

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

CARRERA DE FARMACIA

**EVALUACIÓN DEL ABORDAJE FARMACÉUTICO
RESPECTO A CONSULTAS REFERENTES A
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES EN EL
CANTÓN DE GOICOECHEA EN EL PERIODO DE MAYO DEL
2019**

ARIANA CALDERÓN PICADO

TUTORA DRA. MELISSA MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ

SAN JOSÉ, COSTA RICA,

MAYO, 2019

Índice de Abreviaturas

AH: Anticonceptivos Hormonales

AHO: Anticonceptivo Hormonal Oral

ACO: Anticonceptivo Oral

ACOC: Anticonceptivo Oral Combinado

MAFE: Manifestación de Atención Farmacéutica Especializada

CSS: Centro Sociosanitario

EE: Etinilestradiol

E₂: Estradiol

GnRH: Hormona Liberadora de Gonadotropinas

LH: Hormona Luteinizante

FSH: Hormona Folículo Estimulante

DIU: Dispositivo Intrauterino

LVN: Levonorgestrel

TEV: Tromboembolismo Venoso

IAM: Infarto Agudo al Miocardio

ACV: Accidente Cerebro Vascular

HTA: Hipertensión Arterial

CIN: Neoplasia Intraepitelial Cervical

AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito

EN-NET: Enantato de Noretisterona

NET-EN: Enantato de Noretindrona

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

DRSP: Drospirenona

IECA: Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina

AINE: Antiinflamatorios No Esteroideos

VE2: Valerato de Estradiol

DNG: Dienogest

OMS: Organización Mundial de la Salud

SEC-SEGO: Sociedad Española de Contracepción-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

PF: Planificación Familiar

AF: Atención Farmacéutica

Contenido

Índice de Abreviaturas	2
Resumen	14
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	16
Planteamiento del Problema	16
Hipótesis de la investigación	18
Objetivos.....	19
Objetivo general.	19
Objetivos específicos.	19
Justificación	20
Proyecciones	23
Antecedentes	24
Aspectos Históricos.	24
Antecedentes Internacionales.....	25
Antecedentes Nacionales.	27
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	30
Fisiología del aparato reproductor femenino.....	30
Introducción al ciclo menstrual.....	30
Reserva Ovárica.	31
Eje hormonal.	32
Fases del Ciclo Ovárico.....	34
Fase folicular (preovulatoria).....	34
Ovulación.....	35
Fase Lútea.	35

Concepción	36
Concepción Humana.	36
Concepción del óvulo.....	36
Mecanismo de Acción de AHO	37
Estrógeno	38
Progestinas	40
Anticonceptivos hormonales.....	43
Definición.	43
Anticonceptivos orales combinados.....	43
Anticonceptivos que traen solo progestágeno (minipíldora).....	46
Dispositivo Intrauterino Liberador de cobre.....	50
Parche anticonceptivo transdérmico.....	51
Anillo Vaginal.....	52
Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS).....	52
Inicio del uso de los AIPS.....	53
Mujeres con ciclos menstruales.	53
Mujeres con amenorrea y Puerperio (con lactancia materna).....	53
Puerperio (sin lactancia materna).....	53
Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso de AIPS.....	54
Anticoncepción natural.....	55
Método de barrera.	56
Anticoncepción quirúrgica voluntaria.	56
Actualización en anticonceptivos hormonales.....	57
ACOC con etinilestradiol y drospirenona.....	57
ACOC con valerato de estradiol y dienogest.....	58

Elección del método anticonceptivo	59
Método de inicio inmediato (quick start).....	60
Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos	61
Planificación familiar	61
Concepto de planificación Familiar.	61
Planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo.	63
Planificación familiar y fecundidad.	64
Planificación familiar en la atención postaborto.....	64
Tipos de Interacciones.....	65
Interacciones Principales	67
Efectos adversos de los anticonceptivos orales combinados.....	69
Efectos adversos de los ACO unidosis.....	70
Desventajas del uso de solo progestinas.....	70
Contraindicaciones	73
Patologías relacionadas	75
Efecto de riesgo cardiovascular.	75
Accidentes Arteriales.....	76
Tromboembolismo venoso (TEV).	76
Cáncer.....	78
Tabaquismo.....	80
Atención farmacéutica.....	80
Actividad de atención farmacéutica.	80
Atención farmacéutica.	80
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	82
Enfoque de investigación.....	82

Cuantitativo.....	82
Estudio descriptivo.....	82
Estudio Explicativo.	83
Geografía del cantón de Goicoechea.....	84
Población	85
Muestra	85
Criterios de inclusión y exclusión.....	91
CAPÍTULO IV: ANALÍISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN	92
Cuestionario.....	92
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	146
REFERENCIAS.....	149
ANEXOS.....	159
Encuesta.....	159

Figuras

Figura 1. Ciclo Menstrual.....	30
Figura 2. Hormonas que participan en el eje hormonal del ciclo menstrual.....	33
Figura 3. Estructuras de los principales estrógenos fisiológicos.....	38
Figura 4. Progestinas más usadas en anticoncepción, por medio de una adaptación de la clasificación de Schindler. Representación de la retroalimentación entre el ovario y el eje pituitario-hipotalámico.....	41
Figura 5. Presentaciones comerciales de anticonceptivos hormonales orales.....	45
Figura 6. Anticonceptivos hormonales solo de progestágeno.....	50
Figura 7. Exámenes o análisis que se realizan.....	54
Figura 8. Categoría de la OMS según elegibilidad del método anticonceptivo.....	60
Figura 9. Interacciones de ACO con antibióticos.....	68
Figura 10. Contraindicaciones de los ACO.....	73
Figura 11. Riesgo relativo e incidencia de TEV.....	77
Figura 12. Edades más frecuentes en usuarias que utilizan anticonceptivos en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	93
Figura 13. Anticonceptivos que con mayor frecuencia adquieren las pacientes en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	95
Figura 14. Aspectos por considerar cuando se realiza un abordaje inicial acerca de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	97
Figura 15. Conocimiento que posee el farmacéutico a la hora de realizar las preguntas para recomendar un ACO.....	99
Figura 16. Situaciones por las que se vende un ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	100
Figura 17. Patologías que se evita combinarlas con el uso de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	103
Figura 18. Conocimiento del farmacéutico para recomendarles a las pacientes que no utilicen ACO si presentan ciertas patologías.....	106
Figura 19. Recomendaciones dadas por los farmacéuticos a las pacientes que usan ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	107

Figura 20. Fallas terapéuticas que ocurren por ineffectividad en el tratamiento de los ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	109
Figura 21. Consecuencias del mal consumo de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	112
Figura 22. Conocimiento del regente de farmacia en cuanto a consecuencias de consumir mal los ACO.....	114
Figura 23. Fármacos que pueden disminuir la concentración plasmática de los ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.	115
Figura 24. Conocimiento que posee el farmacéutico con respecto a que fármacos pueden disminuir la concentración plasmática de los ACO.	118
Figura 25. Pacientes en las que el farmacéutico considera que no se deben utilizar ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.	119
Figura 26. Efectos secundarios que pueden presentar las pacientes debido al consumo de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	122
Figura 27. Conocimiento que posee el profesional de salud en cuanto al tema de efectos secundarios a causa de la toma de ACO.....	124
Figura 28. Indicaciones para el uso de ACO, bajo receta médica en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.	126
Figura 29. Beneficios que se generan mediante la utilización de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	129
Figura 30. Conocimiento de los farmacéuticos acerca de los beneficios que se generan por la utilización de los ACO.....	132
Figura 31. Recomendación del farmacéutico cuando una paciente solicita información de cómo cambiar de un ACO a otro en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	134
Figura 32. Conocimiento del profesional de salud en Farmacia en relación de cuál es la manera correcta de cambiar de Belara® a Obbiat®.....	136
Figura 33. Conocimiento que les ofrece el farmacéutico a las pacientes que consumen ACO acerca que cómo actuar si ocurre un olvido de una dosis en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	138
Figura 34. Conocimiento del regente farmacéutico con respecto a qué acción tomar si ocurre un olvido del ACO por parte de las usuarias.	140

Figura 35. Recomendación por parte del regente farmacéutico acerca de cómo consumir los ACO por primera vez en pacientes femeninas en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.	142
Figura 36. Conocimiento del comienzo de la toma de Norgyl® o Norgylen® en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.	143
Figura 37. Conocimiento del farmacéutico en cuanto a qué día exactamente se deben tomar Norgyl® o Norgylen®.	145

Tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	83
Tabla 2. Fuentes de información.....	85
Tabla 3. Edades más frecuentes en usuarias que utilizan anticonceptivos en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	92
Tabla 4. Anticonceptivos que con mayor frecuencia adquieren las pacientes en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	94
Tabla 5. Aspectos por considerar cuando se realiza un abordaje inicial acerca de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	97
Tabla 6. Conocimiento que posee el farmacéutico a la hora de realizar las preguntas para recomendar un ACO.....	98
Tabla 7. Situaciones por las que se vende un ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	100
Tabla 8. Patologías en las cuales no se deben administrar ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	102
Tabla 9. Conocimiento del farmacéutico para recomendarles a las pacientes que no utilicen ACO si presentan ciertas patologías.....	105
Tabla 10. Recomendaciones dadas por los farmacéuticos a las pacientes que usan ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	107
Tabla 11. Fallas terapéuticas que ocurren por ineffectividad en el tratamiento de los ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	109
Tabla 12. Consecuencias del mal consumo de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	111
Tabla 13. Conocimiento del regente de farmacia en cuanto a consecuencias de consumir mal los ACO.....	114
Tabla 14. Fármacos que pueden disminuir la concentración plasmática de los ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	115
Tabla 15. Conocimiento que posee el farmacéutico con respecto a qué fármacos pueden disminuir la concentración plasmática de los ACO.....	118
Tabla 16. Pacientes en las que el farmacéutico considera que no se deben utilizar ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	119

Tabla 17. Efectos secundarios que pueden presentar las pacientes debido al consumo de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	121
Tabla 18. Conocimiento que posee el profesional de salud en cuanto al tema de efectos secundarios a causa de la toma de ACO.....	124
Tabla 19. Indicaciones para el uso de ACO, bajo receta médica en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.	125
Tabla 20. Beneficios que se generan mediante la utilización de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	128
Tabla 21. Conocimiento de los farmacéuticos acerca de los beneficios que se generan por la utilización de los ACO.....	131
Tabla 22. Recomendación del farmacéutico cuando una paciente solicita información de cómo cambiar de un ACO a otro en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	133
Tabla 23. Conocimiento del profesional de salud en Farmacia en relación de cuál es la manera correcta de cambiar de Belara® a Obbiat®.....	136
Tabla 24. Conocimiento que les ofrece el farmacéutico a las pacientes que consumen ACO acerca que cómo actuar si ocurre un olvido de una dosis en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	137
Tabla 25. Conocimiento del regente farmacéutico con respecto a qué acción tomar si ocurre un olvido del ACO por parte de las usuarias.	139
Tabla 26. Recomendación por parte del regente farmacéutico acerca de cómo consumir los ACO por primera vez en pacientes femeninas en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.	141
Tabla 27. Conocimiento del comienzo de la toma de Norgyl® o Norgylen® en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.....	143
Tabla 28. Conocimiento del farmacéutico en cuanto a qué día exactamente se deben tomar Norgyl® o Norgylen®.....	144

Doy infinitas gracias a Dios por haberme permitido concluir mis estudios y por siempre demostrarme que Él me sostenía de su mano poderosa, y como muestra me regala esta oportunidad de triunfar y poder cumplir poco a poco mis sueños.

Y mi más agradecimiento es a mis padres, que han sido mi apoyo incondicional, y gracias a ellos estoy donde estoy y soy lo que soy, porque siempre me han demostrado que con esfuerzo y dedicación se puede llegar lejos, por lo que este logro también les corresponde a ellos.

Resumen

El presente tema de investigación consiste en la evaluación del abordaje farmacéutico respecto a consultas referentes a anticonceptivos hormonales orales en el cantón de Goicoechea, en el periodo de mayo 2019.

El objetivo principal de esta investigación es evaluar el abordaje farmacéutico acerca del uso de anticonceptivos hormonales en la zona de Goicoechea, con el fin de concientizar acerca de sus posibles reacciones adversas e interacciones por medio de encuestas. Los objetivos específicos consistieron en determinar el grado de conocimiento que posee el farmacéutico con relación con el uso de los anticonceptivos hormonales orales en la zona de Goicoechea; delimitar la forma cómo las pacientes adquieren sus anticonceptivos hormonales orales en las farmacias de Goicoechea; analizar los beneficios del desarrollo de un abordaje farmacéutico acerca de los anticonceptivos hormonales orales. Esta investigación fue realizada mediante artículos científicos, libros, revistas y una encuesta.

Dentro de los criterios de inclusión y exclusión, fueron incluidos aquellos artículos que brindaran información acerca de Atención Farmacéutica en el área de ACO, abordajes farmacológicos, reacciones adversas, interacciones, al uso correcto de ACO en el periodo del 2019. Se excluyeron artículos que hablaban de atención farmacéutica, pero en otras áreas farmacéuticas, así como también los que se publicaron con una antigüedad mayor a 12 años, y algunos artículos en inglés que no eran relevantes.

Entre las principales conclusiones, se encuentran que el grado de conocimiento bueno que poseen los farmacéuticos, en relación con el uso de los Anticonceptivos Hormonales Orales, es del 22.2%; el regular del 33.3% y el inadecuado del 44.4%; se demostró que los farmacéuticos lamentablemente se encuentran poco actualizados en el tema de medicamentos, causas y posibles beneficios de los contraceptivos; que la manera correcta en adquirir anticonceptivos hormonales orales es bajo receta médica, ya que eso garantiza que la usuaria obtenga el contraceptivo más eficiente para su organismo, pero, en lugar de eso, lo obtienen por recomendación farmacéutica, lo cual no está mal, pero no es lo más eficaz; además que la educación sanitaria, que adquieren los pacientes, es imprescindible para prevenir complicaciones futuras y mejorar su calidad de vida.

Las principales recomendaciones son: estimular a los profesionales de salud a mantenerse informados acerca de los medicamentos y esforzarse para que la calidad de vida del paciente sea

lo mejor posible; motivar tanto el área de salud pública como privada a realizar investigaciones acerca de los beneficios de los contraceptivos; promover los abordajes farmacéuticos en los centros de salud, para obtener un crecimiento del entendimiento de los pacientes y, por último, se le recomienda, al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica promover charlas acerca del uso, contraindicaciones, interacciones, beneficios y todo lo que abarca el tema de los medicamentos anticonceptivos, para que el farmacéutico esté actualizado.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que todas las funciones propuestas por la Atención Farmacéutica (AF) recaen en los farmacéuticos de oficina de farmacia; sin embargo, es una necesidad que la figura del profesional de Farmacia tenga la capacidad de identificar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM); por lo tanto, el farmacéutico debe apoyarse en la formación clínica, con el fin de emitir un criterio científico con base en las manifestaciones clínicas descritas por los pacientes. (Saldaña, 2006, p. 02).

Con respecto a un estudio de atención farmacéutica en el uso de anticonceptivos (ACO), demostró, por medio de encuestas, que algunas pacientes estaban enteradas de que podían presentarse pérdidas intermenstruales. En este estudio, las usuarias sabían el momento más efectivo del medicamento versus las que lo desconocían. Además, se visualizó una problemática, donde se conocía que los ACO tenían interacciones con otros medicamentos, alimentos, antibióticos y con vitamina C. (Bertrán y García, 2016, p. 05).

A partir de lo antes expuesto, es necesario saber que en ocasiones se deben utilizar simultáneamente ACO con otros medicamentos o alimentos, propiciando el inicio de interacciones farmacológicas, donde el resultado de esta consecuencia afecta la acción del fármaco y, en el caso de los ACO, si se cambiara la eficacia anticonceptiva, se presentaría el riesgo de embarazo no deseado, tomando en cuenta que los medicamentos que interaccionan con mayor frecuencia son los que tienen un estrecho margen terapéutico. (García 2008, p. 37).

Por otra parte, cabe destacar que existe una cantidad considerable de pacientes que presentan desconocimiento con respecto al uso de anticonceptivos orales; ante esta realidad, las usuarias consultan en su mayoría al médico; debido a esta condición, el farmacólogo posee un papel poco destacado, según los datos obtenidos, por lo que es necesario que el farmacéutico comunitario esté apto para entablar un diálogo fluido con el paciente, para aumentar el número de consultas durante la dispensación del medicamento, que garantice la seguridad y eficiencia del tratamiento (Bertrán y García, 2016, p. 06).

Por otra parte, el Ministerio de Salud de Costa Rica declara la venta de anticonceptivos hormonales (ACO) bajo receta médica; esto lo explicó la Directora General de la Salud, Ileana Herrera. Por lo tanto, ningún fármaco debe ser despachado sin que lo prescriba el médico, a menos que se trate de fármacos de venta sin receta médica solo en farmacias, o bien medicamentos declarados de libre venta, que se venden en establecimientos comerciales y en farmacias, esto debido a que el uso sin supervisión médica podría perjudicar la salud de las usuarias, presentando reacciones adversas. Sin embargo, se encuentra una problemática a nivel nacional: la población solicita pastillas anticonceptivas en la farmacia, ya sea por recomendación de alguien o un médico anterior, y son despachadas sin mediar una receta médica de por medio. (Novo, 2013, párr. 03).

La situación en Costa Rica, en relación con los anticonceptivos hormonales, se ejemplifica como si fueran de venta sin receta médica, y las pacientes los consumen sin tener el entendimiento de que este tipo de hormona puede ocasionar riesgos, como coágulos o embolia. Por parte de la presidenta de la Asociación de Obstetricia y Ginecología, Can Lin Badilla, señala que la mejor manera es que se solicite la receta médica, siendo extendida por varios meses, e indicando el tiempo en la que la usuaria debe tomar el anticonceptivo hormonal, ya que expresa que resulta ilógico que las mujeres asistan todos los meses al ginecólogo por una receta. (Novo, 2013, párr. 12).

Al mismo tiempo, Flory Morera (2013), expresa lo siguiente:

Si uno va a exigir un control al Ministerio de Salud, como con los psicotrópicos, en este momento el riesgo no es tan alto, como para ponerlo al nivel de la calidad de otros medicamentos que tienen efectos secundarios muy altos. (párr. 15).

Se puede reflejar, en las palabras de Doña Flory Morera, que ella no le da relevancia al asunto de solicitarle al Ministerio de Salud un control estricto, porque según ella existen otros medicamentos con efectos secundarios más importantes versus el criterio de los expertos, donde piden que la población se informe de los efectos secundarios que producen los ACO, y que no son de menor relevancia, debido a que pueden producir la muerte, como cualquier otro medicamento que no se use de la manera correcta. (Novo, 2013, párr. 16).

La problemática, con respecto a los ACO, es que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, sobre todo en mujeres mayores de 35 años, con algunos factores de riesgos, tales

como: el fumado, problemas circulatorios por herencia y el sedentarismo, que, según la OMS, Costa Rica se encuentra en la sexta nación más sedentaria, donde el 54,3% corresponde a las mujeres y el 37,7% a los hombres, y surge la polémica al presumir que la sustancia drospirenona, que se encuentra en ACO, como Divinatt, Dalhia, Mia, Primabela, Susy, Yasmin, Yaz, Drospera, Emma, Mia 20, Susy 20 y Ast podrían ocasionar las reacciones adversas anteriormente mencionadas. (Novo, 2013, párr. 16).

Ante lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la importancia de realizar un abordaje farmacéutico acerca del uso de los anticonceptivos hormonales (AH)?

Hipótesis de la investigación

La importancia de un buen abordaje farmacéutico en anticonceptivos hormonales orales es que se logra fomentar el conocimiento para evitar el uso irracional de estos medicamentos.

Objetivos

Objetivo general.

Evaluar el abordaje farmacéutico acerca del uso de anticonceptivos hormonales en la zona de Goicoechea, con el fin de concientizar acerca de sus posibles reacciones adversas e interacciones.

Objetivos específicos.

- Determinar el grado de conocimiento que posee el farmacéutico en relación con el uso de los anticonceptivos hormonales orales en la zona de Goicoechea.
- Evidenciar la forma como las pacientes adquieren sus anticonceptivos hormonales orales en las farmacias de Goicoechea.
- Analizar los beneficios del desarrollo de un abordaje farmacéutico acerca de los anticonceptivos hormonales orales.

Justificación

En esta investigación se pretende proporcionar información relevante sobre el tratamiento de ACO, la importancia que posee el farmacéutico en la comunidad, la posología, los servicios brindados por causa del abordaje farmacéutico, beneficios económicos, la aceptación que ha tenido la atención farmacéutica por parte de la ciudadanía, especialmente para el buen manejo de los anticonceptivos hormonales orales, y prevenir las posibles interacciones y reacciones adversas. Además de esto, se desea tanto por parte de la población como de los profesionales de la salud, (Farmacéuticos), que se concientice el uso de los ACO y tener como primera opción asistir al médico, representando una disminución de las interacciones, reacciones adversas y posibles muertes.

Es sabido que el papel que desempeñan los farmacéuticos es conveniente para llevar a cabo la resolución ante las dudas de los pacientes con sus tratamientos, mejorando, así, la escasa asesoría que posee cada ciudadano, y con ello aportar el uso razonable del fármaco. Debido a que la salud femenina ha sido una preocupación mundial durante varias décadas, es necesario que en las farmacias brinden avisos acerca de fármacos como los ACO; además, lo que es la posología, utilización o el tiempo que tarda el tratamiento, interacciones, entre otros; es así como se refleja la importancia de un buen abordaje farmacéutico, como se demuestra en la jornada “El valor del farmacéutico comunitario y del medicamento en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”, con el apoyo de los especialistas farmacéuticos, y el aval del Ministerio de Sanidad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (Tovar, 2013, párr. 02-05-06).

El presidente de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), señaló que el farmacéutico comunitario tiene mucho que ofrecer, ya que adquirió el conocimiento y cercanía con los pacientes para progresar en el cumplimiento terapéutico, y adicionó para qué sirve el desempeño farmacéutico: “sin el farmacéutico no se puede hacer un abordaje integral de los pacientes, especialmente los crónicos, ni mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud”. Desde una visión industrial farmacéutica, de igual forma se pretende impulsar el papel del farmacéutico en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, deduciendo que las farmacias posibilitan una correlación directa y de confianza entre los pacientes y los profesionales, dejando en evidencia que se comportan como un elemento indispensable en la mejora de la atención a los usuarios y entendimiento sobre sus tratamientos. (Tovar 2013, párr. 08-09-10).

Existe una trascendencia para la sociedad en cuanto al seguimiento farmacoterapéutico (SFT), y la elaboración de sistemas personalizados de dosificación (SPD) realizados en España, los cuales son instrumentos que se utilizan para prevenir y aumentar la seguridad del usuario. Hoy en día, ha surgido la necesidad de propagar este tipo de servicio a los pacientes, que puedan estar en una situación de soledad, o problemas en movilizarse, y a través de la atención farmacéutica domiciliaria (AFD) se mostró una mejoría relevante. Se ha demostrado que, con una atención farmacéutica eficaz, la hospitalización que presentaban los pacientes disminuyó en un 88%, derivada del cumplimiento de los tratamientos, entendiéndose, así, que se refleja un beneficio claro en cuanto a la detección de interacciones. (Gutiérrez & Gómez, 2018, párr. 01-02-03-04-05).

Al mismo tiempo, la atención farmacéutica fue definida como un suministro responsable del tratamiento farmacológico, con el fin de que el paciente sea el que obtenga beneficios relacionados con una mejor calidad de vida. Dentro de un rango, aumentó el costo sanitario, en particular el de los fármacos, pero se incluyó un proceso de monitorización farmacoterapéutica de los usuarios dentro de un proyecto de atención farmacéutica, apto para originar un decrecimiento de los costos asistenciales. La monitorización trata sobre la práctica profesional por la que el farmacéutico se hace responsable de las necesidades del paciente por medio del descubrimiento, prevención, y solución a problemas relacionados a los fármacos, de una manera constante y documentada. (Rodríguez et al., 2011, párr. 01-03-04).

Por otra parte, se registra la resolución de problemas reales con la intervención farmacéutica, tanto en documentos descriptivos como en datos económicos y de eficiencia, revelando que la intervención posee una aceptación del 57,59%, tomando en cuenta el impacto clínico, donde se evidencia que mejora la efectividad del régimen en un 16,83%, y los problemas prácticos de toxicidad y la eficacia, destacando que con una intervención de calidad y en un tiempo prudente se evitaría el agravamiento con respecto a la salud del paciente, y se reflejaría un ahorro notable. (Rodríguez et. al., 2011, párr. 12-19).

Seguidamente, el registro de intervenciones se considera beneficioso para la detección de asuntos que sean de prioridad, y la valoración se considera una herramienta para determinar costo/efectividad del medicamento. Asimismo, la intervención produjo ventajas en el costo y eficacia de la atención farmacéutica, reflejando información que se desconocía por medio de los resultados obtenidos, evidenciando que la inclusión del farmacéutico en los distintos servicios

clínicos promueve la creación de equipos de profesionales de la salud, que ayudan al rendimiento del paciente. (Rodríguez et al., 2011, párr. 19-20).

Ciertamente, en ocasiones se habla de la importancia de seguir las indicaciones por parte del médico, para conseguir los mejores resultados en cuanto al tratamiento, pero, para ello se debe ofrecer una correcta asesoría, que debe tomar en cuenta el paciente a la hora de consumir un fármaco y, así, lograr evitar algún vacío de conocimiento. En definitiva, la información y el seguimiento, por parte del farmacéutico, de la medicación farmacológica a través de la Atención Farmacéutica, es indispensable, donde el Consejo de Europa o la OMS desea potencializar el papel del farmacéutico en el seguimiento y control de los tratamientos, en coordinación con los médicos. (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2017, párr. 01-04).

Proyecciones

- Se pretende concientizar en los farmacéuticos acerca de un abordaje correcto para el uso de los anticonceptivos hormonales orales.
- De igual manera, crear conciencia en los profesionales de salud farmacéutica sobre la confusión que presentan acerca del uso de los anticonceptivos hormonales orales.
- Se desea fomentar el conocimiento acerca del abordaje farmacéutico desde la atención farmacéutica para las pacientes que hacen uso de anticonceptivos hormonales orales.
- Se desea obtener una guía de actuación profesional acerca del uso correcto de anticonceptivos hormonales orales.

Antecedentes

Aspectos Históricos.

En los últimos años ha surgido un concepto nuevo, llamado Atención Farmacéutica (AF). Para algunos, es la experiencia de oficina de farmacia; para otros, es el método por el cual se ahorran gastos, disminuyendo las consecuencias no deseadas de los fármacos. La AF es un concepto que surgió hace 27 años atrás aproximadamente; un servicio siempre ejecutado por un farmacéutico responsable de oficina de farmacia, tomando en cuenta que, con la aparición del internet y las nuevas formas de transmisión y estudios de datos, le brindaron contingencia impensable, dejando unas causas objetivas. (Cordobés, 2002, párr. 02).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), escribió un documento donde se describían las responsabilidades del farmacéutico conforme a las necesidades del paciente y de la sociedad. Para este organismo internacional, las obligaciones de la AF al paciente incorporan identificación, evaluación y valoración de los problemas vinculados con los medicamentos (PRM), de manifestaciones dichas por los pacientes y las dolencias relacionadas; además, se decide si se realiza la acción del farmacéutico junto con la colaboración de otros profesionales de la salud, tal como comenzar o modificar medicamentos, consejo, poner en claro la meta de consumir un tratamiento y cautela del seguimiento terapéutico. (Saldaña, 2006, p. 01).

Desde el siglo II d.C., el tema de concepción ya existía en las sociedades primitivas, y las prácticas anticonceptivas tales como el coito interrumpido; también estaba aumentar el periodo de lactancia, matrimonio tardío. Se cree que el precepto más antiguo en el tema anticonceptivo se encontraba en el texto chino datado el 2700 a.C.; cabe destacar que consistía en un aborto. Así también, en la Grecia clásica fue delicado el tema de la natalidad; ya en la época romana se ejecutó un trabajo acerca de la anticoncepción, que continúa vigente hasta el siglo XIX. Las prácticas anticonceptivas se extendieron a Europa por medio del islam, donde su ley religiosa en aquella etapa no juzgaba el control de la natalidad ni el aborto, siempre y cuando fuera antes de los 4 meses de embarazo. (Acuña & García, 2019, párr. 04).

Los hábitos anticonceptivos comunes eran innumerables, por lo que la Iglesia entró en el terreno de la anticoncepción, tomando el rumbo de que los médicos lo prescribían en casos definidos. Por último, en 1956, García & Rock revelaron el producto de sus trabajos que canalizaron la venta, en 1960, de la píldora anticonceptiva, la estrategia más destacada del siglo

XX, donde se favoreció la liberación de procreación y sexualidad para la mujer. (Acuña & García 2019, párr. 10).

Antecedentes Internacionales.

Según García & Lobato, en el 2012, ejecutaron un trabajo de investigación en España, acerca de “Dispensación de anticonceptivos hormonales”, donde explican que los anticonceptivos hormonales (AH) se emplean para evitar un embarazo no deseado. Se les aplicó un estudio observacional y descriptivo, con ayuda de un interrogatorio, a las usuarias de AH, que asistían a la farmacia comunitaria, dando como resultado que las consumidoras más jóvenes hacían uso de AH de menor carga estrogénica, y presentaban efectos adversos como cefaleas, aumento de peso, cambios de humor, manchados irregulares. Por la aparición de quistes, endometriosis, modificaciones en el periodo, las pacientes cambiaban de AH; la causa más notable era el tabaco, infecciones genitourinarias y dificultades circulatorias, deduciendo que el farmacéutico juega un papel importante en la dispensación de AH. (párr. 03).

Otro estudio, realizado en Uruguay por Vásquez (2014), en su publicación titulada “Experiencia Uruguaya en Atención Farmacéutica activa en la comunidad”, se elaboró una actividad acerca del uso razonable de fármacos por medio de la inclusión de alumnos en la agrupación de salud. Con el fin de determinar el grado de conocimiento de la población, se instaló una tienda de Atención Farmacéutica (AF), por tres días, y se involucraron médicos y químicos farmacéuticos, quienes brindaron charlas sobre distintos temas de salud; además, se notó la participación de los estudiantes de AF, mediante entrevistas, y la ejecución de un folleto informativo y fichas farmacoterapéuticas. Se obtuvo que sesenta personas tomaban más de 4 especialidades farmacéuticas, mostrando que la ciudadanía es una consumidora potente de medicamentos, con la necesidad de una educación sanitaria responsable, concluyendo que la actividad obtuvo aprobación por parte de la población. (párr. 01-15-18).

Por otra parte, Ospina (2015), con su publicación llamada “Propuesta para la creación de un programa de atención farmacéutica en anticoncepción oral en adolescentes”, en Colombia, pretendió diseñar un programa de AF en ACO orales en mujeres adolescentes, por medio de inducciones, capacitaciones a las adolescentes acerca de temas como sexualidad, métodos anticonceptivos, tanto sus beneficios como sus problemáticas, el depósito más beneficioso para los fármacos, tomando en cuenta los factores socio-culturales, obteniendo como resultado una

adherencia al anticonceptivo oral del 26% sabiendo que el 60% de las pacientes no están incorporadas a un programa de AF; asimismo, hay un 34% de pacientes que no se adhiere al programa; por ende, existe abandono del método, concluyendo la realización de una enseñanza de educación sexual y reproductiva. (pp. 15-39-40-54-57).

Según Álvarez & Aguila (2015), realizaron en Perú una publicación llamada “Atención farmacéutica, ecofarmacovigilancia y su aporte en la creación de ciudades sostenibles”, donde aportan que su objetivo fue probar el aporte de los farmacéuticos en el pasar de los años, y buscaron fijar una propuesta de quehaceres farmacéuticos, para lo cual utilizaron un proyecto explicativo cualitativo, en el cual reunieron información científica, y se obtuvo que para que una ciudad sea sostenible, la actividad el farmacéutico debe ser asistencial, ofreciendo un buen servicio por medio de la consulta farmacéutica, la que permite conseguir resultados clínicos humanísticos y económicos, razonando que los profesionales de la salud tienen el deber de extender una investigación, para elaborar e implementar beneficios por parte del farmacéutico hacia la población. (párr. 01-02-03-04).

Así mismo, Crespo & Alcalde (2016), en su publicación titulada “Implantación de un Modelo de Atención Farmacéutica Especializada en centros sociosanitarios”, explican que el programa ejecutado en España se ha puesto en marcha en dos centros sociosanitarios (CSS), mediante la existencia farmacéutica empleada en otras comunidades, las sugerencias publicadas por sociedades científicas acerca de la AF especializada (MAFE), en un total de 180 personas, fundamentado en la creación de un depósito de fármacos en CSS, donde ocurre una incorporación del farmacéutico en el equipo interdisciplinar, impulsando el uso adecuado del medicamento, concluyendo que este modelo se reforzó para obtener la estructura sanitaria utilizable en los CSS, ampliando la calidad y utilización de asistencia al paciente. (párr. 01-02-03-04-42-43).

Al mismo tiempo, en España, Acuña & Rubio (2016) realizaron una publicación titulada “Diseño e implantación de un servicio profesional farmacéutico en anticoncepción hormonal para farmacia comunitaria autores”, donde se quiso determinar el grado de conocimiento y adherencia que existía, por parte del paciente que asiste a la farmacia comunitaria; además, instruirse acerca del impacto de la participación del farmacéutico comunitario sobre el entendimiento y la ejecución terapéutico del usuario. Por el método de un estudio observacional y descriptivo con intervención, alcanzando como resultado que solo el 14,84% atesoraba el conocimiento apto sobre el tratamiento

anticonceptivo, y un 28,1% cumplía con exactitud la dosis del medicamento, concluyendo que por medio de la intervención farmacéutica mejoró el conocimiento, y que las usuarias cumplieran con el medicamento. (párr. 01-02-03-05).

Por otra parte, Dupotey et al. (2017), en su publicación “El enfoque holístico en la Atención Farmacéutica: Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia”, en la cual su objetivo era entender el enfoque holístico en la AF, por medio del servicio de Gestión Integral de la Farmacoterapia, expresando que el trabajo realizado fue desde un panorama teórico y metodológico por medio de un análisis crítico, y se hacía pública la necesidad de suministrar cuidados farmacéuticos integrales e integrados ante los requisitos de los pacientes, concluyendo que el procedimiento sanitario implemente el ejercicio de la Atención Farmacéutica, como una entidad sistémica que abarque el ámbito regulatorio, formación académica; además, la participación social. Todo esto se realizó en México. (pp. 29-30-36-38).

Por otro lado, se realizó en Perú un estudio de “Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del 4° y 5° grado de educación secundaria básica regular de la I. E”, publicada por Cusiquispe & Pultay (2018). Su objetivo fue medir el grado de conocimiento y uso de métodos ACO; para ello se indagó, de manera descriptiva y transversal, un diseño no experimental en una muestra de 132 alumnos. Entre los resultados el nivel de conocimiento era medio, acerca de métodos ACO (68,2%), y en el uso el 71,2% mencionó que no los utilizaban, debido a que el de mayor uso era el condón (18,94%), concluyendo que se pueden presentar embarazos no deseados a causa de la carencia de conocimientos y uso de métodos anticonceptivos. (pp. 01-05-20-28-31-35).

Antecedentes Nacionales.

Según Alpízar (2009), en su publicación llamada “Evaluación del conocimiento existente sobre el uso de anticonceptivos hormonales en las pacientes que recurren a ellos en la farmacia Zamora, ubicada en Aserri, con el objetivo de implementar una guía que le facilite su labor educativa al farmacéutico”, su objetivo era evaluar el conocimiento con respecto a las reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones del tratamiento de ACO; es de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, obteniendo que la edad idónea de los jóvenes para empezar las relaciones sexuales completas no se pueden notar, debido a que dependen de circunstancias personales, pero sí se puede determinar el comienzo del uso de los métodos anticonceptivos para evitar posibles

embarazos, entre otras situaciones, concluyendo que el 4.4% de las usuarias encuestadas poseen inquietudes sobre ACO, y que un 55.5% de las pacientes acudieron al ginecólogo antes de ir a la farmacia. (pp. 09-76-91-181-183).

Al mismo tiempo, González (2012), en su publicación “Estrategias didácticas que favorezcan a los y las adolescentes en los procesos de enseñanza y aprendizaje del tema: métodos anticonceptivos, del programa de biología de décimo año de la educación diversificada”, pretendía construir estrategias didácticas que les dieran beneficios a los adolescentes en lo que es enseñanza y aprendizaje del uso de ACO, mediante un enfoque cualitativo y revisiones bibliográficas, obteniendo un gran interés por parte de los estudiantes, ya que el tema genera gran curiosidad, especialmente en la adolescencia. Se concluyó en que se evidenció que el docente no explicó el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, y reflejó que las estrategias didácticas son poco innovadoras, y el estudiante presenta poco interés, dejando claro que es importante que exista motivación para el aprendizaje. (pp. 18-68-69-73-101).

Para terminar, Bonilla & Chaves (2013), en su trabajo de graduación titulado “Conocimientos, prácticas y actitudes respecto a la tecnología anticonceptiva de los y las estudiantes que cursan el décimo año del Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer y del Liceo Vicente Lachner Sandoval en los meses febrero a julio del 2012”, como objetivo deseaban determinar los conocimientos, prácticas y actitudes sobre la tecnología anticonceptiva en los estudiantes, mediante un enfoque cualitativo, descriptivo, con ayuda de un cuestionario, obteniendo que el grupo en estudio no contó con la preparación necesaria ni el entendimiento de tomar decisiones correctas sobre la salud reproductiva, finalizando con que el grupo en estudio utilizaba el método anticonceptivo con el fin de evitar un embarazo, demostrando que el método que sabían utilizar era el condón masculino. (pp. 32-89-128-170).

Por otro lado, Velásquez, en su tesis de graduación titulada “Análisis del rol del regente farmacéutico en la dispensación y educación respecto al uso de métodos anticonceptivos orales e inyectables en la farmacia comunitaria” (2014), explicó que su objetivo era estudiar el rol del farmacéutico en la dispensación y educación respecto al uso de métodos ACO. Esto se hizo por medio de entrevistas en forma directa, a la persona de interés, y son de tipo descriptiva; los resultados de las preguntas expuestas son que el número de consultas por ACO es de 3-5 veces por semana, siendo muy regulares en todas las farmacias privadas, y las pacientes que consultan son

muy jóvenes: van de los 15-25, entre otras, concluyendo que el farmacéutico tiene una relación de cercanía con las mujeres y, además, tiene la responsabilidad de atender las necesidades de los pacientes, y prestar su servicio para promover un mejor desarrollo sanitario. (pp. 01-15-24-25-26-27-60).

Según Aguilar (2018), en su proyecto de graduación llamado “Diseño de un servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico basado en el método Dáder para su aplicación en el programa de Atención Farmacéutica de un hospital privado de Costa Rica”, tenía como objetivo diseñar procedimientos estándar de seguimiento farmacoterapéutico para homogenizar el servicio, por medio de la aplicación de instrumentos y enfoque cuantitativo, midiendo el grado de conocimiento, y se otorgó una calificación del 1-100 a cada etapa del método Dáder que se valoró. El resultado fue que ninguna de las etapas consiguió una calificación deseable, que sería provechosa una propuesta de indicadores que evalúan las distintas etapas de prestación de este; así también se incorporó un cuestionario, con el fin de conocer la percepción de los pacientes, respecto al nuevo servicio brindado. (pp. 5-13-42-64).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Fisiología del aparato reproductor femenino

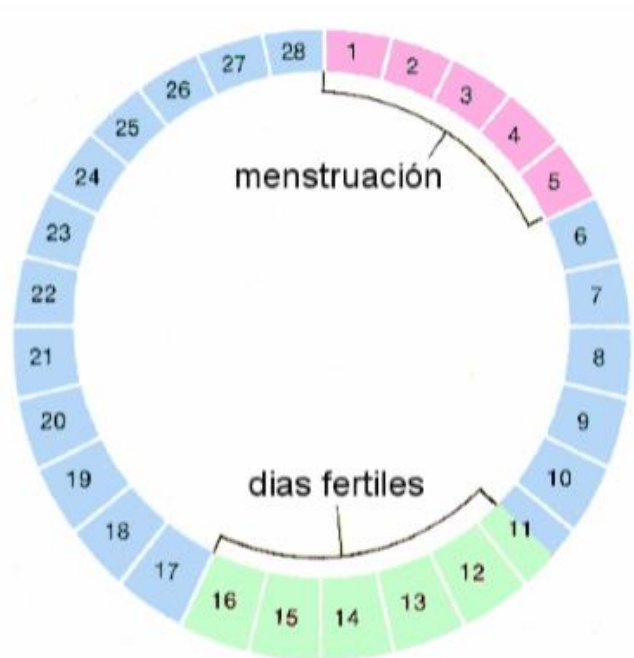
Introducción al ciclo menstrual.

El período, en términos generales, es una rareza propia del sexo femenino, que radica en la expulsión mensual del recubrimiento del útero, debido a la descamación del endometrio, a lo largo de la vida reproductora de una mujer. La pérdida sangrienta se designa período o flujo menstrual. Su trabajo es acondicionar el organismo para obtener un embarazo exitosamente, preparar el cuerpo para la reproducción. El primer día de la menstruación se denomina el día 1 del ciclo menstrual; el tiempo medio de la menstruación es de 5 (± 2) días; sin embargo, la media de la duración del ciclo menstrual se caracteriza por ser de 28 días. (García, Martínez, Pintor, Caelles & Ibañez, 2013, pp. 7-8).

Solo del 10 al 15% de los períodos normales tienen exactamente 28 días de duración; el rango normal para un ciclo ovulatorio es de entre 25 y 36 días, donde la variación máxima de los intervalos íntermenstruales suceden generalmente en los años que siguen a la menarquia y en los que se anticipan a la menopausia, cuando son más comunes los ciclos anovulatorios. La pérdida de sangre va de unos 130ml por ciclo aproximadamente, posee un rango de 13-300ml, siendo el segundo día el más abundante en el ciclo menstrual. (García, Martínez, Pintor, Caelles & Ibañez, 2013, pp. 7-8).

Figura 1. Ciclo Menstrual

Ciclo menstrual



ciclo menstrual de 28 días

Nota: Alpízar (2009 p. 20).

Al avanzar en el razonamiento, se puede observar, en la figura, que el tiempo medio del ciclo es de veintiocho días; no obstante, este puede ser más largo o corto. Comienza al desencadenarse la eliminación de sangre y el tejido del endometrio a través de la vagina, proceso distinguido como menstruación, cuya duración promedio es de cinco días (los días color rosa), aunque esta duración cambia de mujer a mujer. Los días fértiles son los días en que la mujer está predispuesta a embarazarse, y estos son los días de color verde. (Alpízar, 2009, p. 20).

Reserva Ovárica.

Se describe como el talento que pueden tener los ovarios para procrearse, ya que la mujer está en una autodestrucción de los ovarios de manera insistente; cuando se encuentran *in útero* en el vientre de la madre, a la semana 20 de formación, se disponen aproximadamente 6 millones de células germinales, pero ya al instante de nacer se merma a 1-2 millones; por otro lado, cuando se ubican en la pubertad solamente, van a llegar a 300 mil, y en la edad reproductiva (de los 10 a los 50 años) solo se contará con 400 óvulos. (Barrantes, 2016, p. 01).

La corteza ovárica comprende abundantes folículos fundamentales, pero la cantidad de espermatozoides en el fluido seminal es muchísimo mayor; el conteo habitual de espermatozoides sería de 20 millones, incluso 200 millones de espermatozoides, los cuales se producen cada día. Estos folículos van soportando autólisis, aunado a que en cada ciclo van a progresar, desenvolverse y finalmente realizar la ovulación, mientras que otros van a sufrir de atresia. Cuando una mujer va a ovular, el procedimiento se va a iniciar con 1000 folículos, de los cuales solo uno es el vencedor y los otros 999 se atrofian. (Barrantes, 2016, p. 01).

La pérdida apresurada de folículos se da aproximadamente a partir de los 37 años, cuando quedan alrededor de 25000, y la menopausia se mostrará 13 años después, cuando la cantidad se acorta a mil; sin embargo, de 2 a 8 años precedentes a la menopausia ya habrán iniciado los ciclos anovulatorios (a partir de los 42 años). Si una mujer tiene un periodo de 4 meses sin menstruar, cuando regrese el flujo va a ser bastante, debido al acumulo que hubo, lo cual va a persuadir a una hiperplasia de endometrio, que podría transformarse en una atipia seguido de un cáncer. Por lo anterior, es aconsejable tener ciclos regulares y que no pasen más de 2 meses sin menstruar; si esto ocurre, es fundamental iniciar con progesterona, para que esté recambiando. (Barrantes, 2016, p. 01).

Después de los 40 años, es difícil que las mujeres queden embarazadas, por motivo de esa pérdida progresiva de los folículos ováricos, que ocasiona que cada vez haya menos óvulos maduros disponibles, y la materia prima, que, al principio, en las edades más tempranas, era abundante, ya en edades más avanzadas se vuelve más limitada, y la que queda podría estar dañada; por eso los embarazos después de los 40 años poseen más riesgo de padecer enfermedades genéticas. Por ejemplo, la incidencia del Síndrome de Down a los 30 años es de 1 por cada 700 embarazos, a los 40 años 1 de cada 100 y a los 44 años 1 de cada 25 embarazos. (Barrantes, 2016, p. 01).

Eje hormonal.

GnRH.

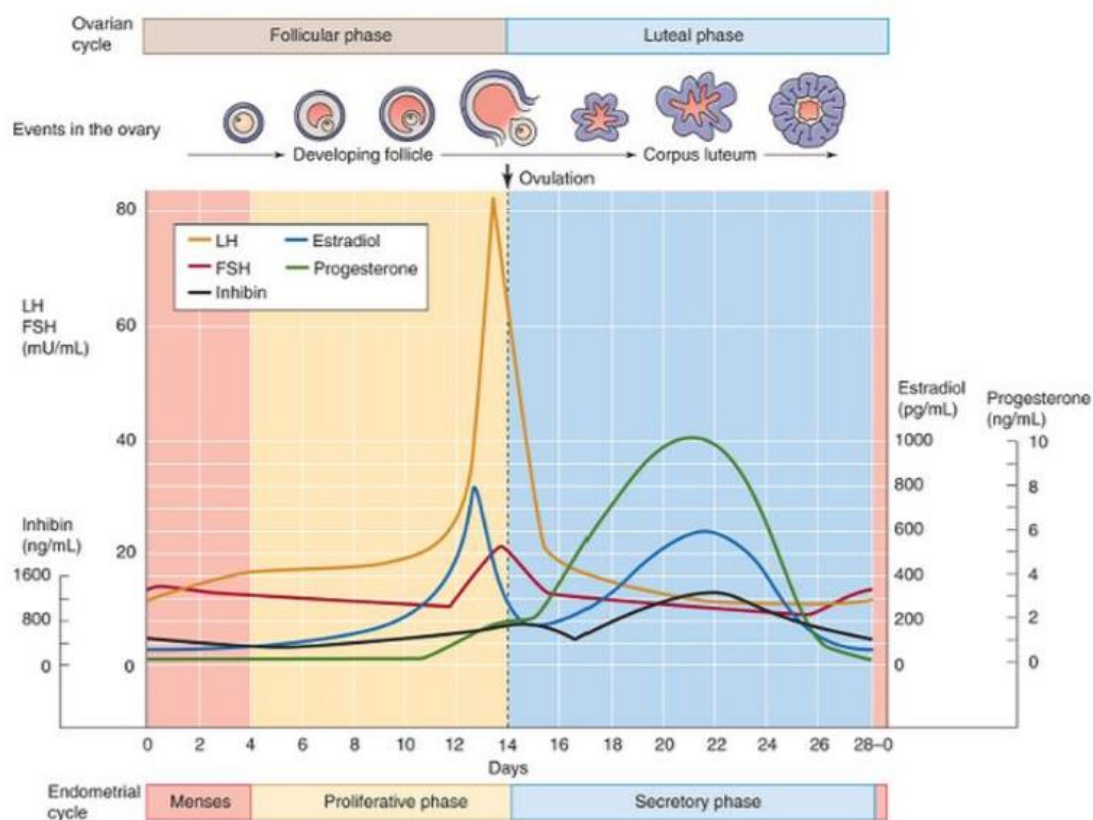
La hormona liberadora de gonadotropinas se encuentra simplificada por el núcleo Arcuato del hipotálamo, y se libera de manera pulsátil a la prominencia media, donde pasa a la circulación portal. Tiene una vida media corta de 4 min; además, responde positiva o negativamente a algunas hormonas. La norepinefrina induce su liberación, mientras que la dopamina, serotonina y

endorfinas la inhiben; una vez en la hipófisis, es la encargada de fabricar las hormonas gonadotropinas FSH y LH, lo que determina que una hormona dé origen a FSH o a LH; es por la pulsatilidad y qué tan amplio sean los cursos, se da una secreción consistente de GnRH, las células basófilas tienden a una mayor secreción de LH, mientras que si se da una exudación corta e intermitente, la célula analiza que debe producir FSH. La pulsatilidad se puede dar de 3 maneras: cada 30 días, cada 24 horas (predominio nocturno) o cada hora. (Barrantes, 2016, p. 02).

LH Y FSH.

Son dos glicoproteínas conformadas cada una por 2 cadenas alfa y 2 cadenas beta, al mismo tiempo que otras 2 hormonas que se parecen a estas: la TSH y la hCG. La subunidad alfa es la misma para esas 4 hormonas, mientras que la beta es la que les otorga especificidad. Por ejemplo, para saber si una persona está embarazada, lo que se le solicita es la sub-beta de la hCG. Se segregan de modo coordinado, para beneficiar el crecimiento folicular, la ovulación y la manutención del cuerpo lúteo. (Barrantes, 2016, p. 02).

Figura 2. Hormonas que participan en el eje hormonal del ciclo menstrual



Nota: Barrantes (2016, p. 02).

Pico de LH.

La ovulación se va a obtener alrededor de 9 a 12 horas luego del pico, y de 32-34 horas ulterior al inicio del rendimiento de LH. Este pico origina un desarrollo del AMPc intrafolicular, con lo que instiga a la continuación de la meiosis; es decir, la reanudación del ciclo donde se encontraba detenido, ya sea en diploteno de la profase I o en la metafase II; por otra parte, favorece que se dé la luteinización de las células de la granulosa, con lo cual se crea el cuerpo lúteo, cuyas células secretan progesterona, y así producen una retroalimentación negativa al eje, para mermar la exudación de LH. Finalmente, el AMPc propaga un aumento de enzimas proteolíticas, que digieren la pared folicular, lo que auxilia la separación de la periferia del ovario, para que pueda liberarse el óvulo. (Barrantes, 2016, p. 04).

Para recapitular, al principio del ciclo se va a producir un pico de FSH, para incorporar y elegir el folículo dominante; después, cuando ya se reclutó, se empiezan a fabricar estrógenos y, enseguida que esto sucede, comienzan a bajar los niveles de FSH, para que no aumente el reclutamiento folicular, y sigue secretando estradiol, hasta que alcanza a los 200 pg/mL, generando el up regulation, y eso dirige a un incremento en la secreción de GnRH, para obtener el pico de LH. El sistema no es perfecto, lo cual motiva que se genere un segundo pico de estradiol, ya que el pico de LH ocasiona que, a nivel del cuerpo lúteo, se produzca un poco de estradiol y mucho más de progesterona; cuando los niveles de estradiol tienden a bajar, los niveles de progesterona empiezan a subir, lo cual llega a un pico máximo en el día 21, hasta que se da una sucesión de lisis del cuerpo lúteo. (Barrantes, 2016, p. 04).

Fases del Ciclo Ovárico

Fase folicular (preovulatoria).

En el momento que empieza la ovulación en la adolescencia, prosigue con el ciclo hasta la fertilización; las células de la granulomatosa son capaces de producir estrógenos, andrógenos y progesterona, donde las células tecas internas contienen receptores, especialmente para hormona luteinizante (LH). Además, responde a estímulo para sintetizar andrógenos, y la presencia de la hormona folículo estimulante (FSH) estimula el crecimiento de folículos y sustancias para la formación del antro. Entre el día 5 y el 7 del ciclo, los niveles de estradiol empiezan a aumentar, donde empieza la selección de un óvulo, que va a ir ganándole a los demás, debido al líquido, que

presenta una gran cantidad de estrógenos, lo que permite subsistir. A pesar de que los niveles de FSH sean bajos, gracias a la acción de la FSH, se manifiestan más receptores de LH en las células de la granulosa, como disposición para la ovulación. (Barrantes, 2016, pp. 02-03).

Ovulación.

La glándula preovulatoria impulsa su propio estímulo ovulatorio a través de la obtención de estradiol; el pico de exudación de LH inicia en la meiosis, donde estimula la luteinización de las células foliculares y la producción de prostaglandinas, que son fundamentales para la ruptura folicular, en la cual hay las alteraciones elásticas de la pared folicular de cierta manera; esto explica el rápido aumento del volumen del líquido folicular, que tiene lugar inminentemente antes de la rotura del folículo. Las prostaglandinas E y F incrementan el líquido folicular de manera considerable antes de la ovulación, y llega a tener concentraciones altas, cuando está cerca al momento de la rotura folicular; cuando se genera el pico de secreción de LH, la concentración de estradiol disminuye; también la expansión del antro folicular accede a que el ovocito y las células foliculares que lo rodean se trasladen de manera libre, justo antes de ocurrir la fractura folicular (Pellicer & Eduardo, 2014, p. 36).

Fase Lútea.

En los primeros tres días posteriores a la rotura folicular, y a la expulsión del ovocito, las células foliculares crecen de tamaño y obtienen un aspecto vacuolizado, que se les nombra cuerpo lúteo; al octavo o noveno día, luego de la ovulación, la vascularización del cuerpo lúteo consigue su nivel más alto, relacionado con las concentraciones máximas de progesterona y estradiol. La función normal del cuerpo lúteo necesita un desarrollo folicular previo a la rotura; la cantidad elevada de progesterona, seguida al pico de secreción de LH, suprime un nuevo crecimiento folicular. En un ciclo normal, el tiempo que pasa desde este pico hasta la menstruación es cercano a los 14 días; la degradación del cuerpo lúteo no se puede evitar a menos que se origine el embarazo; con la gestación la funcionalidad del cuerpo amarillo la realiza la gonadotropina coriónica, hasta la semana 9 o 10, hasta que se establezca la esteroidogénesis placentaria. (Pellicer & Eduardo, 2014, p. 38).

Concepción

Concepción Humana.

La fecundación es un proceso complejo e importante en el desarrollo humano. La interacción empieza con la adhesión del espermatozoide a la zona pelúcida, y este hecho es mediado por la proteína SED-1. Durante la eyaculación, el varón contribuye con unos pocos centímetros cúbicos de semen, que abarcan cientos de millones de espermatozoides; cuando el esperma es colocado en el interior de la vagina de la mujer, solo una de esas células podrá lograr fecundar el óvulo. La razón de que se libere esa cantidad tan grande de espermatozoides reside en la alta mortalidad de ellos, en el trascurso de su viaje, a través del aparato reproductor femenino. (Gutiérrez, R.& Gutiérrez, M., 2018, párr. 1).

Concepción del óvulo.

Dentro de las células germinales masculinas se encuentran los espermatozoides asignados a la movilidad; su trabajo es desplazarse dentro del aparato reproductor femenino, con el propósito de alcanzar al óvulo y unirse con él para dar lugar al cigoto, que se figura por una cabeza y una cola; la cola es un flagelo envuelto por la membrana citoplasmática, que le brinda movimiento por medio de vibraciones. La cabeza contiene un núcleo con los cromosomas; además, su cubierta (el acrosoma) tiene la figura de un caperuzón, con la habilidad para perforar la membrana del óvulo, introducir en él los cromosomas y fecundarlo. (García, P., Martínez, F., Pintor, A., Caelles, N. & Ibañez, J., 2013, p. 14).

Los espermatozoides se trasladan a través del cérvix uterino y las trompas de Falopio; esto derivado de la vibración de sus colas; en el coito este proceso es favorecido por las contracciones musculares, que se derivan de la estimulación sexual, siendo captados más fácilmente hacia el interior del útero. Antes de encontrarse en condiciones para fecundar, los espermatozoides deben habitar durante un período mínimo en el tracto genital femenino, proceso llamado capacitación, denominado como una evolución química en la membrana de la cabeza del espermatozoide, cuya finalidad es ayudar a la entrada de uno solo de esos espermatozoides, a través de la membrana del óvulo (fecundación). (García, P. et al., 2013, p. 14)

Una vez que logró estar en el interior, debe evitar que otro espermatozoide lo alcance; la membrana se convierte en una barrera de fertilización muy gruesa, sucediendo, así, que solo el esperma que ha roto la barrera logre finalmente alcanzar el núcleo del óvulo, impidiendo el acceso

a los demás. Cuando se encuentran juntos los dos núcleos, ocurre lo que se conoce como la formación del cigoto, adquiriendo una dotación cromosómica diploide; es decir, recibe los caracteres hereditarios que provienen tanto del padre como de la madre, desplazándose por la trompa hasta su implantación definitiva en el útero. El espermatozoide puede sobrevivir en el aparato reproductor femenino unos 3 días, pero fecunda el óvulo luego de las 24 horas; esto significa que el tiempo eficiente para la fecundación es muy corto. (García, P. et al., 2013, p. 14).

Mecanismo de Acción de AHO

La labor principal de los anticonceptivos hormonales (AHO) es imposibilitar la ovulación, destacando la acción conjunta sobre la función hipotálamo-hipofisiaria, la ovárica y la tubo-endometrio-vaginal. Sin embargo, el nivel o la magnitud con que cada una de las funciones resulta varían con cada preparado o modo de administración. El efecto contraceptivo de los anticonceptivos hormonales combinados se debe al efecto destacado bloqueante, ejecutado sobre la producción hipotalámica de la hormona liberadora de gonadotropina (Gn-Rh), que puede ser pasajera y revierte al detener el tratamiento. (García, P. et al., 2013, p. 17).

En la fisiología del ciclo menstrual, en el inicio se encuentran elevadas las concentraciones de la hormona folículo estimulante (FSH), mientras que la de etinilestradiol y progestágenos se encuentran bajas. A pesar de eso, las dosis exógenas de etinilestradiol al principio del ciclo menstrual desarrollan una fuerte inhibición en la producción de FSH, evitando la diferenciación y maduración del folículo dominante. La administración de ambas sustancias anteriormente mencionadas, en la primera fase del ciclo, inhibe el pico de estrógenos, que tiene lugar a la mitad del ciclo, por lo que el impulso para que se desencadene el pico de la hormona Luteinizante (LH), que desencadena la ovulación, desaparece y, al ser impedida la ovulación, no se fabrica el cuerpo lúteo, ni se secreta progesterona en la segunda mitad del ciclo. (García, P. et al., 2013, p. 18).

Si bien es cierto el efecto anovulatorio primordial se debe a la progestina y el control del ciclo se debe al estrógeno, se necesita un sinergismo, ya que con ninguno de los dos por separado se obtendría el efecto anticonceptivo y control del ciclo a las dosis utilizadas. Existen métodos hormonales de solo progestinas con una elevada eficacia, pero posee una dificultad, que es carecer del estrógeno, siendo su efecto adverso más común el de las irregularidades del ciclo, que pueden ir desde un manchado o sangrado permanente, hasta amenorreas prolongadas, inclusive después de suspender el medicamento. En resumen, el mecanismo de acción de los AOC se debe a la

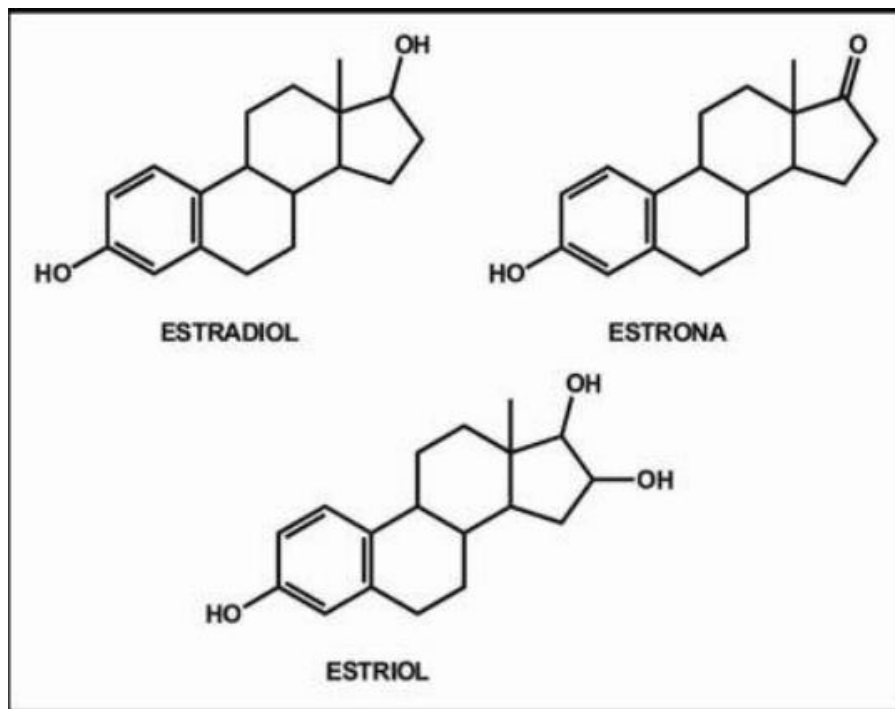
eliminación de la ovulación, reducción del transporte de los espermatozoides en el aparato genital superior, modificación del endometrio para disminuir la posibilidad de implantación, el moco cervical se espesa, para dificultar la penetración y el ascenso de los espermatozoides. (Vásquez, Palacios, De Melo, Gómez & Loret, 2014, p. 03).

Estrógeno

Los estrógenos son hormonas esteroides, lo que ocasiona que puedan atravesar la membrana celular, y por esto actúan por medio de receptores intracelulares (RE), y se consideran factores de transcripción activados por unión a ligando. Antes del descubrimiento del estrógeno β se definía como tal, por su capacidad de estimular la proliferación celular en el útero, donde los receptores son α . Se ha extendido el panorama en relación con las actividades de los estrógenos, por lo que actualmente resulta apropiado clasificar como estrógeno a todas las moléculas que tengan acción agonista sobre cualquier de los RE, ya sea α o β . (Locia et al., 2013, p. 03).

En las mujeres existen tres tipos de estrógenos, dentro de los cuales están el estradiol (E_2), estrona y estriol, de los que el más abundante es el E_2 , siendo su principal fuente el ovario, pero su fuente principal es el tejido periférico; por otra parte, el estriol se produce en el hígado; los estrógenos, además, se producen en una menor cantidad en glándulas adrenales y tejido adiposo. Por el efecto que poseen sobre las funciones reproductivas en la mujer, los estrógenos se consideran hormonas feminizantes, ya que actúan en cambios de depósitos de grasa corporal, desarrollo y crecimiento mamario, estimulación de la proliferación celular del útero, maduración de los ovarios. Los estrógenos son necesarios para el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y de la masa ósea; de ahí los problemas de osteoporosis que se presentan luego de la menopausia. (Locia et al., 2013, pp. 03-04).

Figura 3. Estructuras de los principales estrógenos fisiológicos



Nota: Locia et al. (2013, p. 04).

El estradiol (E2) es el estrógeno natural más fuerte, y el primordial fabricado por el ovario. Cuando se añade un grupo etinilo en la posición 17, se consigue el etinilestradiol (EE), un estrógeno oral muy potente, y la sustancia estrogénica de la mayoría de los AOC disponibles en el comercio. Desde los 150 mcg del mestranol utilizado en 1956, la dosis de estrógeno ha ido disminuyéndose en 50 mcg de EE en los años 70, 35 y 30 mcg en los años 80, 20 mcg en los años 90, e incluso, 15 mcg en los primeros años de esta década, pero esta última dosificación resulta ser muy baja, y el control del ciclo no es útil; por lo tanto, las dosis de 20 y 30 mcg de EE son las mejor aceptadas en el tiempo actual. (Gómez et al., 2014, p. 04).

Actualmente, se han incorporado AOC con 17betaestradiol y no con etinilestradiol; la teoría sería que, al ser natural, causaría menos eventos tromboembólicos, lo cual indica que sería más tolerado. Sin embargo, se demostró que la tolerancia ha sido realmente pobre con el 17betaestradiol, por un control deficiente del ciclo en relación con AOC con etinilestradiol; es posible que a futuro resulten datos más concluyentes en relación con el uso de 17betaestradiol en AOC. (Gómez et al., 2014, p. 04).

Progestinas

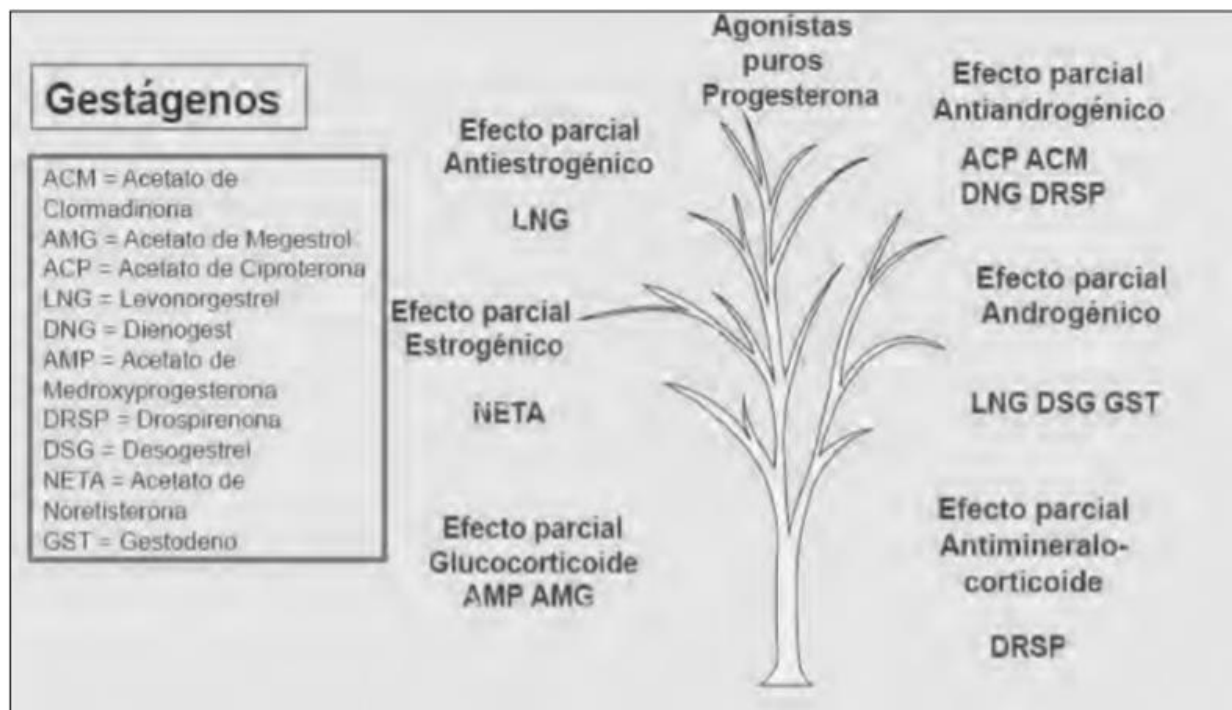
Se designa progestinas o gestágenos al grupo farmacológico de compuestos que reúnen una configuración química igual o similar a la hormona progesterona; otra definición, quizás más clara, dice que una progestina es una sustancia capaz de convertir un endometrio proliferativo en uno secretor. La progestina establece el elemento central de los AOC. En términos generales, son procedentes de la progesterona (estranos y gonanos), de la testosterona (pregnanos (ciproterona) y norpregnanos) y de la espirinolactona (drospirenona); el dienogest es un tipo de híbrido; si bien es un 19 nor-progestágeno, tiene un grupo cianometilo en sustitución del grupo etinilo en la posición 17 alfa. (Gómez et al., 2014, p. 04).

En algunas ocasiones las progestinas se organizan por generación; en la primera generación se clasifican (estrano): noretindrona, noretinodrel, acetato de noretindrona, diacetato de etinodiol; la segunda generación (gonano): levonorgestrel, noretisterona, norgestrel; la tercera generación (gonano): desogesrel, gestodeno, norgestimato y, por último, la cuarta generación: dienogest, drospirenona, nestorona, acetato de nomegestrol y trimegestona. (Gómez et al., 2014, p. 04).

En efecto, las progestinas más usadas en AOC se denominan levonorgestrel, que es una progestina de segunda generación, derivada de la testosterona, considerablemente utilizada en AOC; se caracteriza por ser la progestina contra la cual se comparan los distintos AOC. Por ser proveniente de la testosterona, no posee un efecto antiandrogénico, por lo que le faltan los beneficios en piel y cabello; no obstante, por su principio, es recomendada cuando existe un despiste de la libido. (Gómez et al., 2014, p. 04).

Del mismo modo, el acetato de ciproterona es un antiandrógeno con una acción progestacional intensa; conjunta con el EE inhiben la acción de la 5 alfa-reductasa (es la enzima que cambia la testosterona en dihidrotestosterona), y trabaja un efecto antigonadotrófico. Se acumula en el tejido adiposo, por lo que ejerce una consecuencia muy marcada de almacenamiento cuando se emplea en dosis altas. Se ha considerado un tratamiento de primera línea para el hirsutismo y el ovario androgénico, aunque ha sido la más implicada en dilemas trombóticos. (Gómez et al., 2014, p. 05).

Figura 4. Progestinas más usadas en anticoncepción, por medio de una adaptación de la clasificación de Schindler. Representación de la retroalimentación entre el ovario y el eje pituitario- hipotalámico



Nota: Gómez et al. (2014, p. 05).

La drospirenona es procedente de la espironolactona, y atesora una acción antagonista de la aldosterona con cualidades antimineralocorticoides; puede contrarrestar la contención de agua y sodio propia de los estrógenos, la cual implica un incremento del peso corporal. Tiene, además, efecto antigonadotrópico al inhibir la exudación androgénica ovárica y bloquear los receptores de andrógenos, durante el aumento la globulina transportadora de las hormonas sexuales (SHBG). Su acción antiandrogénica es un tercio menor que la de la ciproterona. Sostiene una intención benéfica acerca del perfil lipídico, ya que no modifica los niveles de triglicéridos ni de HDL, y disminuye el nivel de colesterol total y de LDL. (Gómez et al., 2014, p. 05).

El dienogest, por motivo de su estructura química expresada con anterioridad, no implica actividad androgénica sino, por el contrario, tiene actuación antiandrogénica, la cual es clínicamente importante, y del orden del 40% de la de la ciproterona. El dienogest ha evidenciado efectividad en el tratamiento de la endometriosis y la combinación de EE/dienogest en la

medicación del sangrado menstrual abundante, debido a su destacado efecto antiestrogénico. (Gómez et al., 2014, p. 05).

La clormadinona es una progestina derivada de la progesterona, con un efecto antiandrogénico, con una utilidad destacada en acné, seborrea e hirsutismo; ha mostrado una consecuencia benéfica en hipermenorrea y dismenorrea, y no ha presentado afectación de la libido. Por otro lado, el desogestrel y el gestodeno son progestinas de tercera generación, que tuvieron uso extenso al final de la década de los 90; luego fueron involucradas con efectos adversos tromboembólicos, principalmente en análisis europeos, por lo que su uso decreció. El nomegestrol pertenece a la progestina de cuarta generación, consumida en los últimos años en anticoncepción combinado con el estradiol y un muy buen resultado antigonadotrópico (Gómez et al., 2014, p. 06).

Pues si se desea determinar en cuál paciente usar cada progestina, se podría decir que, si la inclinación es el control del peso corporal, lo ideal es usar un AOC con drospirenona; si el interés es dominar los síntomas relacionados con la menstruación (dismenorrea, hipermenorrea, síndrome disfórico menstrual), lo mejor sería usar un AOC con dienogest; si, por el contrario, es buscar un efecto antiandrogénico pronunciado (hirsutismo, acné, seborrea, ovario poliquístico), lo primordial es usar ciproterona, o si fuera la búsqueda de actividad antiandrogénica con consecuencias positivas en piel, cabello y dismenorrea, lo preferible sería usar la clormadinona. Por supuesto, esto no establece una regla general; de una buena historia clínica y de una útil evaluación e individualización de cada caso, dependerá la selección del mejor AOC. (Gómez et al., 2014, p. 06).

Durante varios años han surgido dudas sobre el uso de AOC en su correlación con el cáncer; a su vez, existe una publicación que estudia múltiples estudios al respecto (Burkmanet, Am J Obstet Gynecol, 2004), habla acerca de que hay un crecimiento mínimo del riesgo relativo a 4 y a 8 años de la incidencia de cáncer de mama, y un decrecimiento del cáncer de ovario, endometrio y colorrectal, así como también de artritis reumatoide. En términos generales, la concordancia entre cáncer y adquisición de AOC es irrelevante. (Gómez et al., 2014, p. 06).

Asimismo, se considera registrar que la principal causa de abandono de los AOC es por sus efectos adversos; sin embargo, la mayoría de estos no son causados por la progestina, sino que son provocados por el estrógeno, donde se destacan como efectos secundarios las náuseas, los vómitos, la cefalea, las várices y la fotosensibilidad, entre otros. Una buena asesoría y la utilización de dosis

inferiores de estrógeno pueden calmar estos efectos adversos, ya que los AOC de dosis bajas tienen menos estrógeno que sus antecesores. (Gómez et al., 2014, p. 06).

El objetivo de la deducción de estrógenos es reducir el riesgo de efectos adversos y, a la vez, tener el conjunto del estrógeno y la progesterona para conservar la efectividad. Sin embargo, los nuevos métodos no han sido afiliados con un restablecimiento significativo en la prolongación o el cumplimiento de la medicación del anticonceptivo; en efecto, los AOC que contienen 20 µg de etinilestradiol presentan mayores tasas de interrupción, que se involucran con un sangrado más irregular. (Gómez et al., 2014, p. 06).

Dicho lo anterior, a partir de la década de los 80, se introdujo el criterio de que, al usar, a lo largo del ciclo menstrual, comprimidos con diferentes dosis de estrógenos y progestinas, podría mejorar el control del ciclo, y fue así como se proyectaron y salieron al mercado las nombradas tabletas bifásicas o trifásicas, en contraste con las habituales llamadas como monofásicas. Aún en la actualidad siguen distribuyéndose las bi o trifásicas, teniendo en cuenta que: la evidencia no ha demostrado que posean ventajas sobre las monofásicas. (Gómez et al., 2014, p. 06).

Anticonceptivos hormonales

Definición.

Método anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que imposibilita, o disminuye, significativamente, las probabilidades de una fecundación en mujeres fértiles, que continúan con relaciones sexuales de aspecto heterosexual. Los métodos anticonceptivos colaboran estratégicamente en la toma de decisiones acerca del poder de los nacimientos, cantidad de hijos que se ambicionan o no tener, y la prevención de embarazos no queridos y embarazos en adolescentes. (Almendre, 2015, p. 20).

Anticonceptivos orales combinados.

Contienen un par de hormonas similares a las hormonas naturales en el cuerpo de la mujer (un estrógeno y un progestágeno). Hay dos presentaciones, paquetes de 28 comprimidos y de 21; la manera de trabajar es impidiendo la ovulación (salida del óvulo de los ovarios), incrementando la viscosidad del moco cervical, obstaculizando el paso de los espermatozoides, en dirección a la cavidad uterina. Por medio de la Asociación Demográfica Costarricense, se demostró que el porcentaje de uso en Costa Rica era del 21,3%. (Asociación Demográfica Costarricense, 2010, p. 01).

Varios años atrás se han observado adelantos en el desarrollo de nuevos anticonceptivos orales combinados (ACOC), incorporando las transiciones de altas o bajas dosis de estrógenos y la introducción de nuevas progestinas. Recientemente han surgido en el mercado ACOC con estrógeno natural, estradiol; en cuanto a las progestinas, su uso es específico en el logro de efectos beneficiosos no contraceptivos, particularmente en piel, cabello, síntomas relacionados con el período menstrual, peso corporal, entre otros. Así mismo, se han comprobado avances en cuanto a la inducción de comprimidos de solo progestinas, inyectables de solo progestinas y combinados, implantes subdérmicos de progestinas y de amplio plazo, parches transdérmicos combinados, anillos vaginales y dispositivos intrauterinos que liberan levonorgestrel. (Gómez, Loret, Melo, Palacios & Vásquez, 2014, p. 01).

Con respecto al uso de ACOC, en países desarrollados, se localiza en porcentajes mayores al 50% en América Latina. Por otra parte, la anticoncepción se ha transformado en una necesidad y un derecho para las mujeres, y les compete a los equipos de salud hacerse cargo de estas situaciones con conocimientos técnicos actualizados, precisos y objetivos, para proporcionar entendimiento práctico en forma de guía y acompañar a la mujer en la toma de decisiones. (Gómez et al., 2014, pp. 01-02).

Seguidamente, en el momento actual, los anticonceptivos orales combinados (ACOC), seguidos de los analgésicos, son los fármacos que más se utilizan y que más se formulan a nivel mundial y en Latinoamérica; se puede decir que más del 50% de los ACOC son consumidos sin que exista de por medio una prescripción médica; es decir, son recomendados por personas que carecen del mantenimiento técnico para ello. Le incumbe al grupo médico advertir, asesorar y controlar el seguimiento a su uso, ya que establece el método reversible más eficaz, mejor tolerado, seguro y, además existen pruebas crecientes y abundantes, con respecto a las consecuencias positivas no contraceptivas. (Gómez et al., 2014, p. 03).

Al depender de la progestina usada, les otorgan a los ACOC un lugar predominante en el arsenal terapéutico, no solo para el ginecólogo y el médico general y familiar, sino también para otras especialidades. Es primordial asesorar e informar acerca del uso de anticonceptivos orales combinados, verificar que vaya de la mano con la evaluación médica y un seguimiento adecuado para escoger el mejor ACOC, debido a que existen diferencias relevantes entre ellos, que implican

un conocimiento de las progestinas que los forman, para ofrecer beneficios y evitar, en lo posible, efectos adversos. (Gómez et al., 2014, p. 03).

Dentro del papel que desempeña el estrógeno, se encuentra eludir el crecimiento de los folículos y la aparición del folículo dominante; además, suprimir la actividad de la hormona folículo estimulante (FSH); igualmente suprimir la actividad de la hormona luteinizante (LH); sin embargo, el objetivo más importante del estrógeno en los ACOC no es el contraceptivo, sino el de controlar el ciclo. Así mismo, el trabajo que le corresponde al progestágeno es ejercer el efecto anovulatorio preponderante, producir atresia por acción ovárica directa, inhibir el incremento folicular, modificar el moco cervical y el endometrio. (Gómez et al., 2014, p. 03).

Figura 5. Presentaciones comerciales de anticonceptivos hormonales orales

ESTRÓGENOS Y PROGESTÁGENO			
Vía	Tipo/dosis progestágeno	Nombre comercial	Presentación
	MONOFÁSICOS		
	Preparados con 50 mcg Etinilestradiol		
	Levonorgestrel 250 mcg	Neogynona Ovoplex	21 comp, 3x21 21 comp, 3x21
	Preparados con 35 mcg Etinilestradiol		
	Norgestimato 250 mcg	Edelsin	21 comp, 3x21
	Ciproterona 2 mg	Diane 35, Diane 35 diario* AcetatoCiproterona /EE* Diacare* Gyneplon*	21 comp, 28 comp 21 comp 21 comp 28 comp
	Preparados con 30 mcg Etinilestradiol		
	Levonorgestrel 150 mcg	Microgynon Ovoplex 30/150*	21 comp
	Desogestrel 150 mcg	Microdiol	21 comp
O	Gestodeno 75 mcg	Gynovin Minulet Tevalet	21 comp, 3x21 21 comp, 3x21 21 comp, 3x21
R	Drospirenona 3 mg	Tasmin, Yasmin diario	21 comp, 3x21, 28 comp, 3x28
	Clormadinona 2 mg	Belara Balianca	21 comp, 3x21 21 comp, 3x21
A	Dienogest 2 mg	Donabel	21 comp, 3x21
	Preparados con 20 mcg Etinilestradiol		
	Levonorgestrel 150 mcg	Loette, Loette diario	21 comp, 3x21, 28 comp, 3x28
L	Desogestrel 150 mcg	Suavuret Bemasive	21 comp, 3x21 21 comp, 3x21
	Gestodeno 75 mcg	Harmonet Meliane, Meliane diario Gestinyl Molteva	21 comp, 3x21 21 comp, 28 comp, 3x28 21 comp, 3x21 21 comp, 3x21
	Drospirenona 3 mg	Yasminelle, Yasminelle diario	21 comp, 3x21, 28 comp, 3x28
	Preparados con 15 mcg Etinilestradiol		
	Gestodeno 60 mcg	Meloden 15 Minesse	24 comp+4 comp placebo 24 comp+4 comp placebo, 3x24
	BIFÁSICO: EE 30/40 mcg		
	Desogestrel 25 mcg Desogestrel 125 mcg	Gracial	22 comp, 3x22
	TRIFÁSICOS: EE 30/40 mcg		
	Levonorgestrel 50,75,125 mcg	Triagynin Triciclor	21 comp 21 comp
	Gestodeno 50,70,100 mcg	Trigynovin Triminulet	21 comp, 3x21 21 comp, 3x21
	MULTIFÁSICO CON VALERATO DE ESTRADIOL 3,2,1 MG		
	Dienogest 2,3 mg	Qlaira	26 comp+2 comp placebo, 3x28

Nota: Tejeda (2011, p. 1).

Anticonceptivos que traen solo progestágeno (minipíldora).

Al mismo tiempo, para ser eficaces, los ACO solo de progestágeno deben ser ingeridos a la misma hora del día, todos los días; no incluyen comprimidos inactivos; además, los ACO solo de progestágeno facilitan una anticoncepción eficaz, primordialmente haciendo el moco cervical más espeso y obstaculizando que los espermatozoides pasen a través del canal cervical y la cavidad endometrial, para fecundar el óvulo. En algunos ciclos, estos anticonceptivos orales también omiten la ovulación, pero este efecto no es el mecanismo principal. (Sech & Silverstein, 2013, párr. 03).

Hay que mencionar que los efectos secundarios frecuentes incluyen sangrado irregular; también los anticonceptivos orales solo de progestágeno son prescritos la mayoría del tiempo cuando las mujeres quieren consumir anticonceptivos orales, pero el estrógeno está contraindicado. El índice de embarazos, con un excelente uso y popular de los anticonceptivos orales solo de progestágeno, es semejante a los de los anticonceptivos orales combinados. (Sech & Silverstein 2013, párr. 03).

La intención primordial de los contraceptivos con progestágeno solo es evitar los efectos secundarios metabólicos y clínicos de los estrógenos; son una alternativa en mujeres con alguna contraindicación para la toma de estrógenos, que muestran efectos secundarios, debido a la sustancia estrogénica de los ACOC, lactantes o la selección por el bienestar de un método de liberación a largo plazo. Debido a que no se origina un descenso hormonal, el patrón de sangrado puede ser discontinuo, sin ciclo reconocible o amenorrea, fundando una de las razones más usuales de devolución o abandono del método hormonal con progestágeno solo. (Tejeda, 2011, p. 05).

Píldora anticonceptiva con progestágeno solo (minipíldora).

La píldora contraceptiva comercializada en nuestro país (Cerazet) comprende 75 mcg de desogestrel, un gestágeno de tercera generación con insuficiente acción androgénica; la presentación es de un envase con 28 comprimidos, que se toman diariamente de manera continua, sin un periodo de reposo; la norma debe ser precisa a la hora de la toma; un intervalo importante de 36 h entre tomas incluye descenso en la eficacia y forzar a utilizar un método contraceptivo de barrera durante 7 días. Su mecanismo principal de acción es la inhibición de la ovulación; asimismo, produce espesamiento del moco cervical y adelgazamiento endometrial; su eficacia contraceptiva es semejante a la de ACOC. (Tejeda, 2011, p. 05).

Acerca de los factores de la coagulación, la consecuencia de la minipíldora es mínimo, en la tensión arterial, los niveles de lípidos y el metabolismo de hidratos de carbono. El impacto de la anticoncepción con progestágeno solo sobre el riesgo de TEV es controvertido: abundantes análisis epidemiológicos no han señalado un mayor riesgo de enfermedad arterial cerebral, infarto de miocardio o de TEV con la tableta de progestágeno solo. En una revisión se contempla un ligero aumento del riesgo de TEV en usuarias de minipíldora, pero son limitados. Se considera de manera prudente en mujeres con antecedentes o alto riesgo de enfermedad cardiovascular, TEV o hipertensión arterial, aunque en la ficha técnica se determina la contraindicación del tratamiento en

caso de trombosis activa, y que debe ser aplazado ante una inmovilización de larga duración. (Tejeda, 2011, p. 05).

En la lactancia, el comprimido de progestágeno no interfiere en la calidad de la leche, y la cantidad reducida de hormona que pasa a la leche no posee efectos adversos sobre el lactante, presentándose como desventaja principal, como en otras formas de anticoncepción con progestágenos solo, la aparición de sangrado discontinuo, que puede ser profuso, o amenorrea. Los periodos de sangrado son más frecuentes al comienzo del tratamiento, con una inclinación a disminuir en el tiempo; la suma final de sangrado es menor que el de mujeres que no consumen anticoncepción hormonal. Es imprescindible advertirles, de forma clara, a las usuarias, sobre estas irregularidades menstruales, para disminuir el abandono del método. (Tejeda, 2011, p. 05).

Implantes subdérmicos de progestágenos.

Implanon®.

Tiene una durabilidad de 3 años, formado por una sola varilla que contiene 68 mg de etonogestrel, gestágeno de tercera generación; al principio elimina de 60 a 70 mcg/día, disminuyendo de 45 a 35 mcg/día al final del primer año, de 30 a 40 mcg/ día al final del segundo año y de 25 a 35 mcg/día al final del tercer año. Se debe colocar por equipo especializado, introduciéndolo en la cara interna del brazo; como obstáculos posibles en cuanto a la inclusión se han descrito hematoma, dolor, irritación local y posible riesgo de infección. Se otorga seguridad tras las primeras 24 h postinserción, y una vez que se saca se restaura la fertilidad, habiéndose reconocido la ovulación dentro de las 3 primeras semanas en más del 90% de las pacientes. (Tejeda, 2011, p. 06).

Las alteraciones del ciclo menstrual son concurrentes, presentándose hasta en una 50% hemorragias irregulares o duraderas, y solo en el 20% de las pacientes amenorrea. El sangrado irregular es el primer principio, por lo que las usuarias detienen su uso, llegando hasta un 36%. Sin embargo, existe una estrategia para disminuir este problema, donde se debe administrar inicialmente minipíldora durante 3-6 meses, para que la mujer pueda evaluar el cambio en el patrón de sangrado, y dictaminar si lo acepta. (Tejeda 2011, p. 06).

Jadelle®.

Está constituida por dos varillas de 25mm de diámetro y 43 mm de longitud; disfruta de una duración de 5 años, y está financiada por el Sistema Nacional de Salud. Cada varilla está

conformada por 75 mg de LVN; se liberan 80 microgramos/día, disminuyendo la dosis paulatinamente a 50 mcg/día a los 9 meses; posterior a 23-30 mcg/día, posee una eficacia alta, con una tasa de gestación de 0.3 a los 3 años y de 1.1 a los 5 años. Se ha confirmado que la eficacia puede descender con el incremento de peso, por lo que a las mujeres de más de 60 kg se les recomienda innovar a los 4 años; su efecto secundario más común es el de los sangrados irregulares. (Tejeda, 2011, p. 06).

Mirena®.

Radica en un marco de polietileno en forma de T, con un cuello que contiene 52 mg de LVN, liberando de manera inmediata hacia la cavidad uterina 20 microgramos al día, en un periodo de 5 años. El mecanismo de acción principal se apoya en una representativa reducción de la proliferación endometrial; igualmente, de un espesamiento del moco cervical y una inhibición de la motilidad de los espermatozoides. En casi todos los casos, las usuarias presentan ciclos ovulatorios normales, ya que los niveles séricos de hormona son excesivamente bajos para la interrupción del trabajo ovárico. (Tejeda, 2011, p. 06).

Por el acto específico del progestágeno se reduce la dismenorrea y la hipermenorrea; es posible que logre disminuir el sangrado en un 90%; otro punto es que de un 20% al 50% de las pacientes presentan amenorrea dentro de los dos primeros años tras la introducción. También se reflejan beneficios no contraceptivos; hay mejoría de la dismenorrea y la menorragia idiopática; la probabilidad de embarazo en el primer año es del 0.1-0.2%; después de utilizarlo por siete años continuamente, la tasa de embarazo aglomerada es del 1,1%. En mujeres donde las hormonas sistémicas están contraindicadas, este tipo de contracepción intrauterina es una opción válida. (Tejeda, 2011, p. 06).

Hay que mencionar que disminuye el riesgo global de embarazo ectópico, en relación con las mujeres que no disponen de la anticoncepción; si por alguna circunstancia el embarazo se produce, su ubicación debe ser detectada lo antes posible, por motivo de que el riesgo de embarazo ectópico es considerable en portadoras de un dispositivo intrauterino. La reanudación a la fertilidad es apresurada, manifestándose la ovulación a las 2 semanas de la extracción; en mujeres menores de 30 años, el 89% alcanzó el embarazo en el primer año, tras evacuar el dispositivo, y sus principales razones, para retirarlo anticipadamente, son el sangrado excesivo e irregular, que suele ocurrir en los primeros 6 meses, infecciones y dolor. (Tejeda, 2011, p. 06).

Figura 6. Anticonceptivos hormonales solo de progestágeno

PROGESTÁGENOS SÓLO			
ORAL	Desogestrel 75 mcg	Cerazet*	28,3x28
	Levonorgestrel 1500 mcg	Postinor	1 comp
		Norlevo	1 comp
IM	Medroxiprogesterona 150 mcg	Depo-Progevera*	1 vial
SUBDÉRMICA	Etonogestrel 68 mg	Implanon**	1 implante
	Levonorgestrel 75 mg	Jadelle*	2 implantes
INTRAÚTERO	Levonorgestrel 52 mg 20 mcg/día	Mirena**	1 dispositivo intrauterino

Nota: Tejeda /2011, p. 10).

Dispositivo Intrauterino Liberador de cobre.

Su forma de acción es variada; tiene una reacción inflamatoria del endometrio, debido a la existencia de cobre y posible toxicidad directa sobre los espermatozoides. En el mercado hay distintos modelos de DIU de cobre, que se acondicionan a las diversas condiciones anatómicas, como tamaño del útero o la apertura del cuello uterino. Existen DIU de tamaño estándar y de pequeño tamaño, y son prescritos para las mujeres nulíparas, aunque su indicación principal es para las pacientes múltiparas, cuya vida sexual es estable. Para su colocación se recomienda durante el período menstrual, y es posible retirarlo en cualquier momento del ciclo. (Maitrot, Bureau & Gompel, 2012, p. 03).

Son instrumentos que se colocan en la cavidad uterina y liberan cobre; el único del que el Ministerio de Salud dispone es la T de Cobre 380-A, que posee una vida útil de 10 años. Se caracteriza por su alta eficacia; no interfiere con el coito; al retirarse el dispositivo inmediatamente la usuaria es fértil, entre otros asuntos. Su utilización se da en los primeros 5 días del ciclo menstrual o cuando se cambia de método; se recomienda que solo personal autorizado lo coloque o lo desaloje por otra parte; no se permite que lo utilicen mujeres con infecciones, en estado de embarazo, o que las pacientes tengan múltiples parejas sexuales, ya que no previene las ETS. (Almendre, 2015, pp. 52-53-54).

Parche anticonceptivo transdérmico.

El parche anticonceptivo transdérmico comprende 6 mg de norelgestromina (metabolito activo del norgestimato, es un progestágeno de tercera generación) y 600 mcg de EE, que liberan diariamente a la circulación 150 y 20 mcg respectivamente. Es un parche cohesivo que se pone una vez a la semana durante tres semanas, continuo de una semana sin parche; no es indispensable colocarlo siempre a la misma hora; su uso es suficientemente flexible a este respecto. Las concentraciones plasmáticas hormonales son más permanentes en la vía transdérmica, impidiendo las alteraciones de la vía oral. (Tejeda, 2011, p. 04).

Un estudio del 2005, que examina la farmacocinética del EE liberado en distintas vías de administración, indicó que la concentración sérica media de EE es 1.6 veces mayor en las usuarias de parche anticonceptivo, con respecto a las mujeres que toman un ACOC con 30 mcg de EE y 150 de levonorgestrel (LVN), y 3.4 veces superior en relación con el anillo vaginal. Se deduce que, aunque el parche está diseñado para liberar una dosis pequeña de EE, la muestra sérica que se ocasiona es superior que con un ACOC de 30 mcg de EE. La eficacia del parche anticonceptivo es elevada y similar a la de ACOC; no obstante, las mujeres de más de 90 kg presentan mayor tasa de fallo; la carencia de cumplimiento terapéutico es una de las causas que más colabora con la tasa de fracaso de los ACOC. (Tejeda, 2011, p. 04).

El patrón de una vez a la semana del método transdérmico es más fácil y menos predispuesto a retrasos y olvidos. El cumplimiento terapéutico es más destacado en las usuarias de parche que en las de ACOC. En cuanto a efectos secundarios con el parche, puede provocar una reacción cutánea local, y son más seguidos los efectos vinculado con los estrógenos, como mastalgia, dismenorrea, náuseas y vómitos, que con ACOC, lo que se traduce en una tasa considerable de interrupción anticipada y de renuncia, debido a efectos adversos. (Tejeda, 2011, p. 04).

Existe la factibilidad de un riesgo superior de tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes que usan parche en relación con ACOC; se insinúa que el riesgo de TEV en usuarias de parche consigue ser el doble que en mujeres que usan un ACOC con 30- 35 mcg de EE y norgestimato o levonorgestrel. Tanto la FDA, como las agencias europeas y la española de medicamentos, en el 2008 introdujeron cambios en la ficha técnica del producto, advirtiendo una contingencia superior de TEV respecto a usuarias de ACOC. Por otra parte, una ventaja teórica del parche sería que, al

eludir el primer paso hepático, se logran reducir las interacciones con otros medicamentos. (Tejeda, 2011, p. 04).

Anillo Vaginal.

Es un anillo flexible de materia plástica de acetato de vinilileno, con una extensión de 54 mm de diámetro exterior y 4 mm de sección transversal; el único dispositivo vaginal contraceptivo en el mercado es Nevaran, comercializado desde el 2002. En el núcleo de acetato están dispersos EE y etonogestrel; cuando se encuentra en la vagina libera diariamente, y de manera continuada, 15 microgramos de EE y 120 microgramos de etonogestrel; luego pasa a la circulación sistémica. Se hace una comparación del anillo vaginal con ACOC; se razona que la exposición sistémica a EE con el anillo fue la mitad que con los 30 mcg que contienen los ACOC, y con escasas modificaciones en los niveles séricos del mismo. (Tejeda, 2011, p. 05).

De la misma forma, se contempló que ambos métodos ofrecen la misma anulación ovárica y una eficacia contraceptiva similar; poseen una eficacia elevada, con una tasa de fallo que oscila, conforme los estudios, del 0.6-1.18 por 100 mujeres al año.

A su vez, se debe introducir en la vagina del primer a quinto día del ciclo natural, donde se mantiene durante 3 semanas; la cuarta semana se retira y se reintroducirá un nuevo aparato el mismo día de la siguiente semana. Su eficacia puede perdurar durante 4 semanas, pero si el anillo permanece más de 4 semanas, se aconseja utilizar un método anticonceptivo adicional durante 7 días, y el anillo no puede permanecer en el exterior de la vagina más de tres horas; si se supera este lapso, debe manejarse una anticoncepción de barrera durante una semana. (Tejeda, 2011, p. 05).

Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS)

Entre los anticonceptivos inyectables se incorpora el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y el enantato de noretisterona (EN-NET); se estiman tres formulaciones: 1. AMPD-IM---150 mg de AMPD administrados por vía intramuscular 2. AMPD-SC---104 mg de AMPD administrados por vía subcutánea 3. EN-NET ---200 mg de EN-NET administrados por vía intramuscular se debe informar que la eficacia de AMPD-SC, eventualmente, se mantenga en el momento en que se administra en el brazo, lo que puede resultar adecuado para las mujeres, además de la inyección, por vía subcutánea, en el abdomen o en el muslo. (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 42).

Inicio del uso de los AIPS.

Si no es posible administrarle la inyección a la paciente al momento de la consulta, se puede programar la inyección para más adelante, por medio de servicios adecuados. A continuación, se describen estados en que las mujeres se encuentran en su diario vivir.

Mujeres con ciclos menstruales.

En un intervalo de siete días, desde que comienza el sangrado menstrual, las usuarias pueden administrarse la primera inyección de AIPS; mientras tanto, no es obligatorio suministrar protección anticonceptiva adicional. Sin embargo, más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual puede administrarse la primera inyección de AIPS, si se tiene la seguridad sensata de que la mujer no se encuentra embarazada. Deberá contenerse de tener relaciones sexuales, o será necesaria la utilización de protección anticonceptiva complementaria durante los siguientes siete días. (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 42).

Mujeres con amenorrea y Puerperio (con lactancia materna).

La primera inyección puede ser cuando se desee, si se tiene la evidencia de que la mujer no está encinta; además, se recomienda abstención de practicar relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. En el caso de Puerperio, menos de seis semanas y amamantando el uso de AIPS, generalmente, no se indica, a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles. De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea puede brindarse la primera inyección de AIPS; si la paciente está dando de mamar total o casi totalmente, no es necesario facilitar protección anticonceptiva adicional, si tiene más de seis semanas de puerperio y con reanudación de los ciclos menstruales, es válido administrar la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales. (Organización Mundial de la Salud, 2018, pp. 42-43).

Puerperio (sin lactancia materna).

Cuando tiene menos de 21 días de puerperio, puede usar la primera inyección de AIPS, y no debe tener protección anticonceptiva adicional, ya que es poco posible que una mujer ovule y tenga riesgo de embarazo en los primeros 21 días del puerperio. No obstante, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales, ciertos métodos anticonceptivos pueden recomendarse durante este período. Si tiene 21 o más días de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales puede ponerse la primera inyección si la paciente está segura de no estar embarazada;

debe abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. En caso de regreso de los ciclos menstruales, puede administrarse la primera inyección, como se sugiere para otras mujeres con ciclos habituales. (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 43).

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso de AIPS.

Cuando se presenta el caso de mujeres sanas, no se realizan exámenes ni análisis específicos, ni tampoco son obligatorios antes de iniciar el uso de AIPS. Sin embargo, el sondeo de la presión arterial amerita una atención especial. Es conveniente tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de AIPS; también es primordial tener en cuenta que, en circunstancias en que no es viable medir la presión arterial, no se debe impedir el uso de AIPS a las mujeres, simplemente porque no se les puede medir la presión arterial. (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 44).

Figura 7. Exámenes o análisis que se realizan

Examen o análisis	AIPS*
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITS: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

Nota: OMS (2018, p. 44).

* Clase A: el examen es esencial y obligatorio en todas las situaciones, para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Clase B: el análisis coopera de manera importante al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario considerar el peligro de no hacer el examen y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo.

Clase C: el examen o análisis no colabora de manera considerable con el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

‡ Se aconseja tomar la presión arterial. En muchos de estos casos, las amenazas de morbilidad relacionadas con el embarazo son elevadas, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negarles el uso de métodos hormonales a las mujeres, simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Anticoncepción natural.

Abstinencia periódica: método del ritmo, de la regla o calendario.

Este método de abstinencia se basa en la privación sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual, para impedir la concepción. Su falla teórica es alrededor de 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso; además, aumenta la participación masculina en la planificación familiar, y este método es conveniente para mujeres con ciclos regulares, entre 27 y 30 días; de lo contrario, está contraindicado su uso. Es importante destacar que su eficacia puede ser alterada debido al estrés, enfermedades, viajes, entre otros, y no protege contra ETS. Con respecto a su uso, la usuaria deberá registrar el tiempo que duran sus ciclos menstruales como mínimo 6 meses su inicio es el primer día del sangrado menstrual y finaliza el día anterior de la siguiente menstruación, y para el cálculo del primer día fértil se restan 18 al ciclo más corto, y para saber el último día del periodo fértil se restan 11 al ciclo más largo. (Almendre, 2015, pp. 26-27-28).

Método de lactancia materna y amenorrea.

Es un método basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia; lo que ocurre es una supresión de la ovulación, por el aumento de la hormona prolactina, que es una consecuencia exclusiva del estado de lactancia; se debe mencionar que su tasa de falla va de 2 embarazos por 100 mujeres en los primeros 6 meses postparto. Es fácil de usar; no interfiere con el coito; no necesita del uso de ACO, pero no previene ETS. Sus limitaciones dependen de la situación social de la usuaria o costumbres que limitan su uso. (Almendre, 2015, pp. 29-30).

Método de barrera.***Condón.***

Se caracteriza por ser una funda delgada de caucho (látex), lubricado. Su función es impedir que los espermatozoides puedan tener acceso al tracto reproductor femenino; sin embargo, su tasa de falla teórica o de utilización es de 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Este método es eficaz si se hace el uso adecuadamente; posee pocos efectos negativos, como alergias al látex; su costo es accesible para la población, y cabe mencionar que incrementa la responsabilidad, por parte de hombre, en la anticoncepción, y este método es capaz de disminuir la transmisión de ETS. Es importante, cuando se coloca, corroborar que no esté roto, que esté vigente, y por supuesto, en cada relación sexual utilizar uno nuevo, ya que cada condón se usa solo una vez. (Almendre, 2015, pp. 31-32).

Anticoncepción quirúrgica voluntaria.***Anticoncepción quirúrgica femenina.***

Este método se caracteriza por ser permanente ejecutado mediante una intervención quirúrgica, cuya finalidad es obstruir y seccionar las trompas de Falopio, donde la unión del espermatozoides con el óvulo no ocurre, evitando la fertilización; su tasa de falla teórica es de 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año. Se caracteriza por su eficacia inmediata, y permanente tomando en cuenta que no interfiere con el deseo sexual, pero se debe considerar que el método es irreversible y que no previene de ETS. No obstante, cabe mencionar que este procedimiento no se debe aplicar, si la mujer está siendo obligada por su pareja u otra persona, o que no sea capaz de dimensionar el significado de que es irreversible. (Almendre, 2015, pp. 58-59-60-61).

Anticoncepción quirúrgica masculina.

De igual manera, este procedimiento es permanente e irreversible. La vasectomía es una intervención quirúrgica selectiva, y se considera una cirugía menor, con la función de seccionar los conductos deferentes en el hombre, y que ocurra la oclusión e impida la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo. La tasa de falla teórica es de 0,15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año; su eficacia es elevada y permanente; tampoco interfiere con el coito o con el deseo sexual; además no previene las ETS. Este método puede ser realizado en cualquier momento, pero presenta ciertos efectos secundarios asociados a la cirugía, como

inflamación severa, hematoma, equimosis, granuloma, entre otros. (Almendre, 2015, pp. 61-62-65).

Actualización en anticonceptivos hormonales

Se considera que alrededor de tres millones de mujeres hacen uso de anticonceptivos orales combinados (ACOC), no solo por la seguridad anticonceptiva, debido a que su motivo primordial de inicio del consumo es del 86%, sino también por los factores positivos adicionales, como lo son regular el ciclo, mejoría de las molestias menstruales o un mejoramiento en la piel o el cabello. A partir de la inducción, en los años 60, de la píldora anticonceptiva, su propósito fue aumentar la seguridad y tolerabilidad, por lo que se han desarrollado cambios en su composición, mostrando que la disminución de la dosis de estrógeno ha logrado abreviar el riesgo de enfermedad tromboembólica y efectos secundarios como náuseas, cefalea, vómitos y mialgias. (Tejeda, 2011, pp. 01-02).

El incremento de progestágenos de tercera generación tenía como objetivo disminuir los efectos androgénicos, impidiendo el efecto adverso sobre el perfil lipídico, ya que en 1995 se informó mayor número de casos de tromboembolismo venoso, respecto a los progestágenos de segunda generación. Y surgieron las principales innovaciones en esta área, y han sido la introducción de nuevos progestágenos, con un perfil superior de efectos secundarios y beneficios complementarios; también la aparición de un preparado con estrógeno natural y la utilización de nuevas pautas de inicio y de régimen de intervalo libre de hormona. (Tejeda, 2011, p. 02).

ACOC con etinilestradiol y drospirenona.

La drospirenona (DRSP) es un progestágeno sintético semejante a la espironolactona, que posee actividad antiandrogénica y antimineralocorticoide; 3 mg corresponden a 25 mg de espironolactona; la eficacia anticonceptiva, la inspección del ciclo y los efectos secundarios son parecidos a los ACOC de baja dosis de estrógenos. El impacto sobre el metabolismo lipídico e hidrocarbonado es diminuto, similar al de ACOC con progestágenos de tercera generación; se han explicado descensos sutiles en la tensión arterial. Debido a su efecto antimineralocorticoide, la DRSP hipotéticamente neutraliza la contención hidrosalina impulsada por el estrógeno y, por tanto, evitaría el aumento de peso, efecto colateral que es causa usual de abandono del método. (Tejeda, 2011, p. 02).

Se realizó un estudio, donde se compartió una eficacia similar, dando como resultado que existía una ganancia de peso media un poco menor con etinilestradiol (EE) y DRSP con respecto a desogestrel; no obstante la píldora es efectiva en la medicación del acné e hirsutismo, y la DRSP es un antiandrógeno débil, y la cantidad de 3 mg en la muestra no posee actividad antiandrogénica importante mayor a otros ACOC; por otra parte el ACOC y el DRSP fueron aptos como tratamientos del síndrome premenstrual, en usuarias que quieren contracepción hormonal oral. (Tejeda, 2011, p. 02).

La DRSP es un antagonista de la aldosterona con propiedades ahorradoras de potasio, por lo que debe manejarse con precaución en mujeres con patología que incite a hiperkalemia. En pacientes con insuficiencia renal, la utilización concurrente de DRSP e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) o de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), no ha indicado una consecuencia importante acerca de los niveles de potasio sérico. Sin embargo, el uso relacionado con antagonistas de la aldosterona o diuréticos ahorradores de potasio no ha sido estudiado, por lo que en casos característicos como este se recomienda llevar un control del potasio sérico durante el primer ciclo de tratamiento. (Tejeda, 2011, p. 02).

Las preparaciones con 20 mcg de EE, relacionado con las píldoras de una dosis superior, presentan más peligro de evasión ovulatorio si el intervalo libre de hormona se alarga más de 7 días, por lo que han surgido nuevos regímenes, en los que este intervalo se disminuye a cuatro días. Con la meta de avanzar hacia la eficacia, actualmente se ha distribuido una muestra monofásica de 24 píldoras con 20 mcg EE y 3 mg DRSP (Yaz), y 4 comprimidos sin contener hormonas. En esta nueva composición acontece un patrón de sangrado, control del ciclo, Por otra parte, en cuanto a la seguridad, se han difundido los resultados de un estudio de Farmacovigilancia europeo, en el que, durante tres años, en una cohorte de casi 59.000 mujeres usuarias de diferentes ACOC, no se observó mayor riesgo de trombosis venosa o arterial, entre las usuarias de un anticonceptivo con DSPR, respecto a anticonceptivos con levonorgestrel (LVN) u otro progestágeno. (Tejeda, 2011, p. 02).

ACOC con valerato de estradiol y dienogest.

Es necesario recalcar que todos los ACOC tenían como estrógeno el EE, y lo que las distinguía unas de otras era el progestágeno. Recientemente se ha manifestado en el mercado un nuevo anticonceptivo oral, elaborado por valerato de estradiol (VE2) y dienogest (DNG) en una

dosificación multifásica. El VE2 se transforma en 17 beta estradiol (E2) tras el consumo oral, por lo que es el primer anticonceptivo que añade E2 análogo al fabricado en el ovario de forma endógena; la dosificación multifásica activa abarca dosis declinantes de VE2 administrado solo o en combinación con dosis ascendente de DNG. (Tejeda, 2011, p. 03).

La atracción por un ACOC con estrógeno natural no es reciente, debido a que su objetivo no se basaba en mejorar la eficacia, sino en incrementar la tolerabilidad y seguridad de los ACOC, ya que el efecto sobre la función hepática del E2 es inferior que el que tiene el EE, induciendo a mínimos cambios en lípidos, lipoproteínas y en la hemostasia, A su vez, el EE inhibe el sistema activador fibrinolítico de la pared vascular, lo que establece una de las causas del mayor riesgo de tromboembolismo venoso en usuarias de ACOC. Así mismo, las dosis que son biológicamente similares de E2 no poseen este efecto; además, las características del E2 han impulsado la propuesta de comercializarlo, como un factor más seguro para la anticoncepción hormonal oral. Los efectos de 2 mg de VE2 sobre la inhibición de la ovulación y la proliferación endometrial son equiparables a los de 20 mcg de EE. (Tejeda, 2011, p. 03).

Elección del método anticonceptivo

En la elección del método anticonceptivo son significativos los criterios médicos como las prioridades de las usuarias. Los agentes para tener en cuenta respecto a la mujer son la edad, actividad sexual, su plan reproductivo, su historia patológica y la actitud que, luego de ser informada, muestra hacia el método (aceptación de cambios patrón de sangrado...). Los mayores determinantes de la aprobación son la eficacia, el control del ciclo y los efectos secundarios. Además, con respecto al método anticonceptivo, se debe tener en cuenta su eficacia, contraindicaciones, efectos secundarios, costo y posibles beneficios. (Tejeda, 2011, p. 11).

Es necesario recalcar que la OMS organiza distintas situaciones médicas en 4 clases, según la elegibilidad del método anticonceptivo (véase la figura 8). En cuanto al costo, son más eficientes los métodos reversibles de extensa durabilidad, como el DIU y los implantes, que los métodos de anticoncepción hormonal combinada; un estudio realizado en EE. UU. sobre el costo-efectividad de los anticonceptivos, concluye que los métodos más eficientes son el DIU y la vasectomía. (Tejeda, 2011, p. 11).

Conviene recalcar que la elección del ACOC, en mujeres que empiezan por primera vez a manejar anticoncepción hormonal, es necesario tener en cuenta el aumento de amenaza de los

progestágenos de tercera generación frente a los de segunda, y que este es superior durante el primer año. La Agencia Española del Medicamento ha intercedido para que en usuarias recientes se decrete, como primera elección, un preparado que comprenda bajas dosis de estrógeno y un progestágeno de segunda generación. Los ACOC de 20 mcg o menos de EE no parecen desarrollar muchas ventajas sobre los demás; pueden controlar peor el ciclo, y poseen con mayor frecuencia escape ovulatorio, si se agranda más de 7 días el intervalo libre de hormona. (Tejeda, 2011, p. 11).

Figura 8. Categoría de la OMS según elegibilidad del método anticonceptivo

CATEGORÍA	SELECCIÓN MÉTODO ANTICONCEPTIVO
1	Ninguna restricción en el uso de AHC
2	Las ventajas superan los riesgos, su uso es recomendable
3	Los riesgos, generalmente superan los beneficios. Método no recomendable
4	El riesgo del método es inaceptable. No debe usarse

AHC: anticoncepción hormonal combinada

Nota: Tejeda (2011, p. 11).

No hay ventajas en preparados multifásicos. En comparación con los monofásicos, los ACO con progestágeno solo cuestan un poco más ser tolerados por los constantes sangrados irregulares; se recomiendan en mujeres lactantes y en las que presentan alguna contraindicación para tomar estrógenos, y en las pacientes a las que se les dificulta el cumplimiento, se puede escoger el parche o el anillo vaginal. Si lo que se desea es una contracepción a largo plazo, el DIU de LVN o el implante subcutáneo pueden recomendarse. (Tejeda 2011, p. 11).

Método de inicio inmediato (quick start).

El consejo habitual para el inicio de anticoncepción hormonal es aguardar al primer día del ciclo menstrual; esta forma de arranque ambiciona eludir la manifestación hormonal de un

embarazo primerizo y mantener la regularidad del ciclo. Hay que mencionar que se ha mostrado que la exposición desapercibida de ACOC de un embarazo precoz no es teratógena ni nociva para el embrión. A su vez, la táctica de inicio inminente fue explicada por Westoff et al., en el 2002, con el propósito de aumentar el cumplimiento y prever embarazos durante el periodo de espera para comenzar la anticoncepción hormonal; se basa en que la toma de un ACOC puede iniciarse cualquier día del ciclo; consiste en consumir la primera tableta el mismo día de la prescripción; debe emplearse un método contraceptivo de barrera durante los siete primeros días de tratamiento. (Tejeda, 2011, p. 03).

Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos

Para mejorar la alternativa del mejor método anticonceptivo para las usuarias, la OMS hace diariamente sugerencias fundamentadas en la evidencia científica reciente, que se aprovechan para instaurar protocolos y guías. La Sociedad Española de Contracepción-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEC-SEGO), asiste en la indicación precisa de métodos anticonceptivos.

La OMS establece cuatro categorías:

Categoría 1: No hay limitación; se puede utilizar en cualquier situación. Categoría 2: Las ventajas de usar el método generalmente superan a los peligros; asiduamente se puede usar. Categoría 3: Las amenazas normalmente sobrepasan las ventajas; no se recomienda su utilización salvo si no hay disponibles otros métodos destacados, y por su puesto requiriendo un seguimiento más cuidadoso. Categoría 4: Su uso representa un riesgo inaceptable para la salud; no debe usarse bajo ningún concepto. (Almendre, 2015, p. 39).

Planificación familiar

Concepto de planificación Familiar.

El concepto de la Planificación Familiar (PF) ha permanecido muy enlazado con la salud sexual y reproductora, según la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo, en 1994; la PF es conocida como una estrategia de salud, que cuando es aplicada correctamente puede contribuir al desarrollo de las naciones. Al pasar los años, se ha comprobado que los beneficios no solo están relacionados con evitar embarazos no deseados, sino también con prevenir abortos inducidos y la muerte de la madre. (Gutiérrez, M., 2013, p. 01).

Además, mejora la salud infantil; favorece el acceso a la educación de los niños a nivel mundial; fomenta el empoderamiento de las mujeres, no solo a nivel laboral, sino también en áreas políticas; ayuda a disminuir la pobreza. A pesar de la evidencia de sus beneficios, aún se mantienen barreras sociales, culturales, políticas o religiosas que producen una necesidad desagradable en planificación familiar, que no se respeta el derecho de la población a elegir y decidir el número de hijos que desean tener, y que imposibilitan el disfrute de una sexualidad sana. (Gutiérrez, M., 2013, p. 01).

La planificación familiar está recibiendo una atención alta por parte de los investigadores, donde se pretende evaluar el acceso físico a los servicios de la planificación familiar; la calidad de la atención se ha convertido en un punto focal de los proveedores de servicio. Se pueden citar algunos ejemplos de programas de planificación familiar, que han desarrollado un acceso razonable a los servicios para el beneficio de la población, pero los servicios no son bien recibidos y son subutilizados. (Gutiérrez, M., 2013, p. 01).

Así mismo, la PF es un término que impulsa a razonar en una táctica muy simple, que logra facilitarles a las familias el atesorar comportamientos reproductivos apropiados, para que puedan alcanzar sus objetivos de desarrollo saludable. En parte, es verdad, pero realmente la PF es una estrategia que va mucho más allá de la familia; es un concepto que está íntimamente unido al progreso de las naciones. Los temas reproductivos, en la actualidad y desde tiempos muy apartados, no solo han alarmado a las familias, sino que iniciaron por ser una preocupación de cada individuo, quien notó que, en circunstancias establecidas, ocasionaba un embarazo en las mujeres y el nacimiento de un nuevo individuo. (Gutiérrez, M., 2013, p. 01).

De hecho, la PF fue registrada como una estrategia de salud, significativa y fundamental, que utilizada de manera correcta puede cooperar con el desarrollo de los pueblos a nivel mundial; el énfasis se enfocó en la persona, reconociendo sus derechos a la salud y su salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, si el derecho a la salud es un derecho de todo individuo, el tener acceso a una PF es también un derecho de todos, y es deber del Estado garantizarla. (Gutiérrez, M., 2013, p. 02).

La labor de planificación familiar continúa inconclusa. A pesar de los grandes adelantos de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial desean eludir el embarazo, pero ni ellas ni sus cónyuges están empleando la anticoncepción. Existen variedad de razones por

las que no se ha solucionado esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no están disponibles en todas partes, o las opciones son limitadas. Todavía hay miedo a la desaprobación social o al desacuerdo de la pareja, y el temor a efectos secundarios e inquietudes enlazadas con la salud detienen a muchas personas; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. (Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One) et al., 2011, p. 06).

Además, la planificación familiar nunca cesa y, en los próximos años, cerca de 60 millones de niñas y niños logran la madurez sexual y, generación tras generación, siempre habrá gente que precise de planificación familiar y otros cuidados sanitarios. Aunque los retos actuales en la salud a nivel mundial son muchos y bastante serios, la necesidad de controlar la fecundidad propia probablemente sea uno de los aspectos que toca más vidas a nivel de salud. Es crítico el bienestar de las personas, en específico el de las mujeres, y básico para su autodeterminación. (Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One) et al., 2011, p. 06).

Planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo.

Salud.

La mayoría de beneficios que se pueden adquirir con un adecuado programa de PF se extravían cuando no se tienen cubiertas las necesidades de PF; es decir, en el aspecto higiénico, al no contar con la capacidad de prevenir un embarazo que no es planificado, de acuerdo con las cifras del estudio de Allan Gutmacher en 1994, el 60% se transformará en un embarazo no deseado, cuya eventualidad sería concluir en un aborto, que por las contemplaciones legales que existen en Latinoamérica, donde únicamente el aborto terapéutico no está penalizado, la mayor parte de estos abortos serían de tipo inestables, con un riesgo peligroso para la salud de las mujeres, inclusive la muerte. (Gutiérrez, M., 2013, p. 03).

Educación.

En consecuencia, si no se abarcan las necesidades de PF, se puede contar con un elevado costo social, que implica el aumento de la ausencia escolar a causa de un embarazo no planificado. En Latinoamérica, los factores que influyen para el abandono escolar son la economía, el embarazo y la maternidad, comprobándose que el empleo de métodos anticonceptivos entre mujeres y niñas amplía el acceso a la educación, debido a que una gran cantidad de adolescentes con un embarazo se ven forzadas a dejar la escuela. En los países del África Subsahariana, entre un 8 al 25%

abandonan el colegio por causa de un embarazo no planificado; al contrario de las jóvenes que asisten a la escuela, quienes emplean más los métodos anticonceptivos. (Gutiérrez, M. 2013, p. 03).

Pobreza y desarrollo económico.

En relación con la eliminación de la pobreza y la progresión económica, se puede decir que la PF promueve el desarrollo económico y una mejor calidad de vida; los países con menores tasas de fertilidad y de crecimiento de la población han escarmentado una mayor productividad, más ahorro y más inversión. El “bono demográfico” es la fase del cambio demográfico, en la que la población infantil ha disminuido, y existe un grupo superior de personas en edad de trabajar, entre 15 a 59 años, como resultado de la reducción de la tasa de fecundidad. (Gutiérrez, M., 2013, p. 03).

Planificación familiar y fecundidad.

El crecimiento poblacional, en el último siglo, se ha comportado de manera apresurada, más que todo en los países con menor desarrollo; finalizando el siglo XIX y, sobre todo, iniciando el siglo XX, la fecundidad comenzó a bajar drásticamente en países desarrollados, mientras que a fines de los años sesenta este fenómeno empezó a suceder en América Latina. Es decir, se empezará a asistir al descenso de la población joven en el mundo, además de un agrandamiento de la población adulta mayor. (Gutiérrez, M., 2013, p. 04).

Planificación familiar en la atención postaborto.

En cuanto al tema de planificación familiar, surgen asuntos muy destacados dentro de los que engloban a la mujer y el tema del aborto; se ha concluido que por las dificultades de un aborto se necesita un acercamiento inmediato y sencillo a los servicios de planificación familiar. Luego de un aborto o pérdida de embarazo, la fertilidad se establece pronto, seguida de pocas semanas; por ello la mujer es más propensa a utilizar la anticoncepción si se enfrenta a un riesgo de embarazo no deseado, por lo que necesita comenzar con el uso de un método de planificación familiar rápidamente. (Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One) et al., 2011, p. 297).

De acuerdo con lo anterior, se debe ayudar a la mujer por medio de asesorías, debido a que después de obtener la atención postaborto, ella deberá tomar decisiones importantes. Para tener determinación con respecto a su salud y su fertilidad, tendrá que saber que la fecundidad se restablece de manera veloz dentro de las 2 semanas luego de una pérdida de embarazo del primer trimestre y 4 semanas posteriores a un aborto del segundo trimestre. Por tanto, la mujer debe

protegerse para evitar un acontecimiento no premeditado. (Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One) et al., 2011, p. 298).

Definitivamente, la mujer es capaz de elegir entre algunos métodos de planificación familiar distintos, que puede hacerlo de manera inmediata; sin embargo, los métodos que la mujer no debe utilizar de inmediato, posterior al parto, no presentan contingencia especial después de un tratamiento por complicaciones de un aborto. Podría esperar, antes de optar por un método anticonceptivo de uso permanente, pero mientras tanto puede examinar el uso de un método de respaldo para cuando considere tener actividad sexual. (Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One) et al., 2011, p. 298).

Además, es posible ofrecer condones, anticonceptivos orales, o anticonceptivos orales de emergencia, para que la mujer se los lleve y utilice luego. Cuando se presenta una infección, la mujer no deberá tener sexo hasta que se suspenda el sangrado cerca de 5 a 7 días; igualmente, si está siendo tratada por una infección vaginal o lesión cervical, deberá aguardar a que su estado de salud haya mejorado por completo antes de tener relaciones sexuales, y si, por el contrario, desea quedar embarazada pronto nuevamente, se debe animar a la paciente a esperar. Ojalá se pueda esperar un mínimo de 6 meses, ya que puede aminorar la posibilidad de bajo peso al nacer, un parto prematuro y/o anemia materna. (Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One) et al., 2011, p. 298).

Tipos de Interacciones

El surgimiento de los primeros anticonceptivos hormonales combinados (estrógenos y progestágenos) hasta la fecha se ha explorado e innovado bastante, analizando el efecto sobre la fisiología humana, las dosis y forma de administración más apropiada, minimizando los riesgos. Por otro lado, el etinilestradiol es el componente principal estrogénico de los anticonceptivos orales combinados; se puede absorber bien tras la administración oral, pero está condicionado a un efecto de primer paso en la mucosa del intestino (conjugación con sulfato) y el hígado. La metabolización en fase I, que tolera el etinilestradiol, es una 2 hidroxilación-aromática (por CYP3A4); este metabolito es combinado con ácido glucurónico, anteriormente de la secreción urinaria y fecal. El complejo original también está sujeto a la glucuronidación directa (y sulfatación) en el lugar 3 y posiblemente en la posición 17. (Pereira, 2013, p. 02).

Estos elementos combinados de etinilestradiol se expulsan por la bilis en forma de conjugados de sulfato y glucurónido y son reabsorbidos como medicamentos activos. Los antibióticos de grande espectro, por el decrecimiento de la población bacteriana, alcanzarían a perjudicar la circulación enterohepática de los estrógenos, derivándose un descenso del estrógeno circulante. Ha existido y existe mucha polémica respecto a la interacción de los anticonceptivos orales con ciertos antibióticos, antimicrobianos y otros fármacos. (Pereira, 2013, p. 02).

Las interacciones farmacocinéticas de los antimicrobianos y los anticonceptivos orales se demandan en al menos tres niveles, a saber: perturbación en la circulación enterohepática, inferencia enzimática y desplazamiento de proteínas. La interacción que más controversia ha originado es la interferencia del antibiótico, por transformación de la flora gastrointestinal, con la circulación enterohepática de la sustancia estrogénica de los medicamentos de anticonceptivos orales. Otro de los mecanismos distinguidos de interacción, que se ha comprobado considerablemente, y no es sujeto de controversia, es la inducción enzimática. (Pereira, 2013, p. 03).

Los antibióticos de la familia de las rifampicinas incitan el metabolismo de los componentes medicamentosos de los anticonceptivos orales; el último patrón es una interacción por alejamiento de su unión a proteínas plasmáticas; este tipo de interacción se ha nombrado con los anticonvulsivantes más que los antibióticos, y estas interacciones podrían llevar a falla terapéutica, que se examina con la llegada de sangrados intermenstruales, manchas de sangre y embarazos no planificados. El mecanismo de la interacción entre los anticonceptivos hormonales y antibióticos de amplio espectro como la ampicilina, bacampicilina, amoxicilina, cloranfenicol y tetraciclinas no está definido; podrían reducir la efectividad de los ACO, como se indica en algunas publicaciones, actuando a nivel del ciclo enterohepático. (Pereira, 2013, p. 03).

La suma absoluta de fracasos desencadenados por las interacciones es pequeña, con respecto a la cantidad de mujeres a nivel mundial que utilizan ACO. Se recomienda, de una manera generalizada, usar un método de barrera que suplemente la anticoncepción, mientras tome algún antibiótico, y ampliar su uso hasta siete días después de terminar el tratamiento antibiótico. Si el tratamiento corresponde con el intervalo libre de la toma del ACO (semana de descanso), lo aconsejable sería eliminar esa semana libre de toma; también ciertos fabricantes señalan precaución en el empleo concomitante de antibióticos; por ejemplo, ampicilina, cloranfenicol, neomicina,

nitrofurantoína, penicilina V, sulfonamidas, tetraciclinas, junto con los ACO, debido a que es posible provocar una disminución de la efectividad de estos. (Pereira, 2013, p. 04).

La posibilidad de contar con una falla de los anticonceptivos orales, al consumir antibióticos que no sean rifampicinas, es sumamente pequeña, y no sobrepasa la falla general admitida de los anticonceptivos del 3%. Aquellas mujeres bajo un sistema antibacteriano a largo plazo como, por ejemplo, para acné, precisan tomar únicamente precauciones específicas durante las primeras dos semanas, debido a que la flora intestinal se vuelve resistente al antibacteriano; como opinión general es que los antibacterianos de gran espectro no perjudican la fiabilidad de los anticonceptivos basados únicamente en progestágenos, ya que estos no sufren recirculación enterohepática. Opcionalmente no se espera que se fabrique ninguna interacción con los implantes anticonceptivos. (Pereira, 2013, p. 04).

Es más probable que sea un subgrupo diminuto de mujeres el que esté en más fatalidad, pero esto es complejo de decretar, pues se necesitan estudios extraordinarios y, en general, la interacción cae dentro del rango de falla, aceptado para este tipo de medicamentos. Tras una medicación de antibiótico a corto plazo, puede indicarse la utilización de un método anticonceptivo alternativo, concomitantemente con el método hormonal, hasta una semana después de obtener la última dosis del antibiótico. Hay que mencionar, además, que modificar los métodos anticonceptivos durante la terapia a corto plazo con antibióticos no es recomendable, debido a que pueden surgir efectos negativos sobre el desempeño y la eficacia anticonceptiva. En tratamientos con antibióticos a largo plazo, se debería advertir acerca de un método anticonceptivo variable, en caso de que la paciente presente diarrea o algún tipo de sangrado. (Pereira, 2013, p. 05).

Interacciones Principales

La literatura asesorada contiene la siguiente información con respecto a las interacciones de ACO combinados y antibióticos:

Figura 9. Interacciones de ACO con antibióticos

Antibiótico	Evidencia/Mecanismo
Cefalosporinas	Unos pocos casos anecdóticos de falla de anticonceptivos hormonales combinados se han reportado con cefalexina, la combinación de cefalexina con clindamicina y otras cefalosporinas. Esta interacción es poco frecuente.
Macrólidos	Ensayos clínicos controlados no han mostrado que los macrólidos (claritromicina, diritromicina, roxitromicina y telitromicina) tengan algún efecto sobre los niveles de AH combinados y/o supresión de la ovulación en mujeres que toman AH.
Metronidazol	Se han reportado casos aislados de falla de AH con metronidazol. Un ensayo clínico controlado no evidenció afectación en los niveles del AH.
Penicilinas	Se le ha atribuido falla al AH por el empleo de ampicilina, amoxicilina, flucloxacilina, oxacilina, pivampicilina y talampicilina. Sin embargo, la interacción, en caso de presentarse, es poco común. Ensayos clínicos controlados no evidenciaron afectación en los niveles del AH con ampicilina y amoxicilina.
Quinolonas	En ensayos controlados, ciprofloxacina, moxifloxacina y ofloxacina no alteraron los parámetros farmacocinéticos de los AH o la supresión en la ovulación de mujeres que toman AH. Ningún caso de falla parece haberse reportado con quinolonas.

	Los niveles sanguíneos de moxifloxacina pueden verse reducidos con los AH.
Trimetoprima-Sulfametoxazol	Aumenta los niveles sanguíneos de etinilestradiol y suprime la ovulación en mujeres que toman AH. Sin embargo, existen 15 casos de fallas de AH reportados.
Tetraciclinas	Reportes de casos han descrito fallas atribuidas a doxicilina, limeciclina, minociclina, oxitetraciclina y tetraciclina. Algunos de estos casos se presentaron luego del uso prolongado del antibiótico, pero la interacción, en caso de presentarse, es poco común. Ensayos clínicos controlados no evidenciaron algún efecto sobre los niveles plasmáticos de tetraciclinas o doxiciclinas con AH, parches o anillos vaginales.
Otros antibióticos	Uno o dos casos de fallas del AH se han reportado en pacientes que han tomado cloranfenicol, clindamicina (usada con Cefalexina), dapsona, ácido fusídico, isoniazida y nitrofurantoína. Los anteriores casos son anecdóticos y no confirmados y la interacción, en caso de presentarse, es poco común.

Nota: Pereira (2013, p. 06).

Efectos adversos de los anticonceptivos orales combinados

Los preparados modernos muestran menos dosis de estrógenos y progestágenos que los anteriores; pueden presentarse efectos adversos gastrointestinales, tales como náuseas o vómitos, cloasma y eventualidades en la piel y el pelo, cefalea, retención de líquidos, aumento de peso, tensión mamaria, entre otros. Durante el tiempo que la paciente use el tratamiento, pueden aparecer irregularidades menstruales, como manchado, hemorragia abundante o amenorrea; además la incidencia de estos efectos podría disminuirse cambiando de preparado. Se ha descrito intolerancia a los lentes de contacto; la visión de las usuarias miopes puede deteriorarse. (Rodríguez, 2011, p. 04).

Algunas pacientes experimentan depresión u otras alteraciones mentales. Los medicamentos que comprenden un progestágeno con cualidades androgénicas (levonorgestrel, norgestrel) pueden obtener un acrecentamiento de la secreción sebácea cutánea y acné; por el contrario, el acné puede arreglarse con progestágenos, como el norgestimato o el desogestrel. Coexiste un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, superior en los preparados antiguos que utilizan dosis mayores de estrógenos. Los anticonceptivos orales combinados pueden ocasionar hipertensión, un descenso de la tolerancia a la glucosa y modificaciones en el metabolismo lipídico; además, la función hepática puede verse afectada. (Rodríguez, 2011, p. 05).

Efectos adversos de los ACO unidosis

Desventajas del uso de solo progestinas.

Es posible que se presenten cambios en el sangrado menstrual, goteo sutil o sangrado, que podría ser abundante, que es extraño, pero puede suceder al inicio, y se considera que el sangrado prolongado o excesivo es más desagradable que la ausencia de este. Hay más mujeres que dejan de usar el DMPA por el sangrado excesivo que por el insuficiente; en la amenorrea que es usual, básicamente luego del primer año de uso, es posible un aumento de peso, como promedio 1-2 kg por año. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 22).

Podría haber una demora en el retorno de la fertilidad; antes de que las mujeres que usan depo-provera (DMPA) queden embarazadas, hay una demora superior a 4 meses, en similitud con las que han interrumpido el uso de anticonceptivos orales combinados, DIU, condones o métodos vaginales. Los ACO inyectables requieren administrarse cada 3 meses, y esto puede ocasionar cefalea, sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida del cabello, descenso del deseo sexual; además, acné en algunas mujeres y, por último, no protege contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH/SIDA. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 23).

El sangrado menstrual común es producido por la eliminación del recubrimiento uterino maduro; si el revestimiento no está desarrollado, hay pocas probabilidades de un desprendimiento entre las capas y de erradicar toda la envoltura. Las hormonas naturales progesterona y estrógeno fabrican juntas el progreso adecuado del revestimiento uterino; este será alterado por los cambios que la progestina estimula en los niveles hormonales. El sangrado poco regular no es perjudicial para la salud de la mujer, y los análisis señalan que las progestinas no poseen efecto negativo en

los niveles de hemoglobina o de hierro; únicamente un porcentaje muy pequeño de mujeres tienen un sangrado desbordante que puede ser principio de alarma, pero cesa en cuanto se detiene el método. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 25).

El índice de intermitencia por motivo de trastornos menstruales, relacionada con el DMPA, es cerca del 25%. Sin embargo, en un ensayo elaborado por la OMS, el porcentaje de mujeres que abandonaron su uso al cabo de un año por el sangrado varió mucho en 7 países; esto puede deberse a las distintas culturales en cuanto a la aceptabilidad de los trastornos del sangrado. Asimismo, se han contemplado alteraciones en diferentes poblaciones, con el uso de inyectables solo de progestinas. Por ejemplo, las tailandesas absorben y eliminan el DMPA más velozmente que las mexicanas, y en una investigación las vietnamitas, que utilizaban DMPA, tenían características menstruales normales; fue entre 2 y 3 veces superior al que se había comunicado en estudios anteriores referentes al DMPA en otras ciudades, y tal vez se debe a diferencias étnicas que al metabolismo del fármaco. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 28).

El incremento de peso es un efecto secundario muy usual del DMPA, que aflige a más del 80% de las mujeres al cabo de algunos años de uso; se desconoce qué lo determina, pero puede ser causa de un aumento de las hormonas masculinas, nombradas andrógenos, que elaboran características masculinas, incorporando el acrecentamiento de peso por el progreso muscular. Al anular el estrógeno, las progestinas pueden influir en la balanza hacia un factor mayor de hormonas androgénicas; la supresión del estrógeno, además, puede aumentar el apetito. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 30).

Los dolores de cabeza representan las condiciones médicas más usuales que escarmientan las mujeres en edad de procrear y el uso del DMPA; puede aumentar la repetición de los dolores de cabeza fuertes; es necesario ponerles atención, ya que estos métodos no pueden dejar de utilizarse sencillamente si existen dilemas. Entre las causas de dolores de cabeza relacionados con el uso de las progestinas, pudiera encontrarse la constricción de los vasos sanguíneos, causada por su uso, y que puede contribuir a fuertes dolores de pecho y de cabeza. Cabe mencionar que uno de los efectos secundarios que ha recibido menos atención es la depresión. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 31).

Se han descrito, también, alarmas teóricas en cuanto a la utilización de los métodos solo de progestinas, y la densidad ósea en las usuarias de 16 años. Según exámenes preliminares, hay

indicios de que el uso continuo del DMPA se pueda ver relacionado con una disminución de la densidad ósea, pero ese efecto puede ser reversible cuando se abandona el anticonceptivo. La adolescencia es un tiempo en el que se desarrolla la densidad y la longitud ósea, y se proyectó que el DMPA hace aminorar las concentraciones de estrógeno, y el estrógeno es necesario para el desarrollo y la conservación de huesos fuertes, por lo que puede influir a las mujeres a padecer la osteoporosis, si su uso se alarga a través de los años. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 32).

El retraso en el retorno de la fertilidad, seguido del uso del DMPA es claro; la concepción en general tarda hasta 7 meses en producirse. No obstante, el resultado esperado (embarazo) no es distinto, a largo plazo, del que sigue a continuación del uso de otro anticonceptivo. Aproximadamente el 92% de las parejas había conseguido un embarazo a los 2 años, y no hay certeza de un efecto adverso del uso prolongado o de esterilidad duradera en las usuarias. El tiempo promedio para el regreso de la ovulación sucede antes con el enantato de noretindrona (NET-EN) (2,6 meses), que con el DMPA (5,5 meses). (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 33).

Los procedimientos hormonales consideran como desventaja que no resguardan contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH. La hipótesis de que su empleo sea capaz de incrementar la amenaza de algunas infecciones ha causado intranquilidad; en un análisis acerca de los efectos de la anticoncepción hormonal en el riesgo de la transmisión del VIH entre heterosexuales, en cerca de 800 trabajadoras del sexo femenino, se evidenció que las mujeres que utilizaban el DMPA tenían incidencia considerable de infección por el VIH. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 34).

Es trascendental comprender cómo regir los efectos secundarios particulares del uso de los anticonceptivos solo de progestinas. Entre los trastornos del sangrado menstrual, está la amenorrea y las diferentes formas de sangramiento; si el sangrado no aparenta estar vinculado con ninguna otra causa y no existe contraindicación para utilizar estrógeno, se propone el uso de AOC en dosis bajas, una tableta al día durante 7 a 21 días, se tiene autorización de tomarla de 2 a 3 ciclos, o 30 a 50 μg de etinil-estradiol periódicamente de 7 a 21 días o ibuprofeno u otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE); no utilizar aspirina. Se debe aconsejar consumir alimentos que contengan hierro. (Rodríguez, Gómez & Conde, 2003, párr. 35-37).

La necesidad de guiar los trastornos de sangrado ocasionados por los anticonceptivos es cuestionable; fundamentalmente, se da el uso de tratamientos hormonales en las usuarias que ya

utilizan métodos hormonales; asimismo, se recomienda otro método, o tener paciencia y aguardar hasta que los ciclos se regulen, pero si esto no es factible, se ofrece otro método. La mujer que presenta cefalea muy intensa puede empezar a usar DMPA; sin embargo, la usuaria deberá modificarlo por otro sistema sin hormona. Si estos dolores de cabeza empeoran después de comenzar el empleo de DMPA, y si, además, están asociados con visión borrosa, daño temporal de la visión, destellos, o problemas para hablar o moverse, se debe referirla para el tratamiento apropiado. (Rodríguez, Gómez & Conde 2003, párr. 38-39).

Contraindicaciones

Los anticonceptivos combinados están contraindicados en mujeres con disfunción hepática relevante, enfermedad cardiovascular, variaciones del metabolismo lipídico, hemorragia vaginal no diagnosticada o migraña grave. Si bien es cierto no están contraindicados, pero se deben tomar con cautela en aquellas mujeres con factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, como diabetes mellitus, obesidad, hábito de fumar o hipertensión, deben dejar de ingerirse los ACOC; si aparece alguno de los siguientes trastornos: dolor torácico fuerte, dificultad para respirar, cefalea inusual, hepatitis, ictericia, aparición de una depresión grave, un aumento importante de la presión arterial. (Rodríguez, 2011, p. 05).

Figura 10. Contraindicaciones de los ACO

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Cardiovasculares <ul style="list-style-type: none"> • Trombosis venosa, embolismo pulmonar • Accidente cerebrovascular • Cardiopatía isquémica • Cardiopatías embolígenas • HTA no controlada 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de primer grado con enfermedad tromboembólica • HTA controlada • Enfermedad varicosa • Valvulopatías
Metabólicas <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mal controlada, con afección de órganos diana o asociada a otros fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dislipemia • Diabetes controlada sin otros fármacos
Hematológicas <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de proteínas anticoagulantes: antitrombina III, proteína C y S • Resistencia a proteína C (factor V Leyden) • Trombocitosis 	Drepanocitosis
Ginecoobstétricas <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo o sospecha • Sangrado vaginal no filiado • Lactancia (excepto ACO gestágeno) 	<ul style="list-style-type: none"> • Colestasis gestacional previa • Displasias • Galactorrea • Oligomenorrea o amenorrea sin estudiar • Enfermedad trofoblástica
Factores de riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Fumadoras > 35 años y obesas • Fumadoras > 40 cigarrillos/día • Obesidad (IMC > 35) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fumadoras > 35 años no obesas • Fumadoras de 15-40 cigarrillos/día • IMC de 30-35
Neoplasias <ul style="list-style-type: none"> • Tumores hormonodependientes • Cáncer de mama • Tumores hepáticos • Adenoma hipofisiario 	Antecedentes familiares de primer grado con cáncer de mama premenopáusico
Otras <ul style="list-style-type: none"> • Migraña focal • Cirugía mayor electiva, colestasis • Hepatopatía activa, xolestasis • Lupus eritematoso • Insuficiencia renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia • Litiasis biliar • Nefropatía crónica • Migraña no focal • Crohn y colitis ulcerosas • Otosclerosis • Depresión y otros trastornos psiquiátricos • Interacciones medicamentosas

Nota: Cardo & Baixauli (2004, p. 03).

Patologías relacionadas

Efecto de riesgo cardiovascular.

Según la revista *Gynecology Obstetric and Human Reproduction* (2019), indica que el uso de anticonceptivos independiente de la vía de administración se ha asociado a efectos graves de tromboembolismo venoso (TEV); este riesgo es alrededor de tres veces mayor en pacientes que utilizan anticonceptivos hormonales combinados, con respecto a los que no reciben esta terapia; sin embargo, es mucho menor durante el embarazo o la lactancia, siendo la principal causa de TEV la dosis del estrógeno. Mientras tanto, el infarto de miocardio entre los pacientes que reciben estos medicamentos fue multiplicado por 1.7, lo cual no difiere entre las distintas generaciones de los anticonceptivos; también se han visto resultados similares en metaanálisis con respecto al riesgo de ictus isquémico (p. 298).

Los efectos indeseables cardiovasculares representan el principal riesgo relacionado con el uso de los anticonceptivos, tomando en cuenta las patologías venosas como arteriales, ya que estos medicamentos aumentan de forma significativa el riesgo de TEV, principalmente durante el primer año de uso. En cuanto a las enfermedades arteriales, datos epidemiológicos han reflejado un mayor peligro de infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares en pacientes que utilizan anticonceptivos orales. (Maitrot, Plu & Gompel, 2012, p. 5).

Los mecanismos por los que los ACOC permiten impulsar la enfermedad cardiovascular (ECV), conllevan la operación de los estrógenos sobre el sistema hemostático, la de los gestágenos sobre el metabolismo de los lípidos y la acción compaginada de ambos sobre el metabolismo de los hidratos de carbono y la tensión arterial. El infarto agudo de miocardio (IAM) es extraño en mujeres en edad reproductiva; el riesgo basal en mujeres sanas es mayor al pasar los años; el uso de ACOC incrementa el doble el riesgo de IAM, inclusive después de adaptarlo, según otros factores de peligro como tabaquismo, HTA, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad. Este crecimiento en usuarias de ACOC es mayor si son fumadoras, y este efecto es significativo en mujeres fumadoras mayores de 35 años. (Tejeda, 2011, p. 07).

En el prospecto se señala, como observación, un importante riesgo de IAM en fumadoras, asesorando que las mujeres que consumen ACOC renuncien a fumar y que se estime otro método anticonceptivo si son mayores de 35 años; los progestágenos de tercera generación (desogestrel, gestodeno, norgestimato) exponen efectos más convenientes sobre el perfil lipídico que los de

segunda generación, por lo que se esperaría un riesgo menor de IAM; esta suposición no ha sido corroborada por los datos clínico-epidemiológicos. El accidente cerebro vascular (ACV) isquémico es muy insólito en usuarias sanas en edad reproductiva; la incidencia asciende con la edad. Estudios epidemiológicos evidencian un riesgo 2.2 veces superior en pacientes de ACOC de baja dosis, en relación con las que no son usuarias. (Tejeda 2011, p. 07).

La incidencia de ACV isquémico se ve aumentada en mujeres que tienen migraña con aura; en las migrañas sin aura no se ha demostrado mayor constancia; tomando en cuenta el uso de ACOC, aumenta de 2 a 4 veces el riesgo de ACV isquémico en mujeres con migraña. No se aconseja prescribir ACOC a mujeres con aura visual o déficit neurológico afiliado con migraña, ni a usuarias mayores de 35 años con migraña sin aura o fumadoras, ya que tanto la edad como el tabaquismo incrementan significativamente el riesgo de ACV isquémico. No se presenta una contraindicación para el uso de ACOC en pacientes con migraña sin aura, y de otros factores de riesgo sumados. El riesgo de AVC hemorrágico en mujeres menores de 35 años, sin otros factores de riesgo como HTA o tabaquismo, no se cambia con el uso de ACOC; en usuarias con HTA el riesgo se redobla por 10. (Tejeda, 2011, p. 07).

Accidentes Arteriales.

Se pueden llegar a desarrollar los accidentes arteriales debido al uso de los ACO, como se conoce el popular accidente cerebro vascular (ACV), o infarto de miocardio (IM); estas patologías se desarrollan generalmente en mujeres mayores de 35 años, que muestran factores de riesgo cardiovascular; por ejemplo, el tabaco, hipertensión arterial (HTA), entre otros, y son menos frecuentes que los accidentes venosos, pero sus complicaciones a corto y largo plazo a menudo son más graves. Con respecto a la incidencia con los ACO, se incrementan sin diferencia evidente, según el tipo de progestágeno. (Fevre, 2019, p. 06).

Tromboembolismo venoso (TEV).

Las referencias disponibles acerca de TEV y la utilización de anticonceptivos corresponden, en su mayoría, a análisis epidemiológicos ejecutados con ACOC; las amenazas de uso se consideran adaptables a los anticonceptivos combinados que usan otras vías de administración; es una reacción adversa inusual, pero grave; mortal en 1-2 % de los casos. Los ACOC multiplican por 3 el riesgo de TEV; esto varía con la dosis de EE, el tipo de progestágeno y la vía de administración,

y es superior durante el primer año de toma. Aun así, se muestra en la figura 4 que el riesgo total sigue siendo bajo y menor que en el embarazo. (Tejeda, 2011, p. 07).

Por consiguiente, cuando las mujeres toman anticonceptivos orales, el peligro de TV aumenta 30 veces, aunque solo el 2.4% desarrollará esta patología cuando tenga 65 años. Cuando las mujeres toman anticonceptivos orales, el riesgo aumenta 16 veces, para acrecentar TV o tromboembolismo pulmonar, y 150 veces el riesgo para desarrollar trombosis en venas cerebrales. Los trastornos de la coagulación son frecuentes en la ciudadanía, y aumentan significativamente el riesgo de trombosis venosa y sus estrictas complicaciones. Por lo tanto, el uso de anticonceptivos orales está contraindicado en mujeres que padecen un trastorno de la coagulación. (Arias, 2014, párr. 13-14-15).

Figura 11. Riesgo relativo e incidencia de TEV

POBLACIÓN	RIESGO RELATIVO	INCIDENCIA DE TEV POR 100.000 MUJERES AÑO
Mujer sana 15-44 años que no toma ACOC	1	5-10 casos
Mujer toma ACOC con Levonorgestrel (2° generación)	2-4	20 casos
Mujer toma ACOC con gestodeno o desogestrel (3ª generación)	6	30-40 casos
Portadora Factor V Leiden	6-8	24-40 casos
Portadora Factor V Leiden y usuaria ACOC	30	120-150
Embarazo	12	48-60

ACOC: anticonceptivo oral combinado, TEV: tromboembolismo venoso

Nota: Tejeda (2011, p. 08).

La edad y la obesidad amplían los sucesos de TEV; las pacientes de ACOC con gordura presentan un riesgo dos veces mayor con respecto a mujeres delgadas, por lo que el uso de ACOC debe obviarse en mujeres perimenopáusicas obesas. La incidencia que se presenta de TEV es doble con progestágenos de tercera generación (desogestrel, gestodeno), en razón a los de segunda generación (LVN, noretisterona). El exceso de riesgo absoluto de los progestágenos de tercera generación respecto a los de segunda se estima en 16 casos/100.000 mujeres al año; por otra parte, otro progestágeno de tercera generación es el norgestimato, que no se ha asociado a un peligro superior de TEV comparándolo con LVN; además, el acetato de ciproterona, progestágeno de acción antiandrogénica, aparenta tener relación a una intensidad de riesgo de 2-4 veces respecto a LVN. (Tejeda, 2011, p. 08).

El mecanismo por el cual los progestágenos de tercera generación contribuyen con la trombosis venosa, es una fortaleza adquirida a la Proteína C activada. Existen datos que orientan que el parche contraceptivo puede incrementar el riesgo de TEV; se acepta que la anticoncepción con progestágeno, tanto por vía oral como por implantes subcutáneo o inyectable, no aumenta el peligro de TEV; asimismo, la toma de ACOC agranda significativamente el riesgo de TEV en mujeres con trombofilia. El despistaje diario de trombofilias no se valora con coste efectivo, por lo que la OMS no lo apoya de manera sistemática antes de comenzar con ACOC, excepto para casos de riesgo familiar. (Tejeda, 2011, p. 08).

Cáncer.

Los ACOC se han enlazado con un riesgo superior de ciertos tipos de cáncer y menor de otros. El estudio más extenso sobre la relación entre ACOC y cáncer arrojó datos del análisis acerca de la contracepción. Dentro de los descubrimientos más importantes del trabajo fueron que las que consumen ACOC contra las que no, presentaban una disminución significativa del 12% en el riesgo de cualquier cáncer, reduciendo significativamente la amenaza de cáncer colorrectal, cuerpo uterino y de ovario y un diminuto, pero no significativo, aumento de peligro de cáncer de pulmón, cérvix, sistema nervioso central e hipófisis. (Tejeda, 2011, p. 08).

En pacientes durante más de 8 años sí ocurrió un aumento característico de riesgo de cáncer de cérvix y de SNC e hipófisis, y un decrecimiento significativo del cáncer de ovario. La consecuencia protectora de los ACOC en el cáncer de ovario se conservó al menos 15 años después de suspender el tratamiento; por otro lado, se desarrolla una controversia sobre la impresión de los

ACOC sobre el cáncer de mama. Los estudios epidemiológicos, como el puntualizado de Royal College General Practitioners o The Nurses Health Study, no hallan vínculo entre los ACOC y el riesgo de cáncer de mama a lo largo de la vida. Una revisión de 1996, sobre los resultados de estudios epidemiológicos, incluye que, mientras la mujer está tomando ACOC, en los 10 años posteriores al suspender, la toma se provoca un ligero agravamiento de riesgo de ser diagnosticada con cáncer de mama. (Tejeda, 2011, p. 08).

Sin embargo, en el 2010, se realizó un análisis del Estudio de la Salud de Enfermeras, y se encontraron con que las participantes que usaron ACO tenían un ligero aumento del riesgo de cáncer de seno, pero más que todo en mujeres que tomaron un tipo específico de ACO, los “trifásicos”, y en el 2017 se informó acerca de riesgos de cáncer de seno asociados con formulaciones más recientes de anticonceptivos orales. En general, las que usaban o habían dejado el uso de ACO, tenían un modesto aumento del riesgo relativo de cáncer de seno, en comparación con las que jamás usaron anticonceptivos orales. (Institución Nacional del Cáncer, 2018, párr. 06-07).

En relación con la contracepción con progestágeno solo, los resultados son semejantes, el aumento del descubrimiento de cáncer de mama en usuarias activas o nuevas puede explicarse por medio de la valoración tradicional de promoción de tumores, que se habrían propagado previamente. Según la opinión de los médicos de elegibilidad de la OMS, las mujeres con historia familiar de cáncer de mama no tienen condicionado el uso de anticoncepción hormonal, y se define que actualmente no poseen pruebas de que los ACOC innoven el riesgo de desarrollar cáncer de mama de esta población. El uso de ACOC se ha asociado a mayor riesgo de desarrollar neoplasia intraepitelial cervical (CIN) y cáncer invasivo de cérvix. (Tejeda, 2011, p. 08).

La infección por papilomavirus es la fuente causal del cáncer de cérvix; el ACOC ejerce como cofactor en el crecimiento del tumor; los mejores datos disponibles proceden del estudio del Grupo Colaborativo sobre cáncer de cérvix, que inspecciona 24 estudios epidemiológicos, y se percibe un riesgo relativo de cáncer invasivo y carcinoma *in situ*, doble en usuarias de ACOC durante 5 o más años. El riesgo se modera al suspender el medicamento, y se iguala con las usuarias, seguido de 10 años; varios estudios sugieren que en las usuarias de ACOC no contagiadas por HPV no se amplificaría el riesgo de cáncer de cérvix. (Tejeda, 2011, p. 11).

Se distingue que el uso de ACOC merma la incidencia de cáncer de ovario. Las mujeres, que en algún momento de su vida han hecho uso de la anticoncepción hormonal, tienen una reducción significativa del riesgo de sufrir cáncer de ovario, respecto a las mujeres que nunca la han utilizado. Cuanto mayor sea el periodo de utilización, más disminuye el riesgo; se estima que por cada 5 años de anticoncepción hormonal la incidencia de cáncer de ovario se baja un 20%; el descenso del riesgo se confirma a partir de un año de utilizarlo, y se mantiene hasta 30 años después del cese de la toma. Los ACOC también tienen un efecto protector en mujeres con riesgo hereditario de cáncer de ovario. (Tejeda, 2011, p. 11).

Tabaquismo

Se encuentra un aumento de la amenaza de padecer enfermedades tromboembólicas en mujeres que consumen medicamentos como ACO, riesgo que se ve reforzado en pacientes fumadoras; se ve relacionada la incidencia de padecimientos tromboembólicos en mujeres que toman los ACO, que se incrementa tanto con la edad como con la circunstancia de ser fumadoras. Una investigación hecha en un conjunto de mujeres que utilizaban anticonceptivos orales y fumaban, demostró que su nivel de lipoproteínas de alta densidad en sangre era más pequeño que en las mujeres que nunca fumaban ni tomaban el ACO. Los niveles bajos interpretan un nivel de peligro superior en el desarrollo de enfermedades coronarias. (Rodríguez, 2011, p. 05).

Atención farmacéutica

Actividad de atención farmacéutica.

Son ocupaciones que podrían asociarse en el entorno de la clínica, por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el empleo de los medicamentos, antes que al fármaco en sí. Son intervenciones como las siguientes: indicación de medicamentos que no necesitan prescripción médica, dispensación e información de medicamentos, previsión de la patología, educación sanitaria, farmacovigilancia, continuidad farmacoterapéutica y todas aquellas otras vinculadas con la utilización racional del medicamento. (Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica 2015, p. 02).

Atención farmacéutica.

Se considera una práctica profesional cuando el paciente es el principal favorecido de las acciones del farmacéutico. Es la recapitulación de actitudes, comportamientos, compromiso, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del

farmacéutico en el servicio de la farmacoterapia, con la intención de conseguir resultados terapéuticos determinados en la salud y en la calidad de vida del paciente. (Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, 2015, p. 02).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Enfoque de investigación

Cuantitativo.

Según Hernández (2018), en su libro llamado “Metodología de la investigación”, describe el enfoque cuantitativo como secuencial y probatorio. Cada periodo adelanta al siguiente y no se puede “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque se puede redefinir alguna etapa. Cuando una idea está una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación; se investiga en la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las interrogantes se establecen hipótesis y se determinan variables; se establece un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se examinan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extraen algunas conclusiones respecto de la o las hipótesis. (Hernández, 2018, p. 37).

Esta investigación es de tipo cuantitativa, y se pretende realizar un enfoque cuantitativo probatorio, utilizando la recolección de datos de las encuestas para comprobar la hipótesis; asimismo, realizar un proceso delimitado para abarcar el tema de interés, y analizar los resultados de la investigación por medio de método estadístico, con el fin de probar teorías y patrones de comportamiento, ya que se pretende evaluar qué tanto conoce el farmacéutico del tema de los anticonceptivos, sus beneficios, adquisiciones, entre otros, por parte de los profesionales de la salud del cantón de Goicoechea, en los cuales se efectuará un análisis del sondeo hecho en el periodo de mayo 2019, y tener las conclusiones correspondientes.

Estudio descriptivo.

Según Hernández, en su libro explica el diseño de estudios descriptivos, que consiste en explicar fenómenos, sucesos y determinar cómo se manifiestan, donde se pretende especificar propiedades y perfiles de individuos, sociedades, entre otros, para someterlos a un análisis; donde se pretende medir o recoger información, de manera independiente o conjunta, sobre los conceptos o las variables a las que se refieren; su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas. (Hernández, 2018, p. 125).

Dentro de la investigación planteada, se puede relacionar con el estudio descriptivo, ya que se pretende explicar el motivo de algunos sucesos que, en lugar de beneficiar a la paciente, pasa todo lo contrario y se puede ver afectada su salud, teniendo en cuenta que la recopilación de

información es de manera conjunta, ya que se toma el apoyo por parte de la participación de los profesionales de la salud.

Estudio Explicativo.

Del mismo modo, los estudios explicativos son un poco más profundos que los descriptivos; van más allá de la explicación de conceptos, fenómenos o de relaciones entre conceptos, por lo que están dirigidos a responder por las situaciones de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo señala, su inclinación se centra en describir por qué ocurre un fenómeno, y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables. Las investigaciones explicativas son más organizadas que los estudios con los demás alcances; además, brindan un sentido de entendimiento del fenómeno a que hacen referencia. (Hernández, 2018, p. 128).

Luego, el estudio explicativo se ve relacionado, porque no solo se van a describir conceptos de la fisiopatología o el concepto de anticonceptivos hormonales orales, sino también profundizar en temas sociales, y la razón por la que está ocurriendo el fenómeno de falla terapéutica.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Indicador	Instrumento
Determinar el grado de conocimiento que posee el farmacéutico en relación con el uso de los anticonceptivos hormonales orales en la zona de Goicoechea.	Conocimiento.	Entendimiento, inteligencia, razón natural. (Diccionario de la Real Academia Española, Conocimiento, 2019).	Porcentaje de farmacéuticos que poseen conocimiento acerca del uso de ACO.	Encuesta. Preguntas 3-5-8-9-11-13-14-15-17.

Delimitar la forma cómo las pacientes adquieren sus anticonceptivos hormonales orales en las farmacias de Goicoechea.	Forma de adquisición	Hacer propio un derecho o cosa que a nadie pertenece. o que se transmite a título lucrativo u oneroso, o por prescripción. (Diccionario de la Real Academia Española, Adquirir, 2019).	Formas de adquisición por parte de las pacientes que solicitan un ACO en las farmacias.	Encuesta Preguntas 1-2-4-12.
Analizar los beneficios del desarrollo de un abordaje farmacéutico acerca de los anticonceptivos hormonales orales.	Beneficios.	Bien que se hace o se recibe. (Diccionario de la Real Academia Española, Beneficios, 2019).	N/A.	Encuesta Preguntas 6-7-10-16.

Nota: Elaboración propia (2019).

Geografía del cantón de Goicoechea

Goicoechea es un cantón ubicado en el noreste de la provincia de San José, en Costa Rica, y pertenece al Gran Área Metropolitana. Cuenta con una extensión territorial de 31,50 km². Su cabecera es Guadalupe, con categoría de ciudad. El cantón cuenta con 133 557 habitantes, de acuerdo con la última proyección demográfica del INEC.

El cantón se diferencia por ser uno de los más poblados del país, y asimismo por su alto grado de desarrollo comercial e industrial. Cuenta con un índice de desarrollo humano de 0,774.

Población

Según Hernández, en su publicación titulada “Metodología de la investigación”, explica el concepto de población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (Hernández, 2018, p. 207).

La población de esta investigación es la de las 33 farmacias de la comunidad privada del cantón de Goicoechea.

Muestra

Conforme al criterio de Hernández, describe la muestra, en esencia, como un subgrupo de la población; se podría decir que es un subconjunto de componentes que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se llama población. (Hernández 2018, p. 208).

Para esta investigación, la muestra es el 100% de las farmacias privadas del cantón de Goicoechea.

Fuentes de información

En el siguiente apartado se muestran los artículos seleccionados, los cuales brindaron la información requerida para llevar a cabo esta revisión bibliográfica.

Tabla 2. Fuentes de información

Año	Autor(es)	Título de la investigación	País	Descripción
(2009).	Alpízar, M.	Evaluación del conocimiento existente sobre el uso de anticonceptivos hormonales en las pacientes que recurren a ellos en la farmacia Zamora, ubicada en Aserrí, con el objetivo de	Costa Rica.	Evaluar el conocimiento con respecto a las reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones del tratamiento de ACO, concluyendo que el 4.4% de las usuarias encuestadas

		implementar una guía que le facilite su labor educativa al farmacéutico.		poseen inquietudes sobre ACO. y que un 55.5% de las pacientes acudieron al ginecólogo antes de acudir a la farmacia.
(2012).	González, A.	Estrategias didácticas que favorezcan a los y las adolescentes en los procesos de enseñanza y aprendizaje del tema: métodos anticonceptivos, del programa de biología de décimo año de la educación diversificada.	Costa Rica.	Pretendía construir estrategias didácticas que le dieran beneficios a los adolescentes en lo que es enseñanza y aprendizaje del uso de ACO, y se concluyó que se evidenció que el docente no explicó el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, y reflejó que las estrategias didácticas son poco innovadoras y el estudiante presenta poco interés, dejando claro que es importante que exista motivación para el aprendizaje.

(2012).	García, L. & Lobato, S.	Dispensación de anticonceptivos hormonales.	España.	Dispensación de anticonceptivos hormonales (Tesis de maestría). Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valladolid/Facultad de Farmacia de Salamanca. España.
(2013).	Bonilla, L. & Chaves, M.	Conocimientos, prácticas y actitudes respecto a la tecnología anticonceptiva de los y las estudiantes que cursan el décimo año del Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer y del Liceo Vicente Lachner Sandoval en los meses de febrero a julio del 2012.	Costa Rica.	Como objetivo, deseaban determinar los conocimientos, prácticas y actitudes sobre la tecnología anticonceptiva en los estudiantes, finalizando con que el grupo en estudio utilizaba el método anticonceptivo, con el fin de evitar un embarazo, demostrando que el método que sabían utilizar era el condón masculino.
(2014).	Velásquez, S.	Análisis del rol del regente farmacéutico en la dispensación y educación respecto al uso de métodos	Costa Rica.	Explicó que su objetivo era estudiar el rol del farmacéutico en la dispensación y

		anticonceptivos orales e inyectables en la farmacia comunitaria.		educación respecto al uso de métodos ACO, concluyendo que el farmacéutico tiene una relación de cercanía con las mujeres y, además, tiene la responsabilidad de atender las necesidades de las pacientes y prestar su servicio para promover un mejor desarrollo sanitario.
(2014).	Vázquez et al.	Experiencia Uruguay en Atención Farmacéutica activa en la comunidad.	Uruguay.	Experiencia Uruguay en Atención Farmacéutica activa en la comunidad.
(2015).	Ospina, N.	Propuesta para la creación de un programa de atención farmacéutica en anticoncepción oral en adolescentes.	Colombia.	Propuesta para la creación de un programa de atención farmacéutica en anticoncepción oral en adolescentes. U.D.C.A., Colombia.
(2015).	Álvarez, A. & Aguila, S.	Atención farmacéutica, ecofarmacovigilancia y su aporte en la	Perú.	Revista de la OFIL: Atención farmacéutica, ecofarmacovigilancia

		creación de ciudades sostenibles.		y su aporte en la creación de ciudades sostenibles.
(2016).	Crespo, B. & Alcalde, M.	Implantación de un Modelo de Atención Farmacéutica Especializada en centros sociosanitarios.	España.	Revista de la OFIL: Implantación de un Modelo de Atención Farmacéutica Especializada en centros sociosanitarios. España. OFIL.
(2016).	Acuña, N. & Rubio, C.	Diseño e implantación de un servicio profesional farmacéutico en anticoncepción hormonal para farmacia comunitaria.	España.	Diseño e implantación de un servicio profesional farmacéutico en anticoncepción hormonal para farmacia comunitaria. (Tesis de maestría). Universidad de la Laguna, España.
(2017).	Dupotey et al.	El enfoque holístico en la Atención Farmacéutica: Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia.	México.	El enfoque holístico en la Atención Farmacéutica: Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia.
(2018).	Cusiquispe, Y. & Pultay, Y.	Nivel de conocimiento y uso de métodos	Perú.	Nivel de conocimiento y uso de métodos

		anticonceptivos en adolescentes del 4° y 5° grado de educación secundaria básica regular de la I. E. (Tesis doctoral).		anticonceptivos en adolescentes del 4° y 5° grado de educación secundaria básica regular de la I. E. (Tesis doctoral). Escuela Profesional de Farmacia Bioquímica.
(2018).	Aguilar, L.	Diseño de un servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico basado en el método Dáder para su aplicación en el programa de Atención Farmacéutica de un hospital privado de Costa Rica.	Costa Rica.	Diseñar programas estándares de seguimiento farmacoterapéutico, para homogenizar un servicio por medio de la aplicación de instrumentos, midiendo el grado de conocimiento, y se otorgó una calificación del 1-100 a cada etapa del método Dáder que se valoró; así también se incorporó un cuestionario, con el fin de conocer la percepción de los pacientes, respecto al nuevo servicio brindado.

Nota: Elaboración propia (2019).

Criterios de inclusión y exclusión

La tesis que se presentará se realizó con información relacionada con temas, tales como Atención farmacéutica en el área de ACO, abordajes farmacológicos, reacciones adversas, interacciones, al uso correcto de ACO en el periodo del 2019. Se excluyeron artículos que hablaban de atención farmacéutica, pero en otras áreas farmacéuticas, así como también los que se publicaron con una antigüedad mayor a 12 años, y algunos artículos en inglés que no eran relevantes.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se tabularán los resultados obtenidos durante el proceso de entrevista a los farmacéuticos, y se analizarán cuantitativamente, mediante la confección de tablas y gráficos, aplicación de los instrumentos, tabulación de datos e interpretación de los resultados.

Cuestionario

El instrumento utilizado fue un cuestionario de 17 preguntas, que se empleó con el fin de juntar la información que fuera necesaria para retribuir los objetivos de esta investigación.

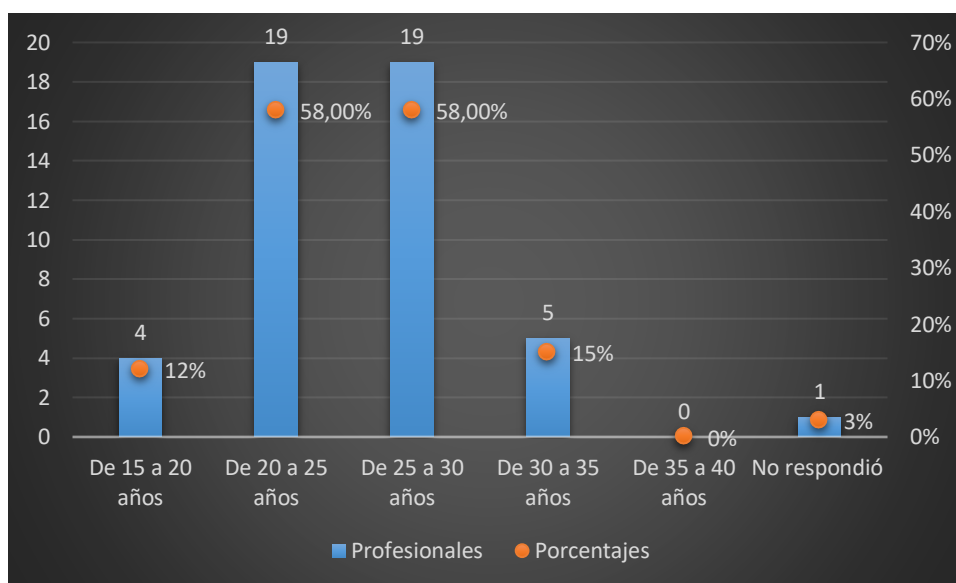
El cuestionario fue aplicado a 33 profesionales en Farmacia, debidamente incorporados al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, que trabajen en el cantón de Goicoechea.

Tabla 3. Edades más frecuentes en usuarias que utilizan anticonceptivos en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
De 15 a 20 años	4	12%
De 20 a 25 años	19	58%
De 25 a 30 años	19	58%
De 30 a 35 años	5	15%
De 35 a 40 años	0	0%
No respondió	1	3%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 12. Edades más frecuentes en usuarias que utilizan anticonceptivos en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

La tabla 3 y la figura 12 revelan la distribución de pacientes que hacen uso de los anticonceptivos hormonales orales según la edad. Se observa que el 12% se encuentra en la edad de quince a veinte años, el 58% hace referencia de veinte a veinticinco años; de igual manera, las edades de veinticinco a treinta poseen un 58%, un 15% corresponde a las de treinta a treinta y cinco años, un 0% en pacientes de treinta y cinco a cuarenta años y un 3% representa a los farmacéuticos que desconocen los posibles rangos de edades.

Se puede decir que el 116% de la población que hace uso de anticonceptivos hormonales orales son las usuarias que tienen edades de veinte a treinta años, y que tan solo un 12% corresponde a usuarias menores de veinte años. Los farmacéuticos exponen que: podrían existir ciertos factores que desencadenen que las adolescentes no hagan uso frecuente de los anticonceptivos hormonales orales; la primera causa sería la falta de educación que dan en las escuelas y colegios, seguida de la posibilidad de que la población adulta sigue siendo conservadora y no apruebe que sus hijas menores de veinte años tengan una vida sexual activa, por lo que no las apoyan económicamente para hacer uso del método anticonceptivo.

Por otra parte, el gráfico también refleja que las mujeres mayores de treinta y cinco años no consumen con continuidad los ACO, por lo que también se comentó que esto podría deberse a que las usuarias estén divorciadas, o tengan la intención de lograr un embarazo, o es probable que utilicen otro método anticonceptivo que no sea oral, ya que algunas pacientes le cuentan sus preocupaciones al farmacéutico. Las posibilidades descritas anteriormente podrían ser el motivo por el cual en la encuesta se reflejó que dichas pacientes no consumen anticonceptivos hormonales orales. Lo anterior dicho por experiencia de algunos farmacéuticos.

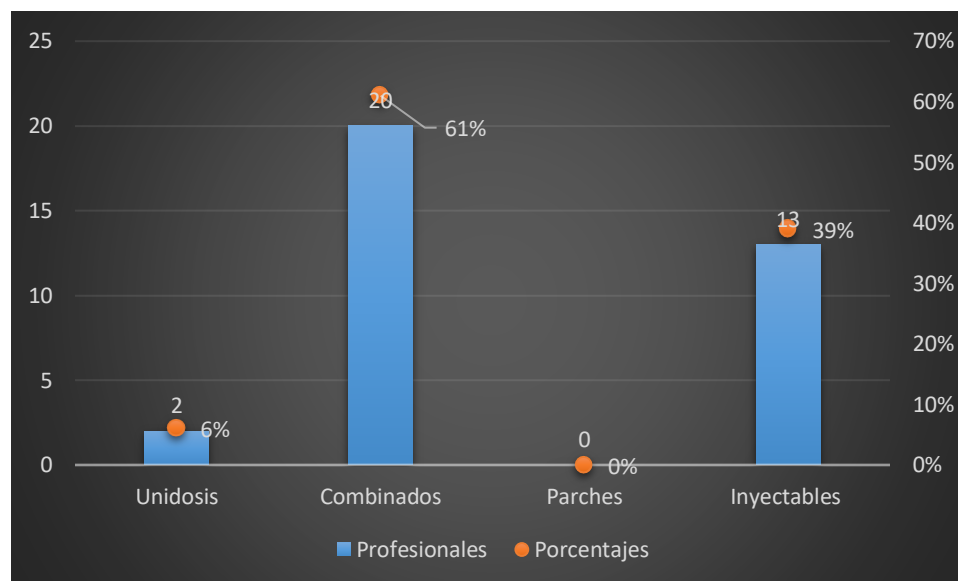
En Costa Rica se realizó un estudio por medio de una encuesta, donde se anunció que, a los 18 años, la mitad de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales, por lo que en ese entonces un 85% de la población consideraba que era necesario que se empezara a brindar educación sexual desde la escuela primaria. Por otra parte, se notó que la mitad de las mujeres no deseaba su último embarazo. Y se llega a la deducción de que el Estado debe impulsar políticas y acciones claras para lograr educar a la ciudadanía en relación con la salud sexual y reproductiva, porque el desconocimiento y los estigmas sociales, hacen que se convierta en un problema de los derechos humanos; por eso los resultados de este trabajo surgen tan fundamentales para coordinar las acciones en materia de prevención y salud. (MINSA, 2016, párr. 03-04-05-08).

Tabla 4. Anticonceptivos que con mayor frecuencia adquieren las pacientes en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

Método anticonceptivo	Profesionales	Porcentajes
Unidosis	2	6%
Combinados	20	61%
Parches	0	0%
Inyectables	13	39%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 13. Anticonceptivos que con mayor frecuencia adquieren las pacientes en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 4 y figura 13 se refleja cuál es el anticonceptivo más utilizado en la zona de Goicoechea, y el 6% pertenece a los anticonceptivos unidosis, el 61% de los resultados hacen referencia a los anticonceptivos combinados, seguido de un 0% en la utilización de los parches, y por último un 39% a la utilización de anticonceptivos inyectables.

Se puede apreciar que el método más utilizado son los anticonceptivos combinados, con un resultado del 61%, mientras que el de menos uso con un 6%, sería el de los anticonceptivos de unidosis. Esto podría estar relacionado con que la mayoría de los contraceptivos que se promocionan ante la ciudadanía son los combinados, ya que presenta, publicidad muy variada y, por parte de las usuarias que reciben esta información, no se nota un interés de investigar qué clase de hormonas o cuáles son las hormonas que trae el anticonceptivo, con ayuda de un experto, para determinar si ese es el que más les conviene, pero lo que ocurre es que simplemente eligen consumirlo sin el criterio de un médico especialista.

Mientras que el de menor uso son los de unidosis, representándose con un 6%; posiblemente se deba a que la mayoría de recomendaciones, por parte de los farmacéuticos, son los anticonceptivos combinados, que ayuden a mejorar aspectos estéticos, como es el caso de la piel, uñas y cabello, ya que tienen la creencia de que las unidosis son más que todo para las usuarias que están en periodo de lactancia, o bien los inyectables, que tienen la ventaja de que no se tienen que consumir diariamente, y así evitar el olvido.

Lo primero que se aconseja es que las pacientes consulten primeramente con el ginecólogo, quien va a elegir el anticonceptivo más adecuado para cada uno; además, en el mercado existen varios métodos anticonceptivos; sin embargo, las tabletas anticonceptivas son el método más conocido en el mundo, tanto por hombres como para mujeres. Asimismo, en la página de la Asociación Demográfica Costarricense, el nivel de efectividad que posee es de 6 a 8 de 10, mientras que el uso es del 21,3%, encabezando la lista de los métodos anticonceptivos. (Asociación Demográfica Costarricense 2010, p. 01).

De acuerdo con los datos anteriormente mencionados, a nivel nacional, el anticonceptivo hormonal oral es el contraceptivo más utilizado en la población femenina, por lo que interesa, en primer lugar, que la población se entere y haga conciencia, de que se debe asistir primero donde el especialista, y, además, que cuando se acerque a una farmacia, el farmacéutico conozca de manera correcta cómo realizar el abordaje farmacéutico, para que asesore de manera eficaz a las usuarias.

Otro aspecto por considerar es que se recomienda, a la pareja, cuando va a utilizar un método anticonceptivo, que debe tener en cuenta cuál es más eficaz y seguro, así como que sea de fácil uso, que esté al alcance económicamente, y lo más importante, que sea aceptado por ambos, ya que requiere tener consideraciones junto con la pareja, para tener un control de la natalidad y que la mujer logre alcanzar la responsabilidad de la planificación de su fertilidad. Aunque en algunas situaciones la mujer no tiene pareja estable, se considera como una medida importante, pero que recaer únicamente sobre la mujer, ya que ella va a ser la que sufra las consecuencias de un embarazo no deseado.

Por otra parte, se aprecia que un 39% de las pacientes utilizan los inyectables como método anticonceptivo; los beneficios de este son los mismos que el de los orales, pero su eficacia depende de la aplicación, que se realice en la fecha adecuada y con esto se debe mencionar que cuando el inyectable se va a aplicar por primera vez, se recomienda que sea el primer día del ciclo menstrual,

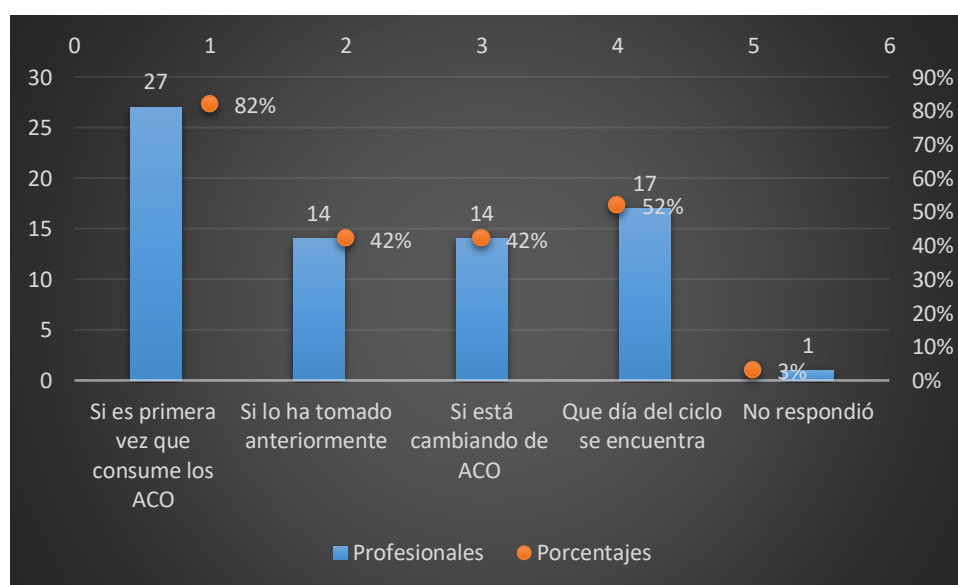
y que al siguiente mes se aplique en la misma fecha de su primera aplicación, esté o no con el período; sin dejar de lado que tampoco previene ETS. Es utilizado con más frecuencia en mujeres de 35 años en adelante, por su uso de una sola aplicación, al mes o cada tres meses. (López, 2018, párr. 10-11).

Tabla 5. Aspectos por considerar cuando se realiza un abordaje inicial acerca de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Si es primera vez que consume los ACO	27	82%
Si lo ha tomado anteriormente	14	42%
Si está cambiando de ACO	14	42%
Que día del ciclo se encuentra	17	52%
No respondió	1	3%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 14. Aspectos por considerar cuando se realiza un abordaje inicial acerca de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la figura 14, junto con la tabla 5, se visualiza información acerca de un abordaje inicial. Dentro de las opciones, un 82% hace referencia a los farmacéuticos que les preguntan a las pacientes si es primera vez que consumen un ACO, seguido de un 42%, que corresponde a la consulta de que si lo ha tomado con anterioridad; de igual manera un 42% sería de si está cambiando de ACO, un 52% de en qué día del ciclo se encuentra y, por último, un 3% de los profesionales no respondió.

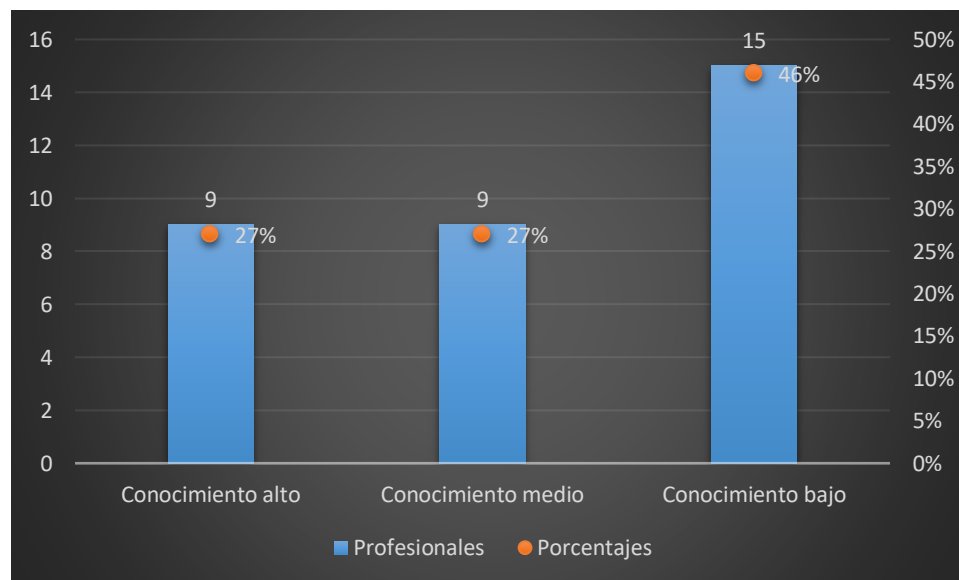
Se aprecia, en las respuestas, que el 82% de los farmacéuticos indagan si es la primera vez del consumo; por lo tanto, llama la atención que algunos profesionales no estén realizando preguntas técnicas para llevar a cabo su desempeño profesional. Por otro lado, únicamente 9 farmacéuticos respondieron de manera correcta, ya que la verdadera respuesta a esta pregunta eran todas las opciones, mientras 24 farmacéuticos solo hacen algunas de estas preguntas, pero no todas, lo cual es preocupante, porque cuando se va a dar un medicamento, el profesional indaga sobre la situación del paciente, para garantizar calidad de vida; de lo contrario, no se podría.

Tabla 6. Conocimiento que posee el farmacéutico a la hora de realizar las preguntas para recomendar un ACO.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	9	27%
Conocimiento medio	9	27%
Conocimiento bajo	15	46%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 15. Conocimiento que posee el farmacéutico a la hora de realizar las preguntas para recomendar un ACO.



Nota: Elaboración propia (2019).

La tabla 6 y figura 15 se usaron para determinar cuántos farmacéuticos tenían un conocimiento alto, medio y bajo. Se consideró la cantidad de farmacéuticos que respondieron todas las opciones, que resultaron ser únicamente 9 farmacéuticos, equivalentes a un 27%, de conocimiento alto; de igual manera otro 27% respondió de 2-3 respuestas de las que se ofrecieron, obteniendo un conocimiento medio y un 46%, que corresponde a 15 farmacéuticos, colocaron de 0-1 respuestas, lo cual demuestra que el conocimiento que estos poseen se considera bajo.

Para probar los beneficios del desarrollo de un abordaje farmacéutico acerca de los anticonceptivos hormonales orales (AHO), se comprobó que los fármacos se colocan a disposición de las usuarias exclusivamente en las farmacias comunitarias, por lo que el farmacéutico posee un papel importante en la orientación acerca de la utilización de los mismos; así mismo, como la dispensación en la educación sanitaria, e indica que toda mujer, antes de utilizar un AHO, debería proceder a una exploración ginecológica, para descartar posibles contraindicaciones y considerar factores de riesgo o patologías que puedan condicionar controles posteriores. (Crespo et al., 2010. p. 1).

Pero se demuestra que un 46% de profesionales no están haciendo un abordaje farmacéutico completo por lo que se deduce que la orientación que brindan no es la apropiada, lo cual se

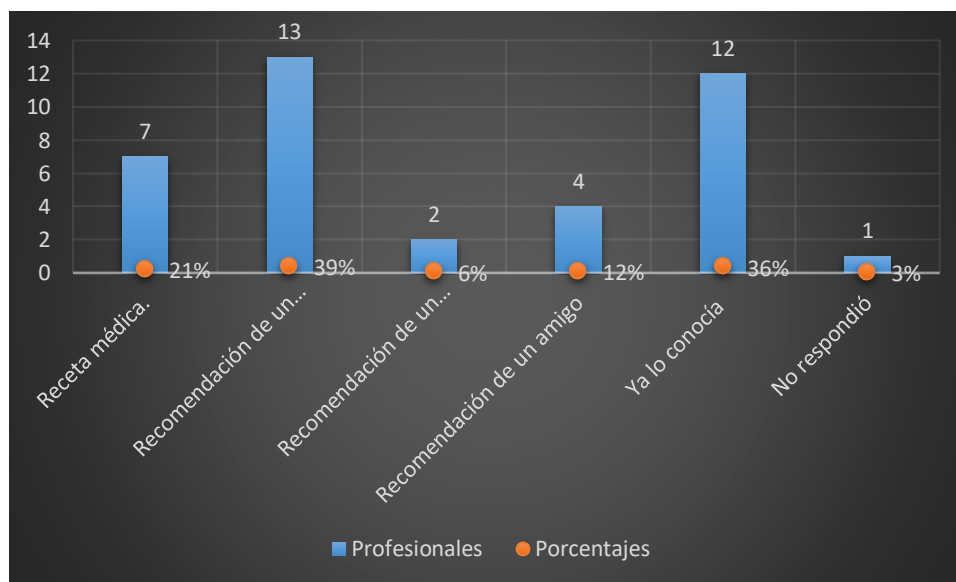
transforma en una falta de conocimiento acerca de la dispensación de ACO y, como ya se conoce la clave del éxito, se encuentra en cómo se realiza un abordaje, ya que la información que se obtiene de las preguntas realizadas de manera correcta son las que van a reflejar cuál es el medicamento que más le conviene o que mejor se acopla al estilo de vida de la usuaria.

Tabla 7. Situaciones por las que se vende un ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Receta médica.	7	21%
Recomendación de un farmacéutico	13	39%
Recomendación de un familiar	2	6%
Recomendación de un amigo	4	12%
Ya lo conocía	12	36%
No respondió	1	3%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 16. Situaciones por las que se vende un ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 7 y figura 16 se revelan las circunstancias en las que se venden los anticonceptivos en la farmacia privada; se observa que la cantidad de pacientes que llegan a la farmacia con receta médica es de un 21%; por recomendación de un farmacéutico es un 39%,

seguida de la recomendación familiar, que corresponde a un 6%; la recomendación por parte de un amigo sería de un 12%, pacientes que afirman que ya conocen el ACO es de un 36%, y por último un 3% de los farmacéuticos encuestados no respondieron la pregunta.

Cabe recalcar que hay datos muy similares al porcentaje superior, lo que llama la atención, debido a que las pacientes llegan a la farmacia específicamente por algún ACO, y lo alarmante es que los profesionales encuestados dijeron abiertamente de que cuando se presentaba una paciente para adquirir este medicamento, ellos solo lo despachaban sin hacer una serie de preguntas o mostrar un poco de atención en la usuaria, ya que esta profesión se encarga precisamente de los abordajes de cómo tomar un fármaco para lograr su mayor eficacia.

El conocimiento que posee cada paciente, acerca de lo que está adquiriendo, no es brindado exclusivamente por parte del especialista, ya que algunas llegan con una muestra médica a solicitar el medicamento, sino también por los profesionales en Farmacia encargados de hacer un abordaje farmacéutico. Por otra parte, se debe tener claro que es de suma importancia que los farmacéuticos realicen un abordaje de calidad y que se mantengan actualizados, ya que se debe tomar en cuenta que la mayoría de las mujeres consultan primero en la farmacia que con un ginecólogo. Esta información fue brindada por los profesionales de la salud encuestados, ya que mientras realizaban la encuesta se detenían a explicar ciertas situaciones.

El trabajo organizado, hecho en la dispensación, permite hacer cumplir la legislación vigente, ya que, en España, si no se presenta una receta médica, se impide la entrega de fármacos y, por tanto, obliga a que el paciente asista primero al médico. El nivel de conocimiento sobre cómo utilizar los AHO podría deberse a la información obtenida por las usuarias en la farmacia comunitaria, centros de planificación, colegios, sitios web, entre otros. Más de la mitad de las pacientes (57,1%) utilizaba este método anticonceptivo, a pesar de estar contraindicado su uso, por tener factores de riesgos, y sería apropiado diseñar campañas de educación sanitaria con un grupo de profesionales de la salud, dirigidas a las usuarias de AHO, asesorando de los riesgos que puede provocar el uso reiterado de estos medicamentos. (Crespo et al., 2010. p. 6).

Como se aprecia. en otros países se siguen protocolos para la dispensación de los ACO, pero lamentablemente en Costa Rica no se cuenta con los mismos, y la mejor manera de darle un fármaco a un paciente es con receta médica, si no se considera de venta libre.

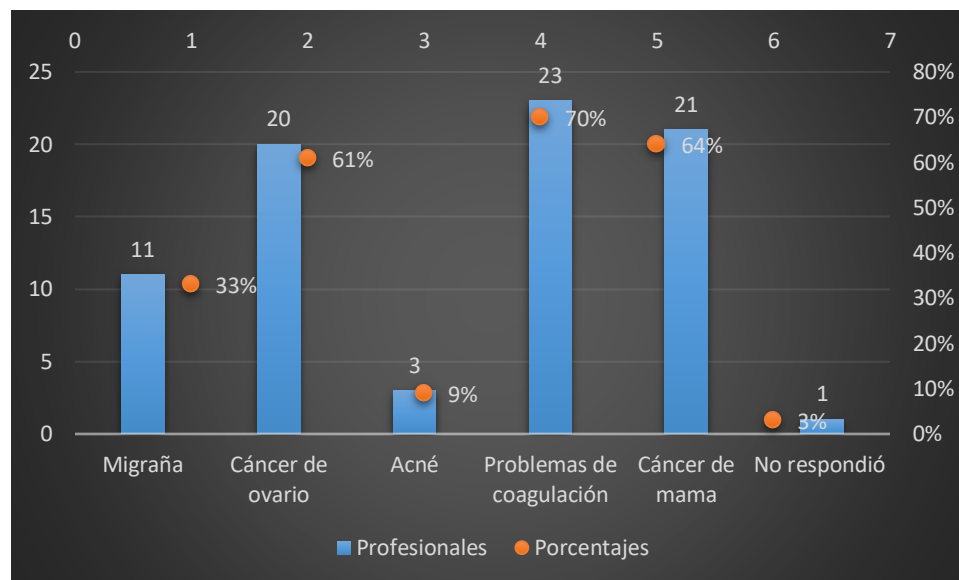
Según el Sistema Costarricense de Información Jurídica, en el 2011, en el artículo 120, dice que todo medicamento con esta característica se denomina cuando cuya administración no necesita autorización médica, usado por los consumidores bajo su propia responsabilidad para prevenir, aliviar o tratar síntomas o patologías leves y que su empleo, en la forma, condiciones y dosis lícitas sean seguras para la población. Pero en este caso sí se necesita de un especialista, ya que los ACO se encuentran en la lista de los que requieren receta, por lo que no es lo mejor que la ciudadanía cree pensamientos de que no es necesario, ya que existe la farmacia.

Tabla 8. Patologías en las cuales no se deben administrar ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Migraña	11	33%
Cáncer de ovario	20	61%
Acné	3	9%
Problemas de coagulación	23	70%
Cáncer de mama	21	64%
No respondió	1	3%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 17. Patologías que se evita combinarlas con el uso de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 8 y figura 17 se hace referencia al conocimiento de los farmacéuticos, y el resultado fue el siguiente: el 33% marcó que con migraña no era correcto hacer uso de los anticonceptivos, luego el 61% corresponde a la opción de cáncer de ovario, seguido de un 9%, que marcó que con acné no se debe consumir el ACO; el 70% concuerda con la opción de problemas de coagulación, el 64% con cáncer de mama y, por último, un 3% corresponde a la cantidad de profesionales que no contestaron la pregunta.

El 70% de profesionales concuerdan en que cuando una paciente presenta problemas de coagulación, o existen antecedentes familiares, es mejor que tenga precaución con este tipo de medicamentos. No se debe dejar de lado que muchos farmacéuticos, creen que el cáncer es un factor relevante para no recomendar la utilización de estos fármacos, y sí es verdad, pero únicamente en el cáncer de seno, ya que es una contraindicación; sin embargo, algunas pacientes no atienden las indicaciones del encargado en farmacia, y las obtienen en otros lugares. Mientras, solo un 1% no supo qué responder.

La migraña se considera una enfermedad que predomina de 2 a 3 veces más en mujeres que en hombres, y está asociada con cambios fisiológicos en los niveles de esteroides ováricos, durante el ciclo menstrual y en la menopausia. Los datos clínicos indican que los niveles altos de estrógenos

incrementan la posibilidad de tener migraña; esta influencia hormonal es más significativa para la migraña sin aura. La migraña con aura es un factor de riesgo para stroke isquémico (que es una pérdida de flujo sanguíneo al área del cerebro), incrementado por el consumo de tabaco o el uso de anticonceptivos orales; se recomienda no fumar, y el uso de niveles bajos de estrógenos o solo de progesterona, particularmente en migraña con aura. Una contraindicación declarada por la OMS es que las mujeres con migraña con aura, a cualquier edad, no deben usar ACO, y cuando es migraña sin aura y menor de 35 años, podrían usar ACO. (Pérez & Lascano, 2015, pp. 03-04).

Las mujeres son más propensas a padecer migrañas que los hombres, lo cual cabe rescatar, ya que es la población femenina quien consume ACO; por otra parte, es importante contar con esta información, ya que, sabiendo eso, se puede decidir a qué tipo de migraña y en qué condiciones una paciente sí podría consumirlos o no, para evitar riesgos y garantizarles la calidad de vida de las usuarias.

Para los ACO existen contraindicaciones absolutas, las cuales corresponden a mujeres con flebitis, antecedentes de embolia pulmonar o enfermedades cardíacas, que favorezcan la formación de coágulos (valvulopatías), ya que se incrementa el riesgo de formación de trombos en el sistema venoso y, por tanto, de sufrir trombosis o accidentes cerebrovasculares. Hay contraindicaciones para mujeres fumadoras, especialmente si son mayores de 35 años; mujeres que hayan sufrido un cáncer de mama o útero, que en muchos casos son de origen hormonal, mujeres con cefaleas fuertes, epilepsia o hipertensas, pero no se menciona el cáncer de ovario, por lo que algunos profesionales están desinformados. (Sanitas, 2019, párr. 06).

Por tanto, esto afirma que, si una paciente presenta algunas patologías mencionadas anteriormente, no es recomendable que tenga acceso a los ACO, ya que se puede ver perjudicada su salud; además, se refleja coherencia en las respuestas de los farmacéuticos, lo cual indica que sí tienen un conocimiento provechoso.

La médica de familia, Nerea Robles, indica que existen varios tipos de acné, y que la forma más común es el acné polimorfo juvenil, pero la doctora señala que el acné, no relacionado con una modificación genética u hormonal, puede ocurrir también en adultos, ya que los motivos serían distintos a los de la adolescencia. En los adultos sería por motivos como causas exógenas, como

consumir drogas, el ambiente, utilizar cosméticos, entre otros, y para estos casos la toma del ACO no tendría ningún efecto en el acné. (Reguera, 2019, párr. 06-07-09-10).

El acné puede deberse a alteraciones hormonales por un hiperandrogenismo, y es aconsejable usar ACO con efectos antiandrogénico, por lo que si una paciente presenta acné sí se le puede recomendar el uso de estos. Ese 9% que respondió que con acné no se usan, solo deja ver que los profesionales no se están informando constantemente.

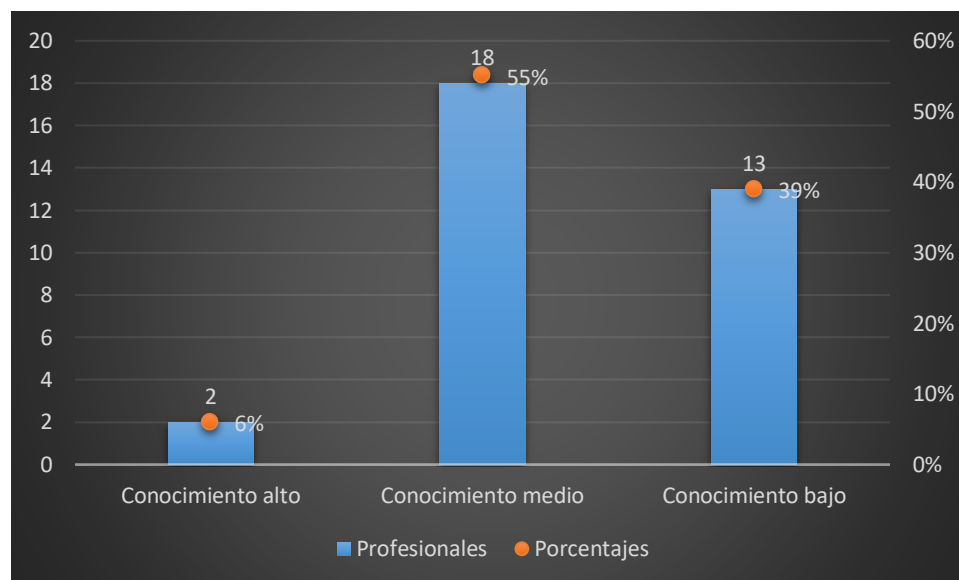
Se estima que el 5% de la población posee algún trastorno de la coagulación, enfermedades que se denominan trombofilias, y estas se caracterizan por causar trombosis venosa; su incidencia aumenta con la edad y varía entre los diferentes grupos étnicos. Las pacientes que padecen un trastorno de la coagulación poseen un mayor riesgo de desarrollar un coágulo sanguíneo, llamado trombosis venosa profunda (TV). La trombosis venosa profunda ocurre más repetidamente en las venas profundas de las piernas, pero también puede ocurrir en el cerebro, hígado, riñones y ojos. (Arias, 2014, párr. 06-07-11).

Tabla 9. Conocimiento del farmacéutico para recomendarles a las pacientes que no utilicen ACO si presentan ciertas patologías.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	2	6%
Conocimiento medio	18	55%
Conocimiento bajo	13	39%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 18. Conocimiento del farmacéutico para recomendarles a las pacientes que no utilicen ACO si presentan ciertas patologías.



Nota: Elaboración propia (2019).

La tabla 9 y figura 18 se utilizaron para delimitar cuántos farmacéuticos tenían conocimiento alto, medio o bajo, y se tomaron en cuenta sus respuestas, donde respondieron solo 2 farmacéuticos las 3 respuestas correctas de las 5 que venían, equivalentes a un 6% de conocimiento alto; luego 18 farmacéuticos respondieron 2 de 5 respuestas correctas, dando un porcentaje del 55%, reflejando un conocimiento medio, y por último 13 profesionales marcaron de 0-1 respuestas de 5, manifestando que su conocimiento era bajo, y corresponde a un 39%.

En este caso, las respuestas correctas eran migraña, problemas de coagulación y cáncer de mama; se aprecia que el porcentaje mayor corresponde al 55%, el cual hace referencia a que los farmacéuticos encuestados poseen un conocimiento medio en el tema de qué patologías pueden tener las pacientes y a cuáles es aconsejable negarles el medicamento, explicándoles por qué, y en qué casos sí se puede despachar un ACO, aunque presente enfermedades, pero que no resultan motivo para no vender estos fármacos; esto se hace con el fin de que la paciente tome conciencia de que le podría ocurrir si consumiera un medicamento que estuviera contraindicado para ella.

También se refleja que un 39% de los encuestados tienen un conocimiento bajo, lo cual, lamentablemente, puede afectar a la población femenina, ya que muchas usuarias dependen de lo

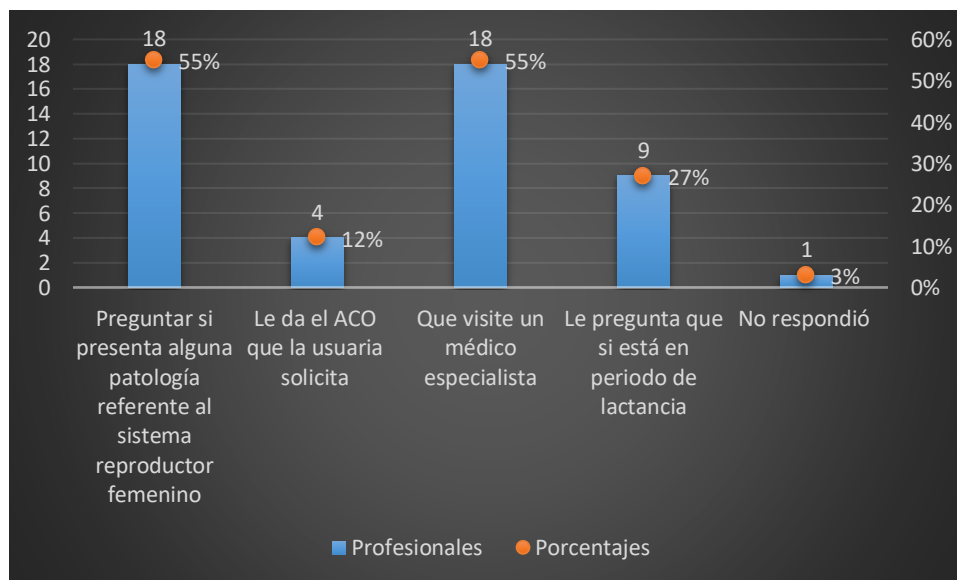
que les recomiende el farmacéutico, debido a que algunas no asisten al médico especialista por falta de dinero, según lo que les comentan las pacientes a los regentes en la farmacia, por lo que dependen únicamente del profesional farmacólogo; entonces es importante recordar que es necesario mantenerse actualizado para que su conocimiento empiece a crecer.

Tabla 10. Recomendaciones dadas por los farmacéuticos a las pacientes que usan ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Preguntar si presenta alguna patología referente al sistema reproductor femenino	18	55%
Le da el ACO que la usuaria solicita	4	12%
Que visite un médico especialista	18	55%
Le pregunta que si está en periodo de lactancia	9	27%
No respondió	1	3%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 19. Recomendaciones dadas por los farmacéuticos a las pacientes que usan ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la figura 19 y tabla número 10 se reflejan datos acerca de cuáles son las recomendaciones más apropiadas por parte de un farmacéutico con respecto al uso de ACO; la primera corresponde

a que solo un 55% platica con las pacientes para saber si presenta alguna patología referente al sistema reproductor femenino, un 12% de los farmacéuticos despacha el ACO que la usuaria solicitó sin preguntarle nada, seguido, de igual manera, de un 55%, que le solicitan que asista donde un médico especialista primero, luego un 27% que le pregunta a la usuaria si se encuentra en período de lactancia, y un 3% a los farmacéuticos que no marcaron una respuesta.

La alternativa que se debe cumplir es la de visitar a un doctor, ya que este es el encargado de realizar pruebas ginecológicas y de laboratorio, para determinar la salud de la paciente y sus niveles hormonales. Con esta información, el médico tiene toda la libertad y el poder de elegir el mejor método anticonceptivo de acuerdo con las necesidades y deseos de la paciente y su pareja. Del mismo modo, es importante conocer si se encuentra en periodo de lactancia, ya que le corresponden ACO solo de progestina, para evitar que la prolactina disminuya, e impedir el descenso de la producción de leche materna. (Bastida, 2015, párr. 07-08).

Sin embargo, si el farmacéutico no tiene la iniciativa de preguntar, se puede caer en un error, ya que ciertas pacientes no dan información si no les preguntan y, en caso de estar en lactancia, sería una gran amenaza para la alimentación de un bebé.

Tiene la misma relevancia en informarle, a la mujer que desee consumir contraceptivos, que si los quiere empezar a consumir es aceptable, pero que tome en cuenta que lo primero por hacer es visitar un médico ginecólogo, por el motivo de que el especialista hace una serie de preguntas más profundas y cuenta con exámenes físicos, que van a señalar cuál ACO le conviene más; de lo contrario, se ve expuesta a una serie de inconvenientes, que pueden llegar a comprometer su salud.

Se ejecutó un estudio, donde se pone en evidencia que la dispensación de AHO, en el área de la práctica asistencial, permite respaldar un uso adecuado de los mismos, al identificar posibles reacciones negativas al medicamento de inseguridad en el mostrador, por lo que se comprueba que el farmacéutico se encuentra capacitado para darle una buena atención a cada paciente, de manera individualizada, para detectar cualquier inconveniente y brindarle un cuidado específico. (Crespo et al., 2010. p. 6).

Una actividad considerable que puede desempeñar el farmacéutico comunitario, tanto en lo que hace referencia al correcto uso de los AHO, como en la concienciación de las pacientes, es

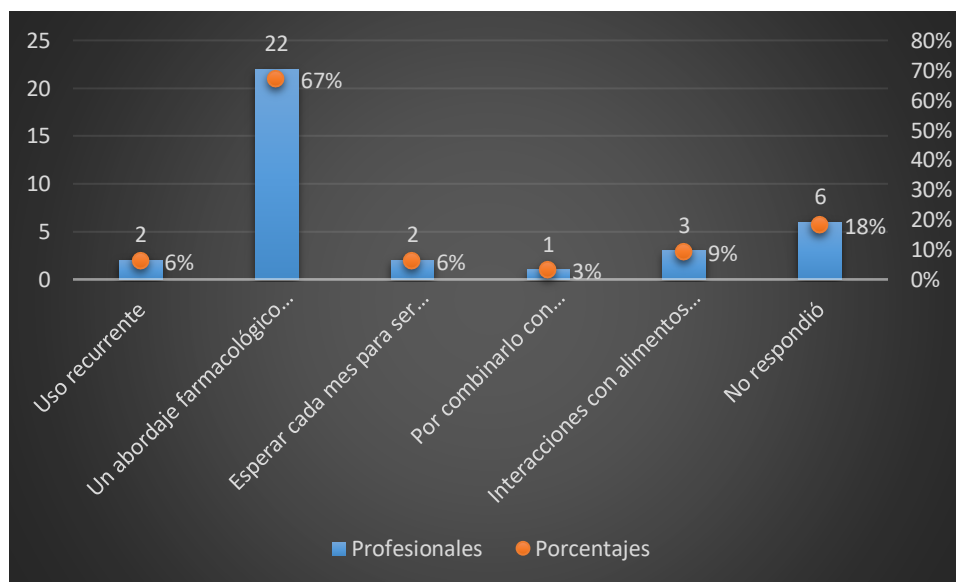
sobre la importancia de realizar exámenes ginecológicos periódicamente, para eludir posibles contingencias; es por eso por lo que se dispuso la respuesta de que es primordial que antes de usar un ACO asistan al especialista.

Tabla 11. Fallas terapéuticas que ocurren por ineffectividad en el tratamiento de los ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Uso recurrente	2	6%
Un abordaje farmacológico discontinuo	22	67%
Esperar cada mes para ser visto por su doctor	2	6%
Por combinarlo con Enantyum líquido	1	3%
Interacciones con alimentos cítricos	3	9%
No respondió	6	18%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 20. Fallas terapéuticas que ocurren por ineffectividad en el tratamiento de los ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 11 y la figura 20 se brindan datos acerca del criterio que tienen los farmacéuticos en referencia a la falla terapéutica (inefectividad), cuando están consumiendo un ACO, donde un 6% corresponde a la respuesta de uso recurrente, un 67% concuerda en que puede deberse a un

abordaje farmacológico discontinuo, seguido de un 6%, que cree que se debe a que las usuarias esperan cada mes para ser atendidas por su doctor, seguido de un 3% que puede estar relacionado por una combinación con Enantyum líquido. Un 9% representa la cantidad de profesionales que coinciden en que puede deberse a la interacción con alimentos cítricos y, por último, un 18% corresponde a la cantidad de farmacéuticos, de farmacias privadas, que no sabían cuál era la posible respuesta a esta pregunta.

Se observa que, en este caso, el porcentaje mayor es del 67%, el cual hace referencia a los farmacéuticos que opinan que la causa más probable de una falla terapéutica es un abordaje farmacológico discontinuo, lo que evidencia que tienen la capacidad de analizar que los problemas que presentan las usuarias, de no saber cómo empezar el paquete, o qué hacer en caso de olvido, incluso aplicarse ACO en días que no corresponden, es porque el profesional de la salud que tuvieron enfrente no supo cómo expresarse y, en el peor de los casos, no tenía el conocimiento necesario, lo que es lamentable. Por otra parte, se refleja que el 18% de los encuestados no tenían el conocimiento para responder, lo que es preocupante, ya que es común que las usuarias lleguen a consultar en la farmacia y esperan obtener una respuesta concreta y real, con el fin de poder obtener ayuda en un tema, como lo es la ineffectividad de un fármaco tan consumido.

Entre las distintas actividades que el farmacéutico debe ejecutar en la farmacia comunitaria, y que están reconocidas por la legislación, son todas las relacionadas con los fármacos, como la conservación y custodia, para respaldar que llegue a manos del usuario en condiciones óptimas y de acuerdo con la legislación vigente, aunque esto, aun siendo importante, no es suficiente. Por el hecho de que surgen con frecuencia problemas relacionados con la medicación, ha llevado al progreso de la atención farmacéutica, definida como la participación del farmacéutico para la colaboración al paciente, en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, en conjunto con otros profesionales sanitarios, consiguiendo resultados que mejoren la calidad de vida del usuario, añadiendo actividades como la educación sanitaria, farmacovigilancia y las que se vean relacionadas con el uso racional del medicamento. (Rodríguez, M., 2011, p. 1).

Según lo mencionado anteriormente, el farmacéutico comunitario no solo está apto para dar el medicamento en buen estado, sino también para tener un seguimiento de los tratamientos; sin embargo, en muchos casos el abordaje farmacológico es interrumpido, porque los pacientes no vuelven a consultar a la farmacia, y los más afectados no son los profesionales, sino la misma

población, que no hace uso del conocimiento que los profesionales están dispuestos a brindarles, para ayudar en mejorar su bienestar.

En cuanto al tema de las interacciones con la vitamina C (Ácido Ascórbico), se han registrado datos de cuáles son los medicamentos que interactúan con un uso prolongado, como, por ejemplo, con el aluminio o con quelantes de fosfato. Por esto, en relación con el estrógeno, tomar vitamina C, junto con anticonceptivos orales o con terapia de reemplazo hormonal, podría más bien aumentar los niveles de estrógeno; por eso se comprueba que los ACO no pierden su eficacia. (Mayo Clinic, 2018, párr. 12).

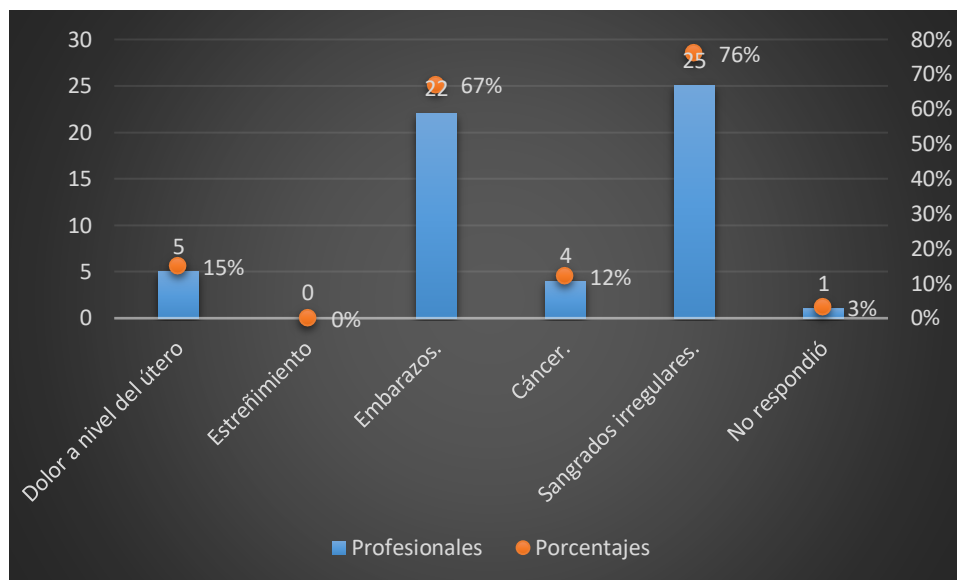
Por lo tanto, la creencia que presentan algunos profesionales de que si puede ocurrir una interacción disminuyendo la concentración de los contraceptivos se podría descartar siempre y cuando su uso no sea constante.

Tabla 12. Consecuencias del mal consumo de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Dolor a nivel del útero	5	15%
Estreñimiento	0	0%
Embarazos.	22	67%
Cáncer.	4	12%
Sangrados irregulares.	25	76%
No respondió	1	3%

Nota: Elaboración propia, 2019.

Figura 21. Consecuencias del mal consumo de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia, 2019.

En la tabla 12 y la figura 21 se muestran resultados de lo que los farmacéuticos conocen acerca de lo que sucede cuando se hace un mal consumo de los ACO; el 15% corresponde a que opinan que se puede presentar dolor a nivel del útero, un 0% respondió que estreñimiento, un 67% marcó que embarazo, seguido de un 12% que opina que puede desarrollarse cáncer, luego un 76% opina que se presentan sangrados irregulares; por último, un 3% no respondió, alegando que ninguna de las opciones calificaba como una respuesta válida.

El 76% se inclinó por la opción de sangrados irregulares y, afirmativamente, esta es una de las respuestas; también otras consecuencias eran embarazos que, obviamente, cuando se deja de consumir los ACO, el proceso de ovulación empieza, y es posible que esos óvulos sean fecundados; es importante destacar que cada mujer, cuando empieza con ACO, comienza a experimentar una serie de situaciones desconocidas, que en la mayoría de los casos desconocen si es normal o no, y en esta encuesta la mayoría de los farmacéuticos marcaron una opción, cuando había más de una.

Los ACOC inhiben el volumen de flujo menstrual, así como los niveles de prostaglandinas producidas, por lo que se modera la motilidad uterina, y, por lo tanto, los dolores uterinos tipo cólico. Existen varios estudios que prueban la efectividad de un esquema de tabletas

anticonceptivas, administradas de manera continua como tratamiento, que han servido de apoyo para el alivio significativo de la dismenorrea asociada a endometriosis. (Kumul et al., 2013, p. 03).

Respecto a la primera opción de dolor en el útero, el 15% coincidió en que podría ser una consecuencia de consumir mal el ACO, pero con base en varios ensayos clínicos, se han empleado los anticonceptivos orales combinados en el tratamiento de la dismenorrea, por lo que no es una causa de un mal uso, sino todo lo contrario: se usa para mejora.

Otro aspecto es el estreñimiento, ocasionado por algunos medicamentos que se venden sin receta médica. Los fármacos que se asocian son: antiepilépticos, antihistamínicos, medicación antiparkinsoniana, antipsicóticos, antiespasmódicos, bloqueadores de los canales de calcio, diuréticos, inhibidores de la monoamino oxidasa, opiáceos, simpatomiméticos, antidepresivos tricíclicos, antiácidos, agentes antidiarreicos, suplemento de calcio y de hierro y agentes antiinflamatorios no esteroideos. (Ortiz, 2018, párr. 01-02-04-07-08).

En este caso, el porcentaje menor corresponde al 0%, donde concuerdan que el estreñimiento no es una consecuencia de consumir de manera inadecuada el ACO, por lo que los contraceptivos quedan libres de toda causa de estreñimiento, y se demuestra que el farmacéutico comunitario sí presenta conocimiento en la materia.

Como se ha demostrado, la efectividad de los ACO está relacionada con que se tomen de forma consistente; los efectos secundarios causados por las tabletas anticonceptivas pueden cambiar al tomarlas con retraso, o al no tomarlas a la misma hora cada día. Así mismo, para conseguir la máxima efectividad de los contraceptivos, y lograr disminuir los efectos secundarios que se generan a causa de un mal consumo, se deben tomar a la misma hora todos los días. Por otro lado, puede tener sangrado entre menstruaciones si se le ha olvidado tomar una o más tabletas. Y se debe explicar a la paciente que, aunque esté sangrando o con machas irregulares se debe tomar el comprimido diariamente. (Planned Parenthood of Maryland, 2019, párr. 01-12).

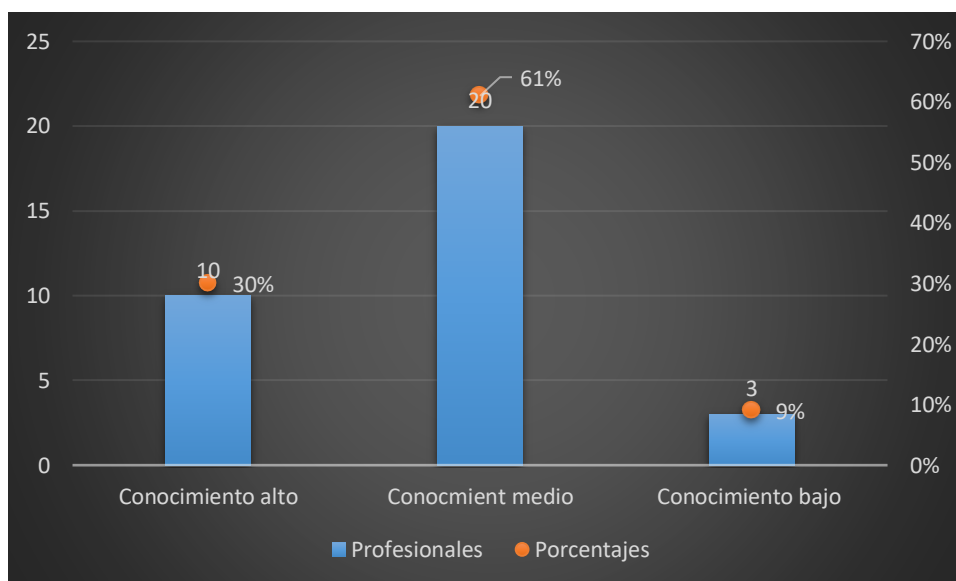
Lo que quiere decir que el 76% de farmacéuticos que marcaron esta opción, se encuentran con un criterio acertado, ya que la falta de puntualidad en tomarse el comprimido, o incluso un olvido, fomentan consecuencias negativas, como, por ejemplo, que la paciente presente sangrados irregulares, provocando que ella se vea afectada; sin embargo, con una explicación pequeña, pero de calidad, se podría evitar ese tipo de efectos.

Tabla 13. Conocimiento del regente de farmacia en cuanto a consecuencias de consumir mal los ACO.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	10	30%
Conocimiento medio	20	61%
Conocimiento bajo	3	9%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia, 2019.

Figura 22. Conocimiento del regente de farmacia en cuanto a consecuencias de consumir mal los ACO.



Nota: Elaboración propia, 2019.

La tabla 13 y figura 22 se usaron para definir cuántos farmacéuticos poseen conocimiento alto, medio o bajo, y se tomaron en cuenta sus respuestas, donde 10 profesionales encuestados respondieron las 2 respuestas correctas, de las 5 que se brindaron, equivalentes a un 30% de conocimiento alto; luego 20 farmacéuticos respondieron 1 o 3 respuestas de las correctas, dando un porcentaje del 61%, reflejando un conocimiento medio, y por último 3 profesionales marcaron más de 4 opciones, revelando que su conocimiento era bajo, y corresponde a un 9%.

En esta figura, nuevamente se demuestra que el conocimiento de los encuestados es medio, ya que representa el porcentaje superior, con un 61%, que equivale a más de la mitad, lo que demuestra que a la hora que los farmacéuticos realicen un abordaje en una paciente, la explicación

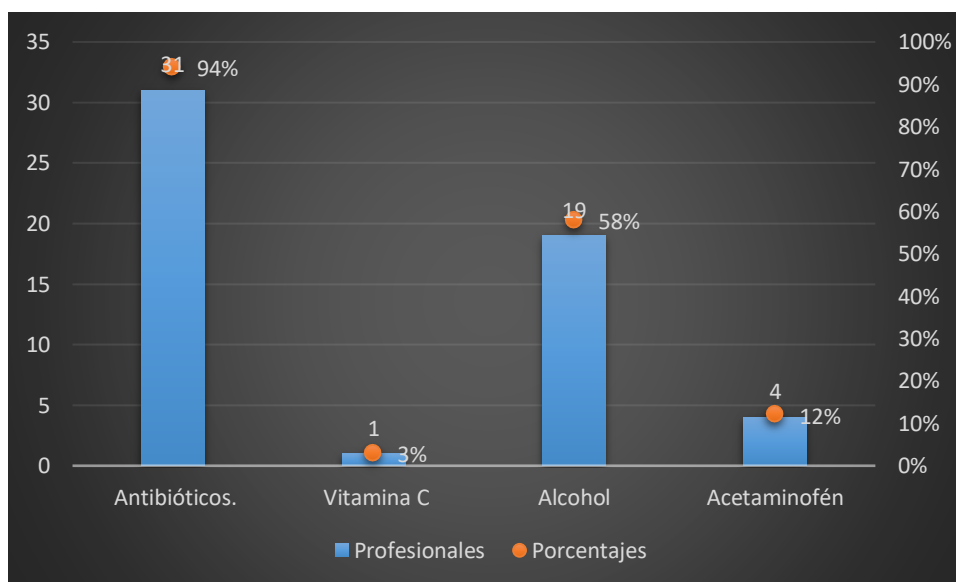
de cómo es mejor tomar los contraceptivos, para tratar de disminuir dichas consecuencias, se dará en condiciones favorables, ya que los profesionales están más del lado del saber que del desconocimiento.

Tabla 14. Fármacos que pueden disminuir la concentración plasmática de los ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Antibióticos.	31	94%
Vitamina C	1	3%
Alcohol	19	58%
Acetaminofén	4	12%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 23. Fármacos que pueden disminuir la concentración plasmática de los ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

Se puede apreciar, en la tabla 14 y la figura 23, los resultados de las opiniones ,según el criterio de cada uno de los profesionales encuestados, donde afirma el 94% de los farmacéuticos marcaron que los antibióticos reducen la concentración plasmática de los ACO; únicamente un 3% señala que la vitamina C (ácido ascórbico), es una posible sustancia que disminuye la concentración plasmática, seguido de un 58%, que concuerda con que el alcohol es una factor relevante y, para

terminar, un 12% cree que la acetaminofén puede interferir en la concentración plasmática del ACO.

El 94% de los encuestados concuerdan en que los antibióticos son una de las causas más fuertes que provocan la disminución de la concentración plasmática de los ACO, pero lo cierto es que no todas las familias de antibióticos provocan esta reacción; realmente solo algunos antibióticos, y de los 33 farmacéuticos encuestados, solo 6 profesionales recalcaron que no eran todos los de este tipo de medicamentos, por lo que los otros 27 farmacéuticos no es que tienen deficiencia de conocimiento, pero sí poseen una falta de actualización, para poder decir con certeza que no son todos los ATB. Luego, el 58% afirma que el alcohol es un factor muy fuerte, que desencadena la falla del medicamento, debido a su forma de excreción.

Ingerir antibióticos (ATB) puede perjudicar a la efectividad de estos contraceptivos. Cuando el consumo de una tableta anticonceptiva se combina con otros fármacos, puede producirse una interacción entre ambos, que imposibilite la absorción apropiada del anticonceptivo y desaparezca su eficacia, lo que desencadenaría un aumento de la probabilidad de gestación, por lo que el 56% acertó cuando marcó que los ATB podrían reducir la concentración plasmática de los ACO. (Rodrigo, 2016, párr. 01-02-10-11-12).

Las sustancias básicas de los ACO y los ATB son metabolizadas en el hígado; por tanto, consumirlos a la vez podría provocar un descenso en la concentración de hormona absorbida por el organismo, pero los estudios realizados no prueban una pérdida significativa del efecto anticonceptivo en mujeres que siguen un tratamiento con antibióticos, a excepción de un tipo de ATB, como la rifampicina. En función de la evidencia científica, existen 3 categorías del efecto del antibiótico sobre el ACO: en la categoría 1 está la rifampicina, único ATB que demostró reducir niveles plasmáticos de estrógenos, en la categoría 2 están ampicilina, amoxicilina, metronidazol, penicilina y la tetraciclina, relacionados con poca reducción de la eficacia del ACO, y en la categoría 3 cefalexina, clindamicina, dapsona, eritromicina, griseofulvina, isoniazida, trimetoprima, y las quinolonas demostraron interacción en muy raras ocasiones. (Rodrigo, 2016, párr. 13-14-16-17).

Es vital preguntar a la paciente si toma otros fármacos, plantas medicinales, o el padecimiento de alguna enfermedad. Además, los estudios demuestran que, en España, el 91,0% afirma que sabía cómo utilizar los AHO, frente a un 2,8% que no sabía cómo se emplea, por lo que

el farmacéutico tuvo que explicarles cómo debía tomarse; se hallaron 17 casos que manifestaron inseguridad, debido a resultados negativos asociados a la medicación, relacionados con trombosis venosa, problemas de circulación, tabaquismo. Se realizó educación sanitaria, para tratar de disminuir el riesgo. (Crespo et al., 2010. p. 5).

Un punto por considerar es que el farmacéutico debe proteger al usuario en cuanto a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM), por medio de la identificación y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

El consumo de alcohol étílico puede cambiar de manera importante el efecto de los fármacos; en pacientes que toman alcohol de forma crónica se da una inducción de las enzimas hepáticas, que da lugar a un incremento de la tasa de biotransformación, y un descenso de la acción de algunos fármacos, como warfarina, acetaminofén, antidiabéticos orales y rifampicina. Por el contrario, el consumo agudo de alcohol; es decir, de forma eventual, crea la inhibición de las enzimas hepáticas involucradas en la biotransformación, observándose un aumento de las concentraciones de ciertos fármacos como benzodiacepinas, fenobarbital, fenitoína, clorpromacina, clometiazol y ciclosporina, pudiendo prolongarse su actividad farmacológica, así como una mayor incidencia de efectos adversos. (Salazar & Pimentel, 2003, párr. 01-02-03.04).

Es una pregunta habitual el conocer si está permitido tomar alcohol mientras se toma un determinado fármaco. En este caso, se deduce que el alcohol incrementa, de manera notable, los valores circulantes de estradiol, y se afirma que no es necesario tener precauciones especiales, por lo que se logra saber que el alcohol no disminuye la concentración plasmática de los anticonceptivos hormonales orales, como la mayoría de los profesionales cree, por lo que se podría tomar como un “mito”; por consiguiente, en la realidad no perjudica en absolutamente nada.

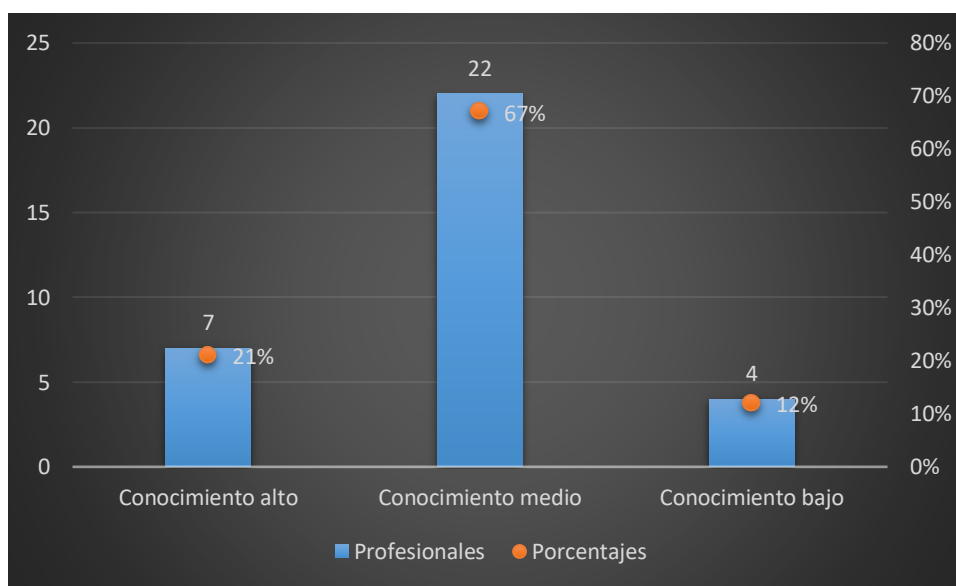
Asimismo, los anticonceptivos pueden debilitar la acción analgésica del paracetamol por inducción enzimática, al intensificar su metabolismo, lo que reduce su concentración plasmática. En cuanto a lo que se recomienda, se debe controlar la analgesia, ya que puede verse afectada su potencia y duración. (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza, 2008, p. 40), lo cual aclara que más bien los ACO disminuyen la concentración plasmática de los analgésicos, como el acetaminofén, pero no al contrario, por lo que las pacientes no corren algún riesgo.

Tabla 15. Conocimiento que posee el farmacéutico con respecto a qué fármacos pueden disminuir la concentración plasmática de los ACO.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	7	21%
Conocimiento medio	22	67%
Conocimiento bajo	4	12%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia, 2019.

Figura 24. Conocimiento que posee el farmacéutico con respecto a que fármacos pueden disminuir la concentración plasmática de los ACO.



Nota: Elaboración propia, 2019.

La tabla 15 y figura 24 se usaron para definir cuántos farmacéuticos poseen conocimiento alto, medio o bajo, y se tomaron en cuenta sus respuestas, donde 10 profesionales encuestados respondieron las 2 respuestas correctas de las 5 que se brindaron, equivalentes a un 21% de conocimiento alto; luego 20 farmacéuticos respondieron 1 o 3 respuestas de las correctas, dando un porcentaje del 67%, reflejando un conocimiento medio, y por último 3 profesionales marcaron más de 4 opciones, revelando que su conocimiento era bajo, y corresponde a un 12%.

Gracias a esta figura, se puede decir con certeza que los farmacéuticos encuestados se caracterizan por tener un conocimiento medio, que equivale a un 67%, debido a que la mayoría marcó dos opciones, cuando en realidad era solo los antibióticos, pero no todas sus familias. Cabe

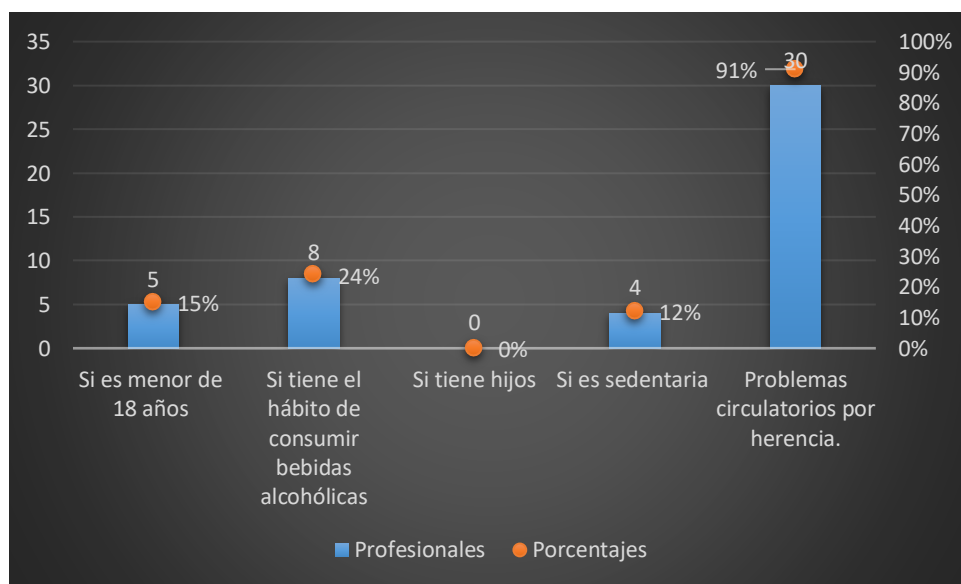
recalcar que en esta pregunta los profesionales encuestados mostraron que, a la hora de despachar los contraceptivos, sí les advierten a las pacientes que cuando consuman los mismos tengan cuidado si ingieren un ATB, con el fin de que las usuarias siempre estén seguras y sepan qué hacer cuando necesiten de otro fármaco, lo cual es eficaz, ya que se comprueba que el abordaje farmacológico se lleva a cabo con éxito.

Tabla 16. Pacientes en las que el farmacéutico considera que no se deben utilizar ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Si es menor de 18 años	5	15%
Si tiene el hábito de consumir bebidas alcohólicas	8	24%
Si tiene hijos	0	0%
Si es sedentaria	4	12%
Problemas circulatorios por herencia.	30	91%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 25. Pacientes en las que el farmacéutico considera que no se deben utilizar ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 16 y figura 25 se representa el criterio de ética profesional que posee cada farmacéutico, en cuanto a quién deciden venderle ACO y a quién no. Se hace referencia de un 15% de profesionales, quienes afirmaron que no despachan ACO a menores de edad, seguido de un 24% que marcó que si poseía el hábito de consumir bebidas alcohólicas, elegía recomendarle que mejor no hiciera uso de este fármaco, un 0% concilió en que tener hijos no tenía nada relacionado con factores negativos, un 12% corresponde a si eran sedentarias y, por último, el 91% de los profesionales encuestados coincidieron en que sí presentaba problemas de circulación.

La mayoría de los farmacéuticos concuerdan en que no sería adecuado despacharles un ACO a pacientes con problemas circulatorios; esta respuesta equivale a un 91%, y tomaban como deber informarles que no debían consumir ACO; tampoco venderían contraceptivos a pacientes menores de edad, a menos que asistieran con el encargado legal un 12% alegó que si son sedentarias es preferible que realicen ejercicio, pero lamentablemente no sabían si eran sedentarias o no, por una falta de comunicación, lo que imposibilitaba realizar un abordaje farmacéutico completo. Todo esto fue dicho por los farmacéuticos encuestados.

La ausencia de actividad física es una amenaza para la salud mundial, y es un problema extendido y en rápido ascenso en los países, tanto desarrollados como los que están en vías de desarrollo. Para obtener los mejores resultados en la prevención de las patologías crónicas, es importante que las estrategias y las políticas que se apliquen reconozcan absolutamente el papel fundamental de la actividad física como marcador de riesgo para las mismas. (Álvarez, 2010, p. 01).

Por eso, es relevante tener a la mano esta información, para que cada vez que se despache un ACO, el farmacéutico le recomiende a cada paciente ejecutar alguna actividad física, ya que promueve la prevención de situaciones peligrosas, tanto para el consumo de contraceptivos como para cualquier otro tratamiento.

Al concentrarse en la circulación de retorno, se debe saber que la sangre que llega a las extremidades debe regresar al corazón a través de las venas, pero para que esta función se lleve a cabo, es indispensable que se efectúen movimiento de las piernas, ya que los músculos son la bomba impulsora principal, sobre todo los de la pantorrilla y la planta del pie; por eso las personas que se mantienen mucho tiempo de pie o un largo tiempo sentadas son vulnerables a desarrollar

problemas de la circulación de retorno, sobre todo varices y más si se acompañan de otros factores: obesidad, embarazos, genética, entre otras. (Ortiz, 2008, párr. 02).

De ahí el gran número de individuos que sufre este problema, por lo que es doblemente peligroso tomar ACO y ser sedentarias, pero lamentablemente algunas pacientes desconocen del tema o simplemente asumen el riesgo, y claro, no debería ser así.

En el estudio publicado en American Journal of Obstetrics and Gynecology, tener "estenosis de la vena ilíaca izquierda" y tomar anticonceptivos orales combinados (los que contienen estrógeno y progestina) incrementó 18 veces el riesgo de padecer una trombosis venosa profunda, comparada con la privación de ambos factores de riesgo. La trombosis venosa profunda es la aparición de un coágulo, a menudo en las venas de las piernas, potencialmente peligroso, porque puede presentarse en el corazón o los pulmones y acarrear complicaciones graves. (S.A., 2011, párr. 04-05).

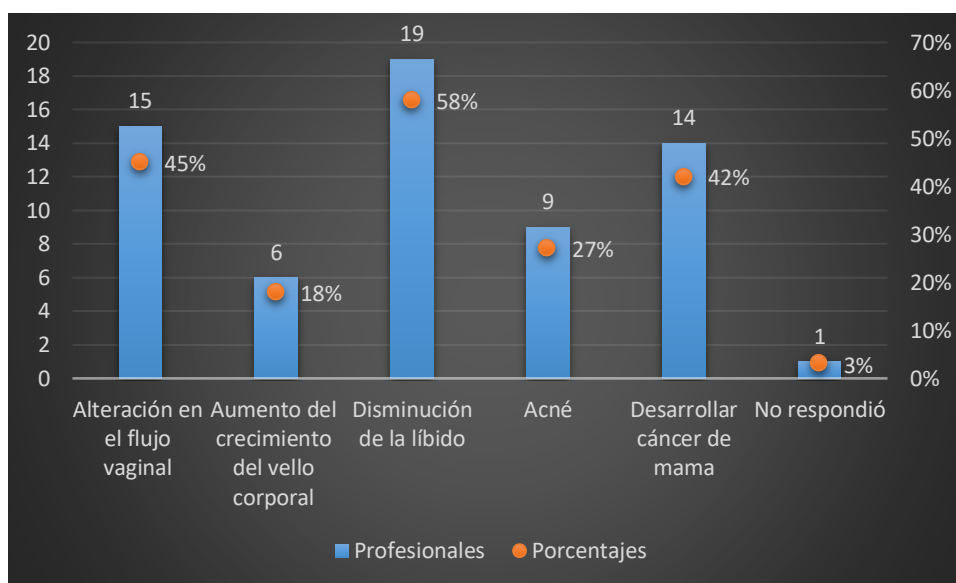
Es por esta razón que la mayoría de los farmacéuticos tiene claro que con problemas de la coagulación no se debe despachar ACO, de tal forma que el 64% de los encuestados tienen bastante clara esta situación, demostrando tener conocimiento acerca de esta patología, y qué se debe recomendar.

Tabla 17. Efectos secundarios que pueden presentar las pacientes debido al consumo de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Alteración en el flujo vaginal	15	45%
Aumento del crecimiento del vello corporal	6	18%
Disminución de la libido	19	58%
Acné	9	27%
Desarrollar cáncer de mama	14	42%
No respondió	1	3%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 26. Efectos secundarios que pueden presentar las pacientes debido al consumo de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 17 y figura 26 se obtienen los resultados según el conocimiento teórico de los farmacéuticos; un 45% corresponde a una alteración en el flujo vaginal, seguida de un 18%, que concordó con que un efecto secundario sería el aumento del crecimiento de vello corporal; luego un 58% marcó la opción de disminución de la libido; un 27% respondió que podría ser acné, un 42% coincidió en la posibilidad de desarrollar cáncer de mama y, por último, un 3% no respondió porque desconocía la respuesta.

El resultado de esta pregunta, ciertamente, revela que el farmacéutico actual del 2019 se encuentra falto de actualización en el tema de los anticonceptivos, ya que estas respuestas resultan ser un poco inesperadas, pues el ACO, para una de las cosas útiles que se emplea, es para disminuir el crecimiento del vello corporal; por lo tanto, se considera como un beneficio, no un efecto secundario negativo, sin mencionar que la mayoría de los encuestados alegaban que la disminución de la libido está presente en las pacientes que utilizan los contraceptivos.

Una vez más, los encuestados creen que el cáncer se encuentra ligado al uso de ACO, cuando es todo lo contrario, porque los estudios realizados actualmente comprueban que el uso continuo de ACO ayuda a prevenir el cáncer de ovario, endometrio y colorrectal; sin embargo, el cáncer de mama, que se menciona en estos estudios, dice claramente que es probable que aumente

un riesgo relativo de desarrollar un cáncer de seno, pero no dice que el 100% de las mujeres que los consumen desarrollan cáncer de mama. Para el tema del acné, es un beneficio, ya que ayuda a bajar los niveles de andrógenos y a mejorar el aspecto de la piel, cosa que el 27% alegó que era un efecto secundario, y los estudios opinan todo lo contrario.

El hirsutismo se denomina a la aparición de vello de tipo maduro en las zonas andrógenas dependientes de la piel, aflige entre el 5 y el 15% de las mujeres, variando la prevalencia según razas, ya que tiene poca manifestación en asiáticas y pueblos procedentes de América Latina; es más frecuente en la cuenca mediterránea. La mezcla de estrógeno y progestágeno antiandrogénico (clormadinona y drospirenona) o androgénicamente neutro (desogestrel) tiene por objeto parar LH, y disminuir la testosterona libre. (Devoto & Aravena, 2007, p. 01-05-09).

Es por esto por lo que muchos médicos especialistas recomiendan los ACO, para que la paciente mejore en cuanto a esta patología, por lo que el 18% que optó por la respuesta en que el aumento del crecimiento de vello corporal es un efecto secundario, se encuentran equivocados. Por eso se recomienda refrescar los conocimientos, y tratar de estar informándose, para que no pase a más.

Se piensa que los anticonceptivos hormonales merman el deseo sexual de un individuo, al caer sus niveles de testosterona, o al hacer creer al cuerpo que está en gestación. En el 2013, un estudio sobre los ACO y la función sexual, publicados desde los años 70, mostró que 6 de cada 10 personas que empleaban el uso de este fármaco no presentaron cambios en la libido; 2 de cada 10 personas reportaron un incremento en la libido; y aproximadamente 1 de cada 10 reportó una disminución de la libido. (Tafur, 2019, párr. 01-03-13-15).

Sin embargo, el 58% de los farmacéuticos respondió que la disminución de la libido se consideraba como efecto secundario, por lo que se aconseja que se mantengan actualizados de manera continua. Esto se necesita para garantizarles a las pacientes que la ayuda que se les brinda es de calidad, y mantengan la confianza en los farmacéuticos.

La población ha desarrollado un grado de confianza en el farmacéutico, y esto permite que se establezca una estrecha correlación, y mejora el conocimiento del usuario acerca del fármaco que toma, los prescritos por el médico y los de indicación farmacéutica. La información que el paciente comparta siempre va a ser útil; en el caso de los anticonceptivos va a ser importante, para

que se tenga un buen uso y se logre la eficacia buscada, minimizando los posibles efectos adversos, interacciones o contraindicaciones. Así mismo, se debe destacar el papel del farmacéutico como educador en salud, haciendo posible la información sobre prevención de enfermedades sexuales, el uso adecuado de métodos de barrera, o la variedad de opciones de anticoncepción que existen y su nivel de eficacia. (Rodríguez, M., 2011. p. 1).

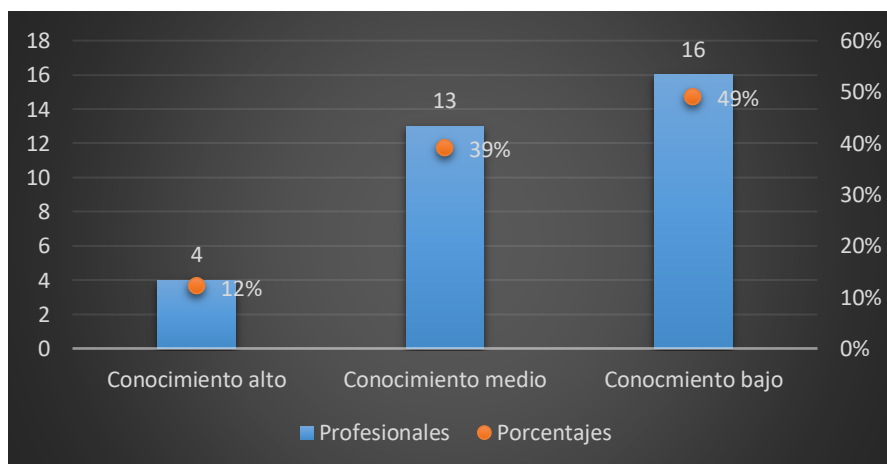
No obstante, las condiciones descritas anteriormente son las más adecuadas para tratar a cada paciente, pero de acuerdo con lo observado cuando se realizó la encuesta, esto no sucede, ya que según explicaron varios profesionales, ellos solo se limitan a despachar el ACO, sin ofrecer una pequeña introducción al tema, por lo que se recomienda que se impregnen un poco más de la materia, para que la atención hacia el paciente sea beneficiosa para ambos.

Tabla 18. Conocimiento que posee el profesional de salud en cuanto al tema de efectos secundarios a causa de la toma de ACO.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	4	12%
Conocimiento medio	13	39%
Conocimiento bajo	16	49%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 27. Conocimiento que posee el profesional de salud en cuanto al tema de efectos secundarios a causa de la toma de ACO.



Nota: Elaboración propia (2019).

La tabla 18 y figura 27 se usaron para concretar cuántos farmacéuticos se caracterizan por tener un conocimiento alto, medio o bajo, y se tomaron en cuenta sus respuestas, donde 4 profesionales encuestados dieron la respuesta correcta de las 5 que se facilitaron, equivalente a un 12% de conocimiento alto, luego 13 farmacéuticos respondieron 2 opciones, de las cuales solo 1 estaba bien, dando un porcentaje del 39%, reflejando un conocimiento medio, y por último 16 profesionales marcaron más de 3 opciones, o simplemente no respondieron, mostrando que su conocimiento era bajo, y corresponde a un 49%.

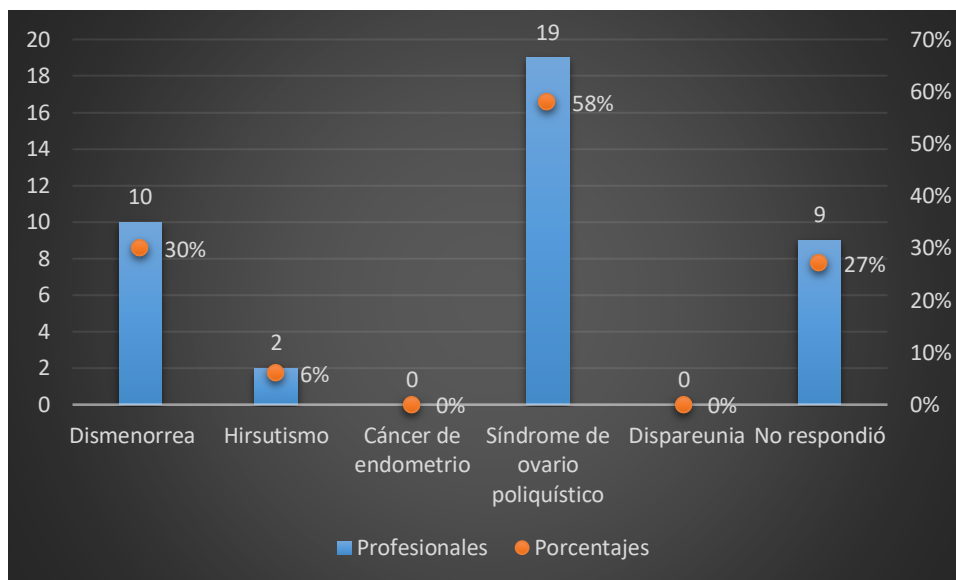
Con esta información, se refleja que el conocimiento que poseen los profesionales en Farmacia, acerca de los efectos secundarios que ocurren tras el uso de ACO, se encuentra un poco mal, ya que su porcentaje es del 49%, que corresponde a un conocimiento bajo, donde se aconseja que recurran a un refuerzo de estudio, debido a que es de suma importancia que el regente farmacéutico conozca los efectos secundarios de todo medicamento, y en este caso, de los ACO. Sin embargo, un 39% presenta un conocimiento medio, lo cual da esperanza para seguir mejorando, para que las pacientes se vean afectadas lo más poco posible.

Tabla 19. Indicaciones para el uso de ACO, bajo receta médica en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Dismenorrea	10	30%
Hirsutismo	2	6%
Cáncer de endometrio	0	0%
Síndrome de ovario poliquístico.	19	58%
Dispareunia	0	0%
No respondió	9	27%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 28. Indicaciones para el uso de ACO, bajo receta médica en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 19 y figura 28 se muestran los resultados de cuando las usuarias asisten a la farmacia para adquirir anticonceptivos hormonales orales con una receta médica, y los resultados fueron los siguientes: un 30% de los encuestados afirmó que las recetas que llegaban eran de dismenorrea, luego un 6% para hirsutismo, seguido de 0% para cáncer de endometrio, y un notable 58% que hace referencia a la opción de síndrome de ovario poliquístico; también hubo un 0% para dispareunia y, por último, un 27% de los farmacéuticos no respondieron.

Como se puede apreciar en la figura, el porcentaje mayor equivale a un 58%, el cual afirma que la mayoría de las recetas que llegan a los establecimientos farmacéuticos son dirigidas para el síndrome de ovario poliquístico. Por otra parte, el porcentaje menor no es tan pequeño comparado con el resto de los porcentajes de esta figura, ya que es de un 27%, y hace referencia a la cantidad de farmacéuticos activos, que manifiestan no ser capaces de responder, porque no saben la respuesta, debido a que cuando les llega una receta médica, solamente despachan el fármaco, sin preguntar al menos si saben cómo tomar el medicamento, o por qué motivo les enviaron el tratamiento, esto según lo que comentaron los farmacéuticos.

Es importante recalcar que, a la hora de dispensar un medicamento, las preguntas que se le deben hacer al paciente se deben ejecutar de una manera cautelosa, para que el usuario no tenga la

sensación de que el profesional quiere indagar en su vida privada, pero es necesario proceder con ciertas preguntas, dependiendo del fármaco adquirido, porque de eso se trata el trabajo del farmacéutico: realizar abordajes de calidad para poder brindar su conocimiento a las personas que carecen del mismo; además, obtener un funcionamiento óptimo, tanto del fármaco como del desempeño del profesional de salud, ya que uno de los temas que diferencian al farmacéutico de los dependientes en la farmacia es el realizar abordajes.

La dismenorrea es el dolor durante la menstruación, de tipo cólico, en la parte inferior del abdomen, y su evolución clínica varía entre 4 horas hasta 4 días. Se encuentra una relación directamente proporcional entre los niveles de prostaglandinas y la magnitud del dolor; el diagnóstico clínico debe hacerse con una historia clínica, ya que el médico debe explorar, de manera dirigida, las particularidades del dolor menstrual, con la intención de descartar alguna enfermedad de base. (Basavilvazo, Flores, Soto & Valdés, 2009, pp. 08-12).

En casos de dolor pélvico de principio ginecológico, el tratamiento farmacológico abarca medicamentos hormonales, como lo son los ACO, progestinas, Danazol y agonistas liberadoras de GnRh, pudiendo ser estimadas de primera línea, ya que los contraceptivos suprimen la ovulación, reduciendo la producción de prostaglandinas, con lo que mejora la sintomatología de esta patología. Se recalca que los ACO pueden ser recomendados para el tratamiento de la dismenorrea primaria en mujeres que tienen trastornos menstruales, y que no se encuentren contraindicados. (Basavilvazo, Flores, Soto & Valdés 2009, pp. 13-20).

Por lo que se respalda, con los textos anteriores, que la historia clínica de cada paciente es relevante para seleccionar un tratamiento y tratar la salud de los ciudadanos, pero este desempeño laboral solo puede ser realizado por médicos, y no por parte de los farmacéuticos, pero con la colaboración de los profesionales en Farmacia, los fármacos son dispensados de la manera correcta. Además, esta patología tiene un buen abordaje cuando se trata con ACO, ya que descienden los niveles de prostaglandinas y, por ende, disminuyen la inflamación y el dolor.

El Síndrome de Ovarios Poliquísticos es una manera de hiperandrogenismo; está asociada con ausencia o irregularidad de la ovulación y con infertilidad. Estos quistes pequeños son folículos ováricos inmaduros que no logran ovular. Los periodos menstruales se vuelven irregulares o cesan debido a la falta de ovulación. El médico es capaz de realizar el diagnóstico de Síndrome de Ovarios

Poliquísticos, combinando una historia detallada con un examen físico y con ciertos exámenes de sangre. (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, 2006, pp. 06-13).

El tratamiento hormonal es frecuentemente un éxito eventual para reparar los problemas ligados con el Síndrome de Ovarios Poliquísticos. Si se deja el tratamiento, los síntomas usualmente retornan; si no se está tratando de concebir, los anticonceptivos pueden ser la mejor alternativa para tratamiento hormonal; los mismos reducen la producción de hormonas por los ovarios, y ayudan a revertir los efectos de los niveles exagerados de andrógenos. Sin embargo, las contraceptivas no son recomendadas si la paciente fuma y si es mayor de 35 años. (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, 2006, pp. 15-16).

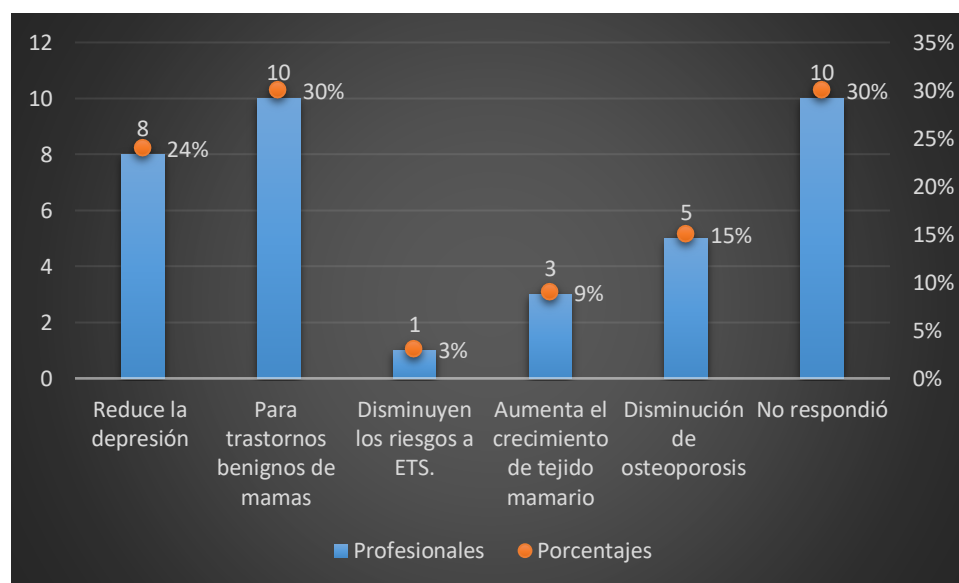
De acuerdo con lo anterior, el médico tiene las posibilidades y la capacidad para diagnosticar esta enfermedad, y recetarle el contraceptivo más adecuado, ya que está demostrado que los ACO, si se utilizan para tratar dicha patología, ya son efectivos disminuyendo los niveles de andrógenos. También queda demostrado que en Costa Rica las recetas que llegan a la farmacia son destinadas, en un 58%, para Síndrome de Ovario Poliquístico.

Tabla 20. Beneficios que se generan mediante la utilización de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Reduce la depresión	8	24%
Para trastornos benignos de mamas	10	30%
Disminuyen los riesgos a ETS.	1	3%
Aumenta el crecimiento de tejido mamario	3	9%
Disminución de osteoporosis	5	15%
No respondió	10	30%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 29. Beneficios que se generan mediante la utilización de ACO en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la figura 24 y tabla 15 se observa el producto de las encuestas y el conocimiento teórico de los farmacéuticos, donde el 24% cree que un beneficio de los ACO es disminuir la depresión; el 30% marcó la opción que dice que es beneficioso para el trastorno benigno de mamas; un 3% opina que disminuyen las ETS; un 9% cree que aumenta el crecimiento de tejido mamario, seguido de un 15%, el cual afirma que es positivo para la disminución de osteoporosis y, finalmente, un 30% no contestó la pregunta.

El porcentaje mayor equivale a un 30%, que marcó que los ACO son provechosos para los trastornos benignos de mama; de igual manera, un 30% de los farmacéuticos encuestados no supieron contestar, porque afirmaron que no estaban enterados de los beneficios del uso de contraceptivos, lo que deja mucho que desear, ya que es una función básica de este medicamento, sin dejar de lado que su beneficio mayor es evitar embarazos no deseados, mientras que el porcentaje menor fue de un 3%, que corresponde a la disminución del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, que ya esta respuesta es la más desconcertante, porque una de las desventajas de los anticonceptivos hormonales orales es que aumenta el peligro de ETS, lo cual es alarmante que un profesional farmacéutico crea esto, porque entonces ¿qué clase de recomendaciones está dando?

Los anticonceptivos incluyen hormonas sintéticas, que pueden tener un efecto directo en los neurotransmisores, y pueden causar un desequilibrio; esto puede prestarse para pensar que los ACO conducen a la depresión. Sin embargo, hay varios factores que pueden ocasionar depresión y, por lo tanto, es significativo determinar la causa real antes de delegarla como un efecto secundario de los ACO. Se han llevado a cabo algunos estudios sobre el posible enlace; es importante indicar que la depresión en este asunto no significa una tristeza pasajera, sino un trastorno del estado de ánimo a largo plazo con una ansiedad duradera, irritabilidad, fatiga y otras manifestaciones. (Meheen, 2019, párr. 01-03).

Por eso, se podría plantear que los estudios que han realizado no asocian la depresión por el uso de anticonceptivos, por lo que no se debería decir que los contraceptivos originan o disminuyen la depresión. Así, el 24% de los encuestados marcó que un beneficio del uso de ACO es disminuir la depresión, lamentablemente es una respuesta incorrecta, donde se le aconseja, a la población farmacéutica, actualizarse y leer temas relacionados con los ACO.

En el 2016 fue publicado un estudio, donde llegó a la deducción renovadora de que, de hecho, hay un riesgo superior de depresión vinculado con la anticoncepción hormonal; esto no solamente indicaba las ACO, sino todo tipo de métodos que dependían de las hormonas. Si bien la conexión entre la anticoncepción hormonal y el mayor riesgo de depresión ahora ha sido expuesta por primera vez, no significa que todos los anticonceptivos hormonales son perjudiciales; ni siquiera se comprueba que la anticoncepción hormonal causa depresión, solo que hay un vínculo. Los anticonceptivos pueden, incluso, reducir las probabilidades de depresión; en realidad, los anticonceptivos inclusive pueden disminuir las posibilidades de la depresión, mejorando los cambios de humor. (Meheen, 2019, párr. 07-10-11).

Se realizó un estudio en una adolescente de 11 años, que se sometió a tratamiento con progestinas cíclicas por fibroadenomas; cuando se inició el análisis, la ecografía mamaria mostró más de 10 lesiones sólidas en cada mama, de hasta 2,6cm compatibles con fibroadenomas, y al cabo de 13 meses las lesiones se habían disminuido en número y tamaño. Se propone, a modo de hipótesis, que hay un desbalance estrógeno-progesterona (E-P), dado por ciclos anovulatorios en el periodo posmenárquico, que se expresó con la presencia de fibroadenoma de mama (FA). Al suministrarle progesterona cíclica, se reequilibra la relación E-P, explicando el control del ciclo y la involución de las lesiones mamarias. La edad promedio en la que se presenta es entre los 25 y

35 años, y en la mayoría se diagnostica antes de los 30. (Menéndez, Berríos, Zajer & Pastene 2014, pp. 01-05).

Con la información anterior, se comprueba que el uso de anticonceptivos mejora la presencia de lesiones mamarias en las pacientes, y en este caso se asocia que la edad más frecuente para padecer esto es de los 25 a los 35 años. Sin embargo, la edad más usual en Costa Rica para consumir ACO va de los 20 a los 30 años, lo cual indica que realmente existe un beneficio en dichas pacientes, por lo que el 27%, que señaló que se consideraba beneficioso el uso de ACO para los trastornos benignos de mamas, estaba en lo correcto.

Sólo un estudio relaciona 30 mujeres que tomaron acetato de medroxiprogesterona (MPA Depot), como ACO (150 mg/12 semanas un mínimo de 5 años) frente a 30 mujeres premenopáusicas y otras 30 postmenopáusicas. Las damas tratadas con MPA muestran, respecto a las premenopáusicas no tratadas, una valiosa rebaja de la densidad mineral ósea (DMO), en columna lumbar y en cuello femoral (7,5% y 6,6%, respectivamente). Si bien, comparadas con las mujeres postmenopáusicas, el grupo de usuarias tratadas con MPA tenía una mayor DMO en columna lumbar y no tenía desigualdad en cuello femoral. Por tanto, los progestágenos, según algunos análisis, podrían prever la osteoporosis en mujeres premenopáusicas y en postmenopáusicas. (Álvarez, 2001, párr. 23-24).

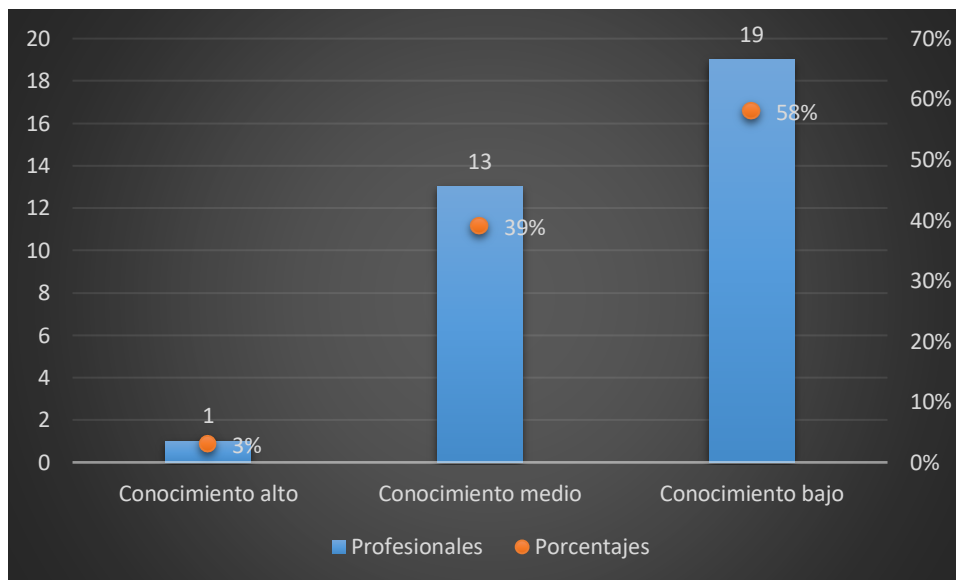
Cuando se realizó la encuesta, un 15% de los profesionales de salud encuestados coincidieron en que un beneficio del uso de ACO es la disminución de osteoporosis; esto es correcto, ya que los contraceptivos, según análisis, podrían prevenir dicha enfermedad; a pesar de que el porcentaje es pequeño, es estimulante, ya que con dicha encuesta muchos farmacéuticos manifestaron que, gracias a la evaluación realizada, se dirigirían a buscar información del tema, para informarse y actualizarse, lo cual es super alentador para las usuarias.

Tabla 21. Conocimiento de los farmacéuticos acerca de los beneficios que se generan por la utilización de los ACO.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	1	3%
Conocimiento medio	13	39%
Conocimiento bajo	19	58%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 30. Conocimiento de los farmacéuticos acerca de los beneficios que se generan por la utilización de los ACO.



Nota: Elaboración propia (2019).

La tabla 21 y figura 30 se utilizaron para resumir cuántos regentes farmacéuticos se caracterizan por poseer un conocimiento alto, medio o bajo, y se tomaron en cuenta sus respuestas, donde solo un profesional de todos los encuestados respondió las 2 respuestas correctas de las 5 que se facilitaron, equivalente a un 3% de conocimiento alto, seguido de 13 farmacéuticos, quienes respondieron de 1 a 3 opciones, dando un porcentaje del 39%, reflejando un conocimiento medio, y por último, 19 profesionales marcaron más de 3 opciones o simplemente no respondieron, mostrando que su conocimiento era bajo, y corresponde a un 58%.

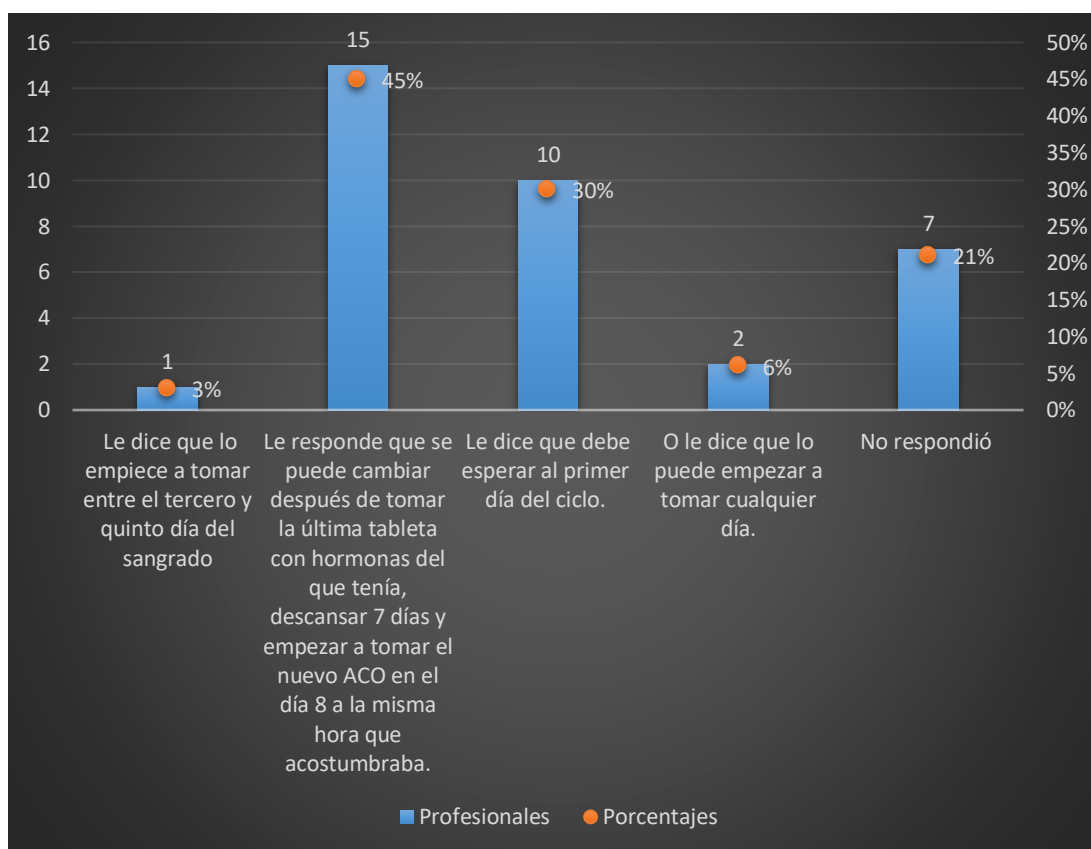
Con base en estos resultados, se puede reflejar que únicamente un 3% conocía la respuesta correcta; no obstante, un 58% desconocía del tema, lo cual permite decir que los farmacéuticos mantienen un conocimiento bajo en cuanto a los beneficios de consumir un anticonceptivo, sin mencionar que 10 de los encuestados decidieron no responder, lo que es un poco preocupante, debido a que una de las consultas por parte de las usuarias es qué podrían esperar provechoso cuando ingieran ACO, por lo que se pide que los profesionales actuales en Farmacia se informen todos los días, o por lo menos una vez a la semana, sobre lo nuevo que sucede con todos los tratamientos, ya que están en constantes estudios, y en este caso en el tratamiento anticonceptivo.

Tabla 22. Recomendación del farmacéutico cuando una paciente solicita información de cómo cambiar de un ACO a otro en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Le dice que lo empiece a tomar entre el tercero y quinto día del sangrado	1	3%
Le responde que se puede cambiar después de tomar la última tableta con hormonas del que tenía, descansar 7 días y empezar a tomar el nuevo ACO en el día 8 a la misma hora que acostumbraba.	15	45%
Le dice que debe esperar al primer día del ciclo.	10	30%
O le dice que lo puede empezar a tomar cualquier día.	2	6%
No respondió	7	21%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 31. Recomendación del farmacéutico cuando una paciente solicita información de cómo cambiar de un ACO a otro en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 22 y figura 31 aparecen los resultados de la evaluación acerca del conocimiento de los profesionales de salud en Farmacia, sobre cómo es la manera correcta de cambiar de un ACO a otro; un 3% respondió que debía empezar a ingerir el nuevo contraceptivo entre el tercero y quinto día del sangrado; un 45% respondió que lo mejor que puede hacer es terminar paquete, descansar 7 días y empezar con el nuevo ACO, con una protección de barrera de mínimo 7 días, seguido de un 30%, que consideró mejor decirle a la paciente que se lo tome el primer día del ciclo; luego un 6% coincidió en que lo puede empezar a consumir cualquier día, y un 21% no respondió.

Como se observa, el porcentaje mayor corresponde a un 45%, donde indican que es mejor terminar el ACO en uso y, luego del descanso correspondiente, empezar paquete nuevo, como lo tomaba habitualmente, y al menos una protección extra durante los primeros 7 días, pero se refleja un 3%, donde creen que está bien comenzar en el tercero o quinto día del sangrado; los ACO no se

deben empezar el tercer día del ciclo; los prospectos hablan únicamente del primer o quinto día del ciclo como recomendación.

Si ya la usuaria lo quiere tomar cualquier otro día, puede hacerlo, pero el respaldo que existe de tomarlo el primer día y que a partir de 7 días puede tener relaciones sexuales sin protección extra, ya no la va a poseer; en este caso es mejor que la paciente se cuide por un mes. No se deja del lado que el 21% no respondió, porque desconocía la respuesta a una pregunta tan habitual en las usuarias de ACO, además de que una parte declaró que no sabía la respuesta, porque nunca le había llegado un caso similar en sus farmacias, asunto que claramente no es justificación, porque lleguen o no estas preguntas, deben tener la capacidad de responder, ya que es un conocimiento teórico. Además, si una paciente asiste donde algunos de estos farmacéuticos, que dijeron abiertamente que no sabían, sería un poco grave, ya que, si le ofrecen una asesoría errónea, la usuaria podría, en el peor de los casos, quedar embarazada.

Belara® se debe tomar de la siguiente manera: se debe extraer el primer comprimido, escogiendo el que tenga marcado el día correcto de la semana; ejemplo: "Dom" es domingo y se traga sin masticar. Luego se toma otro comprimido cada día, siguiendo la orientación de la flecha, si es posible a la misma hora del día; es factible, que el intervalo entre la toma de los comprimidos siempre deberá ser de 24 horas. Los días grabados en el blíster del ciclo ayudan a comprobar cada día si ya se ha ingerido la tableta de ese día, se debe tomar diario durante 21 días consecutivos. A continuación, sigue un reposo de siete días; es común que el sangrado por privación, semejante al periodo menstrual, tiene inicio 2-4 días después de haber consumido el último comprimido. Luego del descanso de siete días se siguen tomando los comprimidos del siguiente blíster del ciclo de Belara®, haya acabado o no la hemorragia. (Gedeon Richter, 2019, párr. 56-57).

Por otra parte, Obbiat® se toma exactamente de la misma manera que Belara®; además dice que, si consume el ACO en el primer día del periodo, a los 7 días se podrá tener relaciones sexuales sin un método de barrera. Cuando se desea pasar de Belara® a Obbiat® se debe hacer lo siguiente; tomar todos los comprimidos del blíster viejo continuando el patrón habitual; se debe empezar a tomar Obbiat® el día siguiente al intervalo de descanso usual, entre la toma de comprimidos, o el día siguiente de finalizada la toma de los comprimidos de placebo del anticonceptivo hormonal combinado previo. (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2019, párr. 45).

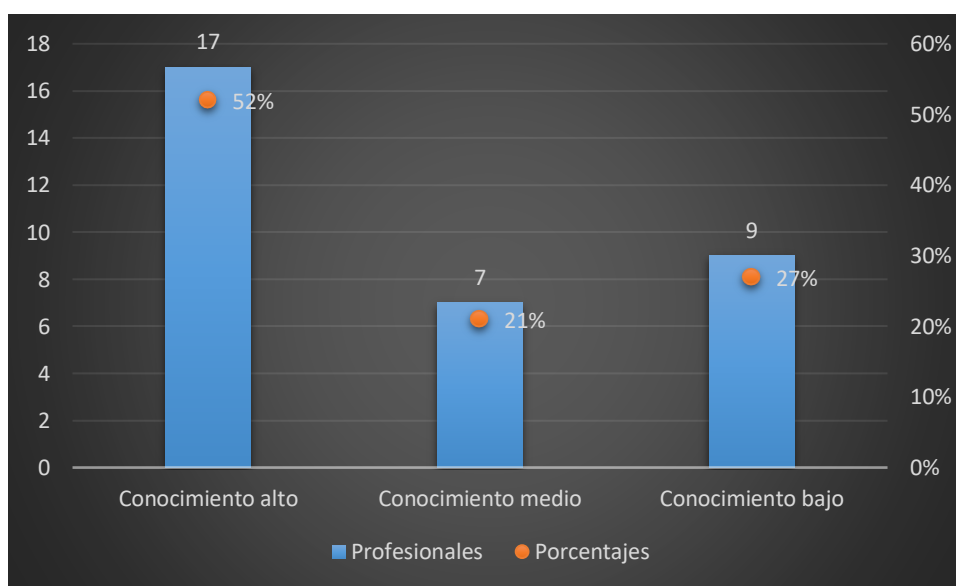
. Y el prospecto dice muy claro si ya han pasado más de 5 días, por favor hay esperar hasta el siguiente periodo para comenzar a ingerir el ACO.

Tabla 23. Conocimiento del profesional de salud en Farmacia en relación de cuál es la manera correcta de cambiar de Belara® a Obbiat®.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	17	52%
Conocimiento medio	7	21%
Conocimiento bajo	9	27%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 32. Conocimiento del profesional de salud en Farmacia en relación de cuál es la manera correcta de cambiar de Belara® a Obbiat®.



Nota: Elaboración propia (2019).

La tabla 23 y figura 32 se utilizaron para resumir cuántos regentes farmacéuticos tienen un conocimiento alto, medio o bajo, y se tomaron en cuenta sus respuestas, donde 17 profesionales encuestados respondieron la única respuesta correcta de las 5 que se brindaron, equivalente a un 52% de conocimiento alto; luego 7 farmacéuticos respondieron de 1 a 2 opciones, dando un porcentaje del 21%, reflejando un conocimiento medio, y por último 9 profesionales marcaron más de 3 opciones o simplemente no respondieron, mostrando que su conocimiento era bajo, y corresponde a un 27%.

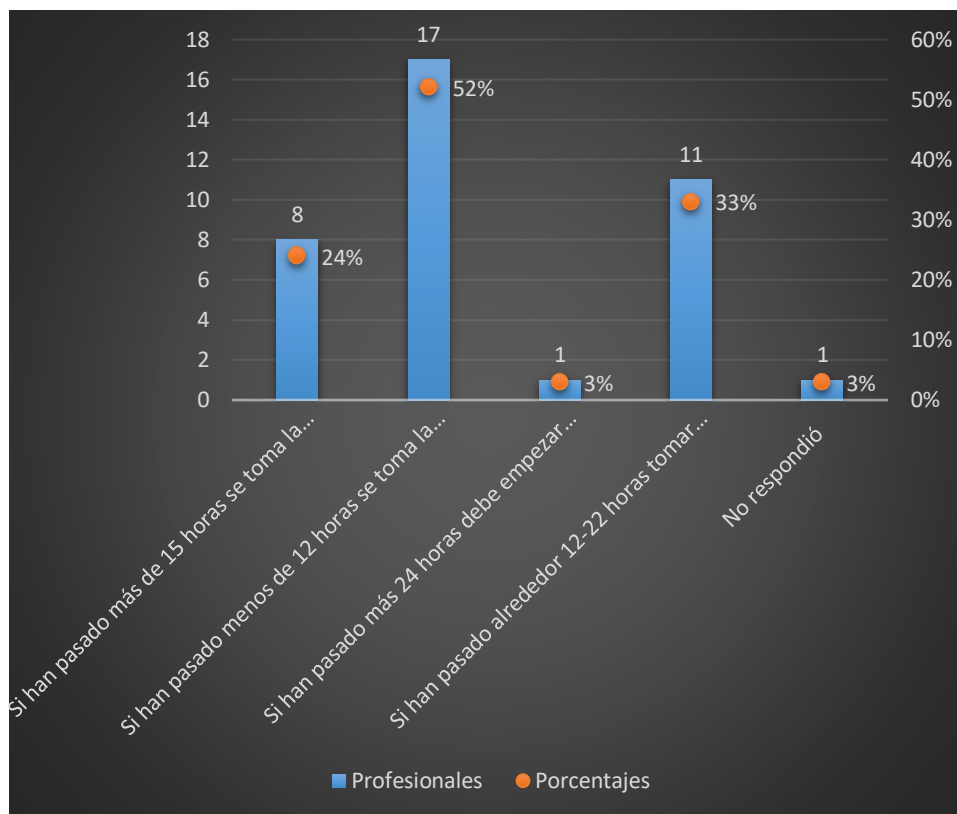
En este caso, se comprueba que el 52% de los regentes farmacéuticos sí poseen un conocimiento asertivo en cuanto al cambio de un ACO a otro, lo cual es tranquilizador, al tener la certeza de que sí están capacitados, y útil, ya que gracias a esto muchos pacientes logran tener acceso a la salud. Aunque existe un 27% que tiene un conocimiento bajo, y se les aconseja a los profesionales de salud actualizarse de cuáles productos están entrando al mercado y cómo funcionan, porque muchos farmacéuticos desconocían el ACO Obbiat®, obteniendo que 6 farmacéuticos no la contestaron.

Tabla 24. Conocimiento que les ofrece el farmacéutico a las pacientes que consumen ACO acerca que cómo actuar si ocurre un olvido de una dosis en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Si han pasado más de 15 horas se toma la tableta que olvidó inmediatamente y la tableta siguiente se la toma a la hora que lo hace habitualmente.	8	24%
Si han pasado menos de 12 horas se toma la tableta que olvido en el momento, luego toma la siguiente en la hora usual.	17	52%
Si han pasado más 24 horas debe empezar paquete nuevo inmediatamente.	1	3%
Si han pasado alrededor 12-22 horas tomar el comprimido que olvido y la siguiente (juntas), y al día siguiente tomar normalmente sin necesidad de protección adicional.	11	33%
No respondió	1	3%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 33. Conocimiento que les ofrece el farmacéutico a las pacientes que consumen ACO acerca que cómo actuar si ocurre un olvido de una dosis en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 24 y figura 33 se muestran los resultados del conocimiento en el área de un olvido del ACO, lo cual reveló los siguientes datos: el 24% concordó en que si habían pasado más de 15 horas del olvido, que se tomara la tableta inmediatamente y la siguiente en la hora usual; luego el porcentaje mayor, que fue del 52%, expresó que sí habían pasado menos de 12 horas; entonces ahí sí que se ingiriera la tableta que se olvidó, y luego la siguiente, como todos los días; un 3% prefirió decir que si superaba las 24 horas, era necesario empezar paquete nuevo inmediatamente, seguido de un 33%, que afirmó que si el olvido se encontraba de 12-22 horas, se tomaba el comprimido que se olvidó, y el que le toca junto a otro y al día siguiente, ingerirlos sin problema, y sin necesidad de protección adicional y, por último, un 3% no respondió.

Como se observa, el porcentaje mayor corresponde a un 52%, donde se afirma que si han transcurrido menos de 12 horas, la paciente no corre ningún riesgo de quedar embarazada y, aunque

es pequeño el porcentaje de las personas que no respondieron, no deja de ser preocupante, porque el conocimiento que posee el farmacéutico es vital para ayudar a las usuarias en un momento así, ya que para algunas podría resultar un tanto angustiante, y que el profesional le responda que desconoce qué hacer, o le recomiende ejecutar algo incorrecto, lo único que provoca es dejar en mal la profesión, lo cual perjudica a todos los farmacéuticos. El 3% de los encuestados pensó que es mejor empezar un paquete nuevo inmediatamente, y en realidad no es así: lo indicado es verificar si no se encuentra en gestación y, si la respuesta es negativa, entonces sí debe empezar paquete nuevo.

Cuando existe una demora de una tableta activa por menos de 24h en cualquier semana, se debe tomar una tableta activa lo más rápido posible (LMPP), y seguir tomando un comprimido activo por día, hasta finalizar la caja. Cuando se olvidan una o más tabletas activas, se realiza lo siguiente: si es en la semana 1, se debe tomar el comprimido activo lo más rápido posible, y continuar tomando una tableta activa por día hasta terminar el paquete; es mejor usar otro método de barrera por 7 días, y considerar el anticonceptivo de emergencia (AE). (Guilbert, 2008, p. 03).

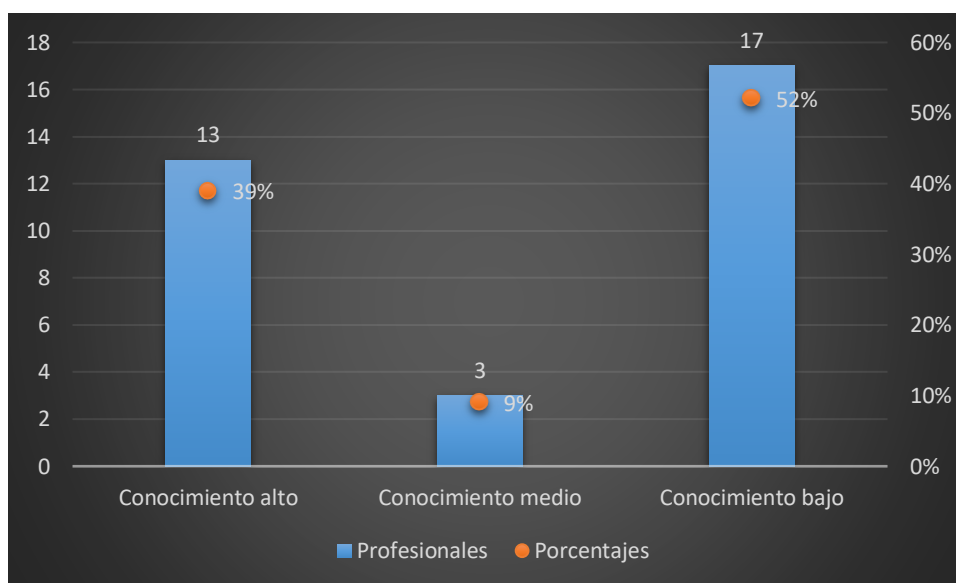
Si es la semana 2 o 3, cuando es un olvido de menos de 3 comprimidos, se debe tomar la tableta activa LMPP, y se continúa tomando un comprimido activo por día hasta finalizar la caja. Se tirarán las tabletas de placebo y se empezará nuevo ciclo de ACO, sin el periodo libre de hormonas. Pero si el olvido es de más de 3 comprimidos, se recomienda ingerir la tableta activa LMPP, y seguir tomando el comprimido activo por día, hasta completar el paquete, y también se deben botar los placebos. Se empieza nuevo ciclo de ACO sin el periodo libre de hormonas y acá se debe considerar AE. (Guilbert, 2008, p. 03).

Tabla 25. Conocimiento del regente farmacéutico con respecto a qué acción tomar si ocurre un olvido del ACO por parte de las usuarias.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	13	39%
Conocimiento medio	3	9%
Conocimiento bajo	17	52%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 34. Conocimiento del regente farmacéutico con respecto a qué acción tomar si ocurre un olvido del ACO por parte de las usuarias.



Nota: Elaboración propia (2019).

La tabla 25 y figura 34 se utilizaron para calcular cuántos regentes farmacéuticos tienen un conocimiento alto, medio o bajo, y se tomaron en cuenta sus respuestas, donde 13 profesionales encuestados respondieron la única respuesta correcta de las 5 que se mostraban, equivalente a un 39% de conocimiento alto; luego solo 3 farmacéuticos respondieron de 2 opciones, de las cuales solo una era correcta, dando un porcentaje del 9%, reflejando un conocimiento medio, y por último 17 profesionales marcaron más de 3 opciones, mostrando que su conocimiento era bajo, y corresponde a un 52%.

De acuerdo con lo anterior, el 52% de los encuestados tienen un conocimiento bajo en cuanto al tema de los olvidos anticonceptivos; nuevamente es inesperado este tipo de respuestas, debido a que en la población femenina que hace uso de estos fármacos, por vía oral, es muy usual que presenten olvidos de tomas de una o más tabletas, lo cual hace fundamental saber contestar una respuesta tan habitual en estas consumidoras, y si el regente no aconseja de manera asertiva, la usuaria podría desarrollar un embarazo no deseado. Por otra parte, se insiste que la mejor solución es mantenerse informado, por el bienestar de la profesión y de la ciudadanía.

Sin embargo, en la figura 33 se afirma que el 52% respondió de manera correcta, siendo el porcentaje mayor, debido a que se tomó en cuenta cuáles y cuántas respuestas dio cada

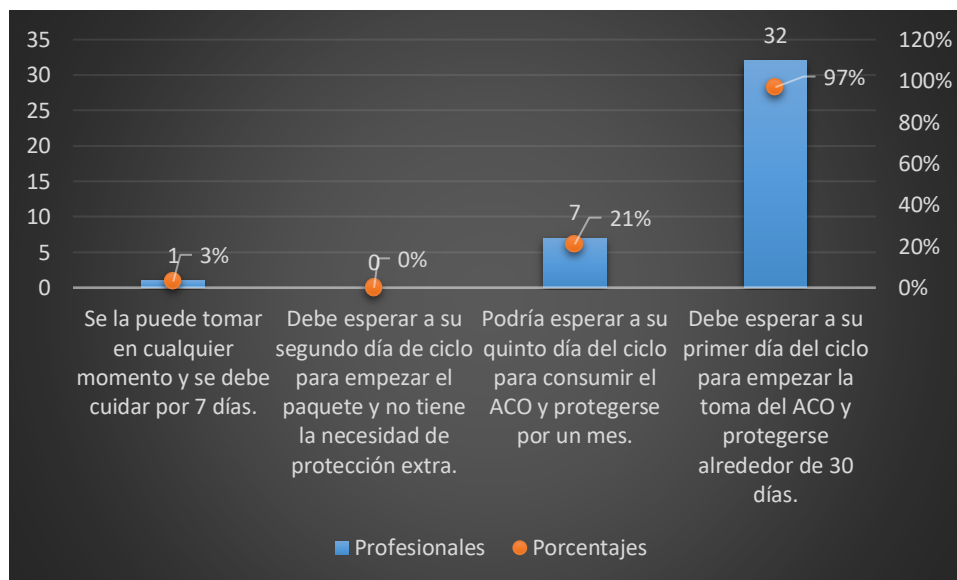
farmacéutico, y en la figura 34 se escogió la cantidad de farmacéuticos que respondieron de manera correcta y exhaustiva, por lo que se reflejó que en realidad carecen de un buen conocimiento.

Tabla 26. Recomendación por parte del regente farmacéutico acerca de cómo consumir los ACO por primera vez en pacientes femeninas en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Se la puede tomar en cualquier momento y se debe cuidar por 7 días.	1	3%
Debe esperar a su segundo día de ciclo para empezar el paquete y no tiene la necesidad de protección extra.	0	0%
Podría esperar a su quinto día del ciclo para consumir el ACO y protegerse por un mes.	7	21%
Debe esperar a su primer día del ciclo para empezar la toma del ACO y protegerse alrededor de 30 días.	32	97%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 35. Recomendación por parte del regente farmacéutico acerca de cómo consumir los ACO por primera vez en pacientes femeninas en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 26 y figura 35 se muestran los resultados de la capacidad que posee el farmacéutico para brindar asesoría a las pacientes que utilizan ACO. Se obtuvo un 3% en la opción de tomarlo en cualquier momento y cuidarse los próximos 7 días, un 0% a que se debe esperar al segundo día del ciclo, seguido de un 21% que marcó la opción de esperar al quinto del día del ciclo para consumir un ACO; finalmente se alcanzó un 97% en la opción D, que menciona que se recomienda esperar al primer día del ciclo para comenzar con la toma contraceptiva y protegerse alrededor de 30 días.

El 97% estuvo de acuerdo en esperar el primer día del ciclo, para empezar a tomar por primera vez los anticonceptivos hormonales combinados, seguido de una protección durante 30 días, pero lo cierto es que si la paciente consume su ACO el primer día del ciclo a los 7 días, en su organismo ya están las concentraciones necesarias para evitar un embarazo; sin embargo, a la población se le comunica que se cuide durante un mes, debido a que por antecedentes las mujeres en ciertas ocasiones no acatan indicaciones, o creen que se pueden pasar por alto algunas sugerencias. Entonces, para evitar que digan que el farmacéutico las asesoró de manera incorrecta, es mejor decir que se protejan alrededor de 30 días.

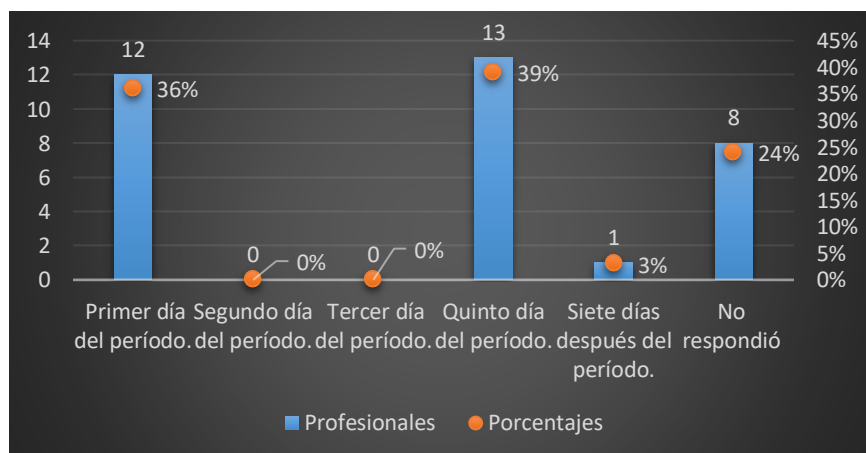
En la mayoría de los casos, antes de empezar o continuar con un medicamento o utilizar un anticonceptivo (ACO), el contacto del paciente con un profesional de salud es menos frecuente que asistir a la farmacia comunitaria; esto hace que pueda tener un punto clave desde el cual brindar educación sanitaria, e información acerca del uso correcto de los ACO, buscando garantizar la eficacia y la seguridad del tratamiento. Por otro lado, el acceso que tiene el farmacéutico, en la farmacia comunitaria, lo convierte en el primer profesional sanitario a quien asiste una parte de la ciudadanía, a pedir asesoramiento acerca de los tratamientos prescritos por el médico, sobre sus problemas de salud o a solucionar PRM. (Rodríguez, M., 2011. p. 1).

Tabla 27. Conocimiento del comienzo de la toma de Norgyl® o Norgylen® en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.

	Profesionales	Porcentajes
Primer día del período.	12	36%
Segundo día del período.	0	0%
Tercer día del período.	0	0%
Quinto día del período.	13	39%
Siete días después del período.	1	3%
No respondió	8	24%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 36. Conocimiento del comienzo de la toma de Norgyl® o Norgylen® en la zona de Goicoechea en el período de mayo 2019.



Nota: Elaboración propia (2019).

En la tabla 27 y figura 36 se midió la cantidad de farmacéuticos que en realidad sabían cuál era el ACO que se podía tomar al quinto día, obteniendo el siguiente resultado: un 36% afirmó que Norgyl® o Norgylen® se tomaban el primer día del ciclo, seguido de un 0% tanto para el segundo día del periodo como para el tercer día, un 39% marcó la opción de que se deben tomar en el quinto día, un 3% coincidió en que era 7 días después del ciclo y, por último, un 24% no respondió.

Llama la atención que nuevamente se tiene un porcentaje elevado del 24%, donde los farmacéuticos simplemente no contestaron porque no sabían con exactitud qué día era el adecuado, y ciertamente esta cifra es desconcertante, porque lleva a la pregunta: ¿entonces que están haciendo los farmacéuticos para enriquecer su conocimiento acerca de los medicamentos?

Una de las profesiones donde nunca se deja de estudiar y aprender es precisamente la de las que se relacionan con la salud del paciente, ya que está en constante evolución, pero al parecer, con esta encuesta, quedó un poco evidenciado que, en algunas áreas del tema de los ACO, los farmacéuticos de la zona de Goicoechea se encuentran faltos de conocimientos, lo que es lamentable.

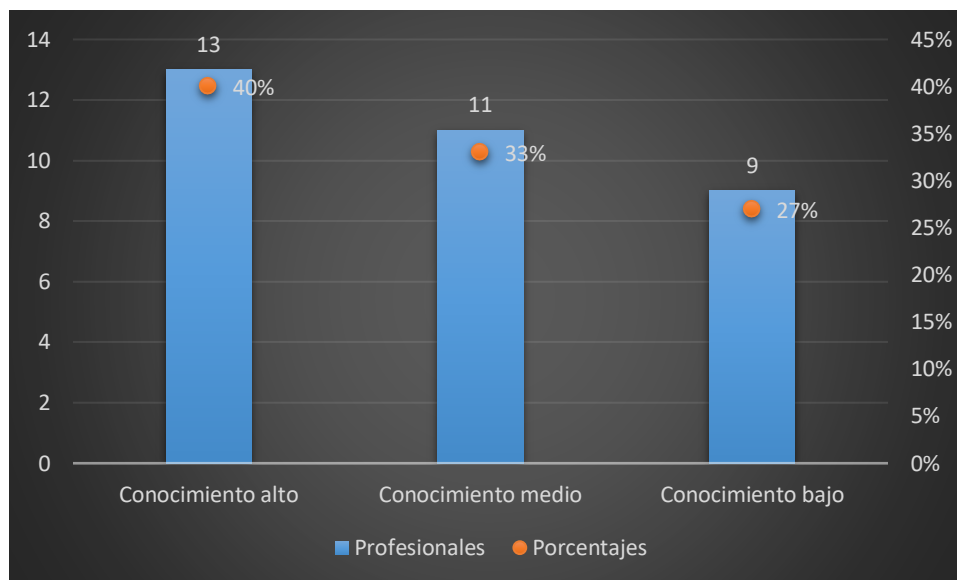
Algo que resultó ser un poco inquietante fue escuchar de los farmacéuticos respuestas de “no sé claramente”: no se puede esperar que ellos lo sepan todo, porque es un poco imposible, pero se podría empezar el cambio de querer mejorar su trayectoria profesional, ya que saber es enriquecedor y mejoraría notoriamente los abordajes farmacéuticos.

Tabla 28. Conocimiento del farmacéutico en cuanto a qué día exactamente se deben tomar Norgyl® o Norgylen®.

	Profesionales	Porcentajes
Conocimiento alto	13	40%
Conocimiento medio	11	33%
Conocimiento bajo	9	27%
Total	33	100%

Nota: Elaboración propia (2019).

Figura 37. Conocimiento del farmacéutico en cuanto a qué día exactamente se deben tomar Norgyl® o Norgylen®.



Nota: Elaboración propia (2019).

La tabla 28 y figura 37 se utilizaron para calcular cuántos regentes farmacéuticos tienen un conocimiento alto, medio o bajo, y se tomaron en cuenta sus respuestas, donde 13 profesionales encuestados respondieron de manera correcta, equivalente a un 40% de conocimiento alto; luego 11 farmacéuticos respondieron de 1 a 2 opciones, dando un porcentaje del 33% reflejando un conocimiento medio, y por último 9 profesionales no conocían la respuesta, mostrando que su conocimiento era bajo, y corresponde a un 27%.

En esta figura se aprecia que el conocimiento que poseen los profesionales farmacéuticos se encuentra bien, ya que el porcentaje mayor equivale a un 40% de conocimiento alto, lo que significa que los farmacéuticos están realizando recomendaciones correctas, y esto disminuye los riesgos de embarazos para las usuarias. Sin embargo, existe un 27% de conocimiento bajo, que se pudiese corregir solo con que los farmacéuticos estén leyendo, para que se informen y brinden un abordaje de calidad.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al finalizar esta investigación, se llegó a las siguientes conclusiones y recomendaciones.

Conclusiones

- El grado de conocimiento bueno que poseen los farmacéuticos en relación con el uso de los Anticonceptivos Hormonales Orales es del 22.2%.
- Un 33.3% reflejó que el conocimiento de los regentes farmacéuticos, en cuanto al uso de contraceptivos, es medio.
- En algunos casos, se determinó que el 44.4% tenía un conocimiento inadecuado en cuanto al tema de ACO, lo cual es perjudicial para un buen abordaje farmacéutico.
- Se demostró que los farmacéuticos, lamentablemente, se encuentran poco actualizados en el tema de medicamentos, causas y posibles beneficios de los contraceptivos.
- El modo en que las usuarias adquieren los anticonceptivos hormonales orales en primer lugar es por recomendación farmacéutica; en segundo lugar, las pacientes ya conocían el contraceptivo que requerían y, en tercer lugar, con receta médica.
- La manera correcta en adquirir anticonceptivos hormonales orales es bajo receta médica, ya que eso garantiza que la usuaria obtenga el contraceptivo más eficiente para su organismo, pero en lugar de eso lo obtiene por recomendación farmacéutica, lo cual no está mal, pero no es lo más eficaz.
- Dentro de los beneficios de un abordaje farmacéutico de calidad, se determinó que disminuye en 88% la cantidad de pacientes que llegan al hospital.

- Se observó que los métodos anticonceptivos, han logrado un importante avance con respecto al conocimiento adquirido por la población, gracias al abordaje farmacéutico brindado correctamente en las farmacias comunitarias, previniendo, así, los efectos adversos no deseados, o en cuanto a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM), otorgándoles a las usuarias seguridad al consumirlas, a pesar de las patologías relacionadas.
- La educación sanitaria que adquieren los pacientes es imprescindible para prevenir complicaciones futuras y mejorar su calidad de vida.

Recomendaciones

- Estimular a los profesionales de salud a mantenerse informados, acerca del uso de los medicamentos, para que su conocimiento sea útil para los pacientes que lo requieren.
- Incentivar, al personal de salud, a promover en las pacientes que consumen Anticonceptivos Hormonales Orales, que se realicen una exploración ginecológica anual, para evitar posibles complicaciones.
- Motivar, tanto el área de salud pública como privada, a realizar investigaciones acerca de los beneficios de los contraceptivos.
- Promover en las usuarias que, ante alguna determinación terapéutica, consulten previamente al especialista correspondiente.
- Promover los abordajes farmacéuticos en los centros de salud, para obtener un crecimiento del entendimiento de los pacientes.

- Apoyar a las pacientes, mediante una atención farmacéutica adecuada, con los medios informativos necesarios antes las consultas que tengan acerca de los Anticonceptivos Hormonales Orales.
- Se le recomienda, al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, promover charlas acerca del uso, contraindicaciones, interacciones, beneficios y todo lo que abarca el tema de los medicamentos anticonceptivos, para que el farmacéutico esté actualizado.
- Se les recomienda, a los estudiantes universitarios que sigan investigando sobre el tema de los Anticonceptivos Hormonales Orales.

REFERENCIAS

- Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One) et al. (2011). Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. Recuperado de: file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/partes/marco%20teorico/9780978856304_spa%20planificacion%20familiar%20OMS.pdf
- Acuña, B. & García, F. (2019). Historia de los métodos anticonceptivos. Manuscrito inédito. Clínica Ginegranada. Servicio Andaluz de Salud. Granada. Recuperado de: <https://ginegranada.es/anticoncepcion/historia-de-los-metodos-anticonceptivos/>
- Acuña, N. & Rubio, C. (2016). Diseño e implantación de un servicio profesional farmacéutico en anticoncepción hormonal para farmacia comunitaria. (Tesis de maestría). Universidad de la Laguna, España. Recuperada de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/partes/antecedentes/172.pdf>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2019). Prospecto: información para el usuario. Dienogest/etinilestradiol cinfa 2 mg/0,03 mg comprimidos recubiertos con película EFG. Dienogest y Etinilestradiol. Recuperado de: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/78572/Prospecto_78572.html
- Aguilar, L. (2018). Diseño de un servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico basado en el método Dáder para su aplicación en el programa de Atención Farmacéutica de un hospital privado de Costa Rica. Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Recuperado de: <file:///E:/VERSIÓN%20FINAL%20-%20Luis%20Diego%20Aguilar%20Marín%20B20102.pdf>
- Almendre, Y. (2015). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del quinto año de secundaria de la Gran Unidad Escolar José Antonio Encinas-Juliaca, 2014. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. Perú. Recuperado de: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2122/580_2015_almendre_albert_o_cy_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Álvarez, A. & Aguila, S. (mayo, 2015). Revista de la OFII: Atención farmacéutica, ecofarmacovigilancia y su aporte en la creación de ciudades sostenibles, 25(3). Recuperado de: <http://www.revistadelaofil.org/atencion-farmaceutica-ecofarmacovigilancia-y-su-aporte-en-la-creacion-de-ciudades-sostenibles/>
- Álvarez, F. (2010). Sedentarismo y actividad física. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Downloads/10-42-1-PB.pdf>
- Álvarez, M. (2001). Fármacos que afectan el metabolismo del hueso. Vol. 10. Núm. 2. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-reemo-70-articulo-farmacos-que-afectan-el-metabolismo-13012782>
- Arias, M. (2014). Trastornos de la Coagulación y Anticonceptivos Orales. Recuperado de: <http://rouge.perfil.com/2014-04-23-45111-trastornos-de-la-coagulacion-y-anticonceptivos-orales/>
- Asociación Demográfica Costarricense. (2010). Métodos anticonceptivos más utilizados en Costa Rica. Recuperado de: http://www.adc-cr.org/metodos_anticonceptivos.pdf
- Barrantes, J. (2016). Fisiología del aparato reproductor femenino. Recuperado de: <http://medicina-ucr.com/cuarto/wp-content/uploads/2016/01/GI02-Fisiolog%C3%ADa-del-Aparato-Reproductor-Dr.-Barrantes.pdf>
- Basavilvazo, A., Flores, A., Soto, G. & Valdés, A. (2009). Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea en el primer, segundo y tercer nivel de Atención. Recuperado de: http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/183_GPC_DISMENO_RREA/IMSS_183_09_EyR_Dismenorrea.pdf
- Bastida, A. (agosto, 2015). ¿Estás dando lactancia materna y tomas anticonceptivos? Asegúrate de que no tengan estrógenos. Revista Bebés y más. Recuperado de: <https://www.bebesymas.com/lactancia/estas-dando-lactancia-materna-y-tomas-anticonceptivos-asegurate-de-que-no-tengan-estrogenos>
- Betrán, R. & García, I. (2016). Grado de conocimiento de las usuarias sobre los anticonceptivos orales en farmacia comunitaria. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/>

articulos/articulos%20%20hospital%20calderón/3originalGradoConocAnticoncPhCareN1
2005.pdf

Bonilla, L. & Chaves, M. (2013). Conocimientos, prácticas y actitudes respecto a la tecnología anticonceptiva de los y las estudiantes que cursan el décimo año del Liceo Experimental Bilingüe José Figueres Ferrer y del Liceo Vicente Lachner Sandoval en los meses de febrero a julio del 2012. Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/no%20e%20visto/Conocimientos,%20prácticas%20y%20actitudes%20respecto%20a%20la%20tecnología%20anticonceptiva%20de%20%20los%20y%20las%20estudi.pdf>

Cardo, E. & Baixauli, V. (2004). Dispensación de anticonceptivos orales según el consenso de atención farmacéutica. *Ámbito Farmacéutico Oficina de Farmacia*. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/articulos%20%20hospital%20calderón/13069630.pdf>

Cid, J. (enero, 2006). Dolor pélvico crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol.13 No. 1. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000100006

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. (2008). *Monografías Farmacéuticas. Anticonceptivos*. Recuperado de: https://www.actasanitaria.com/fileset/doc_47487_FICHERO_NOTICIA_47124.pdf

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (febrero, 2017). *Importancia del farmacéutico en el cumplimiento terapéutico*. Recuperado de: <https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/saludpublica/consejosdesalud/Paginas/cumplimentoterapeutico.aspx>

Cordobés, A. (2002). La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-evolucion-del-concepto-atencion-13032232>

Cusiquispe, Y. & Pultay, Y. (2018). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del 4° y 5° grado de educación secundaria básica regular de la I. E. (Tesis doctoral). Escuela Profesional de Farmacia Bioquímica. Perú. Recuperado de:

<http://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/UMA/178/201919%20%28Final%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Crespo, B. & Alcalde, M. (noviembre, 2016). Revista de la OFIL: Implantación de un Modelo de Atención Farmacéutica Especializada en centros sociosanitarios. España. OFIL. Recuperado de <http://www.revistadelaofil.org/implantacion-modelo-atencion-farmaceutica-especializada-centros-sociosanitarios/>

Crespo et al. (2010). Dispensación de anticonceptivos hormonales orales. Características de la utilización de anticonceptivos hormonales orales a través del servicio de dispensación en la farmacia comunitaria. pp1-6. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/articulos%20%20hospital%20calderón/02-2-56-61.pdf>

Devoto, E. & Aravena, M. (junio, 2007). Antiandrógenos en la terapia del hirsutismo eficacia y seguridad ¿Mejoran su eficacia terapéutica la combinación con anticonceptivos y glucocorticoides? Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Downloads/1828-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4931-1-10-20110614.pdf>

Dupotey et al. (2017). El enfoque holístico en la Atención Farmacéutica: Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/partes/antecedentes/57956617004.pdf>

Fevre, A. (2019). Anticoncepción estroprogestágena. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/artículos%20pasados%20por%20francisco/ART01.pdf>

García, L., Lobato, S. (2012). Dispensación de anticonceptivos hormonales (Tesis de maestría). Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valladolid/Facultad de Farmacia de Salamanca. España. Recuperado de: file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/partes/antecedentes/Abstracts2012_Atencion_Farmaceutico.pdf

- García, P. (2008). Anticonceptivos. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/articulos%20binasss/3.pdf>
- García, P., Martínez, F., Pintor, A., Caelles, N. & Ibañez, J. (2013). Anticonceptivos hormonales. Guía de utilización de medicamentos. España. Recuperado de: https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIORMONO.pdf
- Gedeon Richter. (2019). Prospecto: información para la usuaria. Belara® 2 mg / 0,03 mg comprimidos recubiertos con película. Acetato de clormadinona, etinilestradiol. Recuperado de: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/66905/Prospecto_66905.html
- Gómez, G., Loret, R., Melo, N., Palacios, S. & Vásquez, D. (2014). Anticonceptivos orales combinados (AOC). Colombia. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/partes/marco%20teorico/67-Texto%20del%20artículo-404-1-10-20140916.pdf>
- González, A. (2012). Estrategias didácticas que favorezcan a los y las adolescentes en los procesos de enseñanza y aprendizaje del tema: métodos anticonceptivos, del programa de biología de décimo año de la educación diversificada. Universidad Nacional, Costa Rica. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/no%20e%20visto/TREBAJO%20DE%20GRADUACION.pdf>
- Guilbert, E. (2008). Guía de Práctica Clínica: Olvidos en la utilización de anticonceptivos hormonales. Recuperado de: https://www.fundacionmf.org.ar/files/guia_de_Olvidos.pdf
- Gutiérrez, L. & Gómez, P. (2018). Análisis de beneficios de los servicios de atención farmacéutica en el abordaje de la cronicidad en la farmacia comunitaria. Recuperado de: <http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/analisis-beneficios-servicios-atencion-farmaceutica-abordaje-cronicidad-farmacia>
- Gutiérrez, R. & Gutiérrez, M. (noviembre, 2018). Fecundación Humana. Aspectos moleculares. Revisión Bibliográfica. Revista Médica Multimed. Sección de opinión, párrafo 1. Recuperado de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1040>

- Gutiérrez, M. (agosto, 2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Family Planning as a basic tool for development. Simposio llevado a cabo en la Conferencia Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf>
- Hernández, S. (2014). Metodología de la investigación. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Downloads/libro.pdf>
- Institución Nacional del Cáncer. (febrero, 2018). Píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer. NIH. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-pildoras-anticonceptivas>
- Journal of Gynecology Obstetric and Human Reproduction. (2019). Update on the contraceptive contraindications. Recuperado de: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxwChmMwqFnsWPshwZSwcgvnJxGb?projector=1&messagePartId=0.1.13>
- Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. (2015). Código de ética farmacéutica. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. Recuperado de: https://www.colfar.com/files/Cdigo_de_Etica_Farmacutica_-_Gaceta_Febrero_1_2016.pdf
- Kumul, D., Rosario, T., Alvarado, M., Aleaga, J., Alemán, D., Morales, R. & Barrios, J. (2013). Comparación del tratamiento de la dismenorrea primaria: antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y anticonceptivos hormonales orales (AHO). Recuperado de: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/25/4.pdf>
- Locia, J., Hernández, M., Aranda, G., Rojas, F., Manzo, J., Coria, G., Yerena, C. & Soto, A. (agosto, 2013). El papel de los estrógenos y sus receptores en la prevención y promoción de enfermedades proliferativas de la glándula prostática. Neurobiología. Recuperado de: [https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2013/8/Locia/Locia-Espinoza4\(8\)300813.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2013/8/Locia/Locia-Espinoza4(8)300813.pdf)
- López, C. (diciembre, 2018). Los métodos anticonceptivos más efectivos. Revista Perfil. Salud. Recuperado de: <https://www.revistaperfil.com/bienestar/salud/los-metodos-anticonceptivos-mas-efectivos/2IOPVIQ275FFTPRA5CZOMH7NFA/story/>

- Maitrot, L., Plu, G. & Gompel, A. (2012). Anticoncepción. Recuperado de: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxwChmMwqFnsWPshwZSwcJvnjxGb?projector=1&messagePartId=0.1.5>
- Mayo Clinic. (junio, 2018). Vitamina C. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/drugs-supplements-vitamin-c/art-20363932>
- Meheen, C. (febrero, 2019). Causan depresión las píldoras anticonceptivas. Recuperado de: <https://popit.io/es/causan-depresion-las-pildoras-anticonceptivas/>
- Menéndez, M., Berríos, C., Zajer, C. & Pastene, C. (2014). Evolución inusual de fibroadenomas mamarios múltiples en adolescente con metrorragia disfuncional. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n3/art08.pdf>
- Ministerio de Salud (2016). País cuenta con datos actualizados en salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2016/1062-pais-cuenta-con-datos-actualizados-en-salud-sexual-y-reproductiva>
- Novo, Y. (21 de junio de 2013). Costa Rica tiene doble discurso sobre uso de pastillas anticonceptivas; riesgo es latente. *crhoy.com* Periódico digital. Recuperado de: <https://archivo.crhoy.com/costa-rica-tiene-doble-discurso-sobre-uso-de-pastillas-anticonceptivas-riesgo-es-latente/nacionales/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Publicación de la OMS. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortiz, E. (mayo, 2008). El sedentarismo favorece las enfermedades de circulación. Valencia. Recuperado de: <https://www.lasprovincias.es/valencia/20080531/salud/sedentarismo-favorece-enfermedades-circulacion-20080531.html>
- Ortiz, L. (julio, 2018). Estreñimiento por medicamentos: cuando tu medicina provoca efectos secundarios. *Mowoot*. Recuperado de: <https://www.mowoot.com/es/estrenimiento-por-medicamentos/>

- Ospina, N. (2015). Propuesta para la creación de un programa de atención farmacéutica en anticoncepción oral en adolescentes. U.D.C.A., Colombia. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/partes/antecedentes/PROYECTO%20DE%20GRADO.pdf>
- Pellicer, A. & Eduardo, N. (2014). Inducción de la ovulación. (Versión PDF). Recuperado de: http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Induccion_de_la_ovulacion_Busso_2ed_booksmedicos.org.pdf
- Pereira, A. (2013). Boletín Informativo Farmacéutico. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/articulos%20profe%20comu/boletinCIMED%20Interacciones%20entre%20anticonceptivos%20y%20Antibióticos.pdf>
- Pérez, Y. & Lascano, M. (2015). Migraña y anticonceptivos. Recuperado de: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Migrana.pdf>
- Planned Parenthood of Maryland. (2019). Preguntas frecuentes de usuarios sobre métodos anticonceptivos. Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/planned-parenthood-maryland/en-espanol/recursos-para-clientes/preguntas-frecuentes-de-usuarios-de-metodos-anticonceptivos>
- Real Academia Española. (2019). Diccionario de la lengua española. Beneficios (informe más actual). España. 23.^a edición.
- Reguera, I. (julio, 2019). Anticonceptivos y acné: toda la verdad sobre el uso de la píldora como tratamiento para acabar con los granitos. Tendencias. Recuperado de: <https://www.tendencias.com/salud/anticonceptivos-acne-toda-verdad-uso-pildora-como-tratamiento-para-acabar-granitos>
- Rodrigo, A. (diciembre, 2016). Anticonceptivos y antibióticos. Reproducción Asistida ORG. Recuperado de: <https://www.reproduccionasistida.org/anticonceptivos-y-antibioticos/>
- Rodríguez et al. (2011). Impacto clínico y económico de las intervenciones farmacéuticas. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000100006

- Rodríguez, M. (junio, 2011). La anticoncepción desde la farmacia comunitaria. una visión clínica. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/articulos%20%20hospital%20calderón/03-4-170-176.pdf>
- Rodríguez, R., Gómez, L. & Conde, M. (abril, 2003). Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200011
- S.A. (agosto, 2011). Los efectos de las pastillas anticonceptivas en la circulación. Saludable. Recuperado de: <https://www.infobae.com/2011/08/04/597802-los-efectos-las-pastillas-anticonceptivas-la-circulacion/>
- S.A. (08 mayo, 2017). Guía de Aseguramiento y Trámites en Tarjeta Sanitaria Individual. Recuperado de: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-de-aseguramiento-y-tramites-en-tarjeta-sanitaria-individual>
- Salazar, E. & Pimentel, E. (enero, 2003). Interacciones entre medicamentos y alcohol. Revista Acta Odontológica Venezolana. Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000100017
- Saldaña, M. (2006). La atención farmacéutica. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n4/editorial.pdf>
- Sanitas. (2019). Pastillas anticonceptivas. Recuperado de: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/pastillas-anticonceptivas.html>
- Sech, L. & Silverstein, E. (junio, 2013). Anticonceptivos orales. Última revisión completa junio 2013 por Laura Sech, Emily Silverstein. Recuperado de: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-orales>

- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2011). Dictamen 131. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD¶m6=1&nDictamen=16728&strTipM=T
- Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. (2006). Hirsutismo y síndrome de ovarios poliquísticos. Una guía para los pacientes. Recuperado de: https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/hirsutismo_y_sindrome_de_ovarios_poliquisticos-spanish.pdf
- Tafur, C. (enero, 2019). Los anticonceptivos afectan el deseo sexual. Recuperado de: <https://helloclue.com/es/articulos/sexo/los-anticonceptivos-afectan-el-deseo-sexual>
- Tejeda, F. (2011). Actualización en anticoncepción hormonal. Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <file:///C:/Users/Ariana/Documents/BK%20ARI/UNIVERSIDAD%20UIA/tesis%202019/articulos/articulos%20profe%20comu/Actualización%20en%20Anticonceptivos.pdf>
- Tovar, J. (julio 2013). El papel del farmacéutico, fundamental en las soluciones al paciente. Revista Efe: salud. Recuperado de: <https://www.efesalud.com/el-papel-del-farmaceutico-fundamental-en-las-soluciones-al-paciente/>
- Vásquez, D., Palacios, S., De Melo, R., Gómez, G. & Loret, R. (2014). Anticonceptivos orales combinados (AOC). Guías latinoamericanas. Guías de manejo. Recuperado de: <file:///C:/Users/LEONARDO/Downloads/67-Texto%20del%20art%C3%ADculo-404-1-10-20140916.pdf>
- Vázquez et al. (2014), Uruguay. Experiencia Uruguaya en Atención Farmacéutica activa en la comunidad. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000100008
- Velásquez, S. (2014). Análisis del rol del regente farmacéutico en la dispensación y educación respecto al uso de métodos anticonceptivos orales e inyectables en la farmacia comunitaria. Universidad de Ciencias Médicas. Costa Rica. Recuperado de: <file:///E:/El%20rol%20del%20regente%20farmac%C3%A9utico%20en%20la%20dispensaci%C3%B3n%20y%20educaci%C3%B3n.pdf>

ANEXOS

Encuesta

Universidad Internacional de las Américas

Evaluación del abordaje farmacéutico respecto a consultas referentes a anticonceptivos hormonales orales en el cantón de Goicoechea en el periodo de mayo del 2019.

Elaborado por: Ariana Calderón Picado

Revisado por: Dr. Edgar A. Miranda Álvarez, Dr. Wilder Jiménez Pow, Dr. Luis Diego Brenes Vargas.

Encuesta a farmacéuticos

Estimado(a) doctor(a):

Reciba un cordial saludo por parte de la investigadora. Soy una estudiante que solicita de su colaboración para el tema a estudiar. En el presente cuestionario se le realizará una serie de preguntas con fines de investigación, con el objetivo de obtener un conocimiento más amplio acerca del tema. La información que usted suministre es completamente confidencial.

Estimado(a) doctor(a):

La siguiente encuesta consta de 11 preguntas cerradas. Por favor, lea con atención las preguntas y conteste lo que se solicita según su criterio, marcando la letra con una equis (X).

1. ¿Dentro de cuál de las siguientes categorías es más frecuente encontrar usuarias de Anticonceptivos Orales?
 - a. De 15 a 20 años.
 - b. De 20 a 25 años.
 - c. De 25 a 30 años.
 - d. De 30 a 35 años.
 - e. De 35 a 40 años.
2. ¿De las diferentes clases de Anticonceptivos Orales o Intramusculares, cuál es la que con mayor frecuencia adquieren las pacientes?
 - a. Unidosis.
 - b. Combinados.
 - c. Parches.
 - d. Inyectables.
3. ¿Al realizar el abordaje inicial de una consulta respecto al inicio de uso de algún método anticonceptivo, usted como Farmacéutico le pregunta a la paciente por alguno o algunos de los siguientes aspectos?
 - a. Si es primera vez que consume los ACO,
 - b. Si lo ha tomado anteriormente.
 - c. Si está cambiando de ACO.
 - d. Qué día del ciclo se encuentra.
4. ¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor la mayoría de las situaciones en las cuales se vende algún tipo de anticonceptivo?
 - a. Receta médica.
 - b. Recomendación del farmacéutico.
 - c. Recomendación de un familiar.
 - d. Recomendación de un amigo.
 - e. Ya lo conocía.
5. Usted como farmacéutico, sabe que los ACO no se deben usar en las siguientes patologías:
 - a. Migraña.
 - b. Cáncer de ovario.
 - c. Acné.
 - d. Problemas de coagulación.
 - e. Cáncer de mama.
6. ¿Usted, como farmacéutico, de acuerdo con su opinión, antes de recomendar un ACO procede a?
 - a. Preguntar si presenta alguna patología referente al sistema reproductor femenino.
 - b. Le da el ACO que la usuaria solicita.
 - c. Que visite un médico especialista.

- d. Le pregunta que si está en periodo de lactancia.
7. ¿Según su criterio como Farmacéutico, la mayoría de las fallas terapéuticas (inefectividad) con el uso de algún método anticonceptivo, responde a una o más de las siguientes circunstancias?
- Uso recurrente.
 - Un abordaje farmacológico discontinuo.
 - Esperar cada mes para ser vista por su doctor.
 - Por combinarlo con Enantyum líquido.
 - Interacciones con alimentos cítricos.
8. ¿Usted, como farmacéutico, sabe que alguna o algunas consecuencias de consumir mal los ACO pueden ser?
- Dolor a nivel del útero.
 - Estreñimiento.
 - Embarazos.
 - Cáncer.
 - Sangrados irregulares.
9. De las siguientes opciones enumeradas, ¿cuál o cuáles pueden reducir la concentración plasmática de los anticonceptivos?
- Antibióticos.
 - Vitamina C.
 - Alcohol.
 - Acetaminofén.
10. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones escogería usted para decirle a una paciente que no puede hacer uso de los ACO?
- Si es menor de 18 años.
 - Si tiene el hábito de consumir bebidas alcohólicas.
 - Si tiene hijos.
 - Si es sedentaria.
 - Problemas circulatorios por herencia.
11. ¿El uso de ACO pueden provocar efectos secundarios tales como?
- Alteración en el flujo vaginal.
 - Aumento del crecimiento del vello corporal.
 - Disminución de la libido.
 - Acné.
 - Desarrollar cáncer de mama.
12. ¿Las recetas de ACO que llegan a la farmacia son destinadas a?
- Dismenorrea.
 - Hirsutismo.
 - Cáncer de endometrio.
 - Síndrome de ovario poliquístico.
 - Dispareunia.
13. ¿Usted, como farmacéutico, qué beneficios le ve al uso de ACO? Escoja una o más opciones

- a. Reduce la depresión.
 - b. Para trastornos benignos de mamas.
 - c. Disminuyen los riesgos a ETS.
 - d. Aumenta el crecimiento de tejido mamario.
 - e. Disminución de osteoporosis.
14. ¿Cuándo llegan a solicitar información acerca de cómo cambiar de **Belara®** a **Obbiat®** según su conocimiento, qué hace?
- a. Le dice que lo empiece a tomar entre el tercero y quinto día del sangrado.
 - b. Le responde que se puede cambiar después de tomar la última tableta con hormonas del que tenía, descansar 7 días y empezar a tomar el nuevo ACO en el día 8, a la misma hora que acostumbraba.
 - c. Le dice que debe esperar al primer día del ciclo.
 - d. O le dice que lo puede empezar a tomar cualquier día.
15. ¿Al realizar el abordaje en una consulta respecto al olvido de una toma anticonceptiva, cuál o cuáles serían las indicaciones por seguir?
- a. Si han pasado más de 15 horas se toma la tableta que olvidó inmediatamente, y la tableta siguiente se la toma a la hora que lo hace habitualmente.
 - b. Si han pasado menos de 12 horas se toma la tableta que olvidó en el momento; luego toma la siguiente en la hora usual.
 - c. Si han pasado más 24 horas, debe empezar paquete nuevo inmediatamente.
 - d. Si han pasado alrededor 12-22 horas, tomar el comprimido que olvidó y la siguiente (juntas), y al próximo día tomar normalmente, sin necesidad de protección adicional.
16. ¿Si alguna paciente llega a su farmacia a consultarle sobre cómo tomar anticonceptivos, qué le diría usted?
- a. Se la puede tomar en cualquier momento, y se debe cuidar por 7 días.
 - b. Debe esperar a su segundo día de ciclo para empezar el paquete, y no tiene la necesidad de protección extra.
 - c. Podría esperar a su quinto día del ciclo, para consumir el ACO y protegerse por un mes.
 - d. Debe esperar su primer día del ciclo para empezar la toma del ACO, y protegerse alrededor de 30 días.
17. ¿Usted cómo farmacéutico conoce el inicio de la toma de **Norgyl®** o **Norgylen®**?
- a. Primer día del período.
 - b. Segundo día del período.
 - c. Tercer día del período.
 - d. Quinto día del período.
 - e. Siete días después del período.