.

Y finalmente agradecer a Dios, por ayudarme a cerrar un capítulo importante en mi vida y abrirme a nuevos horizontes, gracias por guiarme por senderos calmos, claros y felices.

ÍNDICE

1. RESUMEN	VII
SUMMARY	IX
2. INTRODUCCIÓN	1
3. OBJETIVOS	7
3.1. OBJETIVO GENERAL	7
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. MATERIALES Y MÉTODOS	8
4.1. DISEÑO DEL PROGRAMA.	8
4.2. MUESTRA.	9
4.2.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.	9
4.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	9
4.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	9
4.3. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	10
4.3.1. INDICADORES SOCIOCULTURALES.	10
4.3.2. INDICADORES DE CONDUCTA Y CONOCIMIENTO.	10
4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	11
5. RESULTADOS	12
5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES.	12

5.2. INDICADORES DE CONDUCTA EN EL CONSUMO.	13
5.2.1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.	14
5.2.2. ANTICONCEPTIVOS ORALES MÁS SOLICITADOS.	14
5.2.3. NÚMERO DE USUARIAS QUE SOLICITAN ACOs POR PRIMERA VEZ.	15
5.2.4. CAMBIOS DE ACO DURANTE EL TRATAMIENTO.	16
5.2.5. CONFORMIDAD CON EL MÉTODO.	16
5.2.6. CONTROLES MÉDICOS.	16
5.3. FUENTES DE INFORMACIÓN.	17
5.4. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS ACERCA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.	18
5.4.1. CONOCIMIENTO DE LA USUARIA SOBRE EL DÍA DE INICIO DE UN TRATAMIENTO CON ACO.	18
5.4.2. CONOCIMIENTO DE LA USUARIA SOBRE EL INICIO DE LA EFECTIVIDAD DEL MÉTODO.	19
5.4.3. EFECTOS ADVERSOS.	21
5.5. ACTITUD DE LA USUARIA ANTE SITUACIONES ESPECIALES QUE PONEN EN RIESGO LA EFECTIVIDAD DEL MÉTODO.	23
5.5.1. OLVIDOS.	23
5.5.2. VÓMITOS Y/O DIARREA.	26
5.5.3. INTERACCIONES CON MEDICAMENTOS.	28
5.6. RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ACOs.	31
5.6.1. HÁBITO TABÁQUICO.	31
5.6.2. RIESGOS ANTE EL CONSUMO DE ACOs Y CIGARRILLOS.	32

5.6.3. ENFERMEDADES QUE SON CONTRAINDICACIONES AL USO DE ACOs.	33
--	----

6. DISCUSIÓN	36
---------------------	-----------

8. BIBLIOGRAFÍA	43
------------------------	-----------

ANEXOS	48
---------------	-----------

1. RESUMEN

Los anticonceptivos orales combinados (ACOs) son los medicamentos más usados en Chile para el control de natalidad siendo un método altamente efectivo, económico y relativamente seguro. Sus efectos adversos se encuentran bien documentados, algunos de ellos pueden provocar riesgos importantes para la salud, como por ejemplo accidentes cerebrovasculares e infarto al miocardio. Por otra parte, la efectividad del método puede verse alterada en situaciones puntuales como diarreas, vómito u omisión de píldoras, que se traducen en embarazos no deseados.

Con el objetivo de conocer y evaluar el grado de conocimiento acerca de la correcta utilización de los ACOs y factores de riesgo en las usuarias, se realizó un estudio observacional transversal en 381 mujeres que adquirieron el método en una farmacia comunitaria en la ciudad de Valdivia entre los meses de Junio y Agosto del 2007.

Del total de las encuestadas, el 11,8% no tenía prescripción médica, el 16,9% cambia la prescripción por iniciativa propia. Los ACOs más solicitados son los monofásicos de baja dosis de estrógenos y el parche transdérmico la primera elección al momento de cambiar de método. Además, el 15,7% busca información del método en internet y sólo el 8,7% se informa a través del prospecto. Con respecto a conocimientos básicos del método, el 81,9% de la población no sabe como actuar en caso de olvidos y el 69,8% en caso de vómitos y/o diarrea. Por último, el 42% de las mujeres tiene hábito tabáquico y el 28% del total de encuestadas conocen los efectos nocivos de esta asociación.

Finalmente, se concluye que el conocimiento se encuentra focalizado de manera significativa en aquellas mujeres que poseen mayor nivel de escolaridad y menor edad, en casi todos los parámetros medidos.

SUMMARY

Nowadays, Combined Oral Contraceptives (OCs) are the most widely used contraceptive method in Chile because they are an effective, cheap and relatively safe method. The adverse effects of OCs are well documented and some of them can produce serious risk in the users, for example, cerebrovascular accidents and myocardial stroke. In the other hand, the effectiveness of the method can be changed in situations like diarrhea, vomiting or pill omission. These situations can yield an unwanted pregnancy.

So as to know and assess the knowledge about the correct use and risk factors of the OCs in users, we have carried out a transversal observational survey to 381 women that acquired the method in communitarian pharmacies in the city of Valdivia among June and August of 2007.

Of a sample of 381 individuals, 11.8% had no medical prescription and 16.9% changed their prescription by their own decision. The most required contraceptive was the monophasic low dose-estrogens OC, and the first option to potential change from them was the transdermic patch. Even more, only 15.7% of the sample population gets the information about the different contraceptive methods from the Internet and 8.7% read the leaflet provided with the contraceptives. Regarding the basic knowledge about the use of the contraceptive method, 81.9% of the sample does not know what to do in case of a missed pill and 69.8% does not know what to do in cases of vomit and diarrhea. Lastly, 42% of the population presented smoking habits and 28% of the people inquired know the risks involved in associating the use of OC and tobacco.

Finally, we conclude that the knowledge is focalized in a significant way among women who have greater schooling level and smaller age in almost all the measured parameters.

2. INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas de control de la natalidad en Chile datan del año 1964, durante el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva, donde se formuló la “Política de planificación familiar del Gobierno de Chile” cuyo objetivo fue “*reducir los riesgos asociados a la práctica del aborto inducido en condiciones inseguras*“... “*garantizando el respeto a la conciencia de las personas y su dignidad*” (MINSAL Chile, 2000).

Los indicadores tradicionales de salud materno-infantil indican que se han reducido en forma importante los egresos hospitalarios por aborto inducido y la tasa de mortalidad materna por aborto, principalmente por una mayor demanda espontánea de parte de la población hacia los métodos de planificación familiar. En 1964, la tasa de mortalidad materna, era de 118 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, de 66 en 1970 y sólo de 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2000, cifra comparable a la de los países desarrollados (MINSAL Chile, 2000).

Sin embargo, a pesar del programa de planificación familiar, siguen existiendo embarazos no deseados o no planificados, lo que constituye un grave problema de salud personal, familiar y social. En Chile el aborto es ilegal y está penalizado, lo que se traduce en una estadística alterada por la baja notificación de casos, pero se estima que hay entre 60 y 150 mil abortos por año (MINSAL Chile, 2000).

Por otra parte, la elevada tasa de embarazos en adolescentes es uno de los problemas más serios de salud reproductiva y salud pública que enfrenta el país. Estas tasas provienen de la

temprana edad de inicio de la actividad sexual, en la mayoría de los casos sin uso previo de protección anticonceptiva (MINSAL Chile, 2000).

La población de usuarias de anticonceptivos bajo control en establecimientos del servicio de salud ha crecido notablemente de 600.374 mujeres en 1990 a 1.141.798 en el 2005, siendo este importante aumento atribuible a una mayor demanda espontánea de parte de la población. De esta cantidad, se estima que un porcentaje cercano al 36% de las mujeres que se atiende en el sector público usa anticonceptivos orales combinados que contienen levonorgestrel y etinilestradiol (MINSAL Chile, 2000), combinación elegida por ser la que presenta menos riesgos cardiovasculares durante su uso (Jick *et al.*, 1995; Kemmeren *et al.*, 2001).

La situación es algo diferente en el sector privado. De los cerca de 70 productos disponibles en Chile para la anticoncepción hormonal, los más vendidos en farmacias en el año 2003 fueron las píldoras anticonceptivas combinadas. La estimación acerca de las ventas de estos productos indica que en el año 2003 fueron vendidas cerca de 4.500.000 dosis mensuales, de las cuales 1.700.000 correspondieron a píldoras compuestas por levonorgestrel, las que son de menor costo que las píldora que contienen otros progestágenos (MINSAL Chile, 2000).

La Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud del año 2006 realizada por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística mostró que el 51,1 % de la población usa algún método para posponer el embarazo. De este porcentaje, el método más utilizado son las píldoras anticonceptivas combinadas (34,4%), seguido de los dispositivos intrauterinos (26,6%) y la esterilización femenina (17%). Cabe destacar que según esta encuesta, el rango de edad que usa preferentemente píldoras anticonceptivas se encuentra entre los 15 a los 44 años y en los dos

quintiles de mayor ingreso económico (INE-MINSAL Chile, 2006). Además, la información recopilada en encuestas anteriores indican que de las mujeres que usan algún método anticonceptivo el 53,8% de la población lo obtiene en el sistema público de salud, el 23.8% en el sistema privado y el 18.1% restante directamente en las farmacias, dándole a la atención farmacéutica un potencial importante en la entrega de información a las pacientes que utilizan métodos anticonceptivos (INE-MINSAL Chile, 2000).

Los anticonceptivos orales se encuentran entre los medicamentos más consumidos en Chile y en el mundo, por ser un método de planificación familiar altamente efectivo, seguro y económico. La disponibilidad de este método contraceptivo ofrece a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena (MINSAL Chile, 2000). Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento acerca de su uso, ya que este está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad (Moroto de Agustín *et al.*, 1998; Little *et al.*, 2001).

Tiene importancia considerar varios puntos clave al estudiar el uso de anticonceptivos orales, por una parte se encuentran entre los fármacos más eficaces disponibles, además se cuenta con diversas formulaciones con componentes, dosis y efectos adversos muy distintos y en contraste con los medicamentos que se utilizan para tratar enfermedades, estos fármacos se emplean en una población relativamente joven y saludable; de este modo, la consideración de posibles reacciones adversas tiene una importancia especial.

Los anticonceptivos orales comercializados con mayor frecuencia, contienen tanto un estrógeno como un progestágeno, por tanto se les denomina *anticonceptivos orales combinados (ACOs)* y están disponibles como preparaciones monofásicas, bifásicas y trifásicas, cuya principal diferencia es la variación de las dosis hormonales durante el ciclo menstrual. Estos medicamentos fueron creados en gran parte para reducir la dosis de progestágenos y de esta manera disminuir los efectos adversos producidos por la administración de estas hormonas (Loose-Mitchell y Stancel, 2001).

En la actualidad se conocen una serie de estudios en cuanto a los efectos adversos que estos medicamentos producen y que se encuentran principalmente relacionadas a su dosificación y a otros factores de riesgo. Los efectos indeseables de los anticonceptivos orales se hallan dentro de varias categorías importantes:

- **Trastornos tromboembólicos y otros problemas vasculares.**
 - a. **Infarto al miocardio.** Un aumento del riesgo de infarto al miocardio se ha atribuido al uso de ACOs (Tanis *et al.*, 2001). Esto sucede principalmente en mujeres fumadoras y que poseen otros factores concomitantes como hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes, patologías altamente relacionadas con enfermedades coronarias. Se ha demostrado que las tasas de mortalidad asociadas a enfermedad circulatoria entre las mujeres que usan ACOs aumentan sustancialmente en fumadoras sobre los 35 años y en no fumadores sobre los 40 años (FFPRHC, 2005).

- b. Tromboembolismo:** Un incremento del riesgo de enfermedad tromboembólica y trombótica se asocia al uso de ACOs. El tromboembolismo venoso, manifestado como trombosis de venas profundas y/o embolismo pulmonar, puede ocurrir durante el uso de cualquier ACO, efectos que también se han relacionado al consumo de cigarrillos (Vandenbroucke *et al.* 2001; Suissa *et al.* 2000; Straneva *et al.* 2000).
- c. Enfermedad Cerebrovascular:** Se ha demostrado que los ACOs aumentan el riesgo de eventos cerebrovasculares (accidente trombótico y hemorrágico). El riesgo es mayor entre mujeres hipertensas mayores de 35 años, que además tienen el hábito de fumar. (Straneva *et al.*, 2000).
- **Carcinoma de los órganos reproductivos.** Existen evidencias de mayor riesgo de incidencia de cáncer mamario en mujeres menores de 35 años que comienzan con un tratamiento con píldoras anticonceptivas (Marchbanks *et al.*, 2002). Por otra parte, algunos estudios han mostrado que el uso de ACOs reduce el riesgo de cáncer de ovarios (Roberts, 2004). Otras evidencias muestran que a largo plazo pueden aumentar el riesgo de cáncer de cérvix (Molina *et al.*, 1988).
 - **Efectos metabólicos en hidratos de carbono y lípidos.** Dentro de las alteraciones metabólicas presentadas por las usuarias de ACOs se han reportado hipertrigliceridemia (persistente durante el tratamiento) y disminución en las lipoproteínas séricas de alta densidad (HDL) (Suwikrom y Jaisamrarn, 2005).

La información de los efectos sobre el metabolismo de carbohidratos es contradictoria, por tanto no se ha podido establecer una relación directa entre el consumo de ACOs, diabetes y otras alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Cabe destacar que no hay estudios que relacionen consumo de ACOs con el riesgo de diabetes en mujeres con sobrepeso (López *et al.*, 2007). Por otra parte, estudios realizados en mujeres diabéticas tampoco muestran una incidencia directa del consumo de ACOs sobre los niveles de glucosa o resistencia insulínica (Visser *et al.*, 2006).

- **Presión arterial elevada:** Estudios realizados en mujeres hipertensas que consumen ACOs han demostrado un aumento en la presión sistólica (Narkiewicz *et al.*, 1995) y diastólica (Lubianca *et al.*, 2003), al compararlas con mujeres bajo la misma condición que no consumen ACOs. Esta alza en los niveles de presión se ha relacionado con el tiempo de uso del anticonceptivo oral (Lubianca *et al.*, 2003).

El consenso actual es que las preparaciones con dosis bajas plantean riesgos mínimos para la salud en mujeres que no tienen factores de riesgo predisponentes (Loose-Mitchell y Stancel, 2001), y que también proporcionan ciertos efectos beneficiosos para la salud (Busquets *et al.*, 2002). Dado que en Chile no hay antecedentes sobre el conocimiento que poseen las usuarias sobre el uso de ACOs, los riesgos que implica su consumo y los patrones de venta en farmacias privadas, se puede proponer que el nivel de conocimiento de las usuarias acerca del consumo de ACO es bajo, por tanto un estudio observacional de estas conductas ayudará a evaluar la situación actual y servirá como base para plantear acciones concretas a nivel farmacéutico para mejorar la información que se le entrega a las usuarias.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Conocer y evaluar el grado de conocimiento acerca de la utilización de los anticonceptivos orales y factores de riesgo en las usuarias de Farmacias Salcobrand de Valdivia.

3.2. Objetivos Específicos

- Conocer las características socioculturales de las usuarias de ACO (edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación y situación laboral).
- Evaluar parámetros de conducta ante el consumo de ACOs (presencia de prescripción médica, anticonceptivo de mayor consumo, periodicidad del control obstétrico o ginecológico, conformidad con el método y cambios en el método).
- Evaluar la fuente, el manejo y el nivel de información respecto al uso de ACOs por parte de las usuarias.
- Analizar el nivel de conocimiento por parte de las usuarias sobre reacciones adversas, interacciones medicamentosas, factores de riesgo asociados al consumo de ACOs y situaciones especiales donde pudiera verse comprometida la efectividad del método.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre el uso de ACOs con factores socioculturales de la población estudiada.
- Identificar a la población en riesgo que sea posible blanco de una intervención farmacéutica.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Diseño del Programa.

Se realizó un estudio observacional transversal, que evaluó el grado de conocimiento acerca de la correcta utilización de los anticonceptivos orales por las usuarias de Farmacias Salcobrand de Valdivia.

Se aplicaron encuestas a usuarias voluntarias. La recolección de datos se hizo en el momento de efectuar la compra, quedando registrado en una ficha de forma anónima (Anexo N°1). Esta consta de dieciocho preguntas, cuyas respuestas fueron proporcionadas por la usuaria en forma individual, posterior a una explicación sobre la temática de la encuesta.

Previo a la recolección de datos, se validó el formulario, mediante un estudio piloto realizado en el local 074 de la cadena farmacéutica citada. Se aplicaron 40 encuestas con el fin de detectar problemas en la comprensión de las preguntas por parte de la usuaria y determinar si proporcionaban los datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos planteados en el estudio.

La recolección de datos se realizó de lunes a viernes, por un período de cuatro semanas en cada local que la cadena de Farmacias Salcobrand tiene en Valdivia, entre los meses de junio a agosto del 2007.

4.2. Muestra.

4.2.1. Tamaño de la muestra.

La muestra consideró a las usuarias que compraron ACOs en un período de veinte días hábiles en cada farmacia, con rotación equitativa por cada uno de los locales de Farmacias Salcobrand de Valdivia. Se consideró un tamaño de muestra mínima de trescientas cincuenta mujeres.

4.2.2. Criterios de Inclusión.

- Mujeres usuarias de Farmacias Salcobrand, que consumieron ACOs cuya edad estuvo entre los 18 y 44 años y que lo utilizaron como método para el control de la natalidad.
- Mujeres que solicitaron ACOs con y sin receta médica durante el período de estudio.

4.2.3. Criterios de Exclusión.

Por el distinto perfil de cumplimiento no se incluyeron a las mujeres en las que el ACO se indicó por motivos terapéuticos, como dismenorrea, endometriosis, acné o alguna otra patología.

4.3. Formulario de recolección de datos.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario elaborado para estos fines (Anexo N°1). Como información base se registró el número de local y la fecha de solicitud. Este formulario incluyó 18 preguntas, y los indicadores contenidos fueron los siguientes:

4.3.1. Indicadores socioculturales.

- Edad.
- Nivel de escolaridad.
- Ocupación y situación laboral.
- Estado civil.

4.3.2. Indicadores de conducta y conocimiento.

- Clasificación de la venta (con o sin receta médica).
- Nombre comercial del fármaco.
- Cambios de ACOs por parte de la usuaria.
- Conformidad con el método (preferencia por otros métodos anticonceptivos).
- Clasificación de la usuaria (usuaria nueva o usuaria antigua).
- Conocimiento básico sobre el método (etapa de su ciclo en que se debe comenzar el tratamiento y cuándo comienza su efectividad).
- Fuentes de información que la usuaria utiliza para guiar su consumo.
- Actitudes ante situaciones especiales que afectan la efectividad del tratamiento (olvidos, vómitos y/o diarrea).

- Conocimiento de la usuaria sobre los efectos adversos del ACO.
- Conocimiento de la usuaria sobre las interacciones de ACOs con otros medicamentos que afectan la efectividad del método.
- Hábito tabáquico (nivel de consumo de tabaco y conocimiento de riesgos asociados).
- Enfermedades concomitantes que se asocian a riesgo en un tratamiento con ACOs.
- Medicamento(s) que toma la usuaria además de su ACO y conocimiento de interacciones medicamentosas.
- Frecuencia del control ginecológico u obstétrico.

4.4. Análisis Estadístico.

La estadística utilizada en el estudio es de tipo descriptiva. La información fue ingresada al programa estadístico Epi InfoTM (versión 3.4.1), la que fue procesada de acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación. Las relaciones estadísticas fueron calculadas a través de dócima (test) de asociación de χ^2 con un nivel de significación de 5%.

5. RESULTADOS

5.1. Características socioculturales.

Diversos estudios han relacionado directamente ciertos parámetros socioculturales con conductas de consumo de ACOs y el nivel de información por parte de las usuarias (Coll *et al.*, 1996; Maroto de Agustín, 1998), por tanto, la primera clasificación necesaria para segmentar a la población son dichos parámetros.

En este estudio se encuestó a un total de 381 mujeres entre 18 y 44 años de edad, segmento elegido para considerar sólo a la población con mayoría de edad legal y en edad fértil. Para facilitar el análisis se clasificó arbitrariamente a la población en tres rangos de edad: 18 a 25, de 26 a 35 y de 36 a 44, de estos, los que concentraron mayor población fueron los segmentos entre 18 a 25 años (42,5%) y entre los 25 a 35 años (39,1%).

Respecto al nivel educacional, cabe destacar que el 95,4% de las encuestadas poseen al menos 12 años de estudios (correspondiente a educación media completa en adelante), y sólo el 4,6% restante se encuentra entre la educación básica incompleta a la educación media incompleta. Con respecto a estudios universitarios, el 54% de las encuestadas se encuentra en este rango, ya sean estudios universitarios incompletos (30,4%) o completos (23,6%).

El detalle de estos y otros parámetros socioculturales de interés se encuentran en la Tabla 5.1.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
<i>Edad</i>			
18 – 25	162	42,5	
26 – 35	149	39,1	
36 - 44	70	18,4	
<i>Estado civil</i>			
Soltera	263	69	
Casada	102	26	
Separada	14	3,7	
Viuda	2	0,5	
<i>Nº de Hijos</i>			
No tiene	235	69	
1 hijo	72	18,9	
2 hijos	62	16,3	
3 o más hijos	12	3,1	
<i>Nivel educacional</i>			
Básica Incompleta	3	0,8	
Básica Completa	9	2,4	
Media Incompleta	5	1,3	
Media Completa	74	19,4	
Técnica Incompleta	7	1,8	
Técnica Completa	77	20,2	
Universitaria Incompleta	116	30,4	
Universitaria Completa	90	23,6	
<i>Situación Laboral</i>			
	Profesora	22	12,3
	Vendedora	22	12,3
	Ingeniera	20	11,2
	Administrativa	19	10,6
Con trabajo remunerado	Técnica	17	9,5
	Secretaria	15	8,4
	Comerciante	11	6,1
	Ejecutiva	8	4,5
	Asistente Social	6	3,4
	TOTAL	178	47
	Dueña de Casa	48	12,6
	Estudiante	136	35,4
	Cesante	19	5

Tabla 5.1. Características socioculturales de la población en estudio.

5.2. Indicadores de conducta en el consumo.

5.2.1. Prescripción médica. Del total de encuestadas, el 88,2% de la población dijo tener prescripción médica y un 11,8% reconoció comprar su ACO sin receta médica. Cabe destacar, que el 82,2% de las encuestadas sin receta médica poseen al menos educación media completa, y sólo el 17,7% restante se encuentra entre la educación básica incompleta a la educación media incompleta (Tabla 5.2).

Nivel de Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Básica completa	1	2,2
Básica incompleta	1	2,2
Media completa	16	35,6
Media incompleta	0	0
Técnica completa	5	11,1
Técnica incompleta	1	2,2
Universitaria completa	10	22,2
Universitaria incompleta	11	24,4
TOTAL	45	100

Tabla 5.2. Distribución porcentual y numérica de las usuarias sin prescripción médica según nivel educacional.

5.2.2. Anticonceptivos Orales más solicitados. El 38,2% de los anticonceptivos solicitados durante el estudio corresponde a ACOs monofásicos con baja dosis de estrógeno (etinil-estradiol 0,035-0,03 mg), el 25,2% a los monofásicos con muy bajas dosis de estrógeno (etinil-estradiol 0,020-0,015 mg) y el 2,9% de las encuestadas solicitó el Anovulatorio LCH, que es un ACO monofásico con alta dosis de estrógeno (0,05-0,075 mg). Todos estos datos se encuentran resumidos en la Tabla 5.3.

En el Anexo N°2 se muestra una clasificación completa de todos los ACOs solicitados durante el estudio.

Nombre comercial	Frecuencia	Porcentaje
Anulette CD	48	12,6
Yasmín	31	8,1
Feminol 20	28	7,3
Ciclomex 20	25	6,6
Ginostat 20	17	4,5
Microgynon CD	16	4,2
Ciclomex	15	3,9
Anulette	14	3,7
Ciclidón 20	13	3,4
Marvelón 20	13	3,4
Femelle	12	3,1
Anovulatorios LCH	11	2,9
Feminol	10	2,6
Otros	128	33,7
TOTAL	381	100

Tabla 5.3. Distribución porcentual y numérica de los ACOs más solicitados durante el estudio.

5.2.3. Número de usuarias que solicitan ACOs por primera vez. Del total de usuarias consultadas el 94,8% ha solicitado ACOs anteriormente y el 5,2% dice solicitarlo por primera vez, de este último segmento el 70% corresponde a mujeres que mayoritariamente se encuentran en el rango de 18 a 25 años de edad.

5.2.4. Cambios de ACO durante el tratamiento. Un 54,6% de las mujeres dijo haber cambiado su ACO por otro. De estas, el 45,7% refirió haberlo cambiado sólo una vez, seguido del 25,5% con dos veces, el 21,6% cambió tres veces y el 7,2% más de tres veces. El 45,4% dijo no haberlo cambiado nunca. El 80,7% de las personas que han cambiado de ACO lo cambió por indicación médica, el 16,9% por iniciativa propia y el 2,4% por otro motivo.

5.2.5. Conformidad con el método. El 71,7% de las usuarias dice encontrarse conforme con su ACO, el 28,3% desearía cambiarlo por otro método que le ofrezca mayor comodidad. Al momento de optar por otro método anticonceptivo, el 42,6% de las mujeres elegiría el parche transdérmico (Tabla 5.4).

Método	Frecuencia	Porcentaje
Parche transdérmico	46	42,6
Inyección	36	33,3
Implante subdérmico	10	9,3
DIU	7	6,5
Anillo vaginal	4	3,7
Ligadura de trompas	3	2,8
No sabe	2	1,9
TOTAL	108	100

Tabla 5.4. Distribución porcentual y numérica de los métodos por los que las usuarias cambiarían su ACO.

5.2.6. Controles médicos. Se les preguntó a las mujeres cada cuánto tiempo acudían a control ginecológico u obstétrico, el 35,4% contestó que se controla anualmente, el 19,4% cada 6 meses y el resto varía desde una vez cada dos años hasta una vez al mes (28,1%). Cabe destacar, que el 17,1% refiere no acudir a control médico u obstétrico.

5.3. Fuentes de información.

La mayor parte de las usuarias obtiene información inicial de los ACOs a partir del médico (64,8%) y de las obstetras (19,7%). Cuando se les consultó a qué fuente acudían para obtener información urgente de su tratamiento con ACO, la mayoría dijo acudir al médico (37,8%) y en segundo lugar a internet (15,7%). Cabe destacar, que sólo el 8,7% de la población se informa del prospecto y el 5,5% del Químico Farmacéutico (Tabla 5.5).

<i>Fuente de información</i>	<i>Fuente inicial</i>		<i>En caso de urgencia</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Médico	247	64,8	144	37,8
Obstetra	75	19,7	54	14,2
Familiar	24	6,3	30	7,9
Amiga	23	6,0	23	6,0
Químico Farmacéutico	2	0,5	21	5,5
Auxiliar de farmacia	1	0,3	-	-
Prospecto	-	-	33	8,7
Internet	-	-	60	15,7
Otro medio ^a	9	2,4	16	4,2
TOTAL	381	100	381	100

Tabla 5.5. Distribución porcentual y numérica según las fuentes utilizadas por las usuarias para informarse de los ACOs; inicialmente y en caso de necesitar información urgente.

^a Profesores y medios de comunicación (tv, radioemisora o revista).

5.4. Evaluación de conocimientos básicos acerca del método anticonceptivo.

5.4.1. Conocimiento de la usuaria sobre el día de inicio de un tratamiento con ACO.

La toma de píldoras anticonceptivas debe iniciarse entre el 1° y 5° día del ciclo menstrual. Si se comienza después del quinto día del ciclo, debe recomendarse un método de barrera o abstinencia durante los primeros siete días de uso (Peralta, 2003; MINSAL Chile, 2000).

Del total de la población estudiada el 59,3% de las mujeres conoce el día de inicio de un tratamiento con ACO. El 49,3% dijo que este corresponde al primer día del ciclo menstrual y el 10% al quinto día. Por otra parte, 28,1% de las mujeres no contestaron la pregunta y el 12,6% considera otros días como el de inicio. Según el nivel educacional de las encuestadas, el 65,5% de las mujeres que tienen educación universitaria conocen el día de inicio, en comparación de aquellas mujeres que no pasan la educación básica completa, de las cuales sólo el 33,3% tiene conocimiento acerca del inicio del tratamiento, estableciendo una relación significativa ($p=0,0016$) entre el nivel educacional y el conocimiento sobre el inicio del tratamiento (Figura 5.1). Esta relación no se observa respecto al rango de edad, donde la distribución no es significativa entre los tres rangos estudiados ($p=0,774$), con un promedio de 42,1% ($\pm 5,8\%$) de personas que no saben en cada rango.

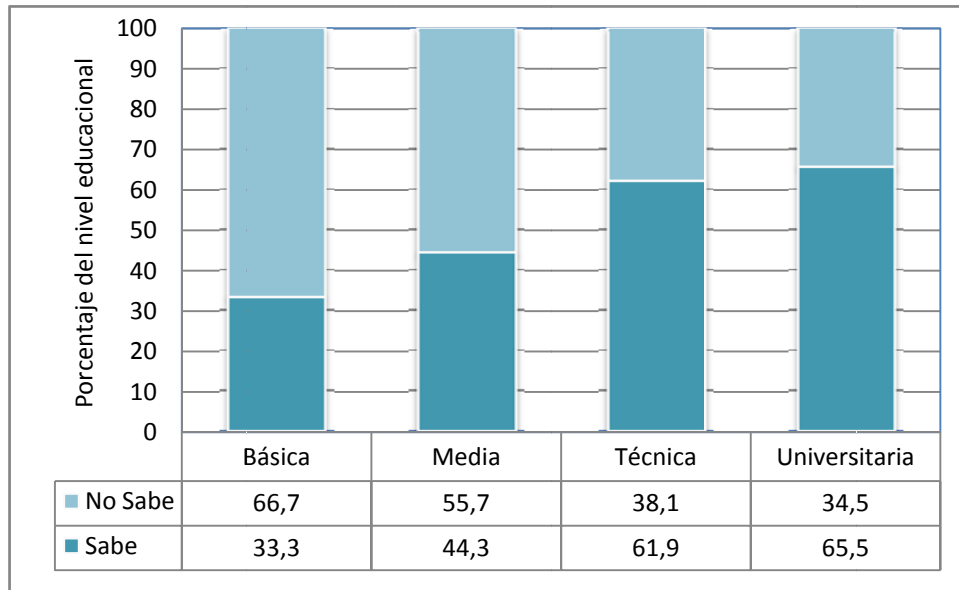


Figura 5.1. Distribución porcentual de la población por nivel educacional según conocimiento de las usuarias sobre el día de inicio de un tratamiento con ACO. ($p = 0,0016$)

5.4.2 Conocimiento de la usuaria sobre el inicio de la efectividad del método. Según la literatura, se requieren 7 días de uso continuo de píldoras combinadas para prevenir la ovulación (MINSAL Chile, 2000; Peralta, 2003).

Cuando se les preguntó sobre el comienzo de la efectividad del método el 64,3% de las usuarias respondió erróneamente, ya sea omitiendo la respuesta (por desconocer el día pero diciendo que este no era desde el primer día) o indicando días que siguen siendo riesgosos ante la posibilidad de embarazo. Esta cifra se distribuye casi homogéneamente en todos los estratos educacionales ($p=0,978$), sin embargo, la población universitaria (considerando completa e incompleta) alcanza el mayor nivel de conocimiento que, no obstante, llega sólo al 44,2% (Figura 5.2). Por el contrario, al analizar las respuestas por rango de edad, la población con menos noción del comienzo de la efectividad está entre los

36 a 44 años (84,3% de este rango no sabe), porcentaje que varía de manera inversa al rango de edad ($p=0,001$) (Figura 5.3).

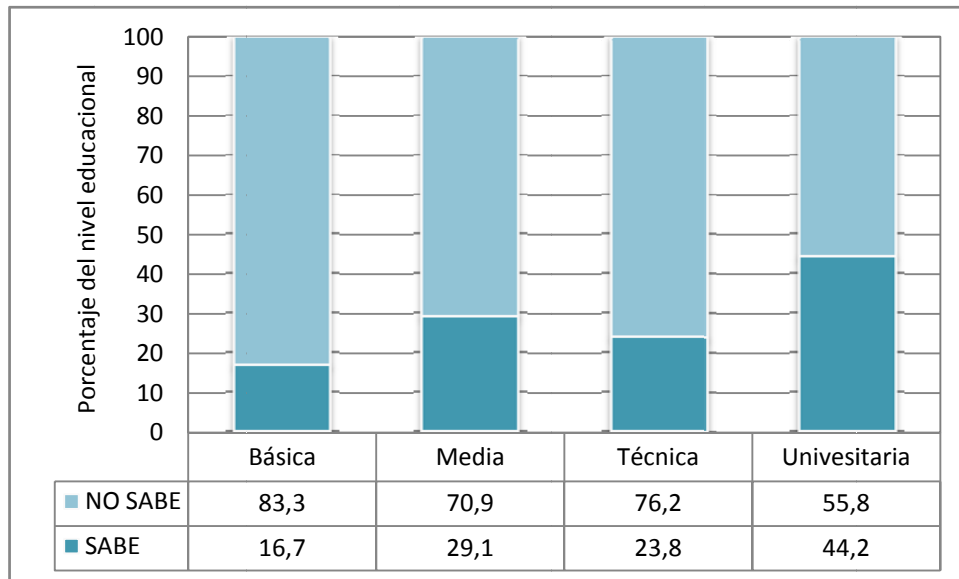


Figura 5.2. Distribución porcentual de la población por nivel educacional según conocimiento de las usuarias sobre el día que comienza la efectividad del método. ($p = 0,978$)

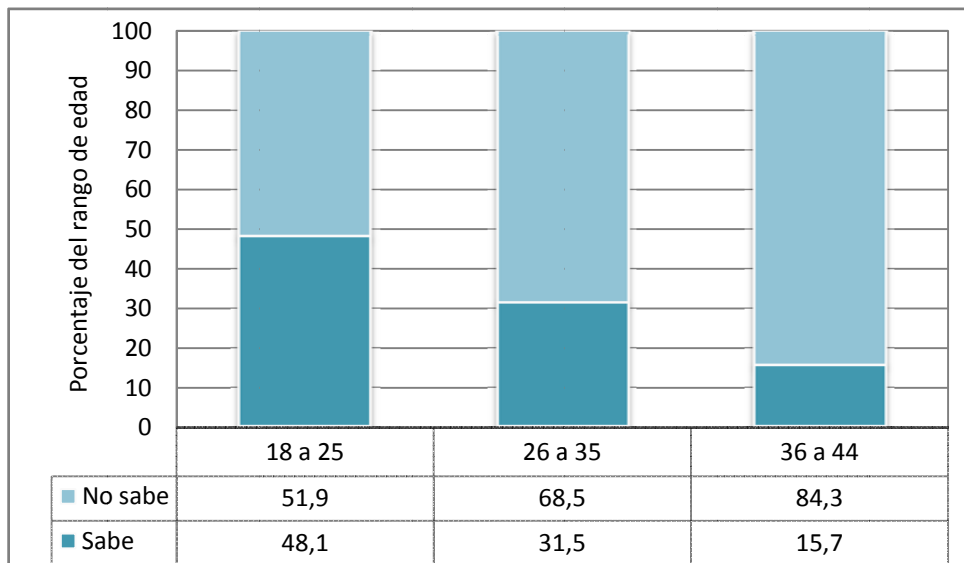


Figura 5.3. Distribución porcentual por rango de edad según conocimiento de las usuarias sobre el día que comienza la efectividad del método. ($p = 0,001$)

5.4.3. Efectos adversos. El 57,7% dice conocer efectos adversos de los ACOs, mientras que 42,5% refiere no conocerlos. Al analizar esta información por nivel educacional, se obtiene una relación significativa ($p=0,0001$) entre la escolaridad de la población y el conocimiento acerca de los efectos adversos, donde las usuarias con más estudios poseen más información en este aspecto (Figura 5.4). Al analizar los datos por rango de edad, las mujeres del estrato más joven son las que más responden a esta pregunta (Figura 5.5), sin embargo la diferencia con respecto a los otros rangos de edad no es significativa ($p=0.360$).

Entre los efectos adversos nombrados con mayor frecuencia por la población están el aumento de peso (35,6%), náuseas (19,6%), cefaleas (13,2%) y otros que se encuentran detallados en la Tabla 5.6.

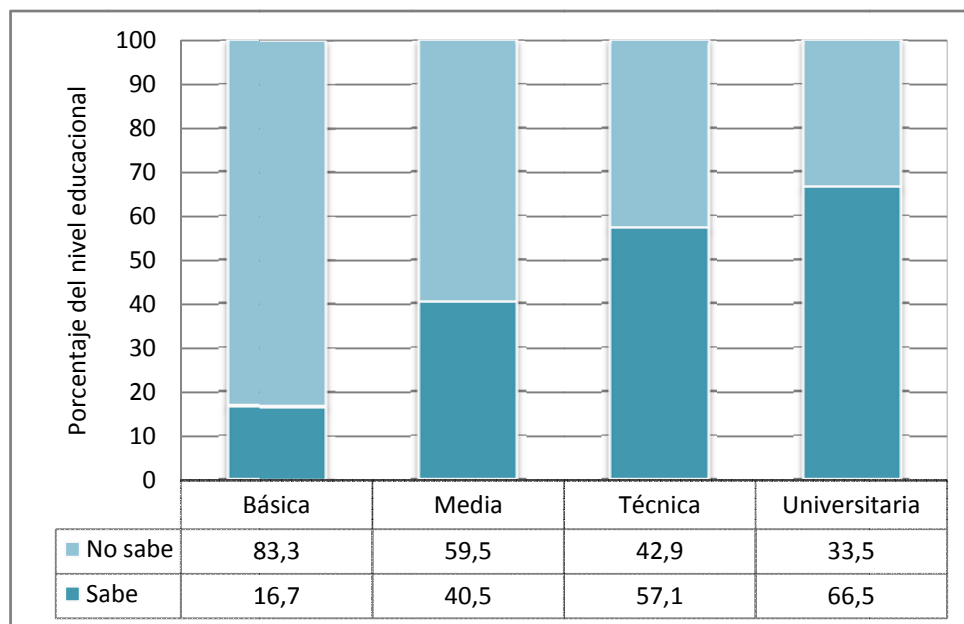


Figura 5.4. Distribución porcentual de la población por nivel educacional según conocimiento de las usuarias sobre efectos adversos de los ACOs. ($p = 0,0001$)

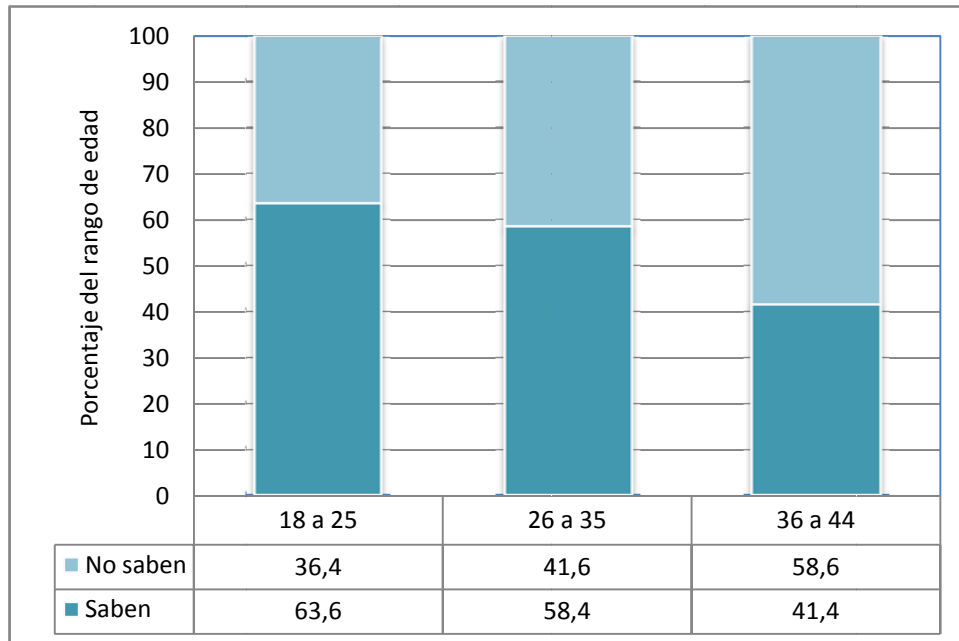


Figura 5.5. Distribución porcentual de la población por rango de edad según conocimiento de las usuarias sobre efectos adversos de los ACOs. ($p = 0,360$)

Reacción adversa	Frecuencia	Porcentaje ^a
Aumento de peso	78	35,6
Náuseas	74	19,6
Cefaleas	51	13,2
Vómitos	43	10,0
Hirsutismo	18	8,2
Mareos	16	7,3
Spotting	15	6,8
Mastalgia	15	6,8
Ansiedad	13	5,9
Trombosis	11	5,0
Riesgo CV	11	5,0
Aumento o disminución de peso	10	4,6
Cambio estado de ánimo	9	4,1
Hipertensión arterial	9	4,1
Cáncer	8	3,7
Ressequedad de mucosas	7	3,2
Otros	7	3,2

Tabla 5.6. Distribución porcentual y numérica de los efectos adversos más conocidos por las usuarias de ACOs. ^aValor expresado como porcentaje de usuarias que mencionaron la RAM indicada, independiente que hubieran nombrado más de una RAM.

5.5. Actitud de la usuaria ante situaciones especiales que ponen en riesgo la efectividad del método.

5.5.1. Olvidos. Si bien ciertos estudios han relacionado el olvido de una píldora dentro del ciclo menstrual con disminución de la efectividad del método, la evidencia científica es de baja calidad y no soporta de buena manera este supuesto, no obstante una suspensión de la toma por más de siete días ya supone un riesgo de embarazo elevado (Korver *et al.*, 1995). A pesar de lo anterior, existen criterios de manejo cuando se olvida la toma de una píldora, estas recomendaciones son dependientes principalmente del tiempo que ha transcurrido desde el horario de toma. En líneas generales, ante un olvido menor a doce horas se recomienda tomar la píldora olvidada y continuar el tratamiento de manera normal, y frente a un olvido mayor a doce horas y menor a 24 horas se recomienda continuar con la toma de la píldora correspondiente y aconsejar la adopción de medidas anticonceptivas complementarias durante 7 días (Pérez, 2000).

6.5.1.1. Olvidos inferiores a 12 horas. Satisfactoriamente, el 80,3% de la población encuestada sabe que hacer ante esta situación. Nuevamente, la distribución educacional muestra la tendencia a aumentar el nivel de conocimiento en relación a los años de estudio (Figura 5.6), siendo esta estadísticamente significativa ($p=0,0013$). Al hacer el análisis por rango de edad, se observa menor manejo del olvido a medida que hay aumento de edad en la población ($p=0,0001$) (Figura 5.7).

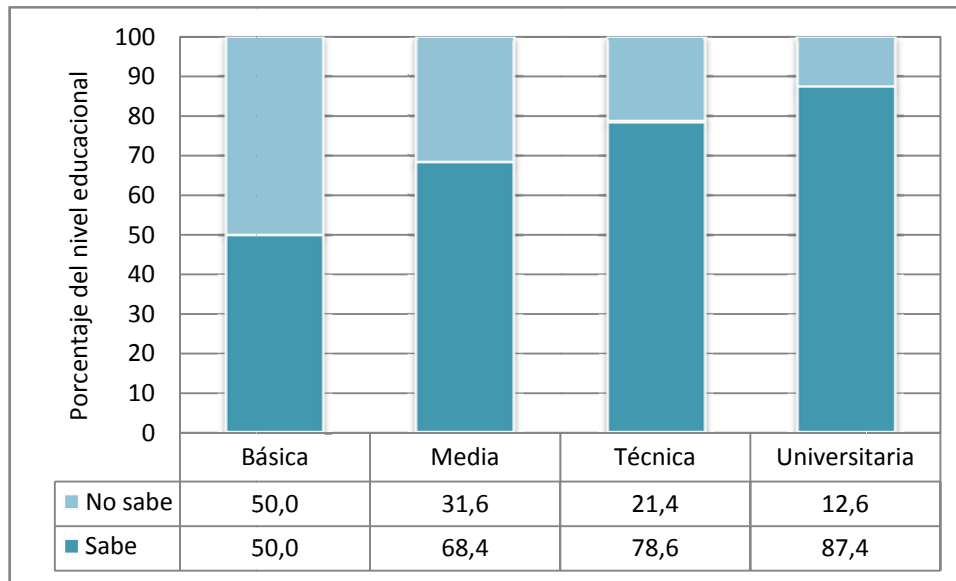


Figura 5.6. Distribución porcentual de la población por nivel educacional según conocimiento de las usuarias ante el olvido de una píldora inferior a 12 hrs. ($p = 0,0013$)

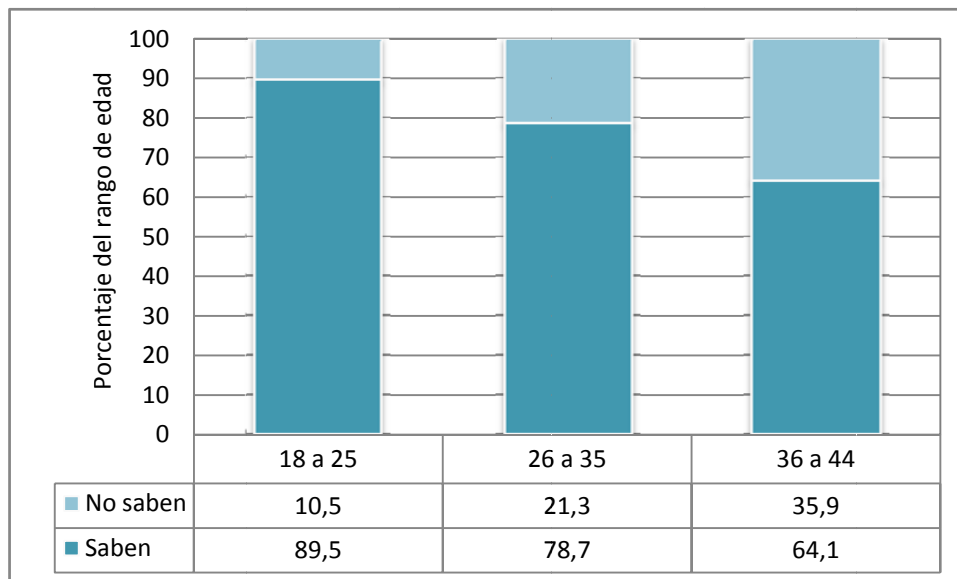


Figura 5.7. Distribución porcentual de la población por rango edad según conocimiento de las usuarias ante el olvido de una píldora por no más de 12 hrs. ($p = 0,0001$)

6.5.1.2. *Olvido superior a 12 horas y e inferior a 24 horas.* Al ser consultadas ante esta situación de riesgo, el 81,9% de las mujeres dijo no saber qué hacer ante este tipo de olvido. Si bien la población con estudios universitarios (sumando completos e incompletos) es la más asertiva al momento de manejar esta situación, sólo un 24,3% de este segmento sabe manejar este contratiempo ($p=0,023$) (Figura 5.8). Al hacer la relación de conocimiento por rango de edad, la tendencia es a aumentar el conocimiento en las mujeres de estratos más jóvenes ($p=0,545$) (Figura 5.9).

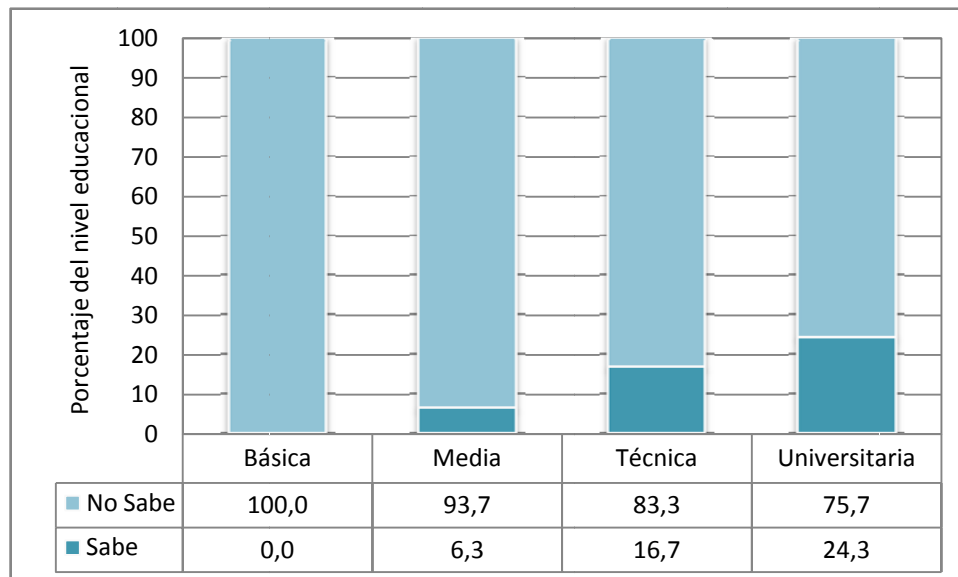


Figura 5.8. Distribución porcentual de la población por nivel educativo según conocimiento de las usuarias ante el olvido de una píldora superior a 12 hrs. ($p = 0,023$)

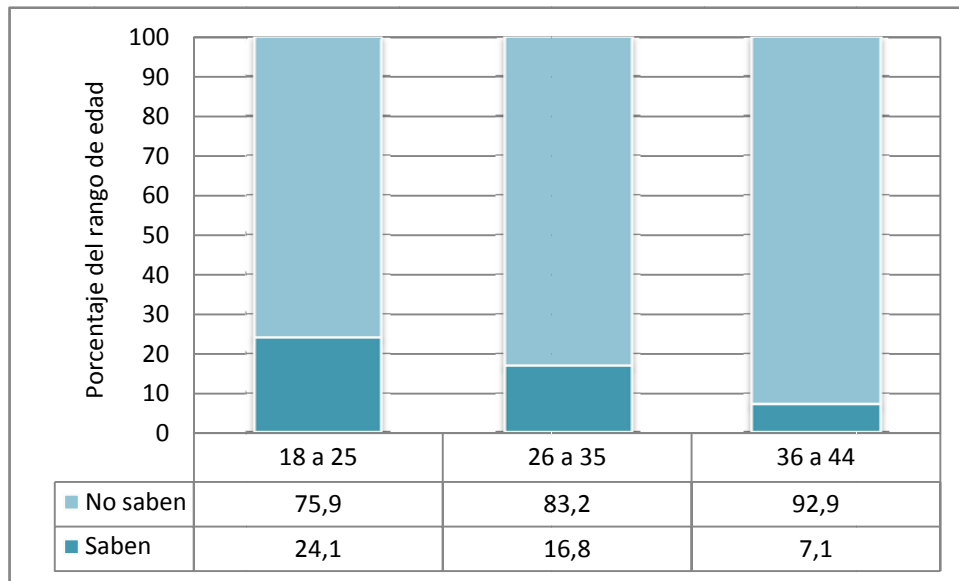


Figura 5.9. Distribución porcentual de la población por rango de edad según conocimiento de las usuarias ante el olvido de una píldora superior a 12 hrs. ($p = 0,545$)

5.5.2. Vómitos y/o Diarrea. Estas situaciones pueden disminuir la absorción y metabolización de la píldora y con ello aumentar el riesgo de embarazo. Cuando esto ocurre dentro de las cuatro horas posteriores a la toma de la píldora, lo que se aconseja es seguir las mismas instrucciones que para la omisión de píldoras (Peralta, 2003).

Los datos obtenidos señalan que el 69,8% de la población no sabe como actuar en presencia de vómitos y/o diarrea, ocurrida durante las cuatro horas posteriores a la toma del ACO. Al analizar los datos obtenidos, el conocimiento de la usuaria sobre esta situación se encuentra relacionado con la escolaridad de la población ($p=0,0001$) (Figura 5.10). Esto no ocurre al hacer el análisis por rango de edad, ya que al relacionar conocimiento con rango de edad no existe una relación proporcional entre las variables ($p=0,177$) (Figura 5.11).

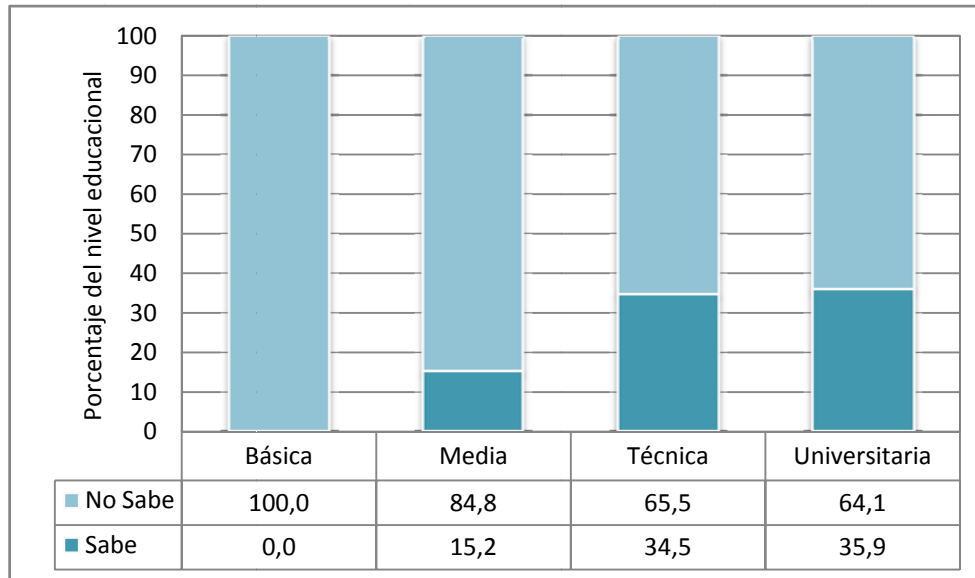


Figura 5.10. Distribución porcentual de la población por nivel educacional según conocimiento de las usuarias ante la presencia de vómitos y/o diarrea. ($p = 0,0001$)

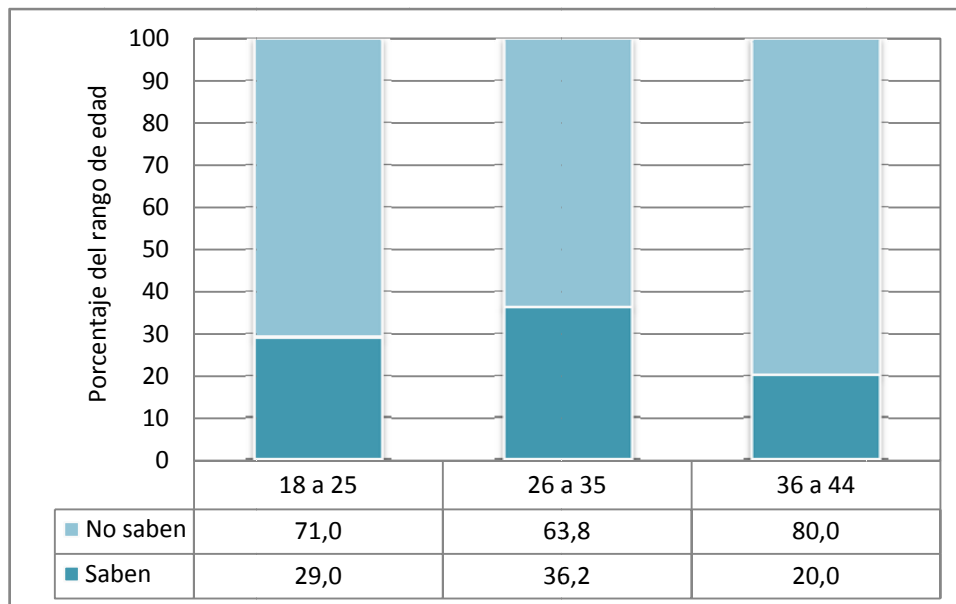


Figura 5.11. Distribución porcentual de la población por rango de edad según conocimiento de las usuarias ante la presencia de vómitos y/o diarrea. ($p = 0,177$)

5.5.3. Interacciones con medicamentos. Ciertos fármacos han mostrado interferir con la efectividad de los ACOs, interacciones que son principalmente de carácter farmacocinético. Inductores del citocromo P450 (anticonvulsivantes como fenobarbital y carbamacepina) y antibióticos (por disminución de la circulación enterohepática) tienen evidencia de interacción con ACOs, bajando sus niveles plasmáticos, por lo que es de importancia saber la concomitancia en el consumo de estos fármacos con anticonceptivos, con el fin de advertir a la paciente sobre los posibles riesgos a la que se enfrenta (Burgos y col., 2004; Dickinson *et al.*, 2001).

La población que dice conocer medicamentos que interaccionan con ACOs corresponde sólo al 17,8% y el conocimiento se acrecienta a medida que aumenta el nivel de escolaridad ($p=0,002$) (Figura 5.12), y disminuye en la población con más edad ($p=0,003$) (Figura 5.13). Entre los medicamentos más nombrados se encuentran en primer lugar los antibióticos (77,9%), seguido de las drogas de abuso (7,4%), antiepilépticos (4,4%) entre otros (Tabla 5.7).

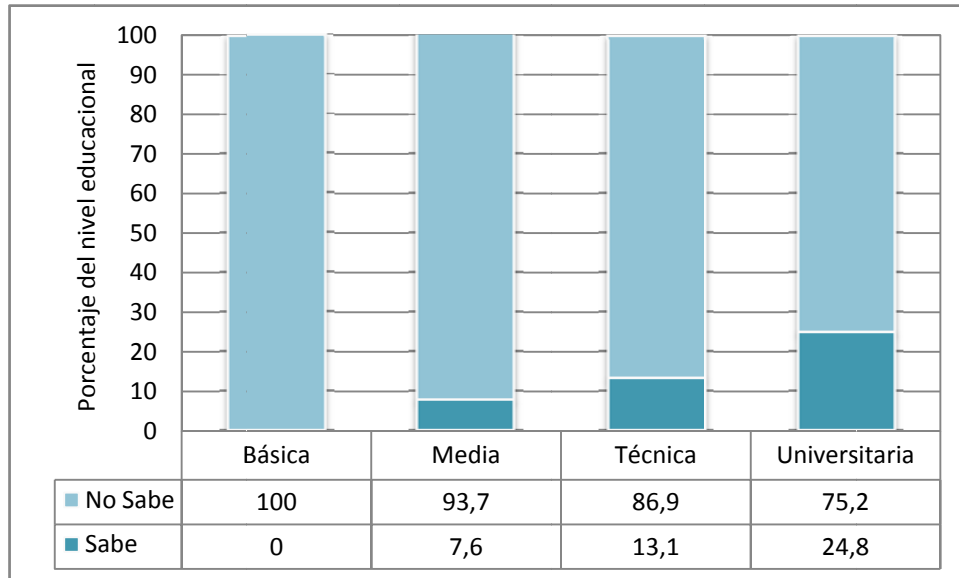


Figura 5.12. Distribución porcentual de la población por nivel educacional según conocimiento de las usuarias sobre medicamentos que disminuirían la efectividad de los ACOs. ($p = 0,002$)

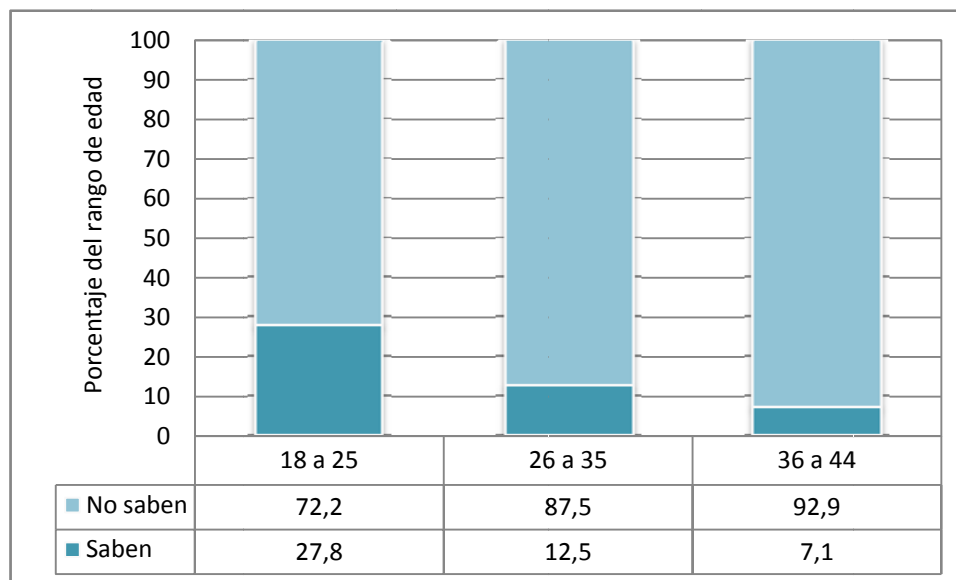


Figura 5.13. Distribución porcentual de la población por rango de edad según conocimiento de las usuarias sobre medicamentos que disminuirían la efectividad de los ACOs. ($p = 0,003$)

Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje ^a
Antibióticos	53	77,9
Drogas de abuso	5	7,4
Antiepilépticos	3	4,4
Psicotrópicos	2	2,9
Antidepresivos	2	2,9
Antigripales	1	1,5
Antiinflamatorios	1	1,5
Laxantes	1	1,5
Modafinilo	1	1,5
Propiltiouracilo	1	1,5
Vitamina C	1	1,5

Tabla 5.7. Distribución porcentual y numérica de los medicamentos que disminuirían la efectividad de los ACOs según las usuarias.

^aEl porcentaje se encuentra expresado como porcentaje de usuarias que mencionaron medicamentos, independiente que hubieran contestado correctamente y nombrado más de una interacción.

5.6. Riesgos asociados al consumo de ACOs.

5.6.1. Hábito tabáquico. En mujeres mayores de 35 años de edad, el uso de ACOs se asocia a un mayor riesgo de patologías arteriales como infarto de miocardio (FFPRHC, 2005), accidente vascular cerebral (Straneva *et al.*, 2000) y enfermedad tromboembólica (Vandenbroucke *et al.*, 2001), sobre todo cuando existen otros factores de riesgo, como hipertensión y consumo de cigarrillos (sobre diez cigarrillos/día).

De la población estudiada, el 42% asume tener el hábito tabáquico y de éstas el 4,2% dijo fumar más de 10 cigarrillos diarios (Tabla 5.8) y de éstas sólo cinco usuarias tenían más de 35 años.

Cigarrillos diarios	Frecuencia	Porcentaje
0	221	58
1 a 5	126	33,1
5 a 10	18	4,7
10 o más	16	4,2
TOTAL	381	100

Tabla 5.8. Distribución porcentual y numérica según hábito tabáquico de las usuarias.

5.6.2. Riesgos ante el consumo de ACOs y cigarrillos. El análisis educacional muestra que el conocimiento aumenta con el nivel de escolaridad ($p=0,016$) (Figura 5.14) y se incrementa levemente con la edad ($p=0,925$) (Figura 5.15) de manera no significativa. Del total de usuarias que nombró riesgos asociados (107 personas, considerando que algunas nombraron más de un riesgo) el 27,1% dijo que el cigarrillo disminuía la efectividad del método, seguidamente el 19,6% dijo que la mezcla producía trombosis, el 14% nombró el accidente cardiovascular, el 12,1% nombró riesgo cardíaco y el 10,3% HTA, entre otros riesgos nombrados.

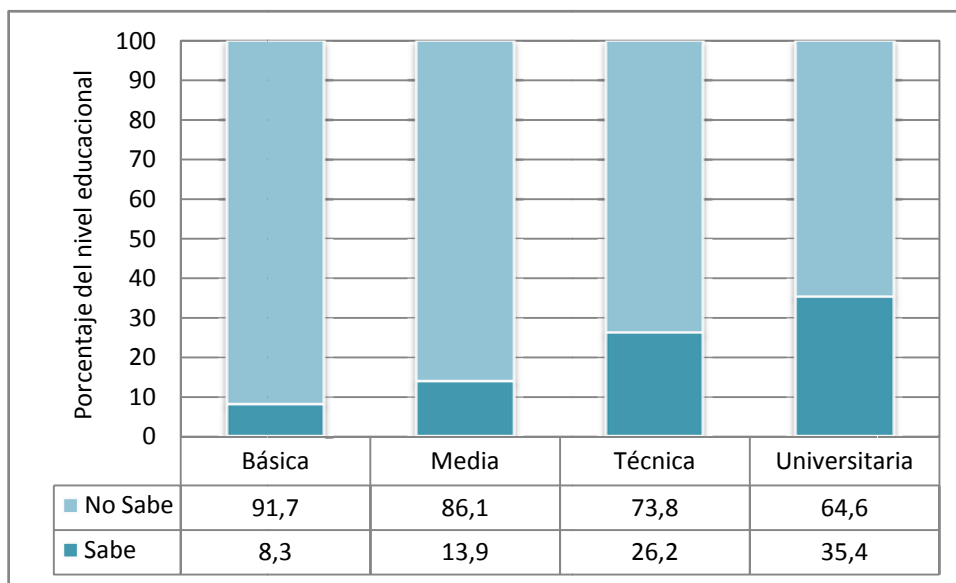


Figura 5.14. Distribución porcentual de la población por nivel educacional según conocimiento de las usuarias sobre riesgos asociados al consumo de ACOs y cigarrillos. ($p = 0,016$)

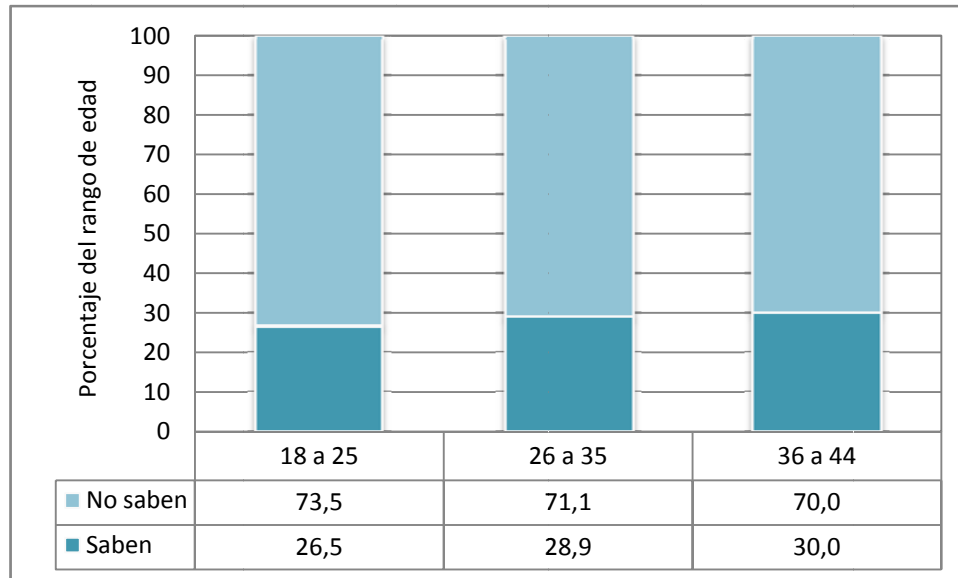


Figura 5.15. Distribución porcentual de la población por rango de edad según conocimiento de las usuarias sobre riesgos asociados al consumo de ACOs y cigarrillos. ($p = 0,925$)

5.6.3. Enfermedades que son contraindicaciones al uso de ACOs. La organización Mundial de la Salud desarrolló recomendaciones para el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, clasificando los criterios médicos en que debe basarse la elección del método en cuatro categorías, según la condición clínica de cada mujer (OMS, 2005). Para la píldora combinada las condiciones clínicas se detallan a continuación:

Categoría 4. Situaciones de riesgo para la salud: Edad mayor de 35 años sumado a tabaquismo (más de 15 cigarrillos/día), hipertensión arterial severa (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 mmHg) u otra enfermedad vascular, migraña con signos neurológicos focales en mujeres de 35 años o más, cáncer de mama actual, diabetes (Nefropatía / retinopatía / neuropatía) o diabetes de duración mayor a 20 años y enfermedades hepáticas (hepatitis, tumores o cirrosis).

Categoría 3. Situaciones en que el riesgo supera al beneficio: Edad mayor de 35 años sumado a tabaquismo (menor de 15 cigarrillos/día), historia de hipertensión arterial (sistólica 140-159 o diastólica 90-100 mmHg), cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años, uso de algunos antibióticos como rifampicina y antiepilépticos (fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina).

Categoría 1 y 2. Situaciones donde la ventaja de evitar un embarazo supera al riesgo: Mujeres con antecedentes personales de depresión clínica. Consumo de ciertos antidepresivos. Cefaleas no migrañosas leves o intensas (debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza). Esta clasificación es válida para mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular.

De las personas consultadas el 23,7% tiene alguna enfermedad que clasifica dentro de estas categorías, de éstas, 4 personas clasifican en categoría 4, 25 en categoría 3 y 61 en categoría 1 y 2. De las mujeres que clasificaron en alguna categoría antes nombrada, el mayor porcentaje dijo sufrir de cefaleas (12,9%). Los datos se detallan en la tabla 5.9. A las usuarias que dijeron tener alguna enfermedad que clasificaba en alguna categoría, se les preguntó si conocían algún riesgo asociado, donde sólo 13 mujeres respondieron que el riesgo principal era cerebrovascular.

<i>Estado de salud</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Con enfermedades</i>		
Cefaleas	49	12,9
HTA	14	3,7
Depresión	12	3,1
Infecciones urinarias recurrentes	9	2,4
Diabetes	2	0,5
Epilepsia	2	0,5
Cáncer mamario	1	0,3
Enfermedad hepática	1	0,3
TOTAL	90	23,7
<i>Sin enfermedades</i>	240	63
<i>Otras enfermedades</i>	51	13,4
TOTAL	381	100

Tabla 5.9. Distribución porcentual y numérica de las personas con enfermedades que podrían ser de cuidado o contraindicadas con el método.

6. DISCUSIÓN

El trabajo presentado es un estudio observacional transversal sobre el nivel de conocimiento de la población femenina de Valdivia acerca de parámetros que son considerados de importancia durante el uso de un ACO y que tienen relación tanto con la efectividad del método, como con efectos no deseados sobre las usuarias. Dado su tamaño muestral (381 mujeres) es un estudio representativo de la población femenina de Valdivia.

Las mujeres que han participado en este estudio tienen en promedio 27 años de edad, mayoritariamente solteras, estudiantes universitarias y sin hijos. A la hora de solicitar su ACO, el 11,8% de las mujeres no tiene prescripción médica. El 16,9% de las mujeres cambian la prescripción del ACO hecha por el especialista por incitativa propia, debido a que buscan una alternativa más económica. Estas cifras son importantes ya que estos porcentajes se perfilan como un posible blanco de intervención educativa por parte del farmacéutico donde este pudiera orientar a la paciente sobre un posible análisis médico antes de la dispensación del ACO.

Los ACOs más solicitados por las usuarias son los monofásicos con baja dosis de estrógenos, en primer lugar se encuentra el Anulette CD, seguido de Yasmín. Yasmín es un ACO de tercera generación que presenta en su formulación drospirenona, un progestágeno del cual se han reportado casos de tromboembolismo y trombosis venosa profunda (van Grootheest y Vrieling, 2003; Pierce *et al.*, 2005). Si bien la asociación entre esta formulación y los problemas cardiovasculares no está del todo establecida, su uso está en tela de juicio. Considerando su alto consumo y la alta incidencia de factores de riesgo asociados, la prescripción de este fármaco

debiera ser tomada con precaución. Según la OMS, el uso de ACO se asocia a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, especialmente en el primer año de uso, el que desaparece al suspender la píldora (OMS, 2005). Este riesgo es mayor al usar ACO que contiene desogestrel o gestodeno, siendo el levonorgestrel el progestágeno asociado a menor riesgo cardiovascular (MINSAL, 2005).

Los datos entregados por las mujeres indican que el 16,9% de la población desearía cambiar su ACO por otro método, siendo el parche transdérmico el elegido por el 42,6% de la población, debido a que ven en esta opción mayor comodidad, terminando con la toma diaria de píldoras y mejorando la adherencia al tratamiento, pero con la desventaja que implicaría un mayor costo del mismo.

Al momento de necesitar información urgente de su ACO las usuarias dicen acudir principalmente a los especialistas, sin embargo, el 15,7% de la población acude a internet, accediendo a información que podría ser errónea. Otra fuente importante de información del ACO es el prospecto, el que sólo es leído por el 8,7% de la población en estudio. Es importante destacar que sólo el 5,5% de las encuestadas recurren al Químico Farmacéutico en caso de necesitar información urgente respecto a su ACO, porcentaje que se encuentra por debajo de otras fuentes como los familiares y las amigas.

El nivel de conocimiento de las usuarias se relacionó principalmente con dos aspectos socioculturales: el nivel de escolaridad y el rango de edad. Se encontró que las mujeres que poseen estudios universitarios ya sea completo o incompleto poseen mayor información sobre el método en todos los aspectos consultados, y que en la mayoría de ellos, el nivel de conocimiento

aumenta con los años de escolaridad de manera proporcional. Respecto al rango de edad se encontró que las usuarias 18 a 25 años son las que más manejan la información consultada, y que en la mayoría de los casos el nivel de información disminuye al aumentar el rango de edad. Estos resultados pueden explicarse por que la mayoría de las mujeres consultadas poseen estudios universitarios ya sea incompletos o completos (54,1%) y se encuentra en el rango de edad de 18 a 25 años (52,9%), además este segmento etario correlaciona con el rango de mayor nivel educacional. Por otro lado, las mujeres con menor edad y con mayor nivel educacional poseen mayor acceso a la información por vías alternativas, como por ejemplo internet, que si bien no son fuentes todas ellas validadas, al parecer muestran ser un recurso informativo útil en aspectos básicos de la información respecto al tema.

En cuanto a otros aspectos socioculturales, como la ocupación y situación laboral, la heterogeneidad de la muestra no permite hacer correlaciones de interés, por lo que estudios acabados en grupos especiales como dueñas de casa, mujeres profesionales y estudiantes pueden presentarse como proyecciones de utilidad a este estudio.

El análisis de resultados muestra que la mayoría conoce el día de inicio de un tratamiento con ACO, mientras que el 64,3% de la población desconoce el día que comienza la efectividad. Con respecto al conocimiento de efectos adversos la mayoría dice que el principal es el aumento de peso, efecto que en la bibliografía no se encuentra documentado y que produce confusión en la usuaria e inducen al abandono del tratamiento (Gallo, 2006; Coll *et al.*, 1996).

Referente a los olvidos, se sabe que es una de las causas de embarazo no deseado durante la toma de ACO (Coll *et al.*, 1996). A pesar de esto, el 81,9% de las usuarias no sabe como actuar

ante el olvido de una píldora, por lo que se hace necesario informar adecuadamente sobre las pautas de acción ante los posibles olvidos de una o más píldoras. Lo mismo ocurre para el caso de vómitos y/o diarrea, donde el 69,8% no sabe que hacer ante esta situación de riesgo, y contra la cual la pauta a seguir es similar a las indicaciones recomendadas ante la omisión de una píldora.

Al momento de relacionar factores de riesgo para la usuaria, sólo el 17,8% conoce medicamentos que podrían interferir con el método, de este porcentaje, el 77,9% nombra a los antibióticos, medicamentos que poseen una documentada alteración de la efectividad en un tratamiento con ACO. Dada la importancia de esta interacción y el poco conocimiento que las usuarias poseen acerca de ésta, una intervención educativa efectiva no debe dejar de considerar este punto.

Otro factor de riesgo muy importante es el hábito tabáquico, que implica una contraindicación significativa a la hora de tomar ACO, sobre todo en mujeres sobre los 35 años de edad y que fuman más de 10 cigarrillos día y/o tiene algún otro factor de riesgo cardiovascular donde la decisión más prudente es suspender la prescripción y cambiar de método. De la población consultada el 42% tiene el hábito tabáquico, 16 personas reconocieron fumar más de 10 cigarrillos diarios y 5 de ellas tienen sobre 35 años. Estos valores se correlacionan con datos del Instituto Nacional de Estadísticas, según los cuales, el 50% de las mujeres entre 20 y 44 años reconoce haber fumado al menos un cigarrillo durante el último mes (INE-MINSAL, 2006).

Al momento de consultar por los riesgos de esta asociación, el mayor porcentaje respondió que principalmente disminuye la efectividad del método, respuesta que deja de manifiesto el pobre conocimiento que poseen acerca de los verdaderos riesgos de esta asociación,

que están bien documentados y que según la OMS están dentro de las categorías de riesgo más elevadas en el consumo de ACOs (OMS, 2005). Por lo tanto, si sumamos el pobre conocimiento de las usuarias respecto a esta problemática con el alto nivel de consumo de tabaco en mujeres chilenas, la educación de la población acerca a los riesgos del uso del cigarrillo en usuarias que consumen ACOs es de vital importancia, papel que podría ser asumido por la comunidad farmacéutica.

La Organización Mundial de la Salud en los criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos (OMS, 2005), menciona ciertas situaciones que son motivo para contraindicar el uso de ACO, es por esto que se les preguntó a cada usuaria sobre las enfermedades que padecen, donde el 23,7% dijo tener alguna enfermedad que correlaciona con alguna de las patologías indicadas como riesgosas por la OMS. El 12,9% dijo padecer de cefaleas, seguido del 3,7% que mencionó hipertensión arterial. Si bien la cefalea no es un factor de riesgo en sí, la OMS recomienda la evaluación médica de este síntoma, para descartar que su origen sea producto del consumo de ACO (debido a factores de riesgo de origen trombótico). Aunque la relación entre hipertensión y el consumo de ACOs no está del todo dilucidada, las usuarias de ACO con hipertensión adecuadamente controlada y vigilada deberían tener un riesgo menor de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con las usuarias de ACO con hipertensión sin tratar (OMS, 2005). Sin embargo, existen estudios que muestran que, en mujeres hipertensas, las usuarias de ACO tienen un riesgo mayor de accidente cerebrovascular, infarto agudo del miocardio y enfermedad arterial periférica en comparación con aquellas que no los usan y no sufren hipertensión (Tanis *et al*, 2001).

El 37,8% de la población encuestada tiene como primera fuente de información urgente al médico, siendo el farmacéutico el que menos consultas recibe, sólo el 5,5%. Por lo que, como farmacéuticos, debemos ser capaces de transmitir a la población la capacidad para resolver este tipo de problemas, elaborando folletos informativos, haciendo especial hincapié en los temas menos conocidos o más confusos y adaptarlos al perfil de las usuarias.

Analizando la información recopilada, se muestra que las mujeres usuarias de ACOs, poseen baja información acerca de correcta utilización del método anticonceptivo, del inicio de la efectividad, del manejo de situaciones que pueden afectar la efectividad del método (olvidos, vómitos y/o diarrea), interacciones de los ACOs y sobre la prevención de factores de riesgo asociados como el del tabaco y otros efectos adversos. El análisis estadístico muestra que el conocimiento se encuentra focalizado de manera significativa en aquellas mujeres que poseen mayor nivel de escolaridad y menor edad en casi todos los parámetros medidos. No obstante, se requiere un estudio detallado de las conductas de grupos específicos que abarque a usuarias que consigan el medicamento por otras vías (sistemas públicos o privados de salud), que podrían presentar conductas riesgosas, como las que se han detallado en este estudio y que conduzcan a la aparición de embarazos no deseados o al aumento de efectos adversos que presentan riesgos severos para la salud de las usuarias.

7. CONCLUSIONES

- Las mujeres que presentaban mayor conocimiento del tema son las que poseen más estudios ya sea universitarios incompletos o completos y se encuentran dentro del rango de edad entre los 18 a 25 años.
- Los parámetros de conductas en el consumo de ACOs, dieron a conocer buenas prácticas por parte del las usuarias, al tener prescripción médica, periodicidad en los controles obstétricos o ginecológicos y conformidad con el método.
- Se observó un manejo deficiente de la información por parte de la usuaria sobre el método anticonceptivo, especialmente al momento de analizar el conocimiento en situaciones especiales donde pudiera verse comprometida la efectividad del método, como es el caso de olvido de píldoras, vómitos y/o diarrea.
- La mayoría de la población encuestada tiene un bajo nivel de conocimiento respecto de reacciones adversas y factores de riesgo para la salud concomitantes al uso de anticonceptivos.
- Según la relación entre el nivel educacional, los segmentos etarios y los parámetros consultados, se establece que el segmento poblacional con mayor riesgo a embarazos no deseados y efectos adversos es en mujeres de baja escolaridad y mayores de 36 años.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Bertrán, R. and García, I. (2005) Grado de conocimiento de las usuarias sobre los anticonceptivos orales en farmacia comunitaria. *Pharm Care. Esp.* 7(1): 4-6.
- Burgos, N. and Parra, M. (2004) Epilepsia y anticonceptivos. *Rev chil obstet ginecol.* 69(6): 470-475.
- Busquets, M., Preisler, J. and Poli, C. (2002) Mecanismo de acción de anticonceptivos orales: ¿Cumplen los ACO con el objetivo de inhibir la ovulación? *Rev chil obstet ginecol.* 67(3): 242-248.
- Coll, C., Lete, I., Doval, J., Dueñas, L., Martínez, J., Parilla, J., Serrano, I., Bermejo, R. and Maset, J. (1996) Análisis del cumplimiento en anticoncepción hormonal oral. Programa Dafne. Madrid.
- Dickinson, B., Altman, R., Nielsen, N. and Sterling, M. (2001) Drug interactions between oral contraceptives and antibiotics. *Obstet Gynecol.* 98(5): 853.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit (FFPRHC). Guidance (January 2005) Contraception for women aged over 40 years. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 31(1): 51-64.
- Ferrer, I., Murillo, M., and Machuca, M. (2003) Determinación del grado de conocimiento y correcta utilización sobre anticonceptivos orales en farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 1 (3): 136-138.
- Gallo, M., López, L., Grimes, D., Schulz, K. and Helmerhorst, F. (2006) Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 25(1): CD003987.
- Gillum, L., Mamidipudi, S. and Johnston, S. (2000) Ischemic stroke risk with oral contraceptives: A meta-analysis. *JAMA.* 284(1): 72-78.

- INE-MINSAL. (2000) Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Salud. Chile.
- INE-MINSAL. (2006) Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Salud. Chile.
- Jick, H., Jick, S., Gurewich, V., Myers, M. and Vasilakis, C. (1995) Risk of idiopathic cardiovascular death and non fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with different progestagen components. *Lancet*. 346 (8990): 1593-1596.
- Kemmeren, J., Algra, A., and Grobbee, D. (2001) Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ*. 323(7305): 131-134.
- Korver, T., Goorissen, E. and Guillebaud, J. (1995) The combined oral contraceptive pill: what advice should we give when tablets are missed? *Br J Obstet Gynaecol*. 102(8): 601-607.
- Little, P. Griffin, S. Dickson, N. and Sadler, C. (2001) Unwanted pregnancy and contraceptive knowledge: identifying vulnerable groups from a randomized controlled trial of educational interventions. *Fam. Pract*. 18(4): 449 - 453.
- López, L., Grimes, D. and Schulz, K. (2007) Steroidal contraceptives: effect on carbohydrate metabolism in women without diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 18(2): CD006133.
- Losse-Mitchell, D. and Stancel, G. (2001) Estrogens and progestins. En: Hardman, J. and Limbird, L (ed) *The Pharmacological Basis of Therapeutics*: 1597-1633. 10^a Ed. McGraw-Hill. New York.
- Lubianca, J., Faccin, C., and Fuchs, F. (2003) Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*. 67(1): 19-24.

- Marchbanks, P. Mc. Donald, J. and Wilson, H. (2002) Oral Contraceptives and risk of breast cancer. *N Engl J Med.* 346(26): 2025-2032.
- Maroto de Agustín, A., Moreno, M., Ortiz, C. and Escobar, F. (1998) Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. *Rev Esp Salud Pública.* 72(6): 547-557.
- MINSAL (2000). Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. Ministerio de Salud. Chile.
- Molina, R. Thomas, D. Dabancens, J. López, J. Ray, R. Martínez, L. and Salas, O. (1988) Oral contraceptives and cervical carcinoma in situ in Chile. *Cancer Res.* 48(4): 1011-1015.
- Narkiewicz, K., Graniero, G., D'Este, D., Mattarei, M., Zonzin, P. and Palatini, P. (1995) Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *Am J Hypertens.* 8(3): 249-53.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005) Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ª edición. Ginebra.
- Pearce, H., Layton, D., Wilton, L. and Shakir, S. (2005). Deep vein thrombosis and pulmonary embolism reported in the Prescription Event Monitoring study of Yasmin®. *Br J Clin Pharmacol.* 60(1): 98-102
- Peralta, O. and Díaz, S. (2003) Anticoncepción hormonal. En: Pérez, A. Ginecología, 3ª Ed: 1039-66. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.
- Pérez, E. (2000) Eventualidades durante el uso de AHO: Control del ciclo y olvidos. En: Latorre, K., Páramo, S., Rueda, J., and Soto, E. (ed) Conferencia de Consenso.

Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales: 181-187. Sociedad Española de Contracepción, España.

- Potter, L., Oakley, D., De Leon-Wong, E. and Cañamar, R. (1995) Measuring Compliance Oral Contraceptives Users. *Fam Plann Perspec.* 28(4): 154-158.
- Roberts, H. (2004) Gynaecological cancer and the contraceptive pill. *Obstet Gynaecol (Lond).* 6(2): 75-79.
- Sánchez, R. and Herrera, J. (2005) Conocimiento de los medicamentos anticonceptivos en una población universitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 3(3): 130-134
- Straneva, P. Hinderliter, A., Wells, L., Lenahan, H. and Girdler, S. (2000) Smoking, Oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstet Gynecol.* 95(1): 78-83.
- Suissa, S., Spitzer, W., Rainville, B., Cusson, J., Lewis, M. and Heinemann, L. (2000) Recurrent use of newer oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. *Hum Reprod.* 15(4): 817 - 821.
- Suwikrom, S. and Jaisamrarn, U. (2005) Comparison of the metabolic effects of oral contraceptive and nonhormonal contraceptive use in women over 40 years old. *Contraception.* 71(3): 183-7.
- Tanis, B., Ven den Bosch, M., Kemmeren, J., Cats, V., Helmerhorst, F., Algra, A., Van der Graaf, Y. and Rosendaal, F. (2001) Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med.* 345(25): 1787-93.
- van Grootheest, K. and Vrieling, T. (2003) Drug points: Thromboembolism associated with the new contraceptive Yasmin. *BMJ.* 326(7383): 257.

- Vandenbroucke, J., Rosing, J., Bloemenkamp, K., Middeldorp, S., Helmerhost, F., Bouma, B. and Rosendal, F. (2001) Medical Progress: Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *N Engl J Med.* 344 (20): 1527-1535.
- Visser, J., Snel, M. and Van Vliet, H. (2006) Hormonal versus non-hormonal contraceptives in women with diabetes mellitus type 1 and 2. *Cochrane Database Syst Rev.* 18(4): CD003990.

ANEXOS

ANEXO N° 1**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fecha Local

I. Datos de la usuaria

Edad N°Hijos

Estado civil

Soltera	<input type="text"/>
Casada	<input type="text"/>
Separada	<input type="text"/>
Viuda	<input type="text"/>

Nivel de estudios

	completa	incompleta
Ens. Básica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ens. Media	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Universitario	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ocupación

Situación Laboral

II. Identificación de las conductas en el consumo

1. ¿La compra del anticonceptivo oral es con receta médica?

Sí No

2. Nombre del medicamento

3. ¿Es primera vez que usará este anticonceptivo oral?

Sí No

4. Indique en que etapa de su ciclo menstrual tomó o tomará la primera píldora al iniciar el tratamiento anticonceptivo oral.

5. ¿Cree Ud. que la efectividad de su anticonceptivo oral comienza desde el primer día de tratamiento?

Sí

No

Si su respuesta es NO ¿Desde cuándo?

6. ¿Cambió de anticonceptivo oral alguna vez?

Sí

No

a) Si su respuesta es Sí ¿Cuántas veces lo ha cambiado? _____

b) Si ha cambiado de anticonceptivo fue por:

Indicación médica

Iniciativa propia

Otro (indique)

c) ¿Cambiaría este método anticonceptivo por otro?

Sí

No

-Si su respuesta es Sí ¿por cuál? _____

7. ¿A través de quién o cómo se informó acerca del método anticonceptivo que está comprando?

Médico

Químico Farmacéutico

Vendedor de Farmacia

Obstetra

Internet

Familiar o amiga(o)

Otro (indique)

8. ¿Conoce Usted algún efecto no deseado que pueda producir su anticonceptivo oral?

Sí

No

¿Cuál o cuáles?

9. ¿Conoce qué medicamento(s) disminuyen la efectividad de su anticonceptivo oral?

Sí

No

¿Cuál o cuáles?

10. En caso de existir vómito, diarrea (**no producida por el anticonceptivo**) luego de haber tomado la píldora ¿toma alguna precaución especial o continúa el tratamiento anticonceptivo de forma normal?

11. Explique qué medidas tomaría en los siguientes casos:

Olvido de una píldora y se acuerda antes de pasadas 12 horas:

Olvido de una píldora y se acuerda pasadas 12 horas:

12. ¿Consumo cigarrillos?

No

uno a cinco cigarrillos al día

cinco a diez cigarrillos al día

Más de diez cigarrillos al día

13. ¿Conoce Usted que riesgos existen ante el consumo de cigarrillos y anticonceptivos?

Sí

No

¿Cuál o cuáles?

14. ¿Posee alguna de las siguientes enfermedades?

- Diabetes
- Hipertensión
- Depresión
- Cáncer de mamas
- Enfermedad hepática
- Infección urinaria recurrente
- Cefaleas recurrentes
- Epilepsia
- Ninguna

Otra (indique)

15. Si padece alguna de las enfermedades nombradas anteriormente ¿Cree usted que pueda existir algún riesgo asociado al consumo de anticonceptivos?

Sí No

¿Cuál o cuáles riesgos?

16. ¿Toma algún otro medicamento?

Sí No

-Si su respuesta es Sí ¿Cuál o cuáles? _____

17. ¿A quién recurre en caso de necesidad urgente de información sobre su anticonceptivo oral?

18. ¿Cada cuánto tiempo acude a control ginecológico u obstétrico?

ANEXO N°2

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS
CONSULTADOS MÁS FRECUENTEMENTE EN FARMACIA PRIVADA.

Anticonceptivos Orales Monofásicos con muy baja dosis de estrógeno (EE 0,020 o 0,015 mg)					
<i>Nombre comercial</i>	^a <i>Estrógeno (mg)</i>	^b <i>Progestágeno (mg)</i>	<i>Comprimidos por envase</i>	<i>N° usuarias</i>	^c <i>Porcentaje</i>
Anulette 20	EE 0,02	LG 0,100	21	2	0,5
Norvetal 20	EE 0,02	LG 0,100	21	8	2,1
Alesse	EE 0,02	LG 0,100	21 activos y 7 placebo	1	0,3
Ciclidon 20	EE 0,02	LG 0,150	21	13	3,4
Desoren 20	EE 0,02	LG 0,150	21	1	0,3
Marvelon 20	EE 0,02	LG 0,150	21	13	3,4
Ginostat 20	EE 0,02	LG 0,150	21	17	4,5
Miniestrel 20	EE 0,02	LG 0,150	21	2	0,5
Dal	EE 0,02 y 0,010	LG 0,150	21 activos, 2 placebo y 5 activos	9	2,4
Ciclomex 20	EE 0,02	GS 0,075	21	25	6,6
Feminol 20	EE 0,02	GS 0,075	21	28	7,3
Minigest 20	EE 0,02	GS 0,075	21	1	0,3
Harmonet	EE 0,02	GS 0,075	21	2	0,5
Microgen	EE 0,02	GS 0,075	21	2	0,5
Femelle 20	EE 0,02	DR 0,3	24 activos y 4 placebo	7	1,8
Carezza	EE 0,015	GS 0,060	24 activos y 4 placebo	1	0,3
Ciclomex 15	EE 0,015	GS 0,060	24 activos y 4 placebo	6	1,6
Mirelle	EE 0,015	GS 0,060	24 activos y 4 placebo	3	0,8
Minigest 15	EE 0,015	GS 0,060	24 activos y 4 placebo	1	0,3
Feminol 15	EE 0,015	GS 0,060	24 activos y 4 placebo	2	0,5

Anticonceptivos Orales Monofásicos con baja dosis de estrógeno (EE 0,035 o 0,030 mg)					
<i>Nombre comercial</i>	^a <i>Estrógeno (mg)</i>	^b <i>Progestágeno (mg)</i>	<i>Comprimidos por envase</i>	<i>N° usuarias</i>	^c <i>Porcentaje</i>
Anovulatorios MD	EE 0,030	LG 0,150	21	3	0,8
Anulette	EE 0,030	LG 0,150	21	14	3,7
Anulette CD	EE 0,030	LG 0,150	21 activos y 7 placebo	48	12,6
Inova CD	EE 0,030	LG 0,150	21 activos y 7 placebo	3	0,8
Microgynon CD	EE 0,030	LG 0,150	21 activos y 7 placebo	16	4,2
Nordette	EE 0,030	LG 0,150	21	5	1,3
Ciclidon	EE 0,030	LG 0,150	21	5	1,3
Ginostat	EE 0,030	LG 0,150	21	4	1
Norvetal	EE 0,030	LG 0,150	21	1	0,3
Marvelon	EE 0,030	LG 0,150	21	5	1,3
Minigest	EE 0,030	GS 0,075	21	2	0,5
Ciclomex	EE 0,030	GS 0,075	21	15	3,9
Feminol	EE 0,030	GS 0,075	21	10	2,6
Ginera	EE 0,030	GS 0,075	21	1	0,3
Minulette	EE 0,030	GS 0,075	21	2	0,5
Yasmín	EE 0,030	DR 3,0	21	31	8,1
Femiplus CD	EE 0,030	DR 3,0	21 activos y 7 placebos	1	0,3
Femelle	EE 0,030	DR 3,0	21 activos y 7 placebos	12	3,1
Anuar	EE 0,035	CP 2,0	21	2	0,5
Lady Ten 35	EE 0,035	CP 2,0	21	6	1,6
Diane 35	EE 0,035	CP 2,0	21	2	0,5
Dixi 35	EE 0,035	CP 2,0	21	2	0,5
Evilin	EE 0,035	CP 2,0	21	6	1,6
Mactex	EE 0,035	NG 0,250	21	1	0,3

Anticonceptivos Orales Monofásicos con baja dosis de estrógeno (EE 0,035 o 0,030 mg) (cont.)					
Belara	EE 0,030	CM 2,0	21	1	0,3
Lovinda	EE 0,030	CM 2,0	21	2	0,5
Vexa CD	EE 0,030	DR 3,0	21	4	1
Miniestrel	EE 0,030	DG 0,150	21	1	0,3

Anticonceptivos Orales Monofásicos con alta dosis de estrógeno (0,050 o 0,075 mg)					
<i>Nombre comercial</i>	^a <i>Estrógeno (mg)</i>	^b <i>Progestágeno (mg)</i>	<i>Comprimidos por envase</i>	<i>N° usuarias</i>	^c <i>Porcentaje</i>
Anovulatorio LCH	MS 0,075	LN 2,5	21	11	2,9

Anticonceptivos Hormonales de Progestágeno Sólo					
<i>Nombre comercial</i>	^b <i>Progestágeno (mg)</i>	<i>Comprimidos por envase</i>	<i>N° usuarias</i>	^c <i>Porcentaje</i>	
Arlette 28	DG 0,075	28	2	0,5	
Nogesta	DG 0,075	28	4	1	
Cerazette	DG 0,075	28	3	0,8	
Normalac	LN 0,5	28	1	0,3	
Exluton	LN 0,5	28	1	0,3	
Microval	LG 0,03	35	1	0,3	

Anticonceptivos Orales Trifásicos					
Nombre comercial	^a Estrógeno (mg)	^b Progestágeno (mg)	Comprimidos por envase	Nºusuarias	^c Porcentaje
Triquilar	EE 0,030	LG 0,050	6 activos (café)	1	0,3
	EE 0,040	LG 0,075	5 activos (blancos)		
	EE 0,030	LG 0,125	10 activos (ocre)		
Modutrol	EE 0,030	LG 0,050	6 activos (celestes)	2	0,5
	EE 0,040	LG 0,075	5 activos (amarillos)		
	EE 0,030	LG 0,125	10 activos (morados)		
Trolit	EE 0,030	LG 0,050	6 activos (rosados)	4	1
	EE 0,040	LG 0,075	5 activos (blancos)		
	EE 0,030	LG 0,125	10 activos (amarillos)		
Triciclomex	EE 0,030	GS 0,050	6 activos (amarillos)	2	0,5
	EE 0,040	GS 0,070	5 activos (café)		
	EE 0,030	GS 0,100	10 activos (blancos)		

Abreviaturas:

^a Estrógenos: EE = Etil-estradiol, LN = Linestrenol.

^b Progestágenos: LG = Levonorgestrel, GS = Gestodeno, DR = Drospirenona, CP = Ciproterona, NG = Norgestimato, CM = Clormadinona, DG = Desogestrel, MS = Mestranol

^c Los valores de porcentaje se encuentran expresados como porcentaje del total de usuarias entrevistadas (n = 381)