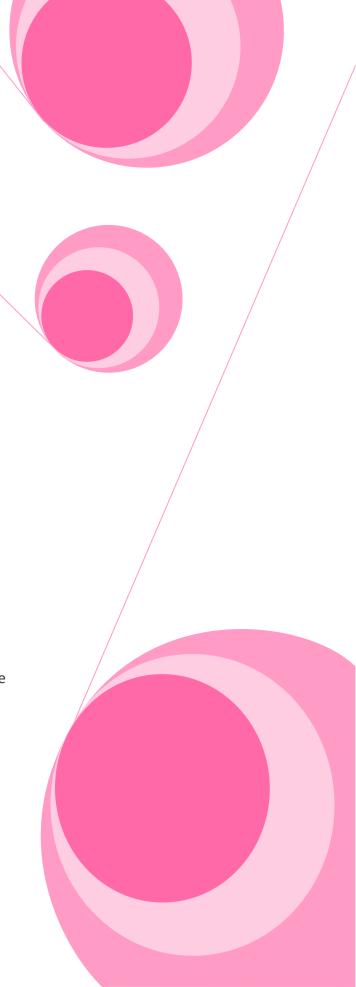


Máster oficial en Atención Farmacéutica - Universidad de Granada

Granada, septiembre 2009

Ana Petruta Dimitriu

Tutor: Emilio García-Jiménez



# <u>Agradecimientos</u>

Emílio García - Jíménez Paz Jíménez Morales Ángel Díaz Morales

Y a todos los farmacéuticos que participaron en el estudio por su interés

# ÍNDICE

|       |   | Página   |  |  |
|-------|---|----------|--|--|
| I.    | INTRODUCCIÓN. CONCEPTO ANTICONCEPTIVO. DATOS HISTÓRICOS                     | 4        |  |  |
| II.   | ANTICONCEPCIÓN HORMONAL. TIPOS  | 5        |  |  |
| III.  | NUEVAS TENDENCIAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES                   | 14       |  |  |
| IV.   | ESTUDIOS SOBRE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES A NIVEL DE                    |          |  |  |
|       | UNA FARMACIA COMUNITARIA  | 17       |  |  |
| V.    | EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA DISPENSACIÓN DE                             |          |  |  |
|       | ANTICONCEPTIVOS HORMONALES  | 21       |  |  |
| VI.   | EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES                    |          |  |  |
| VII.  | CONSULTAS MÁS FRECUENTES A NIVEL DE UNA FARMACIA COMUNITARIA                |          |  |  |
| VIII. | JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO   | 26<br>30 |  |  |
| IX.   | LAS HIPÓTESIS   | 31       |  |  |
| Χ.    | LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO   | 32       |  |  |
| XI.   | MATERIAL Y MÉTODO   | 33       |  |  |
| Λι.   | 1. Diseño   | 33       |  |  |
|       | 2. Población  | 33       |  |  |
|       | 2.2. Criterios de inclusión   | 33       |  |  |
|       | 2.3. Criterios de exclusión   | 33       |  |  |
|       | 3. El ámbito del estudio  | 33       |  |  |
|       | 4. El periodo del estudio: cronograma                                       | 33       |  |  |
|       | 5. Definición operacional de variables dependientes e independientes        | 33       |  |  |
|       | 6. Obtención de la información  | 36       |  |  |
|       | 7. Cuestiones éticas  | 37       |  |  |
| XII.  | LOS RESULTADOS  | 38       |  |  |
|       | 1. Perfil de la usuaria   | 38       |  |  |
|       | 2. El grado de conocimiento   | 51       |  |  |
| XIII. | LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO  | 67       |  |  |
| XIV.  | LA DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS  | 68       |  |  |
| XV.   | LAS CONCLUSIONES DEL ESTUDIO  | 73       |  |  |
| XVI.  | ANEXOS  | 74       |  |  |
|       | 1. El cuestionario  | 74       |  |  |
|       | 2. El díptico que se entrego a las usuarias                                 | 78       |  |  |
|       | 3. El procedimiento de trabajo que se entrego a las farmacias participantes |          |  |  |
|       | en el estudio   | 80       |  |  |
|       | 4. La distribución de las farmacias que participaron en el estudio          | 84       |  |  |
|       | 5. La hoja de inscripción que mando el colegio a las farmacias para que     | a=       |  |  |
|       | se inscribieran en el estudio   | 85       |  |  |
| XVII. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS  | 88       |  |  |

## I. Introducción. Concepto anticonceptivo. Datos históricos

El concepto de prevención de embarazo está enraizado en la sociedad humana desde hace muchos años porque permitía a las parejas tener un mayor control sobre su fertilidad y por lo tanto decidir el número de hijos que iban a tener. Desde siempre se ha reconocido el uso de un método anticonceptivo.

Hace 2000 años Himes aconsejaba el uso de estricnina, mercurio y arsénico con fines anticonceptivos, medidas que resultaron extremadamente peligrosas. Hay que subrayar que desde tiempos bíblicos la infertilidad ha sido considerada como una maldición mientras que la fertilidad era considerada como una bendición y de ahí que las mujeres eran consideradas como de "gran utilidad" para un hombre, pero a lo largo del tiempo este concepto trajo problemas económicas y de salud. Por ejemplo había muchas mujeres que se morían durante el parto, dejando a sus hijos solos y a sus familias divididas. [1]

En la antigüedad se usaban tres métodos anticonceptivos: limpiar la vagina después del coito, utilizar miel, alumbre o acido láctico como barreras espermicidas y la mística idea de que la mujer salte 7 veces atrás después del coito que parecía poco razonable. [2]

Desde tiempos muy antiguos existían libros que describían que la anticoncepción de ninguna manera estaba prohibida. Las mujeres a las cuales se les solían recomendar eran las muchachas jóvenes, mujeres embarazadas y aquellas que estuvieran lactando.

En el siglo XVI se descubrieron los oviductos humanos los cuales eventualmente se conocieron como las trompas de Fallapio. Este hombre fue el primero en utilizar en sus escrituras los siguientes términos: preservativo, vagina y placenta. [1]

En el siglo XVII, por motivos morales y políticos, sobre todo, se dejó de estudiar sobre la fecundidad y la fertilidad de la mujer. Sin embargo, las esponjas vaginales han surgido en esa época, descubiertas por los franceses. [1]

En el siglo XVIII se empezó a prohibir la anticoncepción porque equivalía al aborto. En esta época de recomendaba la abstinencia sexual pero el concepto no fue muy bien recibido entre las clases pobres. [1,2]

En el siglo XIX, por varios motivos las tasas de mortalidad disminuyeron y el hecho de tener una familia grande era muy bien visto. En aquellos tiempos se utilizaban como métodos anticonceptivos el coitus interruptus, barreras vaginales y duchas postcoitales. Además se empezaron a descubrir más nociones sobre el funcionamiento del aparato genital femenino.

En el siglo XX se empezó a tener más control sobre la fertilidad. En los años 1920 aparece el término de mujer "rebelde" que tenía derecho a la pareja, a la maternidad extramarital, a crear, a destruir, a amar y a vivir.

En 1929 Eduardo Doisy en EEUU identifico al estrógeno. Luego se descubrieron la estrona y el estradiol. En 1938 se sintetizaba el etinilestradiol. En 1944 se produjo la progesterona (Russel

Marker) a partir de un compuesto diosgenina (de la planta "cabeza de negro"). A partir de ahí se sintetizaron otros derivados de progesterona como: etisterona, noetrindona y el noretinodrel. Poco después se sintetizo el levonorgestrel.

En la década de los setenta se descubrió y luego se demostró científicamente que la píldora tenia efectos beneficiosos para la salud de la mujer pero al mismo tiempo aumentaba el riesgo cardiovascular de las mujeres que las usaban. Pronto se descubrió que existía una relación muy estrecha entre la dosis muy alta de estrógeno y la aparición del efecto cardiovascular. Los primeros anticonceptivos hormonales llevaban cantidades muy grandes de estrógeno y de progestágeno: por ejemplo la primera píldora tenía 10 mg nortinodrel y 150 mcg de mestranol. Poco tiempo después se descubrieron otros efectos adversos de la píldora como la embolia pulmonar, la trombosis de venas profundas, la trombosis cerebral y la trombosis coronaria. [2]

En 1974 aparecieron los primeras preparados con 30 mcg de etinil estradiol que en aquellos tiempos eran considerados como preparados tipo "microdosis". Poco tiempo después se descubrieron también que los gestágenos eran susceptibles de la aparición de los problemas cardiovasculares y por lo tanto se sintetizaron productos con menos dosis. En 1979 salió la píldora trifásica que podía controlar mejor el ciclo menstrual. A partir de la década de los ochenta han salido otro preparados con gestágenos distintos como el gestodeno y el desogestrel. <sup>[1,2]</sup>

Por consiguiente con el tiempo aparecieron preparados con dosis más bajos hasta llegar a los tiempos de hoy cuando existen en el mercado farmacéutico preparados con 0.060 mg de progestágeno y 15 mcg de etinilestradiol.

La introducción de la píldora no solo altero la conexión entre la sexualidad y la reproducción sino también la participación del hombre en las decisiones y responsabilidades reproductivas.

Los anticonceptivos hormonales orales se consideran como un descubrimiento del siglo XX. Al comienzo del siglo XXI ya se han introducido en la terapéutica nuevas formas farmacéuticas los parches, el anillo vaginal, los implantes etc.

Para concluir, la píldora ha traído consigo misma la revolución sexual por esto su significado superará siempre a el de un "simple medicamento". [1, 2]

# II. Anticoncepción hormonal. Tipos. Problemas asociados al uso de anticonceptivos hormonales

Hablar sobre los <u>anticonceptivos hormonales (AHO)</u> no forma parte de este estudio pero es importante definirlos, clasificarlos de la manera más general y describir algunas ventajas e inconvenientes para poder entender porque hay veces cuando puedan surgir algunos fallos en la dispensación o el uso de estos medicamentos.

En los últimos años han entrado en el mercado nuevas formulas con hormonas para la prevención del embarazo que cada día se emplean mas, entre ellas se pueden nombrar el anillo vaginal y el parche transdérmico <sup>[3,4]</sup>. Por otra parte, la píldora está considerada como un medicamento muy seguro y efectivo y por lo tanto hay muchos estudios hechos demostrando su efectividad y

seguridad <sup>[5]</sup> pero, recientemente se ha descubierto que muchas mujeres incumplen con el tratamiento por distintas razones entre las cuales lo más importante es la presencia de efectos adversos en un porcentaje muy alto en las mujeres que los están usando. <sup>[5, 6,7]</sup>

Los AHO son medicamentos que protegen frente a un embarazo no deseado. <sup>[8]</sup> Su *mecanismo* es complejo: actúan inhibiendo la ovulación o en otras palabras inhiben el eje hipotalámico-hipofisario, alteran al endometrio inhibiendo la implantación del ovulo fecundado y hacen más viscoso el moco cervical.

Actualmente existen en el mercado productos destinados solo a mujeres pero ya se están estudiando anticonceptivos hormonales para hombres pero, todavía no se ha encontrado ningún método que sea simple, reversible y eficaz. [9,10]

La *clasificación* de los anticonceptivos hormonales según la vía de administración: [11]

- Vía oral:
  - Píldora
  - Mini-píldora
  - Píldora postcoital (anticonceptivo de urgencia)
- Vía intravaginal y transdérmica:
  - Anillo vaginal
  - Parche transdérmico
- Inyectables:
  - Inyección mensual
  - Inyección trimestral
- Implante subcutáneo
- Dispositivo intrauterino de progestágenos

#### **LA PÍLDORA**

Los anticonceptivos hormonales orales que se conocen como la píldora contienen hormonas: asociación de progestágeno o estrógeno, en dosis variables o solo el progestágeno solo.

El componente estrógenico de la píldora es el etinilestradiol o el mestranol que se metaboliza a etinilestradiol.

En cuanto al progestágeno hay muchos progestágenos sintéticos que se utilizan en estos preparados: los derivados de 17-hidroxiprogesterona y los derivados de 19-hidroxiprogesterona. En el primer grupo se incluyen dos derivados que se usan mucho en la actualidad y que son: el acetato de ciproterona –Diane 35<sup>®</sup> (se usa para casos de virilización e hirsutismo, problemas de acné, etc.) y el acetato de clormadinona- Belara<sup>®</sup>. Con respeto a los derivados del segundo grupo, existen más preparados pero tienen efecto androgénico. En este grupo, hay tres generaciones de progestágenos: en la primera generación se incluye el linestrenol – Orgametril<sup>®</sup> cuya indicación no es para la anticoncepción hormonal. De la segunda generación se sigue utilizando el levonorgestrel (es el progestágeno mas androgénico del mercado). Los de la tercera generación son el norgestimato, desogestrel, gestodeno etc. [12]

Las tres formulaciones principales de anticonceptivos hormonales incluyen:

- Una combinación de estrógeno y progesterona a dosis fija;
- Una combinación trifásica de estrógeno y progesterona;
- Únicamente progesterona. [13]

#### La utilización de la píldora

- 1. El inicio del tratamiento tiene que coincidir con el primer día del sangrado menstrual. Si el inicio se produce entre los días 2-5 del ciclo, se ha de usar otras medidas anticonceptivas durante los 7 primeros días del tratamiento.
- 2. El comprimido se tiene que tomar durante 21, 22 o 24 días consecutivas a la misma hora (no es aconsejable retrasos en la toma de más de 3 horas).
- 3. Cada envase posterior se empezará después de un intervalo libre de toma de comprimidos de 7, 6 o 4 días (dependiendo del producto) durante el cual se suele producir una hemorragia por privación (la hemorragia puede empezar en los 2-3 días después a la toma del último comprimido, y puede no haber terminado antes de empezar el siguiente envase). En los preparados que tienen comprimidos placebo no es necesaria la pausa, pero igualmente ha de aparecer el sangrado.
- 4. Si el medicamentos es trifásico (tiene comprimidos de distintas concentraciones, y cada concentración tiene un color distinto), se ha de tomar la píldora adecuada, tal y como se indica en el envase (siguiendo las flechas).

#### 5. Problemas relacionados al uso:

- Olvido en la toma de un comprimido o más comprimidos:
  - En caso de olvido no superior a 12 horas, ha de tomar la píldora tan pronto como lo recuerde y seguir con la siguiente toma a la hora habitual. No se pierde la eficacia contraceptiva.
  - En caso de olvido superior a 12 horas: la eficacia anticonceptiva puede verse reducida, y hay que tener en cuenta que siempre se necesita tomar los comprimidos de forma ininterrumpida durante 7 días (para conseguir una supresión adecuada del eje hipotálamo-hipófisis-ovario). En este caso las medidas que se han de tomar dependen de la semana en que ocurrió el olvido de la toma de un comprimido.
- Semana 1: la mujer debe tomar el comprimido olvidado tan pronto como se acuerde (aunque tiene que tomar los dos comprimidos a la vez) y luego, seguir con la toma de comprimidos a su hora habitual. Además, ha de usar un método anticonceptivo de barrera (como un preservativo) durante 7 días siguientes. Observación: si se han mantenido relaciones sexuales en los 7 días previos, se debe considerar la posibilidad de un embarazo indeseado.
- Semana 2: la mujer debe tomar el comprimido olvidado tan pronto como se acuerde (aunque tiene que tomar los dos comprimidos a la vez). A partir de ahí seguirá tomando los comprimidos a su hora habitual. Si en los 7 días anteriores se tomaron los comprimidos correctamente no se han de usar medidas adicionales. No obstante, si ha

- olvidado tomar más de un comprimido debe considerarse la adopción de precauciones adicionales los 7 días siguientes.
- Semana 3: se pueden seguir dos pautas (siempre que la mujer ha tomado los comprimidos anteriores correctamente):
  - **Pauta 1**: tomar el comprimido tan pronto como se acuerde (aunque tiene que tomar dos a la vez) y continuar el resto de los comprimidos a la hora habitual. Al acabar los comprimidos activos, ha de empezar el siguiente envase inmediatamente (no ha de hacer una semana de descanso).
  - **Pauta 2**: dejar de tomar los comprimidos de este ciclo y adelantar la semana de descanso. Luego, después de la semana de descanso se ha de empezar un nuevo ciclo de pastillas.

#### Olvido de 2 o más píldoras:

- **Pauta 1**: si quedan más de 7 comprimidos activos: debe realizar la semana de descanso y utilizar un método barrera los 7 días siguientes.
- **Pauta 2**: desechar en envase con los comprimidos activos que queden y empezar un nuevo envase inmediatamente sin descanso.
- Empezar el método anticonceptivo con más de 5 días de retraso: iniciar el ciclo utilizando un método barrera por lo menos 7 días.
- Retraso de más de 8 días al comenzar el siguiente ciclo: la eficacia anticonceptiva no está asegurada por lo cual se ha de utilizar un método barrera durante 7 días consecutivos.
- Toma de dos comprimidos al mismo día: se debe continuar tomando un comprimido diario hasta terminar el envase y se adelantara el día del inicio del siguiente envase. [14]

A continuación (tabla 1), se presentan algunas ventajas e inconvenientes de la píldora [12, 13, 14]

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de la píldora

| VENTAJAS                         | INCONVENIENTES                                       |
|----------------------------------|--|
| Ciclos menstruales más regulares | Los píldora de hoy en día tiene menos hormonas (15 o |
|                                  | 20 o 30 μg EE)→ menos efectos secundarias, pero      |
|                                  | más riesgo de un posible embarazo si no lo toma bien |
| La reducción de volumen          | La aparición de problemas digestivos (náuseas,       |
| menstrual→ menos anemia          | vómitos), retención de líquidos, etc.                |
| ferropénica                      |  |
| Alivio del síndrome premenstrual | Pueden ocasionar en los primeros meses un            |
|                                  | manchado irregular en mitad del ciclo                |
| Alivio de los problemas de       | Aumento de la TA en pacientes predispuestas (las que |
| hirsutismo o virilización        | son más afectadas son las pacientes fumadoras,       |
|                                  | mayores de 35 años)                                  |
| Se reduce el riesgo de embarazo  | Aumenta el riesgo de tromboembolismo y la aparición  |
| ectópico                         | de varices en mujeres predispuestas                  |
| Se reduce el riesgo de cáncer de | Ligero aumento del cáncer de cuello uterino          |
| endometrio y de ovario           |  |
| Se retrasa la aparición de la    | En las mujeres deprimidas les puede bajar más el     |
| osteoporosis                     | animo (se recomienda tomar un suplemento con         |
|                                  | vitaminas del grupo B)                               |

#### LA MINIPÍLDORA (CERAZET®)

La minipíldora tiene solo dosis bajas de progestágeno de tercera generación (75mcg desogestrel) y se toma durante 28 días. Su eficacia no es tan alta (el índice de Pearl es de 2.0) y de ahí que se usa solo en mujeres con fertilidad disminuida o mujeres lactantes o mujeres que tienen alergia a estrógenos.

#### La utilización de la minipíldora

- 1. Cuando se comienza un tratamiento, el primer comprimido se tomará el primer día de la menstruación (también se puede comenzar entre los días 2 y 5, en cuyo caso se recomienda usar un método barrera durante los 7 primeros días consecutivos).
- 2. Se toma un comprimido al día, independientemente de que se pueden producir sangrados (un tratamiento dura 28 días en total).
- 3. Los comprimidos deben tomarse cada día aproximadamente a la misma hora de manera que el intervalo entre la toma de dos comprimidos tiene que ser de 24 horas. [13, 14, 16]

#### LA PÍLDORA POSTICOITAL (ANTICONCEPTIVO DE URGENCIA- NORLEVO®, POSTINOR®)

Actualmente existen preparados con solo una pastilla de 1500 mcg de levonorgestrel. Antes la caja tenía dos comprimidos de 750 mg de levonorgestrel. Existen estudios que demuestran que la nueva fórmula de 1500 mcg levonorgestrel tiene una eficacia [13,18] igual o superior que la de 750 mcg en dos tomas. [19]

La pastilla que tiene que tomar como máximo pasadas 72 horas después del coito. Si pasan más horas después del coito más posibilidades tiene la usuaria de quedarse embarazada.

Los **efectos adversos** son bastantes molestos y se pueden incluir:

- molestias gástricas (nauseas, vómitos, diarrea);
- problemas neurológicas y psicológicas (astenia, cefalea, mareo);
- problemas ginecológicos: aumento de la sensibilidad mamaria, perdidas de sangre intermenstrual, trastornos del ciclo menstrual, menstruaciones abundantes etc.

#### EL ANILLO VAGINAL (NUVARING®)

Es un nuevo sistema de liberación hormonal combinada: consiste en un anillo flexible, transparente, hecho de etinil-vinil-acetato; la membrana controla la liberación uniforme de hormonas: 15 mcg etinilestradiol y 120 mcg de etonorgestrel durante tres semanas.

El grado de aceptación de este producto es muy alto y la eficacia similar a los ACO. Su fácil modo de uso hace que el numero de fallos sea menor que con los ACO. [10]

#### La utilización del anillo vaginal

- 1. El anillo vaginal puede insertarse y extraerse por la propia usuaria.
- 2. Se puede comenzar el tratamiento cualquier día entre el primer y el quinto día del sangrado menstrual.
- 3. Se puede insertar: de pie con una pierna levantada, en cuclillas o echada. Debe comprimir el anillo e insertarlo en la vagina hasta que se sienta cómoda (la posición exacta del anillo en la vagina no es critica en cuanto al efecto anticonceptivo del anillo).
- 4. Una vez insertado el anillo se deja en la vagina durante tres semanas seguidas.
- 5. Si se expulsa accidentalmente se puede lavar con agua fría o tibia (no caliente) e insertarse inmediatamente. Si pasan menos de 3 horas no se pierde la eficacia contraceptiva pero, si han pasado más de 3 horas se debe insertar de nuevo el anillo y usar un método barrera adicional durante los 7 días consecutivos. Si se ha dejado fuera de la vagina por más de 3 horas en la tercer semana de uso, se hace una semana de descanso y luego se coloca un nuevo anillo.
- 6. El anillo debe extraerse después de 3 semanas de uso, en el mismo día en que fue insertado. El anillo podrá retirarse estirándolo con el dedo índice en forma de "gancho" o sujetándolo entre el índice y el dedo medio e extrayéndolo a continuación.
- 7. Después de una semana de descanso se inserta un anillo vaginal nuevo (el mismo día de la semana y a la misma hora que se retira).
- 8. El sangrado por privación normalmente se inicia 2-3 días después de la extracción y puede no finalizar completamente en el momento de insertar un nuevo anillo.
- 9. Hasta su utilización el anillo se ha de conservar en la nevera entre 2 y 8 grados Celsius.

#### Problemas relacionados con el uso:

- La primera vez que se inserta el anillo vaginal tiene que ser el quinto día de la menstruación (más o menos cuando el sangrado ha parado) y debido a esa inserción este método no es efectivo durante la primera semana de uso.
- Si se olvida de colocar un nuevo anillo anticonceptivo después de 7 días de descanso tras la extracción del anillo anterior, puede que no esté protegida contra un embarazo. Tras descartar un posible embarazo, se ha de colocar un nuevo anillo tan pronto como se

- recuerde y usar un método barrera hasta que el nuevo anillo haya estado colocado durante 7 días consecutivos.
- Retraso en retirar el anillo (más de tres semanas con el anillo vaginal): siempre que el anillo se haya utilizado por menos de 4 semanas, la eficacia contraceptiva está asegurada. Si se deja en la vagina por más de 4 semanas, puede reducirse la eficacia contraceptiva y tras descartar un embarazo se debe colocar un nuevo anillo. [10,13,14,20]

A continuación en la tabla 2, se describen algunas ventajas e inconvenientes del uso de anillo vaginal: [10,13, 18]

Tabla 2. Ventajas e inconvenientes del uso del anillo vaginal

| VENTAJAS                                  | INCONVENIENTES                                    |
|---|---|
| Capacidad de liberar uniformemente el     | No es el método más conveniente para las          |
| fármaco                                   | mujeres reticentes a la manipulación de           |
|   | genitales   |
| Ausencia del efecto de primer paso        | El anillo no se recomienda para las mujeres       |
| hepático→ Absorción no condicionada a     | que padecen de estreñimiento                      |
| procesos gastrointestinales               |   |
| Garantía de mejor cumplimiento            | Problemas de sangrado intermenstrual; el          |
|   | sangrado es más abundante que con tomar la        |
|   | píldora   |
| No afectado por la intolerancia a lactosa | Las reacciones adversas son similares a los ACO   |
| El anillo vaginal puede permanecer en la  | El anillo vaginal no se puede quitar por más de 3 |
| vagina durante las relaciones sexuales o  | horas en todo el ciclo                            |
| se puede quitar durante 2 h como          |   |
| máximo                                    |   |

#### **EL PARCHE TRANSDÉRMICO (EVRA®)**

El parche transdérmico es un sistema de liberación tipo matriz, en la cual se encuentran las hormonas etinilestradiol (EE) y la norelgestromina (NGMN). El parche transdérmico libera diariamente 20  $\mu$ g de EE y 150  $\mu$ g de NGMN. El gestágeno es de tercera generación con mínimo efecto androgénico. Se ha demostrado científicamente que su eficacia es similar a los ACO con 35  $\mu$ g EE. [4,13]

#### La utilización de parche transdérmico

- 1. La duración del ciclo es de 4 semanas: 3 con parches de cambio semanal y una semana libre de parches.
- 2. El inicio del tratamiento se ha de realizar el primer día de la regla.
- 3. Cortar el sobre de aluminio por el borde y sacar el parche junto con la capa de plástico que lo cubre. Retirar la capa de plástico y evitar tocar con los dedos la superficie del parche que queda expuesta. Colocar el parche en la zona elegida y retirar la otra mitad de plástico. Presionar firmemente con la palma de la mano el parche para observar si está bien adherido.
- 4. El parche se puede colocar sobre la piel sana, limpia, intacta, seca, sin vello de las siguientes zonas: nalgas; abdomen; hombro; parte superior externa del brazo; parte superior del torso

- menos en los senos. Cada parche ha de colocarse en distinto sitio para evitar la irritación de la zona.
- 5. Se cambia el parche cada 7 días coincidiendo siempre en el mismo día de la semana, hasta un total de 3 parches por ciclo.
- 6. Se guita el último parche y se hace una semana de descanso.
- 7. Después de la semana de descanso se coloca un nuevo parche para iniciar un nuevo ciclo.
- 8. Siempre coincidirá la retirada del parche y la colocación el mismo día de la semana.
- 9. **Excepciones** al uso habitual:
  - Si no se quiere hacer una semana de descanso (en caso de que se quiere prolongar el día del inicio de la menstruación) se puede empezar un nuevo ciclo, coincidiendo los días de la colocación de los parches del nuevo ciclo con las del otro ciclo. Lo importante es que no pasen más de 7 días sin parche.

#### Problemas relacionados al uso:

- Si el día del inicio del primer envase no es el primer día de la menstruación se debe usar otro método barrera (como un preservativo) durante los primeros 7 días del inicio del primer ciclo.
- Si se olvida de cambiarse el parche en el medio del ciclo del parche (semana 2 o 3) durante los días 1 o 2, aplíquese un nuevo parche de inmediato y el próximo en el día programado para el "día del cambio de parche".
- Si se olvida de cambiarse el parche en el medio del ciclo por más de 2 días, existe la posibilidad de que ya no esté protegida contra el embarazo. Se tiene que detener el ciclo actual y comenzar un nuevo ciclo de inmediato aplicando un parche nuevo. Esto significa que habrá un nuevo "día del cambio del parche" y un nuevo día 1. Ha de usar un método barrera durante al menos una semana.
- Si se olvida de quitarse el parche al final del ciclo (semana 4) ha de quitarlo tan pronto como se recuerde. Comience el próximo ciclo en el "día del cambio del parche" programado, al día siguiente del día no. 28.
- Si el parche se ha despegado parcial o completamente por más de 1 día o no se sabe por cuanto tiempo, existe la posibilidad de que ya no esté protegida contra el embarazo. Tras descartar un posible embarazo, se debe comenzar un nuevo ciclo de parche y habrá un nuevo "día de cambio de parche". Además, en la primera semana del nuevo ciclo de parche se tiene que usar un método barrera adicional dado que no está protegida contra el embarazo. [13,14,16,17]

Algunas ventajas e inconvenientes de esta medicación se presentan en la tabla 3  $^{[10,13,\,15]}$ 

Tabla 3. Ventajas e inconvenientes del parche transdérmico

| VENTAJAS  | INCONVENIENTES  |
|---|---|
| Capacidad de liberar uniformemente el<br>fármaco                                | La indiscreción del parche → mastalgias<br>(disminuyen el tercer ciclo) |
| Ausencia del primer paso hepático→ menos reacciones adversas que con la píldora | Irritación cutánea en el lugar de la<br>aplicación del parche           |
| Mejor cumplimiento  | No apto para mujeres con peso mayor de<br>90 kg                         |
| No es afectado por la intolerancia a lactosa                                    | Las reacciones adversas son similares al uso<br>de la píldora           |

#### LA INYECCIÓN TRIMESTRAL (DEPO-PROGEVERA®)

Es una ampolla de administración intramuscular compuesta por 150 mg de acetato de medroxiprogesterona. El progestágeno se libera lentamente a lo largo de tres meses que dura su actividad.

#### La utilización de la invección

- 1. Para su administración es necesaria la intervención de un profesional sanitario.
- 2. Se ha de iniciar el tratamiento durante los 5 primeros días del ciclo menstrual. La eficacia anticonceptivos es trimestral, de manera que la paciente deberá repetir la inyección cada tres meses.
- 3. Se puede poner la inyección 15 días antes o 15 días después del día que le corresponde.
- 4. Los tres primeros meses es normal que aparezca sangrados intermenstruales. El sangrado tiende a disminuir a medida que se prolonga el tratamiento.
- 5. Al suspender el método no es raro que se produzca un retraso en los ciclos siguientes. [13,14,21]

Es un método muy eficaz pero sus principales inconvenientes como los trastornos del ciclo menstrual o la perdida de fertilidad por unos meses al dejar el tratamiento denotan que no puede ser un método de primera elección.

Observación: Antes existía en el vademecum una inyección mensual (Topasel®) pero, actualmente está retirada del mercado farmacéutico.

#### IMPLANTES DE PROGESTÁGENOS (JADELLE®, IMPLANON®)

Están catalogadas como diagnostico hospitalario y se administran solo en el hospital en caso de la prescripción de este método contraceptivo.

#### DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE PROPROGESTÁGENOS (MIRENA®)

Tiene un reservorio de 52 mg de levonorgestrel que se va liberando en el útero con una tasa de 20 mg al día durante 5 años. El medicamento está catalogado como diagnostico hospitalario y se inserta solo en el hospital por un profesional sanitario.

Aunque su principal ventaja es que elimina los problemas de incumplimiento puede dar problemas adversas como: infección pélvica, dismenorrea, sangrado irregular, embarazo ectópico, perforación y expulsión del dispositivo.

## III. Nuevas tendencias en el uso de anticonceptivos hormonales.

Al principio del siglo XXI, la situación mundial ha cambiado bastante en distintos aspectos relacionados con la salud sexual, las relaciones entre hombres y mujeres, el acceso a los programas de planificación familiar, el matrimonio, los niños, etc. Las mujeres son más independientes que hace muchos años, están más tiempo fuera de casa, la mayoría trabajan y tienen derecho a elegir su pareja, se casan y tienen su primer niño más tarde que hace 50 años. La aparición de la televisión y de otros medios de comunicación hace que las mujeres estén siempre más informadas de todo en lo que concierne la salud sexual, el embarazo, la anticoncepción, etc. [22] Por otro lado, la gran popularidad de internet hace que mucha gente busque soluciones a sus problemas de salud o a sus preocupaciones en lo que concierne la salud sexual y la anticoncepción.

¿Qué es lo que ha cambiado con respeto a la anticoncepción? Primero, se puede decir que hace 50 años, la anticoncepción significaba la píldora. Ahora, anticoncepción significa mucho más: significa el conjunto de situaciones, medicamentos, métodos, etc. que ahora nos parecen tan familiares, tan comunes como: el preservativo, los métodos hormonales de anticoncepción: la píldora, el anillo vaginal, el DIU, el implante, etc., las programas de planificación familiar. La rata de fertilidad de las mujeres ha bajado de 5.1 en 1950 a 3.7 en 1990. [23] La población también ha crecido mucho en todos estos años, actualmente hay más de 6 billones de personas en el mundo. Entre estos 6 billones hay más de 600 millones de mujeres casadas que están utilizando anticonceptivos. El número de mujeres que no están casadas y que usen métodos anticonceptivos también está en aumento en más de 21 países. [23] Hemos crecido como población pero todavía existe un número muy grande de mujeres que tiene muy poca educación sexual y esto contribuye a que haya un gran número de abortos cada año [24] (46 millones de embarazos no deseados cada año, entre ellos 27 millones legales y 19 millones ilegales; solo 3% de los abortos ilegales pasan en los países desarrollados), de que se nazcan niños enfermos o con varias características débiles, etc. Otro dato de la Global Health Council denota que solo entre los años 1995-2000 hubo más de 1.2 billones de embarazos entre estos ¼ eran indeseados: por ejemplo solo en Francia 65% de los embarazos no deseados han ocurrido por no haber usado un AHO o un preservativo. [10]

¿Cuál es la situación general a nivel mundial con respeto a la anticoncepción? La mayoría de estudios hechos hablan de la situación en África donde todavía hace falta mucho trabajo con respeto a la anticoncepción para que las mujeres sean conscientes de usar un anticonceptivo para la prevención de un posible embarazo o para protegerse de VIH, pero aun así, un estudio reciente [25] hecho en 18 países de África demuestra que cada día hay más gente que usa el preservativo (cerca de 18. 8%). En estos países, las mujeres casadas no se atreven a hablar sobre su vida sexual debido a su educación, por lo tanto no se sabe con certeza cuál es su pensamiento en el siglo XXI con relación al uso de métodos anticonceptivos. Desde luego, hay muy pocos estudios hechos que demuestren que cada día las mujeres africanas se protegen más frente a ETS (enfermedades de transmisión sexual) a VIH o a SIDA; solo los datos de la WHO (World Health Organization) hablan por si solos: el número en aumento de casos de VIH a principios del siglo XXI denota que hace falta más educación sobre el uso de anticonceptivos, incluyendo aquí los preservativos. [25]

En otros países el uso de anticonceptivos está todavía condicionado al nivel de educación, a la religión, a raza, al nivel económico, al acceso a la seguridad social, etc. Por ejemplo, en EEUU el precio y el acceso a los métodos contraceptivos son las principales barreras frente al uso de

anticonceptivos. <sup>[26]</sup> Además, en el mismo país el NO uso de los métodos anticonceptivos está asociado con el no acceso a la seguridad social, la raza negra, la falta de educación y con más de 2 personas de contacto sexual en el último mes <sup>[26]</sup> mientras que en España está más asociado con la falta de una relación sexual, con el coste y con la preferencia más hacía el preservativo. <sup>[27,28]</sup> Por otro lado, en los países de origen musulmán, el no uso de métodos anticonceptivos tiene que ver más con la religión o con la idea de que la mujer no es tan independiente como para elegir su método anticonceptivo y de que el hombre que está usando un preservativo está visto como infiel a su esposa. <sup>[29,30, 31]</sup> Por ejemplo, en Azerbaiyán, los profesionales de la salud también los recomiendan muy poco debido a que la legislación impide que los médicos prescriban más anticonceptivos; <sup>[29]</sup> en Arabia Saudí, 78% de las mujeres no saben que el AHO puede ser utilizado para tratar problemas ginecológicos mientras que el posible sangrado intermenstrual está visto como un impedimento para rezar y para tener actividades sexuales <sup>[31]</sup> mientras que la población musulmán de Grecia y Alemania, a diferencia de los cristianos, usa menos el preservativo. <sup>[30]</sup> Los cristianos usan en el orden decreciente la píldora, el preservativo, la abstinencia y el coitus interruptus. <sup>[30]</sup>

En otros países el uso de anticonceptivos hormonales está más condicionado a los efectos adversos o a falta de conocimiento. Estos estudios se mostrarán más adelante.

#### ¿Cuáles de los métodos anticonceptivos hormonales se usan más hoy en día?

Hay varios estudios hechos en muchos países que demuestran lo diferente que es el uso mundial de AHO dependiendo de la región. Un estudio realizado durante 1980-2005 en 104 países (que tienen más de 80% de la población mundial) [23] demuestra lo siguiente: antes el método anticonceptivo más utilizado era la esterilización femenina, seguido del DIU, la píldora, los inyectables. Actualmente, la esterilización voluntaria se practica mucho en los países donde la población ha crecido mucho como es el caso de India, Oriento Apropiado, África del Norte, África subsahariana. Hoy en día, 60 % de las mujeres casadas usan métodos contraceptivos, pero la tendencia actual es usar menos el DIU y la píldora mientras hay más usuarias de los preservativos y de los inyectables. En cuanto a los países asiáticos todavía se practica más la vasectomía, mientras que en países como África donde ha aumentado la tasa de personas infectadas con HIV/SIDA. Para añadir, hay una tendencia de reemplazar los métodos tradicionales por métodos permanentes. [23]

La situación de los adolescentes a nivel mundial es distinta: todavía hay una cierta divagación cuando se trata de acceder a diversos programas de salud sexual. Falta mucho trabajo con la población joven con edad comprendida entre 15-24 años que representa la mitad de la población mundial. [24] Hoy en día se ha alargado mucho la distancia entre la primera relación sexual y el matrimonio y entre el matrimonio y el primer niño por lo tanto hay que impulsar más los programas de prácticas sexuales en adolescentes dado el número cada vez mayor de gente infectada con un ETS o con el VIH/SIDA. En el caso de los jóvenes hay que procurar ofrecerles más información de calidad para que ellos sepan evitar un embarazo indeseado, un aborto o una posible ETS y hay que subrayar que una parte de esta información tiene que venir de parte de los padres o de los médicos. Por ejemplo el porcentaje de adolescentes que usen un AHO es muy bajo en EEUU (42%), países de África (5-10%) en comparativo con Canadá (64%), Francia (50%), Inglaterra (69%), países de Caribe y América Latina (el porcentaje aproximativo es de 40%). [24] Entonces, depende mucho de la *educación sobre anticoncepción* para que el numero de ETS (cerca de 340 mil/nuevos casos/año-según WHO) vaya disminuyéndose.

Por otro lado, la situación en España es totalmente diferente: las encuestas del equipo Daphne [27,28] muestran lo siguiente:

- A nivel de mujeres con edad entre 15-49 años: los métodos anticonceptivos que se usan más son: el preservativo, la píldora, el doble método (49% de ellas no conocen que es) y los recién introducidos: el anillo vaginal y el parche transdérmico. Los métodos que se usan menos son la ligadura de trompas, el DIU (estos métodos los prefieren las mujeres a partir de 40 años).
- 2. La mayoría de las mujeres usan el preservativo y la píldora (los envases de 28 días)
- 3. 40% de los jóvenes entre 15-19 años no usan ningún método contraceptivo.
- 4. En 2007, 49% de las usuarias de AHO se informaron sobre su método entre cuales 17% de los medios de comunicación y 33% del entorno social.
- 5. 8.4% de las mujeres entre 15-49 años están en riesgo de embarazo no deseado

Por otro lado, en estos últimos 8 años, en el mercado internacional de anticonceptivos han sido introducidos nuevos medicamentos anticonceptivos innovadores que hoy en día se usan cada vez más: el anillo vaginal NuvaRing®, el parche transdérmico Evra®, los implantes subcutáneos Implanon®, Norplant®, Jadelle®, el dispositivo intrauterino de cobre que libera 20 µg de EE de forma constante. Estos productos son más cómodos y dan menos efectos adversos que la píldora. [32]

Las **tendencias actuales** van hacía la síntesis de nuevas moléculas, activas, nuevas pautas de administración la reducción de dosis etc. <sup>[33]</sup> En EEUU aparecieron hace años dos preparaciones en forma de píldora que querían mejorar los problemas asociados con la menstruación, pero que no han dado resultados hasta ahora: <sup>[34]</sup> uno de estos productos (Mircette®, Organon) tiene la siguiente pauta: 21 días de 20µg de EE+2 días de placebo+5 días de 10µg EE y mientras que el otro (Seasonale®: 30µg de EE+150µg levonorgestrel) se toma durante 3 meses seguidos (se supone que una persona pueda tener solo 4 menstruaciones al año).

Los nuevos mitos de la píldora parecen que ya no están de actualidad. En una revisión Cochrane Plus <sup>[35]</sup> se habla de que la píldora no provoca aumento de peso, que no solo la píldora que tiene ciproterona mejora el acné y de que no se suelen recomendar métodos anticonceptivos en la adolescencia y menos antes de la primera regla.

Por otro lado, como tendencia actual cada vez se habla más de los futuros anticonceptivos masculinos que van a ser en forma de pastilla y de implante. [10,36] Hasta ahora se han probado en varios estudios clínicos distintos métodos hormonales que inducen la azoospermia dado que actúan sobre el eje hipotalámico-hipofisario, suprimiendo la producción de FSH y LH. Se están testando todavía los derivados de testosterona capaces de suprimir la producción de FSH pero al mismo tiempo sin producir cambios sobre la libido, la masa muscular, la densidad ósea etc.

En resumen, se puede decir que debido al aumento de la población en los últimos años se han buscado y se siguen buscando nuevos métodos anticonceptivos tanto para mujer como para hombre. Las características de un futuro anticonceptivo tienen que ser la simplicidad, la reversibilidad y la efectividad.

#### IV. Estudios sobre los AHO a nivel de farmacia comunitaria

Hoy en día las farmacias parecen que son más asequibles que los centros de salud para aquellas usuarias que piden un AHO debido a varias razones: el horario, el hecho de no pedir una cita y de esperar hasta que se lo den etc. Una usuaria puede acudir a una farmacia a pedir un AHO en las siguientes situaciones:

#### 1. Falta de receta médica

Hay situaciones en las que una usuaria de AHO ha tomado un anticonceptivo previo y entonces por falta de tiempo o por falta de interés en ir al médico, acude a la farmacia para solicitar el mismo producto que tomó en otras ocasiones. En estos casos puede aparecer un sesgo muy importante: el de pretender saber todo acerca de su medicación o el de ocultar información porque no le parecerá relevante al farmacéutico. Entre las usuarias puede haber personas adultas, mujeres que además de haber tomado por más tiempo el mismo tipo de producto anticonceptivo están acostumbradas con otro sistema de salud más permisivo donde muchos productos se podían retirar de la farmacia sin receta. En este caso es muy importante convencer a la usuaria de que una consulta pueda resultar muy útil para su salud. [37,38,39]

Otros de los motivos por los cuales una usuaria puede solicitar un AHO sin receta puede ser que la mayoría de los anticonceptivos no entran en la seguridad social (con la excepción del Diane 35 Diario®- su uso recientemente ha pasado de anticonceptivo a un producto recomendado para los casos de hirsutismo, de virilización, de dismenorrea o de trastornos del ciclo menstrual [40]). Por consiguiente, muchas mujeres no suelen ir al médico muy a menudo porque se piensa que de todas maneras hay que pagar el producto (que a veces no sale muy barato). En este caso lo recomendable es intentar convencer a la usuaria de la importancia de hacerse una consulta una o dos veces al año porque la píldora o cualquiera de las formas utilizadas le protegen frente a un embarazo pero no frente a una ETS (enfermedad de transmisión sexual) o a VIH. [41,42,43,44]

#### 2. Falta de comunicación con los padres y/o miedo de ir al médico

En este grupo se pueden incluir los adolescentes. Conforme el estudio del equipo Daphne la tasa del inicio del primer contacto sexual ha bajado a los 15.9 años en mujeres y 15.6 años en hombres, por lo tanto las adolescentes pueden solicitar en una farmacia un anticonceptivo hormonal o un anticonceptivo de emergencia por varios motivos: para protegerse frente a un embarazo o para no tener que ir al médico porque de este modo se pudiesen enterar sus padres. [45,46] En este caso es importante convencer a la usuaria de que se vaya al médico porque el hecho de tomar un anticonceptivo o sufrir un aborto antes de los 20 años puede resultar extremadamente peligroso para su salud tanto como para su fertilidad (puede bajar la tasa de fecundidad). [37,47,48,49,50]

Por otro lado, en un estudio hecho con la población que iba al liceo los resultados mostraron que los adolescentes hablaban por lo menos una vez al mes con los padres sobre la anticoncepción y no con los médicos u otros profesionales de la salud. [51]

Además, hoy en día tener acceso a comprar un medicamento por internet se ha puesto de moda. En muchos países existen varias páginas web de donde se pueda comprar medicamentos que son de prescripción médica. Por lo tanto la accesibilidad a los varios medios de comunicación no suele

concienciar al paciente sobre su salud sino que suele pasar al revés, de tener potencia de comprar medicamentos sin pensar en las posibles consecuencias. [42,52]

#### 3. La falta de acceso de la población inmigrante a la seguridad social

Suele haber mujeres inmigrantes de varios países de América Latina, de la Europa de Este, de África, etc. que no tienen tanta facilidad para tener acceso al sistema de seguridad social. [53]

#### 4. La presencia de efectos adversos de la medicación o la falta de conocimiento

Hay muchos estudios que demuestran que tanto la píldora como los demás medicamentos anticonceptivos puedes ser muy eficaces y seguros [13,19], no obstante existe un porcentaje muy alto de mujeres que pueden dejar de utilizarlos tras los primeros meses de tratamiento por varios razones psicológicas o sociales (el hecho de haber roto con su pareja hace que las mujeres dejan de tomar la píldora por falta de motivación) o por los efectos adversos que los suelen dar, entre los cuales los más frecuentes son: el aumento de peso, el sangrado intermenstrual, la retención de líquidos o las nauseas y los vómitos. [5,54,55,56,57,58]

Por otro lado, la presencia de efectos adversos denota una falta de conocimiento del medicamento que conlleva a rechazar el método. <sup>[59]</sup> Un estudio hecho en Japón y Corea demuestra que la población joven universitaria rechaza el uso de la píldora debido a los efectos adversos <sup>[60]</sup>, mientras que en EEUU otro estudio refleja que la falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos está relacionado con la actitud de cada persona hacía la anticoncepción, con el cónyuge y con el nivel de estudios. <sup>[61]</sup> Un estudio hecho en España denota también la falta de conocimiento por parte de las mujeres españolas. <sup>[62]</sup>

A nivel de farmacia comunitaria hay muy pocos estudios randomizados hechos sobre la dispensación y la educación sanitaria de los métodos anticonceptivos. Además, no se encuentran casi estudios que reflejen la potencia del farmacéutico en hacer una intervención farmacéutica con objeto a mejorar los conocimientos de una usuaria de métodos anticonceptivos.

En 2007 se hizo un estudio sobre el conocimiento de las usuarias sobre los métodos anticonceptivos en una farmacia comunitaria de Zaragoza. <sup>[63]</sup> En ese estudio participaron 148 usuarias y el periodo de muestra fue de 2 meses y medio. A las usuarias se les entrego un cuestionario con varias preguntas sobre los métodos anticonceptivos en general y en particular sobre el método anticonceptivo que estaba usando. Se evaluó el grado de conocimiento de las usuarias sobre el método anticonceptivo utilizado. Las conclusiones de ese estudio fueron las siguientes:

- Las usuarias de AHO eran personas jóvenes con edad comprendida entre 20 y 30 años, con nivel de estudios superior, no fumadora, de nacionalidad española sin problemas de salud crónicos. La mayoría de las usuarias tomaban la píldora y llevaban más de 3 meses tomándola. Además, en la mayoría de los casos el AHO le había sido prescrito por un médico especialista.
- Sobre el grado de conocimiento se puede decir que:
  - El grado de conocimiento no estaba influido por el perfil de la usuaria (género, edad, nivel cultural, etc.), y sólo una de cada 3 usuarias conocen como usar los anticonceptivos.

- Las usuarias que más conocen sobre su método anticonceptivo son las que utilizan el anticonceptivo oral (píldora), en detrimento del resto de formas farmacéuticas anticonceptivas (anillo, parche, etc.) que apenas conocen sobre su método.
- Existe un desconocimiento importante de las usuarias de anticonceptivos, en la población analizada, en dos aspectos: cómo actuar ante un cambio de marca comercial de anticonceptivo (75,7%) y qué hacer ante la aparición del sangrado intermenstrual (56,8%).
- Es necesario diseñar campañas de educación sanitaria a la población enfocadas al uso correcto y conocimiento de los nuevos anticonceptivos hormonales que han ido apareciendo en los últimos años. [63]

¿Cuáles son los problemas con los que se puede confrontar una usuaria de AHO a nivel de una farmacia comunitaria?

#### 1. El rechazo del farmacéutico en dispensar medicamentos anticonceptivos

Hoy en día, todavía hay un rechazo por parte de los farmacéuticos en dispensar el anticonceptivo de emergencia debido a las creencias: religiosas (el hecho de asociarle con un aborto), culturales, éticas, etc. <sup>[64, 65,66]</sup> En segundo lugar, en algunos países la legislación impide que se dispensen más anticonceptivos por los profesionales de la salud. <sup>[29]</sup>

# 2. La falta de tiempo por parte de los farmacéuticos en solucionarle unas dudas o en hacer educación sanitaria

La dispensación farmacéutica o la educación sanitaria tienen que ver con la implicación por parte de los farmacéuticos en hacer atención farmacéutica a nivel de una farmacia comunitaria. Un estudio hecho en Inglaterra, en los centros de salud denota que mejora el conocimiento de las usuarias de la píldora cuando se les solucionan las dudas (después de haberles entregado un cuestionario) y mediante folletos sobre la utilización. [67]

La población adolescente y la población adulta deberían recibir más educación para la salud para evitar la falta de cumplimiento, los posibles efectos indeseados, los abortos, etc. Estudios hechos en varios países denotan que cada vez se pide más educación sanitaria. <sup>[68, 69,70, 71]</sup> En una revisión Cochrane bibliográfica de varios estudios donde se hizo una intervención para mejorar la efectividad del tratamiento con los AHO, los resultados demuestran más implicación por parte de los profesionales de la salud <sup>[72]</sup> para hacer educación sanitaria.

#### 3. La falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud

La adherencia al tratamiento de la usuaria de un AHO depende de una cierta manera también del farmacéutico dado que como este está siendo más asequible puede influir de alguna manera en la efectividad del tratamiento de las usuarias de anticonceptivos hormonales.

Ya existen varios documentos de consenso que se usan a nivel internacional para mejorar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos por parte de los profesionales de la salud. [73,74] La aparición de nuevos métodos anticonceptivos en los últimos años determina a los farmacéuticos

| que estén cada día más preparados en solucionar todos los problemas asociados al uso de los AHO.<br>Un estudio hecho en EEUU durante 25 años refleja que las usuarias de la píldora están cada día más<br>informadas con respeto al uso de su anticonceptivo por parte del farmacéutico. <sup>[75]</sup> |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

# V. El papel del farmacéutico en la dispensación de anticonceptivos hormonales

En este estudio el principal enfoque está en la dispensación de los anticonceptivos hormonales porque es imprescindible que las usuarias sepan usar bien su método para evitar posibles embarazos indeseados. Además, las usuarias tienen que conocer las ventajas de un AHO frente a otro método de anticoncepción o los beneficios sobre el organismo como menstruaciones menos abundantes y regulares, efectos sobre la piel y el pelo etc. [76,77, 78] Hay veces que por conocer el modo de uso de un AHO el cumplimiento del tratamiento está garantizado y de esta manera aparecen menos fallos. [79, 80]

Hay muchos autores que han definido el término de dispensación farmacéutica. Una de las más completas definiciones, según el documento de consenso sobre la Atención Farmacéutica, es la siguiente: "la dispensación es aquel acto profesional por el que el farmacéutico, ante la solicitud de un medicamento, y tras verificar que el paciente o cuidador tiene información suficiente acerca del objetivo del tratamiento y de la forma adecuada de utilización procede a la entrega del medicamento conforme con la legislación vigente, evaluando con la información disponible en este momento, que el medicamento es adecuado para el paciente." [81,82]

# Puntos clave en la dispensación de anticonceptivos hormonales [81,82, 83]

1. La dispensación de anticonceptivos hormonales tiene que ser un proceso activo, orientado a la paciente.

#### Dispensar un AHO no significa vender una caja

2. El farmacéutico debe procesar la información necesaria recibida de la paciente para asegurar que el medicamento será utilizado de forma correcta y de acuerdo a como fue prescrito.

#### El farmacéutico tiene que tomar decisiones y asumir responsabilidades

**3.** Con el servicio de dispensación se tiene que proteger a la paciente frente a la posible aparición de RNM- resultados negativos de la medicación- (detectar y corregir causas prevenibles PRM- problemas relacionados con la medicación).

# La detección de RNM se realiza mediante el servicio de SFT- seguimiento farmacoterapéutico

**4.** En la dispensación tiene que existir flujo de información: paciente-farmacéutico y farmacéutico-paciente

#### El farmacéutico tiene que poseer varias habilidades de comunicación

El proceso de comunicación tiene que crear una atmosfera de confianza con la usuaria y se basa en:

- Capacidad de empatizar de ahí que la emotividad es muy importante en el trato paciente-farmacéutico.
- Comunicación verbal y no verbal. Por lo general la comunicación no verbal tiene que superar a la comunicación verbal. En ese momento el farmacéutico tiene que escuchar atentamente a la usuaria y no hablar por teléfono, hablar con otras personas o compañeros de trabajo etc.
- Hablar siempre en plural significa preocuparse muy sinceramente por los intereses del paciente.

- Preguntar sin dar nada por supuesto; hacer preguntas abiertas.
- ◆ Escuchar siempre activamente y mantener la atención → enfatizar en lo importante.
- Los mensajes tienen que ser claros, concretos y precisos.
- Comunicar en términos positivos.
- Ser discretos, amables, atentos y respetuosos.
- No ofrecer consejos cuando los pacientes no te los piden. [84,85]

Aparte de tener habilidades comunicativas, el farmacéutico tiene que [13]:

- Comunicar al paciente todas las ventajas e inconvenientes asociados con el uso correcto de estos medicamentos;
- Mantenerse muy firme en su rol y no ceder cuando alguien le está pidiendo un anticonceptivo hormonal por la primera vez sin receta.
- **5.** La dispensación debe estar integrada en la rutina diaria del ejercicio profesional del farmacéutico

#### Disponer de procedimientos de trabajo (PNT, folletos, etc.)

**6.** El resultado final de una dispensación es: entregar el AHO o no entregar el AHO sin haber remitido el paciente al médico o sin previa consulta con este. [13,86]

En proceso de dispensación de un AHO tiene que ser realizado por un farmacéutico o bajo la supervisión directa de este; se debe asegurar que el medicamento no es inadecuado para la paciente y de que, como mínimo, conoce el objetivo y la forma de utilización del producto. En este proceso hay que actuar como una fuente de información y como posible filtro para detectar RNM o posibles PRM.

El proceso de dispensación difiere si es una primera dispensación o una dispensación repetida

#### La primera dispensación

Puntos clave

- 1. El farmacéutico tiene siempre que asegurarse de que la paciente conoce el proceso de uso del medicamento. Se pueden hacer las siguientes preguntas:
  - ✓ ¿Para qué lo toma?
  - ✓ ¿Qué se le había explicado acerca de su medicación?
  - ✓ ¿Le dijo su médico para que era su medicación?
  - ✓ ¿Durante cuanto tiempo?
  - √ ¿Cómo va a utilizar el medicamento?
- 2. Además el farmacéutico tiene que establecer el conocimiento del paciente sobre los indicadores de efectividad y seguridad del medicamento. Se pueden hacer las siguientes preguntas:
  - ✓ ¿Cuando el medicamento está siendo efectivo?
  - ✓ ¿Qué debe vigilar de su tratamiento?
- 3. En tercer lugar se tienen que verificar los problemas de duplicidad o de interacciones (en el caso del ACO):
  - ✓ ¿Está tomando otros medicamentos?
- 4. En el último lugar se tienen que comprobar las contraindicaciones, posibles alergias u otros problemas de salud.

- √ ¿Tiene alergia a algún medicamento?
- ✓ ¿Es usted hipertensa/tiene problemas de colesterol etc.? [81]

#### **Observaciones**

- 1. Las preguntas tienen que ser abiertas. Si una pregunta es cerrada, por ejemplo: ¿Sabe que...? la paciente le puede contestar con un SI para complacerle.
- 2. Se tiene que instruir a la paciente sobre los beneficios de esta medicación.
- 3. En el caso del anillo vaginal o del parche transdérmico se tiene que explicar el proceso de uso dado que son medicamentos bastante nuevos y las usuarias no saben como actúan o como se colocan.
- 4. El proceso tiene que ser ágil.

#### La dispensación repetitiva

#### Puntos clave

Se tiene que observar la percepción de la paciente sobre la efectividad y la seguridad de su tratamiento y de ahí de puede ver también si cumple o no con su tratamiento, mediante las preguntas:

- √ ¿Cómo le va con el medicamento?
- ✓ ¿Nota algo raro desde que está en tratamiento con el?

La *efectividad* de un tratamiento con AHO se ve según el <u>índice Pearl</u> que representa el número de mujeres que se quedan embarazadas tras utilizar un método anticonceptivo por cada 100 mujeres. Suele ser normalmente de 1.0 pero, en cambio la tasa de fallos, de incumplimiento o de embarazo es muy grande especialmente entre las usuarias del primer año. Por ejemplo, la tasa de abortos (por haberse quedado embarazadas tras el olvido o la toma incorrecta de un anticonceptivo) es de 10-20 % entre las mujeres que toman un AHO durante el primer año. [5]

La usuaria de AHO tiene que saber cuando su método empieza a ser efectivo o sobre los posibles sangrados intermenstruales (que se consideran normales en los primeros 3 meses). Además, para que el tratamiento sea eficaz e inocuo, la paciente tiene que realizar chequeos periódicos.

En los casos de incumplimiento (olvido de tomas, interacciones), el farmacéutico tiene que aclarar a la usuaria todas sus posibles dudas.

La seguridad de un tratamiento con AHO se comprueba mediante la aparición de los efectos adversos como pueden ser:

- Un aumento rápido de peso.
- La presencia de náuseas o vómitos, pero que no estén asociados a problemas de efectividad.
- La presencia de amenorrea.

En ambos casos es imprescindible comprobar los criterios para no dispensar como:

- Otros medicamentos que puedan interactuar con el anticonceptivo hormonal: por ejemplo: algunos antibióticos como los de amplio espectro: la amoxicilina, la tetraciclina, la azitromicina, el metronidazol etc.
- Situaciones fisiológicas o patológicas: por ejemplo: mujer mayor de 35 años que fuma más de 20 cigarrillos al día. [81]

# VI. Educación sanitaria sobre los anticonceptivos hormonales

La educación sanitaria (ES) forma parte del conjunto de actuaciones propias del farmacéutico dirigidas al paciente y significa la implicación de este en actividades que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades. [82]

#### ¿Qué es la ES?

En otras palabras, la ES significa:

- Proporcionar a las personas sanas unos conocimientos teórico-prácticos en relación con su salud;
- Fomentar el desarrollo de habilidades que determinen la motivación y la buena capacidad de los individuos para promover y mantener una buena salud.

Antes de empezar a hacer ES se tienen que identificar los factores personales y ambientales determinantes del comportamiento de las personas como son: las creencias, los valores, el entorno físico y social (lugar de trabajo, familia, amigos, etc.), las cualidades para el cambio, la motivación personal, las experiencias previas al cambio, etc. [82] Sin todos estos determinantes es imposible establecer una buena comunicación entre el farmacéutico y las usuarias de AHO.

Además, si el farmacéutico quiera obtener información muy fiable por parte de las usuarias tiene que conocer un poco su perfil. Normalmente las usuarias se dividen en dos categorías:

- Las adolescentes que están más abiertas hacía cualquier consejo y son muy receptivas;
- Las usuarias adultas que están ya muy seguras de su medicación y se ponen casi siempre a la ofensiva cuando se les propone aclarar alguna duda con respeto a su medicación. [13,87]

#### ¿Qué significa hacer educación sanitaria en caso de los AHO?

En este caso las usuarias de AHO tienen que recibir educación para la salud mediante charlas grupales o individuales con el objetivo de:

- Aclarar todos los problemas asociados al uso de su método anticonceptivo (olvido de tomas, interacciones, etc.)
- Aclarar los beneficios del uso de un AHO y los inconvenientes de estos métodos (te protege frente a un embarazo pero, no frente a una ETS o VIH, etc.)
- Aclarar todos los mitos asociados al uso de los AHO como, por ejemplo son: "la píldora engorda", "desde que tomo la píldora tengo retención de líquidos", "no puedo tomar ningún otro medicamento cuando estoy tomando la píldora", etc.

#### ¿Cómo se puede hacer la ES?

La educación para la salud no tiene que ser visto como un servicio aislado orientado a la usuaria solo cuando esta la demanda. La ES se puede englobar en la rutina diaria de un farmacéutico cuando está haciendo dispensación de AHO o Seguimiento farmcoterapéutico (en caso de aquellas usuarias polimedicadas).

Las herramientas necesarias para hacer una buena ES son:

1. La educación sanitaria tiene que apoyarse siempre en la entrega de *material educativo*: gráfico, escrito y audiovisual.

### Se pueden usar folletos: dípticos o trípticos (material escrito y gráfico), presentaciones Power Point (material audiovisual)

2. Debe realizarse en un espacio físico adecuado

Será recomendable tener una habitación destinada a las charlas educativas, cursos, etc.

3. Debe existir comunicación bidireccional entre el farmacéutico y la usuaria. En el caso de que la usuaria no esté motivada a cambiar su comportamiento se tienen que poner en prácticas aquellos métodos de cambio de comportamiento (que tienen varias etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, recaída).

# El farmacéutico se tiene que formar de una manera continua en conseguir más habilidades para comunicar mejor con las usuarias

4. Debe realizarse una evaluación del servicio.

Ayuda a mejorar el diseño, el programa el conocimiento → mejor implantación

#### ¿Cuándo se tiene que hacer ES?

Se puede hacer:

- 1. Cuando se comprueba que el conocimiento de la usuaria acerca de los AHO es insuficiente. El conocimiento se puede comprobar mediante un cuestionario (ver anexo I) o haciendo preguntas abiertas a la usuaria mediante el proceso de dispensación.
- 2. Cuando la propia usuaria te lo pide bien porque tiene alguna duda, bien porque quiere saber más sobre los métodos anticonceptivos.
- 3. Cuando se quiere mejorar el proceso de utilización y los resultados alcanzados con los AHO.

El farmacéutico tiene que tener varias habilidades para hacer educación sanitaria:

- motivación → capacidad para implicarse
- buena formación → formarse continuamente en el campo de la farmacia asistencial
- habilidades de comunicación

## VII. Consultas más frecuentes a nivel de una farmacia comunitaria

Cuando hay un proceso activo de dispensación puede haber varias usuarias que acuden a la farmacia para consultar sobre alguna duda o sobre algún efecto adverso de un AHO. Estas dudas a veces son causas del incumplimiento del tratamiento.

Las consultas frecuentes se puede dividir en:

- 1. Consultas frecuentes sobre la píldora
- 2. Consultas frecuentes sobre el anillo vaginal
- 3. Consultas frecuentes sobre el parche transdérmico
- 4. Otras consultas con respeto a la anticoncepción hormonal

#### 1. Consultas frecuentes sobre la píldora

#### ¿Qué hacer ante un olvido de una píldora? ¿De dos o más píldoras?

- olvido de una píldora no superior a 12 h: se tiene que tomar cuanto antes; no se pierde la eficacia contraceptiva
- olvido de una píldora superior a 12 h: depende de la semana en que se encuentre:
  - La primera semana: hay que tomar el comprimido olvidado, utilizar un método barrera los 7 días siguientes y luego finalizar el blíster;
  - En la segunda semana: hay que tomar el comprimido olvidado y finalizar el blíster;
  - En la tercera semana hay dos posibilidades:
    - a) tomar el comprimido olvidado, finalizar la tercera fila del blíster y comenzar de forma seguida con el siguiente blíster
    - b) parar la toma de los comprimidos inmediatamente, iniciar un periodo de 7 días sin blíster incluyendo el día del blíster y luego empezar con un nuevo blíster.

#### ¿Cuándo comienza la píldora a ser efectiva?

Si se siguen las instrucciones desde el primer día.

#### → ¿Qué es el sangrado intermenstrual?

El sangrado intermenstrual se define como pequeñas manchas fuera del periodo del descanso y cuando aparece durante los tres primeros meses no tiene importancia pero si se prolonga más allá de este tiempo debe consultarse al ginecólogo. A veces este sangrado puede sugerir que la dosis de etinilestradiol es demasiado pequeña (los preparados con 20 mcg de etinilestradiol no controlan muy bien el ciclo menstrual) o que hay que cambiar el anticonceptivo o una posible patología pélvica maligna o un posible embarazo.

Las mujeres fumadoras pueden experimentar en un porcentaje de 20 hasta 90 % más goteo que las demás.

De todas maneras el goteo es la causa más frecuente de abandono del AHO. [37,56,87]

#### ¿Qué hacer cuando aparecen vómitos o/diarrea fuertes?

Si una usuaria tiene vómitos o diarrea muy fuerte en las primeras 3 horas tras haber tomado la píldora es posible que el método anticonceptivo pierda su eficacia por lo tanto se tiene que usar un método barrera (preservativo) los 7 días siguientes.

#### ¿Si el periodo de descanso es superior a 8 días?

Se debe iniciar el tratamiento cuanto antes. Hay que tener en cuenta de que la protección anticonceptiva no es total durante los primeros 7 días.

#### ¿Qué hay que hacer si no aparece ninguna hemorragia durante el periodo del descanso?

Si los comprimidos se han tomado de forma correctamente se debe empezar con el siguiente envase. Si el mes siguiente vuelve a ocurrir deberá descartarse el embarazo.

#### ¿Es posible retrasar el día de la regla?

Sí. Se puede retrasar tomando dos envases seguidos.

# → ¿Qué hacer o como saber si los medicamentos que estoy tomando están interactuando con la píldora?

Su farmacéutico es el profesional que le pueda dar los mejores consejos con respeto al uso. <sup>[89]</sup> Hay muchos medicamentos que interactúan con los ACO como: todos los inductores hepáticos, el tabaco, la fibra, las semillas de Ispágula (Plantago ovata), algunos antibióticos como la amoxicilina, las tetraciclinas. <sup>[7, 13]</sup>

#### 2. Consultas frecuentes sobre el anillo vaginal

## ¿Cuándo se tienen que tomar precauciones especiales al usar el anillo vaginal Nuvaring®?

Las situaciones especiales son: si se ha quedado fuera de la vagina por más de tres horas, si se coloca después de más de 7 días de descanso o si usa algunos óvulos o cremas vaginales.

#### → ¿Qué hacer si se desprende el anillo?

Hay que enjuagarlo con agua fría o tibia y colocarlo de nuevo.

Debe colocarse antes de tres horas de expulsión.

# **→** ¿Qué hacer cuando tengo un sangrado menstrual durante todo el primer mes con el anillo vaginal?

A lo largo del primer mes con el anillo vaginal es normal que haya un sangrado intermenstrual, pero si este es tan abundante que se acerca más a una menstruación prolongada hay que hablar con el médico ginecólogo. Es posible que el método anticonceptivo sea inadecuado, que haya que cambiar a un AHO con otras dosis de hormonas, etc.

#### 3. Consultas frecuentes sobre el parche transdérmico

#### ¿Qué hacer cuando se cae un parche?

Debe colocarse otro dentro de 24 horas para no perderse la eficacia contraceptiva.

#### ¿Puedo hacer ejercicio, ir a sauna, spa, etc.?

El parche transdérmico Evra® no se despega tan fácilmente por lo tanto puede practicar cualquier ejercicio, bañarse, nadar, etc.

#### 4. Otras consultas con respeto a la anticoncepción hormonal

## → ¿Hay algunos métodos anticonceptivos que previenen mejor que otros los embarazos?

Algunos métodos anticonceptivos son más eficaces que otro pero, para que el método elegido sea eficaz hay que utilizarlo de manera correcta y constante y siempre acudir a un profesional de la salud en caso de tener alguna duda.

¿Qué hacer cuando aparecen molestias en las piernas o dificultades en la respiración o ataques de tos?

Hay que acudir al médico. Puede sugerir la aparición de un efecto bastante grave.

→ ¿Cuándo se deja de tomar un AHO la usuaria se puede quedar embarazada poco tiempo después?

Este método anticonceptivo es reversible por lo tanto inmediatamente después se puede quedar embarazada.

- → ¿En el periodo de descanso está protegida contra el embarazo?
  - Si porque la regla que suele aparecer es una regla "falsa"; con tomar anticonceptivos una mujer ya no está ovulando.
- → ¿Cuándo está tomando anticonceptivos hormonales tiene que usar una crema solar de protección más alta para que no le salgan manchas?

Una persona que está tomando AHO tiene una sensibilidad a los rayos UV de esta manera al exponerse al sol le suelen aparecer manchas si no usa una crema solar con factor de protección solar medio o alto, dependiendo del tipo de piel.

- **→ ¿Qué hay que hacer cuando se cambia de marca de anticonceptivos?** En caso de *ACO*:
  - Si la marca anterior tenía una dosis mayor de etinilestradiol se debe empezar con la toma del nuevo envase el primer día de la regla.
  - Si la marca interior tenía una dosis de etinilestradiol igual o inferior se puede empezar un nuevo envase tras los siete días de descanso.

En caso de cambio de *minipíldora* a *parche transdérmico/anillo vaginal/ACO*: la mujer puede cambiar de tratamiento cualquier día.

En caso de cambio de un *implante* a *parche transdérmico/anillo vaginal/ACO*: se inicia el tratamiento el día de extracción del implante.

En caso de cambio de un *inyectable de progestágenos* solo a *parche transdérmico/anillo vaginal/ACO*, comenzará con el parche/anillo/píldora el día que le toque la siguiente inyección.

Cambio de *anticonceptivo hormonal combinado* a *anillo vaginal*: se debe insertar el anillo como más tarde al día siguiente después del periodo de descanso o del intervalo de comprimidos inactivos de su anticonceptivo hormonal combinado anterior.

Cambio de ACO a minipíldora: no se hace una semana de descanso.

#### ¿Cómo decido cual método de anticoncepción debo utilizar?

Cada método anticonceptivo tiene sus ventajas y sus desventajas por lo tanto siempre hay que dirigirse a un profesional de la salud cuando quiere iniciar un tratamiento con un anticonceptivo hormonal. Recuerda, aun cuando se usa un método fiable como la píldora, el preservativo de látex es el único método que te puede proteger frente a VIH/SIDA y algunos ETS.

- **→** ¿Se debe interrumpir un tratamiento con un anticonceptivo hormonal ante una intervención quirúrgica?
  - Si. Se recomienda interrumpirlo 4 semanas antes de la intervención quirúrgica. En caso de que haya una operación urgente se debe advertir al médico para que este le instauré o no un tratamiento preventivo con un anticoagulante.
- → ¿Se pueden tomar anticonceptivos hormonales durante la lactancia? O ¿Los anticonceptivos hormonales pueden afectar al niño?

Siendo que no haya pruebas suficientes que demuestren que los anticonceptivos hormonales puedan disminuir o no la cantidad de leche o puedan producir cambios en la calidad de la leche, se recomienda las siguiente precauciones: esperar hasta que la lactancia este plenamente establecida (6-8 semanas) para administrar un anticonceptivo hormonal. En este caso el anticonceptivo hormonal de elección es el de progestágenos solo.

## VIII. Justificación del estudio

Nos hemos planteado hacer un estudio sobre la demanda de anticonceptivos hormonales, evaluando al mismo tiempo el grado de conocimiento de las usuarias sobre el método anticonceptivo que usan.

Actualmente hay muchas usuarias que por motivos de miedo ante una consulta, falta de tiempo para acudir al médico o para la prevención de un embarazo solicitan un producto anticonceptivo a nivel de una farmacia comunitaria aunque no traen una receta. Por eso el **papel del farmacéutico** es muy importante para aclarar algunas dudas o para ofrecer simplemente educación sanitaria a las usuarias que la demandan. En este caso hacer una dispensación es más recomendable que solo "vender" un anticonceptivo sin interesarse por la usuaria y sus motivos de demanda.

En segundo lugar, entre las usuarias que llevan tiempo con un anticonceptivo hormonal y que acuden a una farmacia con una receta aparecen problemas de incumplimiento por desconocer en detalle el medicamento o, porque puedan tener problemas relacionados con la toma (olvido de pastillas, las interacciones con otros medicamentos, etc.) etc. Por esto es muy importante comprobar el *grado de conocimiento* sobre el método anticonceptivo usado y sospechar en caso de que aparezca alguna reacción adversa relacionada al uso de estos.

En tercer lugar, hay usuarias que dejan de tomar un anticonceptivo hormonal porque creen que el anticonceptivo hormonal es inadecuado para ellas (no están seguras de su efectividad) o porque confían más en los anuncios de los medios de comunicación (televisión, radio, prensa, internet, etc.) que en el farmacéutico o en el médico especialista y por lo tanto, el papel del farmacéutico es imprescindible en la reconversión de las ideas de las usuarias acerca de los anticonceptivos hormonales mediante el servicio de educación sanitaria.

Con este estudio nos hemos propuesto detectar los motivos por los cuales las usuarias de anticonceptivos hormonales los solicitan en una farmacia comunitaria y al mismo tiempo nos hemos planteado las siguientes preguntas:

- ¿Estamos seguros como farmacéuticos que una mujer sabe utilizar perfectamente un anticonceptivo hormonal?
- ¿Por qué es tan importante que la dispensación del anticonceptivo sea en este caso un proceso activo?
- ¿Saben las usuarias de anticonceptivos hormonales hacer frente a algunos inconvenientes de esta medicación?
- ¿Qué tipo de educación sanitaria es la que se aporta a las usuarias de anticonceptivos?

# IX. Las hipótesis

El conocimiento de las usuarias de anticonceptivos podría ser diferente dependiendo del perfil de la usuaria y del tipo de anticonceptivo utilizado, por lo que sería conveniente diseñar campañas de educación sanitaria dirigidas según la información que demandan.

En segundo lugar, el farmacéutico será capaz de hacer una intervención farmacéutica a aquellas usuarias de AHO que la demanden para mejorar sus conocimientos o solucionar sus dudas con respeto al método anticonceptivo utilizado.

# X. Objetivos

#### Objetivos principales

- → Diseñar un cuestionario para medir el conocimiento de las usuarias de diferentes métodos anticonceptivos hormonales
- → Determinar el grado de conocimiento de las usuarias de AHO que acuden a las farmacias comunitarias de la provincia de Zaragoza

#### Objetivos específicos

- → Determinar el efecto de la intervención del farmacéutico a través de la educación sanitaria (aclarar dudas, aconsejar, detectar efectos adversos relacionados con la toma de un AHO, etc.)
- → Determinar el tipo de AHO que utilizan las usuarias de métodos anticonceptivos
- → Determinar el perfil de las usuarias de AHO (edad, nivel de estudios, nacionalidad, etc.)

# XI. Material y método

#### 1. Diseño.

Estudio analítico, transversal, cuasi-experimental, sin grupo control.

#### 2. Población.

La población de estudio fueron mujeres, que acudieron a una farmacia comunitaria para pedir un anticonceptivo hormonal con receta.

#### 2.1. Criterios de inclusión:

- Usuarias de distintas nacionalidades
- Usuarias que iban a empezar por la primera vez con la toma de un AHO
- Usuarias que tenían más de 15 años y menos de 49 años
- Usuarias que habían utilizado otro método anticonceptivo anteriormente y que estaban acudiendo a una farmacia comunitaria para comprar una nueva caja de AHO o para consultar alguna duda acerca de la medicación anticonceptiva

#### 2.2. Criterios de exclusión:

- Una persona que acudía a la farmacia comunitaria con una receta de AHO pero el AHO no era para ella
- Usuaria que no aceptaba la idea de responder al cuestionario en su totalidad o parcialmente
- Usuarias que acudían a una farmacia a comprar un AHO pero no traían receta
- Usuarias que se querían llevar el cuestionario a casa

#### 3. Ámbito de estudio.

El estudio se llevó a cabo en las farmacias comunitarias de la provincia de Zaragoza.

#### 4. Periodo de estudio.

El periodo de estudio se llevó a cabo entre febrero de 2009 y mayo de 2009.

#### 5. Definición operacional de las variables

#### 5.1. Variables dependientes

#### **GRADO DE CONOCIMIENTO**

En este caso el grado de conocimiento se evaluó de la siguiente manera: las usuarias tendrán que contestar correctamente a cada pregunta del cuestionario (ver ANEXO 1).

**Observación no.1**: el número de preguntas dependía del tipo de anticonceptivo utilizado: por ejemplo, en caso de las usuarias de la píldora, el número de preguntas cuyas respuestas se valoraron para el conocimiento era de 12, y en el caso de las usuarias del anillo vaginal y de parche transdérmico, el número de preguntas era de 9.

**Observación no.2**: la usuaria no tenía que responder a las preguntas que no estaban relacionadas con el tipo de AHO que estaba tomando: por ejemplo, una usuaria de la píldora no tenía que contestar a las preguntas que valoraban el conocimiento sobre el anillo vaginal o el parche transdérmico.

El procedimiento de evaluación del grado de conocimiento

Se consideró que había tres preguntas que entraban en el grado de conocimiento en la parte general de preguntas sobre los AHO. Estas preguntas eran:

- Como lo toma
- El sangrado intermenstrual
- La pregunta sobre el doble método: preservativo + AHO (ver ANEXO 1)

A estas preguntas, todas las usuarias estaban obligadas a responder y según su respuesta, la evaluación era la siguiente:

- A todas las respuestas correctas se les ponía un 10 y a las respuestas incorrectas un 1, por ejemplo: en la pregunta <u>como lo toma</u>: si la usuaria explico bien la administración o la toma de un AHO se le puntuaba con 10 y si había puesto una explicación incompleta/incorrecta o no había puesto nada se le puntuaba con un 1.
- En el caso de la pregunta sobre el <u>sangrado intermenstrual</u>, en el apartado <u>otros</u>, a aquellas usuarias que pusieron consultar/llamar al médico se les puso una puntuación de 5.
- En el caso de la pregunta sobre el <u>doble método</u>: si la usuaria contesto subrayando el doble método se le puntuó con un 10, si puso el preservativo se le puntuó con un 6 (la respuesta era en parte correcta), si puso el AHO se le dio un 4 y si puso no sabe/no contesta un 1. Hubo usuarias que subrayaron las primeras dos respuestas (ver cuestionario). En este caso la puntuación que se le asignó fue de 4.

En el bloque de las preguntas especificas para las usuarias que tomaban la píldora, todas las preguntas se evaluaron de la misma manera (un 10 para la respuesta correcta y un 1 para la/las respuestas incorrectas) dado que todas se consideraban igual de importantes para el grado de conocimiento (la posibilidad de que una usuaria se quedara o no embarazada). En el caso de que la usuaria puso consultar al médico o al farmacéutico se le puntuó un 6, 4 o un 2 dependiendo del caso.

La única pregunta que fue más difícil de evaluar fue la pregunta sobre las <u>interacciones</u> de los medicamentos con la píldora. La puntuación en este caso era la siguiente: un 10 si había contestado a todas las 4 respuestas correctas (antibióticos, hipérico, fibra, vitamina C), un 8 si había contestado a tres respuestas correctas, un 6 si había contestado a dos respuestas correctas, un 4 si había contestado a una respuesta correcta, un 2 si había puesto: antiinflamatorios + una respuesta correcta y un 1 si había puesto antiinflamatorios o no sabe/ no contesta.

En cuanto al apartado de preguntas específicas para las usuarias del anillo vaginal/parche transdérmico, la puntuación fue diferente según la pregunta:

- Las respuestas correctas se puntuaron con un 18 y las incorrectas con un 1. Hubo casos en que se les puntuó con un 9 (en el caso de la pregunta sobre la <u>efectividad del anillo vaginal o del parche transdérmico</u> por si había respondido durante <u>el primero mes</u> o en otras preguntas por si había puesto <u>consultar al médico/farmacéutico</u> (ver cuestionario).
- Las únicas preguntas que se puntuaron de 1 a 16 (16 para la respuesta correcta o 1 para la respuesta incorrecta fueron la pregunta no. 3 (en el caso de la usuaria del anillo vaginal) o pregunta no. 4 (en el caso de la usuaria del parche transdérmico). Estas preguntas eran sobre si se dejaba el anillo por más de 3 semanas en la vagina/el ultimo parche por más de 3 semanas y, por lo tanto no se consideraron tan importantes para el grado de conocimiento dado que no suelen representar una consulta habitual en la farmacia. De todas maneras, estas dos preguntas se incluyeron en el estudio porque parecían interesantes como una posible consulta.

Al final, la suma de todas las respuestas correctas de todas las preguntas que entraban en la determinación del grado de conocimiento tenía que ser de 100. El grado de conocimiento se dividió en:

- Alto si la puntuación total obtenida fue de 71-100
- Medio si la puntuación total obtenida fue de 31-70
- Bajo si la puntuación total obtenida fue de 1-30

#### 5.2. Variables Independientes

**Edad**: variable continua

Se aceptan aquellas usuarias con edad comprendida entre 15-49 años.

Nivel de estudios:

Es una variable que se clasifica en las siguientes categorías: nivel de estudios primario/secundarios-bachillerato/diplomado-licenciado/sin estudio

Hábito tabáquico:

Está variable incluye dos categorías:

- ✓ Fumadora: tiene que especificar si fuma entre 0-10 cigarrillos/día; 10-20 cigarrillos/día o más de 20 cigarrillos/día
- ✓ No-fumadora
- Nacionalidad:

Esta variable se categoriza en dos tipos:

- ✓ Nacionalidad española
- ✓ Otra nacionalidad (tiene que especificar cuál)
- Tipo de AHO:

Se puede clasificar en: la píldora/anillo vaginal/parche transdérmico/otros

Enfermedad(es) concomitantes:

HTA/diabetes/depresión/ningún problema de salud/otras (tiene que especificar cuál)

### Tipo de indicación de la prescripción:

Médico especialista/médico de familia/una amiga/o o familiar/farmacéutico/otros (especificar cuál)

#### 6. Obtención de la información

#### 6.1 Información primaria (CUESTIONARIO)

Se utilizó un cuestionario pilotado anteriormente en 148 usuarias para averiguar si las pacientes conocían el medicamento, su uso, las ventajas y los inconvenientes. Ese cuestionario incluía los siguientes campos:

- datos sobre la usuaria;
- datos generales acerca de los anticonceptivos hormonales;
- datos específicos sobre el anticonceptivo hormonal que está usando.

En este estudio, el procedimiento que se empleo fue lo siguiente:

#### 1. Primera entrevista.

En la primera entrevista, a una usuaria de AHO que acudió voluntariamente a una farmacia comunitaria a retirar un envase de AHO con una receta, el farmacéutico:

- ✓ le tenía que entregar el cuestionario (ver anexo 1) con las preguntas sobre el grado de conocimiento
  - las usuarias de la píldora tenían que responder a las preguntas 1-21
  - las usuarias de anillo tenían que responder a las preguntas 1-14 y 22-25
  - las usuarias del parche tenían que responder a las preguntas 1-14 y 26-29
- ✓ una vez que la usuaria lo cumplimentase se le iba a solucionar algunas dudas acerca de su método anticonceptivo en caso de que los tuviera
- ✓ al finalizar la venta se le tenía que entregar un díptico con las consultas más frecuentes y
- ✓ se le tenía que decir que al mes siguiente, si quería, la farmacia se pondría en contacto con ella (por teléfono o por correo electrónico) para que pase por la farmacia a cumplimentar otro cuestionario.

#### 2. La segunda entrevista

Cuando la usuaria volviese al mes siguiente, el farmacéutico le tuvo que entregar el mismo cuestionario que le había entregado el mes anterior y, por lo tanto tenía que responder a las mismas preguntas.

3. Los cuestionarios sin corregir se tuvieron que entregar a la dirección del correo del autor o del CIM (Zaragoza). [ver anexo 3]

#### 6.2 Información secundaria

#### Análisis de datos:

Para realizar la codificación, etiquetación y definición de las variables del estudio (obtenidas del cuestionario), se diseñará una base de datos mediante una tabla Excel, que luego se volcará al paquete estadístico SPSS versión 16 en inglés para su procesamiento.

## 7. Cuestiones éticas

A todas las usuarias se les pregunto si querían participar en el estudio. Se les dijo que era un estudio hecho con más farmacias de Zaragoza y en ese estudio se quería averiguar el grado de conocimiento de cada usuaria. Se les explico cual era la finalidad del estudio y los objetivos a seguir. De estas maneras, la usuaria estaba informada de los porqués del estudio y la participación suya era voluntaria.

## XII. Resultados

En este proyecto se inscribieron 12 farmacias de Zaragoza capital y de la provincia [ver anexo 5]. En la segunda parte de los resultados, participaron sólo 5 de éstas farmacias [ver anexo 4].

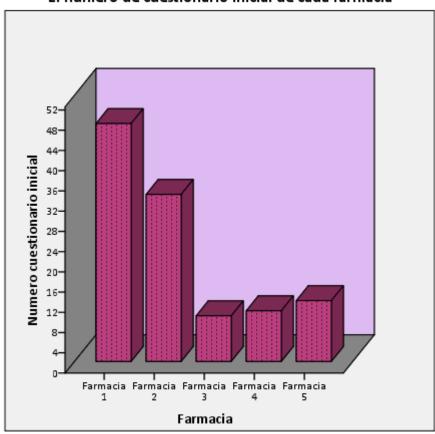
#### 1. Perfil de la usuaria

## 1.1. El número de cuestionarios inicial y final de cada farmacia

El número de muestra inicial fue de 111 usuarias, las que acudieron a la farmacia durante el primer periodo de muestra que fue entre 1 de febrero y 15 de marzo de 2009. La distribución del número de usuarias según la farmacia es la siguiente:

Gráfico 1: Numero de cuestionarios inicial de cada farmacia

El numero de cuestionario inicial de cada farmacia



El número de usuarias que acudieron a estas farmacias es:

Tabla 4: Distribución de usuarias por cada farmacia después de la primera y segunda entrevista

| Farmacia   | Numero de usuarias que         | Numero de usuarias que hicieron |
|------------|--------------------------------|---------------------------------|
|            | hicieron la primera entrevista | la segunda entrevista           |
| Farmacia 1 | 47                             | 2                               |
| Farmacia 2 | 33                             | 5                               |
| Farmacia 3 | 9                              | 9                               |
| Farmacia 4 | 10                             | 0                               |
| Farmacia 5 | 12                             | 10                              |
| TOTAL      | 111                            | 26                              |

Como se puede ver la muestra varia considerablemente entre las que acudieron a la primera entrevista y las que acudieron a la segunda entrevista. Estas diferencias se explicarán más adelante.

#### 1.2. Edad de las usuarias

Los datos estadísticos iniciales de esta variable se pueden ver en la siguiente tabla:

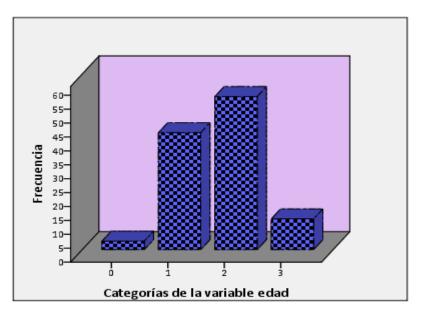
Tabla 5: Edad de las usuarias

|                   | Edad  |
|-------------------|-------|
| Válidos           | 108   |
| Perdidos          | 3     |
| Media             | 27,31 |
| Mediana           | 27,00 |
| Desviación típica | 5,352 |

Como se puede ver en la tabla la media de la edad de las usuarias que participaron inicialmente en el estudio es de 27,31 años. Para calcular mejor la relación entre esta variable y otras variables del perfil de la usuaria o del grado de conocimiento se dividió la población en tres grupos de edad: 16-25 años, 26-35 años y 36-45 años respectivamente. La distribución de las frecuencias de estos tres grupos se puede ver en el siguiente gráfico:

Gráfico 2: Distribución de la edad según grupos etarios

## La distribución de las frecuencias según cada grupo de edad



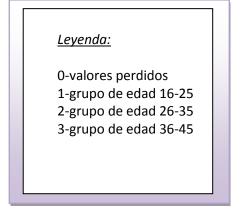
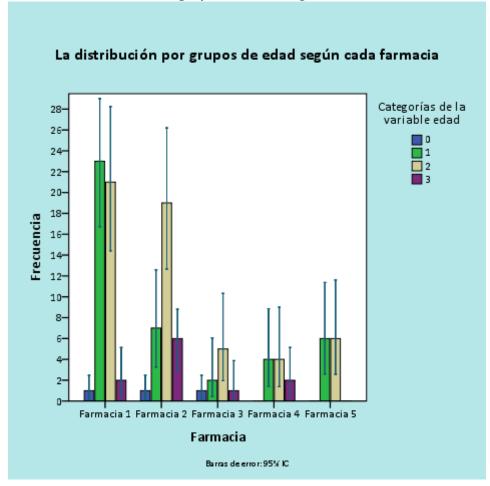


Gráfico 3: Distribución de grupos de edad según cada farmacia



## 1.3. Nivel de estudios de la usuaria de anticonceptivos hormonales

La mayoría de las usuarias tienen un nivel de estudios superior: diplomadas, licenciadas, etc. La distribución de la frecuencia y el porcentaje de esta variable se pueden ver en la tabla 3:

Tabla 6: La distribución de la frecuencia y el porcentaje del variable nivel de estudios:

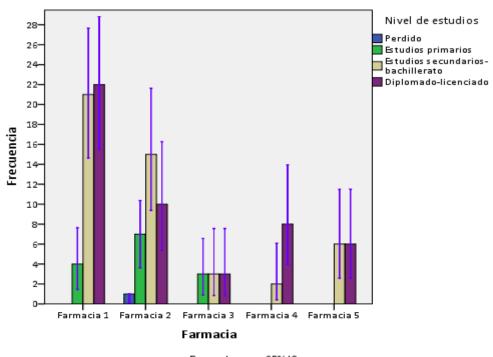
| Nivel de estudios        | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------------------|------------|----------------|
| Primarios                | 14         | 12,6           |
| Secundarios/bachillerato | 47         | 42,3           |
| Diplomados/licenciados   | 49         | 44,1           |
| Datos perdidos           | 1          | 0,9            |
| TOTAL                    | 111        | 100            |

Según se ve en la tabla, se obtuvieron unos porcentajes elevados en el caso de las usuarias con nivel de estudios secundarios/bachillerato y diplomados /licenciados. No hubo ninguna usuaria sin nivel de estudios.

La distribución de las categorías de esta variable según cada farmacia se muestra en el gráfico 4:

Gráfico 4: Nivel de estudios de cada usuaria según farmacia

El nivel de estudios de cada usuaria según farmacia



Barras de error: 95% IC

#### 1.4. Nacionalidad de las usuarias

La mayoría de las usuarias (101 del total de 111 que hicieron la entrevista inicial) eran de nacionalidad española. El porcentaje no es tan significativo en el caso de otras usuarias cuya nacionalidad se dividió en dos grupos dependiendo del continente de donde eran: Europa (hubo usuarias de nacionalidad italiana, rumana o alemana) y Latino América (hubo usuarias de nacionalidad venezolana, ecuatoriana, honduradiense). La distribución de las frecuencias y el porcentaje de cada categoría de la población inicial se muestran en la tabla 4:

Tabla 7: Frecuencia y porcentaje de la variable nacionalidad

| Nacionalidad    | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------------|------------|----------------|
| Española        | 101        | 91             |
| Europea         | 5          | 4.5            |
| Latinoamericana | 5          | 4.5            |
| TOTAL           | 111        | 100            |

La distribución de la variable nacionalidad según la farmacia es la siguiente:

| Tabla de contingencia Nacionalidad - Farmacia |                 |    |    |       |      |    |       |
|---|-----------------|----|----|-------|------|----|-------|
| Recuento                                      |                 |    |    |       |      |    |       |
|   |                 |    |    | Farma | acia |    | Total |
|   |                 | 1  | 2  | 3     | 4    | 5  |       |
| Nacionalidad                                  | Española        | 43 | 30 | 9     | 7    | 12 | 101   |
|   | Europea         | 1  | 2  | 0     | 2    | 0  | 5     |
|   | Latinoamericana | 3  | 1  | 0     | 1    | 0  | 5     |
| Total   |                 | 47 | 33 | 9     | 10   | 12 | 111   |

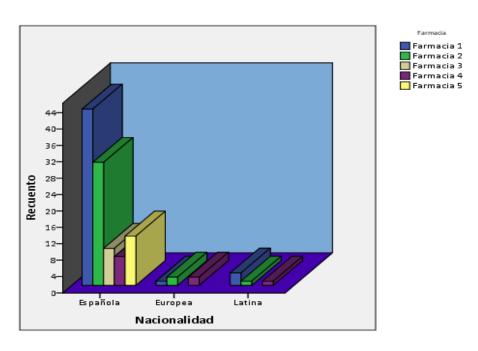
Pruebas de Chi-cuadrado

|                              | Valor              | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 9,860 <sup>a</sup> | 8  | ,275                           |
| Razón de verosimilitudes     | 9,252              | 8  | ,321                           |
| Asociación lineal por lineal | ,049               | 1  | ,825                           |
| N de casos válidos           | 111                |    |                                |

a. 10 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,41.

Gráfico 5: Distribución de la nacionalidad de las usuarias según cada farmacia

#### Gráfico de barras



## 1.5. Hábito de fumar

La mayoría de las usuarias que participaron en la primera entrevista fueron no fumadoras (60%), mientras que se obtuvo también un porcentaje bastante importante en aquellas usuarias que fumaban entre 0 y 10 cigarrillos al día (35%). Todos estos datos son reflejados en la tabla 5.

Tabla 8: Distribución de frecuencia y porcentaje de fumadoras

|                            | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------------------------|------------|----------------|
| No fumadora                | 60         | 54.1           |
| Fuma: 0-10 cigarrillos/día | 36         | 31.5           |
| Fuma:10-20 cigarrillos/día | 14         | 12.6           |
| Fuma >20 cigarrillos/día   | 2          | 1.8            |
| TOTAL                      | 111        | 100            |

A continuación se compararon los datos de la variable fumadora con los grupos de la variable edad y con los de cada farmacia, respectivamente. Los resultados obtenidos se pueden ver en los gráficos 6,7:

Gráfico 6: Distribución de la variable fumadora según la edad



## Leyenda (variable edad)

0-datos perdidos 1-grupo edad 16-25 años 2-grupo edad 26-35 años 3-grupo edad 36-45 años

|      | Tabla de contingencia variable Fumadora - variable grupos de edad |          |         |            |       |       |
|------|---|----------|---------|------------|-------|-------|
|      | Recuento  |          |         |            |       |       |
|      |   |          | Grupo   | os de edad |       | Total |
|      |   | Datos    | 16-     | 26-35      | 36-45 |       |
|      |   | perdidos | 25 años | años       | años  |       |
| Fuma | No fumadora   | 0        | 24      | 30         | 6     | 60    |
|      | Fuma 0-10 cigarrillos/ día  | 1        | 13      | 19         | 2     | 35    |
|      | Fuma 10-20 cigarrillos/   | 2        | 5       | 5          | 2     | 14    |
|      | día   |          |         |            |       |       |
|      | Fuma>20 cigarrillos/día   | 0        | 0       | 1          | 1     | 2     |
|      | Total   | 3        | 42      | 55         | 11    | 111   |

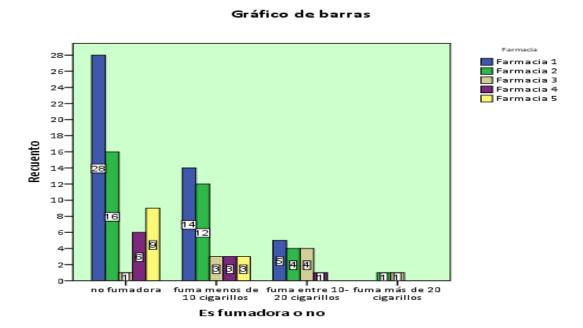
#### Pruebas de Chi-cuadrado

|                          | Valor   | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|---------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson  | 14,319ª | 9  | ,111,                       |
| Razón de verisimilitudes | 11,741  | 9  | ,228                        |
| N de casos válidos       | 111     |    |                             |

a. 9 casillas (56,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,05.

Como se puede ver en este gráfico 7, la mayoría de las usuarias sin tener en cuenta la edad, no suelen fumar ni un cigarrillo al día.

Gráfico 7: Distribución de la variable fumadora según cada farmacia



Pruebas de Chi-cuadrado

|                              | Valor   | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 19,831ª | 12 | ,070                        |
| Razón de verisimilitudes     | 18,690  | 12 | ,096                        |
| Asociación lineal por lineal | ,040    | 1  | ,842                        |
| N de casos válidos           | 111     |    |                             |

a. 13 casillas (65,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,16.

## 1.6. Problemas de salud de la usuaria

La mayoría de las usuarias que realizaron la primera entrevista (87.4%) no tenían ningún problema de salud. Hubo un pequeño porcentaje de usuarias (9.9%) que padecían de otra enfermedad como: hipotiroidismo, hipercolesterolemia, alergias, asma bronquial, rinosinusitis o dolor articular.

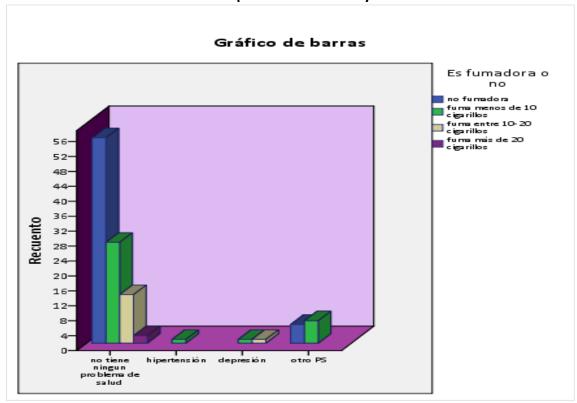
La recopilación de datos de la entrevista inicial se puede ver en la tabla 5:

Tabla 9: Distribución de la frecuencia y el porcentaje del variable problema de salud

| Problema de salud          | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------------------------|------------|----------------|
| Paciente sano sin problema | 97         | 87.4           |
| de salud                   |            |                |
| Hipertensión arterial      | 1          | 0.9            |
| Depresión                  | 2          | 1.8            |
| Otros problemas de salud   | 11         | 9.9            |
| TOTAL                      | 111        | 100            |

En el siguiente gráfico se intento ver si había alguna relación entre el variable problema de salud y la variable fumadora y según se nota la mayoría de las personas que fumaban no tenían ningún problema de salud.

Gráfico 8: La relación entre el variable problema de salud y la variable fumadora



Pruebas de Chi-cuadrado

|                              | Valor  | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 9,936ª | 9  | ,356                        |
| Razón de verosimilitudes     | 11,472 | 9  | ,245                        |
| Asociación lineal por lineal | ,051   | 1  | ,821                        |
| N de casos válidos           | 111    |    |                             |

a. 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,02.

## 1.7. Tipo de anticonceptivo que toma

En este caso, 69.4% de las usuarias toman la píldora mientras que 24.3 % de ellas usaban el anillo y 6.3 % de ellas usaban el parche.

Porcentaje (%)

Príldora Anillo vaginal Parche transdérmico

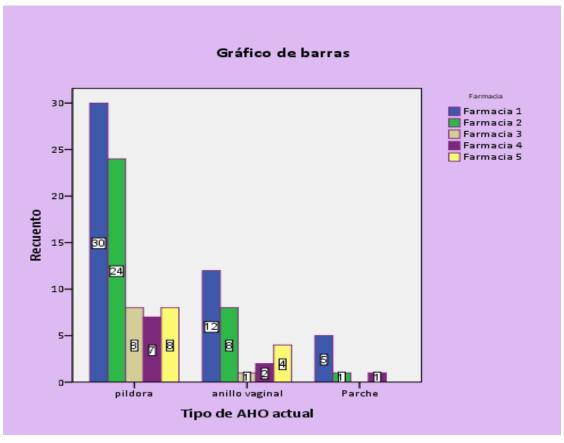
6%

70%

Gráfico 9: Tipo de AHO que usaban las usuarias en la entrevista inicial

Los porcentajes de cada tipo de AHO distribuidas por cada farmacia se pueden observar en el gráfico 10:





Pruebas de Chi-cuadrado

|                              | Valor              | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 5,421 <sup>a</sup> | 8  | ,712                        |
| Razón de verisimilitudes     | 6,698              | 8  | ,570                        |
| Asociación lineal por lineal | ,803               | 1  | ,370                        |
| N de casos válidos           | 111                |    |                             |

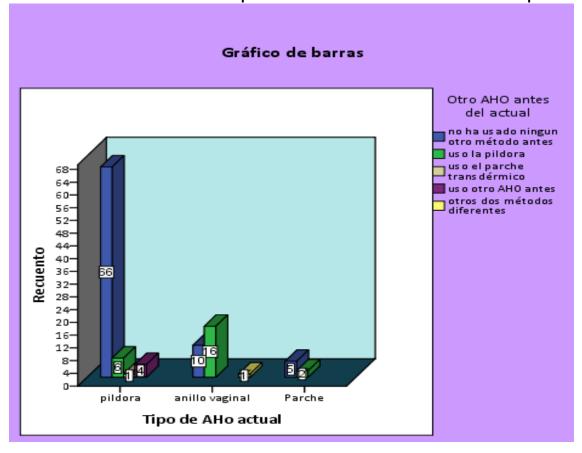
a. 8 casillas (53,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,57.

## 1.8. Tipo de AHO usado antes del método actual

En este caso 73% de las usuarias no habían tomado ningún otro método anticonceptivo antes que el que usaban en ese momento, y un 21.6% de ellas habían tomado la píldora. En el resto de los casos los porcentajes no eran significativos.

Al relacionar la variable tipo de AHO con la variable otro método anticonceptivo antes que el actual se obtuvieron los siguientes resultados reflejados en el gráfico 11:

Gráfico 11: Relación entre la variable tipo de AHO con la variable otro AHO antes que el actual



|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 36,469 <sup>a</sup> | 8  | ,000                        |
| Razón de verosimilitudes     | 35,081              | 8  | ,000,                       |
| Asociación lineal por lineal | 3,101               | 1  | ,078                        |
| N de casos válidos           | 111                 |    |                             |

a. 10 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,06.

En este gráfico se puede ver que la mayoría de las usuarias que tomaban en ese momento la píldora no habían usado ningún AHO antes mientras que la mayoría de las usuarias de anillo vaginal habían tomado la píldora antes que su método actual.

#### 1.9. Motivo de uso

La mayoría de las usuarias usaban un AHO para la prevención del embarazo (54.1%) pero en este caso se obtuvieron otro porcentajes importantes en el caso de aquellas usuarias que los usaban tanto para la prevención de embarazo como para algún problema hormonal (la categoría varias respuestas). Los datos de las entrevistas iniciales se pueden ver en la tabla 6:

Tabla 10: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable para que utiliza el AHO

| El motivo de toma      | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|------------------------|------------|----------------|
| Prevención de embarazo | 60         | 54,1           |
| Acné                   | 5          | 4,5            |
| Problemas hormonales   | 16         | 14,4           |
| Otro motivo            | 1          | 0,9            |
| Varias respuestas      | 28         | 25,2           |
| Datos perdidos         | 1          | 0,9            |
| TOTAL                  | 111        | 100            |

#### 1.10. Quién prescribió el AHO

En este caso se obtuvieron porcentajes significativos en el caso de la prescripción por un médico especialista (91%). Otro porcentaje menos importante fue el de la prescripción por un médico de cabecera (6.3%).

#### 1.11. Cambio de marca comercial

A esta pregunta la mayoría de las usuarias han respondido que iban a consultar al médico ginecólogo en el caso de que les ocurriese. Los resultados finales de la entrevista inicial de esta variable se muestran en la tabla 7.

Tabla 11: Distribución de frecuencias y porcentajes del cambio de marca comercial.

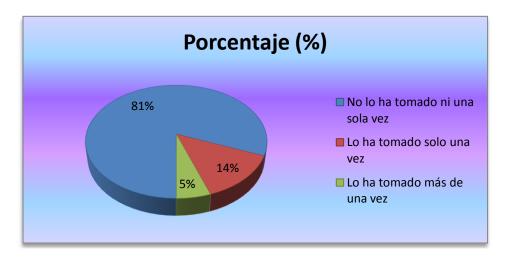
| Cambio de marca comercial | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---------------------------|------------|----------------|
| Consultar al ginecólogo   | 83         | 74,8           |
| Consultar al farmacéutico | 7          | 6,3            |
| Leer el prospecto del AHO | 6          | 5,4            |
| No sabe/no contesta       | 6          | 5,4            |
| Varias respuestas*        | 9          | 8,1            |
| TOTAL                     | 111        | 100            |

<sup>\*</sup>dentro de esta respuesta, 6 de las usuarias dijeron de que iban a consultar tanto al ginecólogo como al farmacéutico. En el resto de los casos las usuarias iban a consultar al ginecólogo y también iban a leer el prospecto del AHO

## 1.12. Uso de Norlevo®/Postinor®

Los datos de la entrevista inicial se muestran en el gráfico 12:

Gráfico 12: Porcentaje de respuestas obtenidas del uso de Norlevo® o de Postinor®



## 2. Grado de conocimiento

## 2.1. Datos obtenidos según el grado de conocimiento inicial del AHO

El grado de conocimiento inicial de las usuarias de AHO que participaron en la primera entrevista (n=111) se calculo según la fórmula anteriormente descrita en la metodología, usando la base de datos estadísticos SPSS v.16 y estos resultados se pueden ver en la siguiente tabla:

Tabla 12: La distribución del grado de conocimiento inicial

| CONOCIMIENTO INICIAL |       |            |            |            |                      |  |
|----------------------|-------|------------|------------|------------|----------------------|--|
|                      |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje | Porcentaje acumulado |  |
|                      |       |            |            | válido     |                      |  |
| Válidos              | Bajo  | 4          | 3,6        | 3,6        | 3,6                  |  |
|                      | Medio | 47         | 42,3       | 42,3       | 45,9                 |  |
|                      | Alto  | 60         | 54,1       | 54,1       | 100,0                |  |
|                      | Total | 111        | 100,0      | 100,0      |                      |  |

Tabla 13: La distribución de las respuestas correctas que influyeron en el grado de conocimiento [ver anexo 1]

| Bloque de preguntas                   |                 | Respuesta correcta (Porcentaje %) |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| Preguntas generales                   | Como lo toma    | 76,6                              |
|                                       | Spotting        | 44,1                              |
|                                       | Doble<br>método | 24,3                              |
| Preguntas sobre la píldora            | Pregunta 1      | 27                                |
|                                       | Pregunta 2      | 61,3                              |
|                                       | Pregunta 3      | 54,1                              |
|                                       | Pregunta 4      | 40,5                              |
|                                       | Pregunta 5      | 55                                |
|                                       | Pregunta 6      | 3 respuestas correctas de 4: 1,8  |
|                                       |                 | 4 respuestas correctas: 0         |
|                                       | Pregunta 7      | 39,6                              |
| Preguntas sobre el anillo vaginal     | Pregunta 1      | 2,7                               |
|                                       | Pregunta 2      | 21,6                              |
|                                       | Pregunta 3      | 16,2                              |
|                                       | Pregunta 4      | 20,7                              |
| Preguntas sobre el parche trasdérmico | Pregunta 1      | 3,6                               |
|                                       | Pregunta 2      | 5,4                               |
|                                       | Pregunta 3      | 3,6                               |
|                                       | Pregunta4       | 1,8                               |

En la tabla 13 se puede ver que hay un cierto desconocimiento acerca del doble método (preservativo + AHO), cuando empieza un tratamiento con AHO a ser efectivo, las interacciones de la píldora con medicamentos, plantas, etc.

Para demostrar la primera hipótesis del estudio se hicieron las pruebas del Chi – cuadrado de Pearson al comparar la variable grado de conocimiento con las variables que representaban el perfil de la usuaria. Se encontraron datos estadísticamente significativos solo al comparar al grado de conocimiento con el nivel de estudios y con la nacionalidad. Los resultados se muestran en las tablas 13,14.

Tabla 14: Grado de conocimiento según el nivel de estudios

| Tabla de contingencia Conocimiento inicial – Nivel estudios |       |                |                          |                          |     |  |  |
|---|-------|----------------|--------------------------|--------------------------|-----|--|--|
| Recuento  |       |                |                          |                          |     |  |  |
|   |       | Nivel estudios |                          |                          |     |  |  |
|   |       | Primarios      | Secundarios/bachillerato | Diplomado/universitarios |     |  |  |
| Conocimien  | Bajo  | 0              | 3                        | 1                        | 4   |  |  |
| to inicial  | Medio | 10             | 25                       | 11                       | 46  |  |  |
|   | Alto  | 4              | 19                       | 37                       | 60  |  |  |
| TOTAL   |       | 14             | 47                       | 49                       | 110 |  |  |

#### Pruebas de Chi-cuadrado

|                          | Valor               | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson  | 18,010 <sup>a</sup> | 4  | ,001                        |
| Razón de verosimilitudes | 18,781              | 4  | ,001                        |
| N de casos válidos       | 110                 |    |                             |

a. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,51.

En este caso, el número total de usuarias es de 110 dado que hubo un dato perdido en el variable nivel de estudios. Como se puede ver en la tabla 13, las usuarias que más saben son las que tienen un nivel de estudios superior.

Tabla 15: Grado de conocimiento según la nacionalidad

|              | Ta    | bla de continge | encia Conocimient | o inicial  - Nacionalidad |       |  |
|--------------|-------|-----------------|-------------------|---------------------------|-------|--|
| Recuento     |       |                 | Nacion            | alidad                    | TOTAL |  |
|              |       | Española        | Europea           | Latino americana          |       |  |
| Conocimiento | Bajo  | 2               | 0                 | 2                         | 4     |  |
| Inicial      | Medio | 42              | 3                 | 2                         | 47    |  |
|              | Alto  | 57              | 2                 | 1                         | 60    |  |
| тотл         | ٩L    | 101 5 5 111     |                   |                           |       |  |

Pruebas de Chi-cuadrado

|                          | Valor               | GI | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson  | 21,049 <sup>a</sup> | 4  | ,000                        |
| Razón de verosimilitudes | 9,301               | 4  | ,054                        |
| N de casos válidos       | 111                 |    |                             |

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,18.

Se puede decir que las usuarias que más conocen acerca de su anticonceptivo hormonal son las de nacionalidad española.

Por otro lado, al comparar la variable grado de conocimiento inicial con la variable sangrado intermenstrual se obtuvieron los siguientes resultados significativos (p=0,000)

Tabla 16: La prueba de Chi – cuadrado de Pearson: grado de conocimiento inicial – spotting

| Tabla de contingencia Conocimiento inicial – Sangrado intermenstrual |       |                                      |            |                |            |       |  |
|--|-------|--------------------------------------|------------|----------------|------------|-------|--|
|  |       |                                      |            |                |            |       |  |
|  |       |                                      | Sangrado   | intermenstrual |            | Total |  |
|  |       | Respuesta Respuesta No sabe/No Otras |            |                |            |       |  |
|  |       | correcta                             | incorrecta | conoce         | respuestas |       |  |
| Conocimiento   | Bajo  | 0                                    | 1          | 3              | 0          | 4     |  |
| Inicial  | Medio | 9                                    | 11         | 25             | 2          | 47    |  |
|  | Alto  | 40                                   | 9          | 10             | 1          | 60    |  |
| Total  |       | 49                                   | 21         | 38             | 3          | 111   |  |

|                          | Valor               | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson  | 29,427 <sup>a</sup> | 6  | ,000                        |
| Razón de verosimilitudes | 32,197              | 6  | ,000                        |
| N de casos válidos       | 111                 |    |                             |

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,11.

Además, al comparar la variable el <u>grado de conocimiento inicial</u> con la variable <u>como lo toma</u> se obtuvieron los siguientes valores: el coeficiente de razón de verosimilitudes de 7,894 y el p= 0,019 con lo cual se supone que el grado de conocimiento inicial podría ser influido por esta variable dado que la relación que había entre esas dos variables era estadísticamente significativa.

No se encontraron más relaciones estadísticamente significativas entre el grado de conocimiento inicial y el resto de las variables que forman parte del perfil de la usuaria (edad, problema de salud, usuaria fumadora o no, otro AHO antes, quien se lo prescribió, el motivo de prescripción, el cambio de marca comercial y la toma de Norlevo®/Postinor®).

En cuanto a la segunda parte de la primera hipótesis (el grado de conocimiento pudiera ser diferente dependiendo del tipo de AHO que toma la usuaria) no se ha encontrado ninguna relación estadísticamente significativa con lo cual no se puede decir que hay alguna relación entre estos dos variables. De todas maneras, los resultados se muestran en la siguiente tabla

Tabla 17: Las pruebas del Chi – cuadrado: variable tipo de AHO – conocimiento inicial

Tabla de contingencia Conocimiento inicial – Tipo AHO

Recuento

| TOO STATE    |       |         |                |                     |       |  |  |  |
|--------------|-------|---------|----------------|---------------------|-------|--|--|--|
|              |       |         | TIPO A         |                     |       |  |  |  |
|              |       | Píldora | Anillo vaginal | Parche transdérmico | Total |  |  |  |
| Conocimiento | Bajo  | 2       | 2              | 0                   | 4     |  |  |  |
| Inicial      | Medio | 34      | 10             | 3                   | 47    |  |  |  |
|              | Alto  | 41      | 15             | 4                   | 60    |  |  |  |
| Total        |       | 77      | 27             | 7                   | 111   |  |  |  |

|                          | Valor              | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson  | 1,825 <sup>a</sup> | 4  | ,768                        |
| Razón de verosimilitudes | 1,852              | 4  | ,763                        |
| N de casos válidos       | 111                |    |                             |

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,25.

A continuación, se reagruparon tanto las variables que definían el perfil de la usuaria como el variable grado de conocimiento inicial en dos categorías para ver si de esa manera se podía encontrar una posible relación entre ese grado de conocimiento inicial y el perfil de la usuaria. El grado de conocimiento se reagrupo de la siguiente manera:

1. Se dividieron los puntos obtenidos por cada usuaria en dos categorías: la primera de 60 a 100 como usuaria que conoce y de 1 a 59 como usuaria que desconoce y después se hicieron las pruebas del Chi cuadrado de Pearson comparando el variable grado de conocimiento con los variables que definían el perfil de la usuaria (estos variables también se categorizaron en dos categorías). Se obtuvieron resultados significativos (p<0,05) solo al comparar el grado de conocimiento inicial con los variables nivel de estudios, sangrado intermenstrual y marca comercial tal y como se puede ver en las tablas 18, 19, 20:

Tabla 18: Grado conocimiento inicial según el nivel de estudios

Tabla de contingencia

| Recuento             |           | Nive           |       |           |       |
|----------------------|-----------|----------------|-------|-----------|-------|
|                      |           | Datos perdidos | Otros | Diplomado | TOTAL |
| Conocimiento inicial | No conoce | 0              | 8     | 23        | 31    |
|                      | Conoce    | 1              | 41    | 38        | 80    |
| Total                |           | 1              | 49    | 61        | 111   |

|                              | Valor  | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 6,561ª | 2  | ,038                        |
| Razón de verosimilitudes     | 7,032  | 2  | ,030                        |
| Asociación lineal por lineal | 6,490  | 1  | ,011                        |
| N de casos válidos           | 111    |    |                             |

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,28.

Tabla 19: Grado de conocimiento según el sangrado intermenstrual

| Tabla de contingencia |           |                               |                |     |  |  |  |
|-----------------------|-----------|-------------------------------|----------------|-----|--|--|--|
| Recuento              |           |                               |                |     |  |  |  |
|                       |           | Sangrado intermenstrual Total |                |     |  |  |  |
|                       |           | Respuesta                     | Otra respuesta |     |  |  |  |
|                       |           | correcta                      |                |     |  |  |  |
| Conocimiento          | No conoce | 5                             | 26             | 31  |  |  |  |
| inicial               | Conoce    | 44                            | 36             | 80  |  |  |  |
| Total                 |           | 49                            | 62             | 111 |  |  |  |

#### Pruebas de Chi-cuadrado

|   | Valor   | GI | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. exacta<br>(bilateral) | Sig. exacta<br>(unilateral) |
|---|---------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                 | 13,691ª | 1  | ,000                           |                            |                             |
| Corrección por continuidad <sup>b</sup> | 12,160  | 1  | ,000                           |                            |                             |
| Razón de verosimilitudes                | 14,859  | 1  | ,000                           |                            |                             |
| Estadístico exacto de Fisher            |         |    |                                | ,000                       | ,000                        |
| Asociación lineal por lineal            | 13,568  | 1  | ,000                           |                            |                             |
| N de casos válidos <sup>b</sup>         | 111     |    |                                |                            |                             |

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,68.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 20: Grado de conocimiento según la marca comercial

#### Tabla de contingencia

#### Recuento

|              |           |                        | Marca comercial  |       |  |  |  |
|--------------|-----------|------------------------|------------------|-------|--|--|--|
|              |           | Consultar al<br>médico | Otras respuestas | Total |  |  |  |
| Conocimiento | No conoce | 16                     | 15               | 31    |  |  |  |
| Inicial      | Conoce    | 67                     | 13               | 80    |  |  |  |
| Total        |           | 83                     | 28               | 111   |  |  |  |

#### Pruebas de Chi-cuadrado

|   | Valor  | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. exacta<br>(bilateral) | Sig. exacta<br>(unilateral) |
|---|--------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                 | 12,234 | 1  | ,000,                          |                            |                             |
| Corrección por continuidad <sup>b</sup> | 10,589 | 1  | ,001                           |                            |                             |
| Razón de verosimilitudes                | 11,435 | 1  | ,001                           |                            |                             |
| Estadístico exacto de Fisher            |        |    |                                | ,001                       | ,001                        |
| Asociación lineal por lineal            | 12,123 | 1  | ,000                           |                            |                             |
| N de casos válidos <sup>b</sup>         | 111    |    |                                |                            |                             |

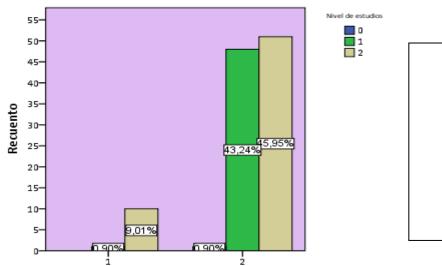
a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,82.

2. Se dividieron los puntos obtenidos por cada usuaria en la primera entrevista en dos categorías: de 1 a 49 como usuaria que desconoce y de 50 a 99 como usuaria que conoce. Se hicieron las pruebas del Chi cuadrado de Pearson comparando todas las variables que entraban en el perfil de la usuaria (que también se categorizaron en dos categorías) con ese grado de conocimiento inicial recién calculado. Al final, se encontraron relaciones estadísticamente significativas solo en el caso del grado de conocimiento – nivel de estudios, nacionalidad y sangrado intermenstrual. Los datos obtenidos se pueden ver en los siguientes gráficos (numero 13 y 14):

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Gráfico 13: Las pruebas del Chi cuadrado de Pearson - Nivel de estudios

#### Gráfico de barras



El grado de conocimiento inicial

## Leyenda:

## Grado de conocimiento:

- L. No conoce
- 2. Conoce

#### Nivel de estudios:

- 0. Datos perdidos
- 1. Diplomado/licenciado
- 2. Otros

#### Pruebas de Chi-cuadrado

|                              | Valor              | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 6,381 <sup>a</sup> | 2  | ,041                        |
| Razón de verosimilitudes     | 7,536              | 2  | ,023                        |
| Asociación lineal por lineal | 6,170              | 1  | ,013                        |
| N de casos válidos           | 111                |    |                             |

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,10.

Tabla 21: La prueba del Chi cuadrado de Pearson – nacionalidad

## Tabla de contingencia

#### Recuento

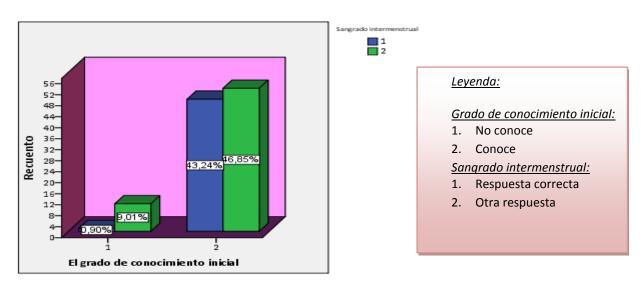
|              |           | NACION   | NALIDAD |       |
|--------------|-----------|----------|---------|-------|
|              |           | Española | Otra    | TOTAL |
| Conocimiento | No conoce | 8        | 3       | 11    |
| Inicial      | Conoce    | 93       | 7       | 100   |
| TOTAL        |           | 101      | 10      | 111   |

|   | Valor              | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta<br>(bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                 | 4,968 <sup>a</sup> | 1  | ,026                        |                            |                          |
| Corrección por continuidad <sup>b</sup> | 2,803              | 1  | ,094                        |                            |                          |
| Razón de verosimilitudes                | 3,591              | 1  | ,058                        |                            |                          |
| Estadístico exacto de Fisher            |                    |    |                             | ,060                       | ,060                     |
| Asociación lineal por lineal            | 4,924              | 1  | ,026                        |                            |                          |
| N de casos válidos <sup>b</sup>         | 111                |    |                             |                            |                          |

- a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,99.
- b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Gráfico 14: El Chi cuadrado de Pearson – Sangrado intermenstrual

#### Gráfico de barras



|   | Valor              | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. exacta<br>(bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                 | 6,085 <sup>a</sup> | 1  | ,014                           |                            |                          |
| Corrección por continuidad <sup>b</sup> | 4,609              | 1  | ,032                           |                            |                          |
| Razón de verosimilitudes                | 7,181              | 1  | ,007                           |                            |                          |
| Estadístico exacto de Fisher            |                    |    |                                | ,022                       | ,012                     |
| Asociación lineal por lineal            | 6,030              | 1  | ,014                           |                            |                          |
| N de casos válidos <sup>b</sup>         | 111                |    |                                |                            |                          |

- a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,86.
- b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

## 2.2. Grado de conocimiento final de las usuarias que participaron

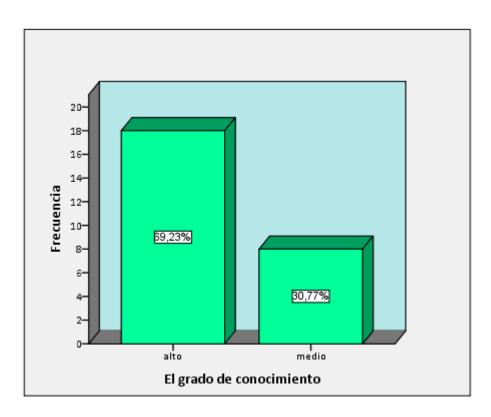
En la segunda entrevista participaron 26 usuarias de las 111 usuarias que cumplimentaron inicialmente el cuestionario. La distribución del número de usuarias por cada farmacia se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 22: Distribución del número de usuarias en la segunda entrevista por farmacia

| Farmacia | Número de usuarias |
|----------|--------------------|
| 1        | 2                  |
| 2        | 5                  |
| 3        | 9                  |
| 4        | 0                  |
| 5        | 10                 |
| TOTAL    | 26                 |

El grado de conocimiento final de las usuarias se calculo usando la misma metodología de trabajo que en el caso del grado de conocimiento inicial. Los datos obtenidos se muestran el gráfico 13:

Gráfico 13: Grado de conocimiento final de las usuarias que participaron en la segunda entrevista.



El grado de conocimiento final de las usuarias

Tal y como se ve en el gráfico anterior, en esta entrevista no hubo ninguna usuaria que sacase un grado de conocimiento bajo en el uso de su AHO. El porqué de estos resultados se explicará más adelante.

Al comparar el grado de conocimiento final de estas usuarias con el tipo de AHO que estaban usando, no se encontró ninguna usuaria que usase el parche transdérmico, con lo cual no se pudo evaluar la intervención farmacéutica en aquellas usuarias de parche transdérmico. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 23: La prueba de Chi cuadrado de Pearson: tipo de AHO – conocimiento final de las usuarias

| Tabla de contingencia Tipo AHO - conocimiento final |                |       |      |  |    |  |  |
|---|----------------|-------|------|--|----|--|--|
| Recuento  |                |       |      |  |    |  |  |
|   | TOTAL          |       |      |  |    |  |  |
|   |                | Medio | Alto |  |    |  |  |
| Tipo  | Píldora        | 1     | 15   |  | 16 |  |  |
| АНО   | Anillo vaginal | 2     | 8    |  | 10 |  |  |
| TOTAL   |                | 3     | 23   |  | 26 |  |  |

|                                 |                    |    | Sig. asintótica | Sig. exacta | Sig. exacta  |
|---------------------------------|--------------------|----|-----------------|-------------|--------------|
|                                 | Valor              | gl | (bilateral)     | (bilateral) | (unilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson         | 1,140 <sup>a</sup> | 1  | ,286            |             |              |
| Corrección por continuidad b    | ,191               | 1  | ,662            |             |              |
| Razón de verosimilitudes        | 1,107              | 1  | ,293            |             |              |
| Estadístico exacto de Fisher    |                    |    |                 | ,538        | ,323         |
| Asociación lineal por lineal    | 1,096              | 1  | ,295            |             |              |
| N de casos válidos <sup>b</sup> | 26                 |    |                 |             |              |

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

# 2.3. La comparación de los resultados sobre el grado de conocimiento en la primera y en la segunda entrevista, respectivamente

Hay una diferencia significativa entre el número de usuarias que participaron en la primera entrevista y las que participaron en la segunda entrevista. Como hay solo 26 usuarias (el tamaño de la muestra es inferior a 30) que volvieron a cumplimentar el cuestionario no se pudo hacer una comparativa entre las 111 usuarias iniciales y estas usuarias.

En primero lugar, se sacaron unos estadísticos descriptivos del grado de conocimiento inicial de estas 26 usuarias que volvieron a cumplimentar el cuestionario y el grado de conocimiento final de las mismas usuarias.

Tabla 24: La frecuencia de las categorías del grado de conocimiento de las 26 usuarias que participaron en la primera entrevista

## CONOCIMIENTO INICIAL

|         |                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|---------|--------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | CONOCIMIENTO MEDIO | 8          | 30,8       | 30,8                 | 30,8                    |
|         | CONOCIMIENTO ALTO  | 18         | 69,2       | 69,2                 | 100,0                   |
|         | Total              | 26         | 100,0      | 100,0                |                         |

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 25: La frecuencia/porcentaje de las categorías del grado de conocimiento de las 26 usuarias que participaron el la segunda entrevista

#### CONOCIMIENTO FINAL

|         |                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|---------|--------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | CONOCIMIENTO MEDIO | 3          | 11,5       | 11,5                 | 11,5                    |
|         | CONOCIMIENTO ALTO  | 23         | 88,5       | 88,5                 | 100,0                   |
|         | Total              | 26         | 100,0      | 100,0                |                         |

Para resumir, el grado de conocimiento inicial y final de las 26 usuarias que volvieron a cumplimentar el cuestionario se puede dividir en solo dos categorías: medio y alto.

En segundo lugar, se hizo la prueba T de student en cuanto a los valores del grado de conocimiento. El test t de student no se podía hacer con respeto a las 26 usuarias dado que el tamaño de la muestra era inferior a 30 y, por lo tanto se hizo con respeto a los puntos obtenidos. Primero se sacaron unos datos descriptivos sobre el valor del grado de conocimiento inicial y final de esas 26 usuarias.

Tabla 26: La media y la desviación típica de los puntos del conocimiento inicial y final de las 26 usuarias

#### Estadísticos descriptivos

|                             | N  | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|-----------------------------|----|--------|--------|-------|------------|
| Puntos conocimiento inicial | 26 | 54     | 96     | 75,15 | 11,668     |
| Puntos conocimiento final   | 26 | 64     | 96     | 82,50 | 9,270      |
| N válido (según lista)      | 26 |        |        |       |            |

Luego, se hizo la prueba T de student al comparar la media de los puntos del grado de conocimiento inicial y los puntos del grado de conocimiento final. Como se puede ver en la siguiente tabla hay una diferencia de 7, 346 puntos entre la media de los puntos del conocimiento final y la media de los puntos del conocimiento inicial de esas 26 usuarias. Al hacer el test T de student se obtuvo una asintótica bilateral de 0,002. Este valor es inferior a 0,05 lo que demuestra que la prueba es significativa. Esa diferencia de 7,346 puntos entre las medias denota que el grado de conocimiento final de esas 26 usuarias que volvieron a cumplimentar el cuestionario mejoro con respeto al grado de conocimiento inicial de esas mismas usuarias, gracias a la intervención farmacéutica realizada.

Tabla 27: La prueba T de student al comparar los puntos del conocimiento inicial con los puntos del conocimiento inicial de las 26 usuarias

#### Estadísticos de muestras relacionadas

|       |                             | Media | N  | Desviación<br>típ. | Error típ. de<br>la media |
|-------|-----------------------------|-------|----|--------------------|---------------------------|
| Par 1 | Puntos conocimiento inicial | 75,15 | 26 | 11,668             | 2,288                     |
|       | Puntos conocimiento final   | 82,50 | 26 | 9,270              | 1,818                     |

#### Correlaciones de muestras relacionadas

|   | N  | Correlación | Sig. |
|---|----|-------------|------|
| Par 1 Puntos conocimiento inicial y Puntos conocimiento final | 26 | ,508        | ,008 |

#### Prueba de muestras relacionadas

|       |   | Diferencias relacionadas |            |               |   |          |                   |    |                  |  |  |
|-------|---|--------------------------|------------|---------------|---|----------|-------------------|----|------------------|--|--|
|       |   |                          | Desviación | Error típ. de | 95% Intervalo de<br>confianza para la<br>diferencia |          | confianza para la |    |                  |  |  |
|       |   | Media                    | típ.       | la media      | Inf erior   | Superior | t                 | gl | Sig. (bilateral) |  |  |
| Par 1 | Puntos conocimiento inicial - Puntos conocimiento final | -7,346                   | 10,590     | 2,077         | -11,624   | -3,069   | -3,537            | 25 | ,002             |  |  |

En tercer lugar, se analizo el grado de conocimiento inicial y final de esas 26 usuarias usando la prueba de Mc Nemar (sobre la homogeneidad de dos muestras independientes usando en ese caso variables dicotómicas como pueden ser el grado de conocimiento inicial y final) y la prueba binomial. Al usar esas pruebas no paramétricas se quería ver por un lado si había una relación entre el grado de conocimiento inicial y final de estas 26 usuarias para ver si en la segunda entrevista su grado de conocimiento había mejorado de manera significativa y, por otro lado, si había una homogeneidad entre estas dos poblaciones.

Los resultados de las pruebas se pueden ver en las siguientes tablas:

Tabla 28: Prueba de McNemar – conocimiento inicial y conocimiento final

| CONOCIMIENTO INICIAL | CONOCIMIENTO FINAL |      |
|----------------------|--------------------|------|
|                      | Medio              | Alto |
| Medio                | 2                  | 6    |
| Alto                 | 1                  | 17   |

## Estadísticos de contrasteb

|                         | CONOCIMIEN<br>TO INICIAL y |
|-------------------------|----------------------------|
|                         | CONOCIMIEN                 |
|                         | TO FINAL                   |
| N                       | 26                         |
| Sig. exacta (bilateral) | ,125 <sup>a</sup>          |

- a. Se ha usado la distribución binomial.
- b. Prueba de McNemar

Tabla 29: Prueba binomial - probabilidad 0,25

#### **Prueba Binomial**

|              |         | Categoría | N  | Proporción observada | Prop. de prueba | Sig. asintót. (unilateral) |
|--------------|---------|-----------|----|----------------------|-----------------|----------------------------|
| Conocimiento | Grupo 1 | Alto      | 18 | ,69                  | ,25             | ,000 <sup>a</sup>          |
| inicial      | Grupo 2 | Medio     | 8  | ,31                  |                 |                            |
|              | Total   |           | 26 | 1,00                 |                 |                            |
| Conocimiento | Grupo 1 | Alto      | 23 | ,88                  | ,25             | ,000 <sup>a</sup>          |
| final        | Grupo 2 | Medio     | 3  | ,12                  |                 |                            |
|              | Total   |           | 26 | 1,00                 |                 |                            |

a. Basado en la aproximación Z.

Tabla 30: Prueba binomial - probabilidad 0,50

#### Prueba binomial

|                        |         | Categoría                 | N  | Proporción<br>observada | Prop. de<br>prueba | Sig. asintót.<br>(bilateral) |
|------------------------|---------|---------------------------|----|-------------------------|--------------------|------------------------------|
| CONOCIMIENTO INICIAL G | Grupo 1 | CONOCI<br>MIENTO<br>ALTO  | 18 | ,69                     | ,50                | ,076 <sup>a</sup>            |
| G                      | Grupo 2 | CONOCI<br>MIENTO<br>MEDIO | 8  | ,31                     |                    |                              |
| Тс                     | otal    |                           | 26 | 1,00                    |                    |                              |
| CONOCIMIENTO FINAL G   | Grupo 1 | CONOCI<br>MIENTO<br>ALTO  | 23 | ,88                     | ,50                | ,000 <sup>a</sup>            |
| G                      | Grupo 2 | CONOCI<br>MIENTO<br>MEDIO | 3  | ,12                     |                    |                              |
| To                     | otal    |                           | 26 | 1,00                    |                    |                              |

a. Basado en la aproximación Z.

La prueba McNemar se usa en el caso de dos variables dicotómicas para ver la homogeneidad de dos muestras. En este caso se observo que no había simetría entre la primera muestra en cuanto al

conocimiento inicial y la segunda muestra en cuanto al grado de conocimiento final y, por lo tanto no se pudo decir que había relación alguna entre esas dos muestras.

En el caso de la prueba binomial, en la segunda tabla, se puede ver lo siguiente: se ha cogido una variable aleatoria que en este caso era el grado de conocimiento alto y una probabilidad de 0.50. En este caso se considero la muestra de 26 usuarias como independiente y según el valor de la asintótica bilateral de 0,076 en el caso del conocimiento inicial se pudo observar que en esa población el grado de conocimiento no era realmente alto sino que había bastantes usuarias (8 en total) que tenían un grado de conocimiento medio. En cuanto al grado de conocimiento final en este caso los resultados sí que salieron significativos de tal manera que se pudo decir que en esa población independiente de 26 usuarias (cogidas al azar) el grado de conocimiento sobre su AHO era alto.

## XIII. Las limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio son bastante numerosas debido a varios factores, entre cuales se pueden nombrar:

- El horario de trabajo
- Algunos compañeros de trabajo que puedan no apoyar la idea de hacer un estudio sobre los anticonceptivos hormonales y de ahí que se perdieran varias ocasiones de entrevistar a las usuarias o de aclararles alguna duda acerca de su método anticonceptivo
- La presencia de algunos *factores que disturban* a veces el flujo bidireccional pacientefarmacéutico y farmacéutico-paciente: la presencia de varios *ruidos* alrededor del farmacéutico y de la usuaria (música, teléfono), la *falta de intimidad* (por ejemplo: la presencia de una cola de gente detrás de la usuaria; además en estos momentos es bastante difícil estar un rato con ella debido a varios ruidos y entonces ella opta por no responder porque se siente molesta), la presencia de un *robot de dispensación*, etc.
- Dificultades por parte del entrevistador a la hora de comunicar. A veces no se sabe convencer a las usuarias de los AHO de que las preguntas sean para su propio beneficio y no en contra de los suyos
- El *cuestionario* utilizado para valorar el grado de conocimiento de las pacientes sobre el AHO que está tomando: la usuaria se puede sentir agobiada por responder a tantas preguntas o porque tiene prisa. Por otro lado, la usuaria no está acostumbrada a responder a un cuestionario porque siempre le dan la caja de anticonceptivo sin preguntarle nada más.
- La falta de conocimiento por parte del entrevistador. El entrevistador ideal en este caso sería el farmacéutico no un auxiliar debido a que el auxiliar está menos formado en solucionar las dudas acerca de la medicación (en este caso podría ofrecerle a la usuaria el cuestionario pero el farmacéutico sería el que le solucionase las dudas)

## XIV. Discusión

1. Discusión acerca del perfil de la usuaria y el grado de conocimiento inicial de aquellas usuarias que participaron en la primera entrevista

En este estudio se inscribieron inicialmente 12 farmacias de las cuales solo 5 presentaron unos resultados al final del periodo de la muestra. De estas 5 farmacias una farmacia era de un pueblo de la provincia de Zaragoza y 4 eran de Zaragoza capital [anexo 4]. Se puede decir que el número de cuestionarios hechos en la primera entrevista vario mucho dependiendo de cada farmacia dado la posible localización de cada una de estas dentro de la ciudad. La farmacia 1 era una farmacia de paso donde entraba mucha gente joven y, al contrario, las farmacias 3, 4 y 5 eran farmacias de barrio que tenían sus propios pacientes, de toda la vida.

En la primera entrevista participaron 111 usuarias y dado el tamaño mayor de la muestra se pudo recopilar toda la información que se tenía acerca del perfil de la usuaria y compararla con el grado de conocimiento inicial acerca del AHO que usaban. Los resultados mostraron que no había una relación significativa (p<0,05) entre todas esas variables que formaban parte del perfil de la usuaria y el variable grado de conocimiento inicial, excepto algunos casos. A continuación se presentan estos resultados:

- ► Edad de las usuarias. La media de las usuarias que participaron en el estudio en la primera entrevista fue de 27 años. Al categorizar la variable edad se observo que el número de usuarias mayores de 35 años era inferior que la edad de las usuarias incluidas dentro de los grupos: 16 y 25 años y 26 y 35 años y, por lo tanto, se pudo pensar que estas usuarias utilizaban algún otro tipo de anticonceptivo que no sea la píldora anticonceptiva, el anillo vaginal y el parche transdérmico, resultado que puede coincidir con el de otros estudios. [26, 27]
- Nivel de estudios. En las farmacias de Zaragoza capital la mayoría de las usuarias tenían un nivel de estudios superior mientras que en la farmacia del pueblo de la provincia de Zaragoza el nivel de estudios que predominaba era secundario/bachillerato. En general el porcentaje de usuarias de nivel de estudios superior no variaba tanto que el porcentaje de usuarias con nivel de estudios secundarios (44,1% frente a 42,3%) pero las que más conocían de su AHO eran las que tenían el nivel de estudios superior, posiblemente por un mayor acceso a la información acerca de esta medicación anticonceptiva.
- Nacionalidad. La mayoría de las usuarias y las que más sabían acerca de su medicación eran las de nacionalidad española. El resultado obtenido era obvio dado que las usuarias de nacionalidad española eran mayoritarias en este estudio.
- ▶ El Hábito de fumar. 60% de las usuarias de AHO que participaron en la primera entrevista no fumaban y el porcentaje obtenido no tenía que ver con la edad. Al mismo tiempo, las que más sabían acerca de su AHO eran las usuarias no fumadoras lo que demuestra que posiblemente esas usuarias supiesen más acerca de los posibles reacciones adversas de una medicación anticonceptiva en mujeres fumadoras.

- ▶ Problemas de salud. Cerca de 87,4% de las usuarias subrayaron no tener ningún problema de salud en la primera entrevista y ese porcentaje era bueno dado que ya se sabe que hay varios medicamentos que pueden interactuar con los AHO. Además, estas usuarias son las que más sabían acerca de su AHO pero el porcentaje no es significativo dado que eran mayoritarias.
- ➡ Tipo de AHO y si la usuaria había tomado otro AHO antes que el actual. En la primera entrevista, 69,4% de las usuarias tomaban la píldora frente a 24,3 % de ellas que usaban el anillo vaginal y 6,3 % el parche transdérmico. El porcentaje de usuarias que toman la píldora sigue siendo bastante alto y, de alguna manera, se puede interpretar como un posible rechazo por parte de las usuarias en probar algún método nuevo anticonceptivo como puede ser el anillo o el parche.
  - Por otro lado, al comparar la variable tipo de AHO con la variable otro AHO anterior que el actual se encontraron unos resultados estadísticamente significativos (p=0,000) que reflejaban que, en general, la usuaria que tomaba la píldora en ese momento no había usado ningún otro método anticonceptivo anteriormente mientras que la usuaria del anillo vaginal si que había tomado la píldora anteriormente. Estos resultados se interpretaron de la manera que para que una usuaria cambiase al anillo o al parche tenía que haber tomado anteriormente la píldora y haberla dejado de tomar por posibles reacciones adversas, olvidos de tomas, etc.
- ▶ Motivo de uso. 54,1% de las usuarias que participaron en la primera entrevista usaban un AHO para prevenir un posible embarazo y cerca de 25,2% de ellas los usaban tanto para prevenir un embarazo como para tratar un problema hormonal con lo cual se pudo decir que la mayoría de ellas los usaban para prevenir un embarazo. No obstante, 14,4% de ellas lo usaban solo para tratar un problema hormonal. En este caso, las que más sabían acerca de su medicación eran las que los usaban para la prevención de un posible embarazo lo que si que mostraba que esa medicación se usaba como anticonceptivo.
- Prescripción. El médico especialista fue el que más prescribió un AHO (en 91% de los casos) frente a solo 6,3% de las usuarias que acudieron a la farmacia con una receta hecha por un médico de cabecera. En este ultimo caso no sabemos si la usuaria paso por una revisión anual al acudir a su medico de cabecera para que le recetara un AHO. Las que más saben acerca de su medicación son las que acudían con una receta del médico ginecólogo pero ese resultado no es significativo dado que era un porcentaje mayoritario de usuarias. El resultado de este estudio coincide con el de otro estudio hecho en población universitaria. [58]
- ► Cambio de marca comercial. En ese caso, la mayoría (74,8%) de las usuarias iban a consultar al médico ginecólogo en el caso de que les ocurriese. Al mismo tiempo, eran las usuarias que más sabían acerca de su medicación.
  - Hubo un cierto numero de usuarias (5,4%) que antes de consultar al farmacéutico iban a leer el prospecto del AHO (que algunas veces no es fácil de leer por su tamaño muy grande) con lo cual no se puede decir que hay mucha confianza en el farmacéutico con respeto a algunos posibles cambios en la medicación anticonceptiva.

▶ Uso de la píldora del día después. 81% de ellas no habían tomado la píldora del día después ni una sola vez en su vida pero, al comparar esta variable con el grado de conocimiento no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa (p=0,663). De todas maneras, las usuarias que no habían tomado ni una sola vez la píldora del día después eran las que más sabían acerca de su AHO dado que para tener un grado de conocimiento alto acerca de la anticoncepción hormonal no hace falta tomar la píldora del día después. Hoy en día se hace más énfasis en este tipo de anticonceptivo de emergencia como un remedio muy efectivo en la prevención de un embarazo no deseado por eso la educación sanitaria hecha por un farmacéutico con respeto a la anticoncepción hormonal es muy importante.

Los resultados obtenidos en la primera entrevista denotan que 54,1% de las usuarias que rellenaron la primera vez el cuestionario tenían un grado de conocimiento alto en lo que concierne el AHO que estaban usando. Este resultado fue diferente si lo comparamos con el estudio que se hizo en 2007 en una farmacia comunitaria de Zaragoza <sup>[63]</sup> donde solo una de cada 3 usuarias tenía un grado de conocimiento alto acerca de su AHO pero los dos estudios coinciden en el que este grado de conocimiento no está influido por el perfil de la usuaria.

En este estudio, el grado de conocimiento inicial solo fue influido por el nivel de estudios de la usuaria, la nacionalidad y el conocimiento acerca del sangrado intermenstrual. En otros estudios <sup>[46,80]</sup> las mujeres jóvenes de edad comprendida entre 20 y 30 años y nivel de estudios superior también son las que más conocen acerca del método anticonceptivo que están usando. Las mujeres de nacionalidad española son las que más conocían de su AHO pero ese resultado era obvio dado que eran población mayoritaria. En cuanto al sangrado intermenstrual, el resultado coincide con el de otros estudios hechos en España. <sup>[37, 38]</sup>

Por otro lado, 36,93% de las usuarias que participaron en la primera entrevista tienen un grado de conocimiento alto frente al método anticonceptivo que estaba tomando que en ese caso era la *píldora*. Este resultado es mucho menor que el de otros estudios hechos en la población española [37, 38, 58, 79], pero hay que tener en cuenta que en la mayoría de estos estudios se usó como población de muestra usuarias de la píldora descartando las que estaban usando nuevos métodos anticonceptivos como podían ser el anillo vaginal y el parche transdérmico.

Por ejemplo, el un estudio hecho en Barcelona <sup>[37]</sup>, 76% de las usuarias tienen un grado de conocimiento alto frente al uso de la píldora en lo que concierne el sangrado intermenstrual, las interacciones de este anticonceptivo con otros medicamentos, el olvido de una o varias tomas, etc. Este grado de conocimiento alto frente a la píldora se obtuvo también en otro estudio hecho en Zaragoza <sup>[79]</sup> donde 60-70% de las usuarias de píldora conocían mucho acerca de ese método anticonceptivo.

Para concluir, se puede decir que el grado de conocimiento inicial de estas usuarias que participaron en este estudio no está influido por el perfil de la usuaria y puede estar dependiendo de varios factores entre cuales se pueden describir los que están incluidos en las limitaciones de este estudio. Estas limitaciones fueron reales durante todo el periodo de muestra. En posibles

estudios futuros sería mejor que esta parte incluya una intervención cualitativa que se traduciría en una entrevista a todos los farmacéuticos participantes para ver cuales son los verdaderos obstáculos de una posible entrevista a una usuaria de AHO.

## 2. Discusión acerca del grado de conocimiento final de aquellas usuarias que participaron en la segunda entrevista y la intervención farmacéutica

En este estudio se hizo una intervención farmacéutica para medir el conocimiento de las usuarias acerca del AHO antes y después de esa intervención y, para medir la potencia del farmacéutico en solucionar posibles dudas acerca del AHO que está usando la usuaria o cualquier otra duda que ella pueda tener con respeto a la anticoncepción. Por eso, se diseño un cuestionario que fuera fácil de rellenar y un díptico que sirva de ayuda dado que en el venían las respuestas a las consultas más frecuentes que una usuaria podía tener acerca de la píldora, el anillo vaginal o el parche transdérmico.

Para empezar, hay muy pocos estudios randomizados hechos que midan la intervención farmacéutica para ver si las usuarias han mejorado en el uso de un anticonceptivo. Como se explico anteriormente, en la parte de estudios hechos a nivel de una farmacia comunitaria, se encontró un estudio randomizado <sup>[67]</sup> hecho en Inglaterra donde se midió la intervención farmacéutica y médica en usuarias que tomaban la píldora. En ese caso, se hicieron varios grupos de trabajo y se dividieron las usuarias en 6 grupos de trabajo y, a todas ellas, se les dio un cuestionario fácil de rellenar y una vez que lo hubiera cumpliementado se le entrego algún folleto informativo, que dependía según el caso. Luego, la farmacia o el hospital se pusieron en contacto con las usuarias para que volvieran a rellenar otro cuestionario similar. En ese caso, 82% de las usuarias iniciales volvieron y al medir el grado de conocimiento sí que se pudo demostrar que este mejoro con respeto al grado de conocimiento inicial en aquellas usuarias donde se hizo una intervención farmacéutica o médica. En nuestro caso, se puede decir lo siguiente:

- ✓ Solo 23,42% de usuarias que participaron en la primera entrevista volvieron a cumplimentar el mismo cuestionario lo que significa que el tamaño de la muestra final difiere mucho con respeto a la muestra inicial
- ✓ Se hicieron varias pruebas estadísticas (Chi-cuadrado de Pearson, Test T de Student, prueba binomial, prueba McNemar, etc.) para medir este conocimiento final e inicial de estas 26 usuarias y ver si la intervención farmacéutica determino en esas usuarias una mejora en el conocimiento del AHO que estaban usando. Se sabe que la muestra, en este caso, ha sido demasiado pequeña y los resultados no se pueden extrapolar a la población de Zaragoza provincia pero, si que con respeto a esas 26 usuarias se puede decir que su grado de conocimiento ha mejorado. No obstante, según la prueba de McNemar no se podía decir que había una homogeneidad en estas dos poblaciones: inicial y final pero sí que podemos decir que en una población cogida al azar (dado que la vuelta de las usuarias a la farmacia ha sido voluntaria en este caso) el grado de conocimiento final es alto.
- ✓ Hubo varios factores que influyeron en estos resultados: en este estudio hubo varias limitaciones entre cuales las más importantes fueron: el cuestionario (hubo usuarias que se quejaron de su tamaño grande) y el hecho de que una usuaria de AHO no vuelve todos los meses a la misma farmacia en coger su envase de anticonceptivo hormonal sino que, normalmente, se va a una farmacia diferente cada mes. En este estudio se insistió bastante en que los farmacéuticos se pusieron en contacto con las usuarias que rellenaron la primera vez el cuestionario por cualquiera de las vías: verbal, telefónica (llamadas o Sms) o correo

- electrónico (e-mail). Una de las limitaciones por parte del farmacéutico en este caso pudo haber sido el hecho de no enfatizar, cuando una usuaria habría acabado de cumplimentar el cuestionario en la primera entrevista, de que la farmacia se iba a poner en contacto con ella para que volviese dentro de un mes en rellenar el mismo cuestionario.
- ✓ En cuanto a las usuarias que han vuelto sí que se les noto de que a través de la intervención farmacéutica habían mejorado su grado de conocimiento con lo cual se puede decir que tuvo un cierto éxito tanto la educación sanitaria que pudo haber hecho el farmacéutica en la primera entrevista como la entrega del díptico.
- ✓ La segunda hipótesis del estudio quedaría en parte aceptada si nos referimos solo a estas 26 usuarias.

## Puntos clave para mejorar una intervención farmacéutica:

- Diseñar un cuestionario de uso fácil que pueda ser validado
- > Seguir haciendo educación sanitaria teniendo en cuenta que cada vez hay más mujeres que recurren a la anticoncepción hormonal para prevenir un posible embarazo
- Seguir motivando a los farmacéuticos para participar en este tipo de estudios porque el éxito de una intervención farmacéutica hace que este profesional de la salud valga más en los ojos de sus propios pacientes.
- ➤ Se podría intentar diseñar, en futuros estudios, algunas preguntas informativas (3 o 4) para medir la intervención farmacéutica. Las preguntas de tipo: "¿Cómo ve usted la intervención hecha por parte del farmacéutico?" O "¿Cómo apreciaría usted la información ofrecida por el farmacéutico?" podrían servir de ayuda para medir mejor esta intervención farmacéutica.

## **XV. Conclusiones**

### Conclusiones sobre el perfil de la usuaria

La usuaria de AHO que participo en este estudio:

- Es una mujer joven, de edad comprendida entre 20-30 años, con nivel de estudios superior, no fumadora, sin problemas de salud
- La usuaria de AHO toma, en general, la píldora, que le había sido prescrita por un especialista, y lo usa para la prevención del embarazo; además, no ha usado ningún otro AHO anterior al actual

#### Conclusiones sobre el grado de conocimiento inicial

Se puede concluir lo siguiente sobre el grado de conocimiento de las usuarias que participaron en la primera entrevista:

- El grado de conocimiento inicial no está influido por el género, edad, nivel de estudios, ni por el tipo de AHO que está usando, identificándose que más de 50% (54,1%) de las usuarias tienen un grado de conocimiento alto
- El porcentaje de usuarias que toman la píldora es mucho mayor (70%) que las que toman el anillo vaginal (24%) o el parche transdérmico (6%), aunque el grado de conocimiento inicial de todas ellas es alto
- Existe un gran desconocimiento por parte de las usuarias de AHO en cuanto al doble método (75,7%), o cuando un tratamiento con AHO empieza a ser efectivo (en el caso de la píldora en 73%, en el caso del anillo en 97,3% y en el caso de parche en 96,4%); en el caso de las interacciones de la píldora con otros medicamentos o plantas, hubo 0 usuarias que respondieron correctamente.

#### Conclusiones sobre la intervención farmacéutica y el grado de conocimiento final

En cuanto a esta parte se puede concluir lo siguiente:

Una de cada 4 usuarias volvió a cumplimentar el cuestionario y finalizar el estudio. Los resultados muestran que el grado de conocimiento final fue alto y había mejorado con respeto a la primera entrevista realizada.

## ANEXO 1

# Cuestionario para evaluar el grado de conocimiento de los anticonceptivos hormonales

|  | Datos sobre la paciente   |  |  |  |    |
|--|---|--|--|--|----|
|  |   |  |  |  |    |
|  | Iníciales:  |  |  |  |    |
|  | Teléfono:   |  |  |  |    |
|  | Correo electrónico:   |  |  |  |    |
|  | Edad (años):  |  |  |  |    |
| 2.   | . Nivel de estudios:  |  |  |  |    |
|  | ☐ Sin estudios ☐ Primarios ☐ Secundarios-Bachillerato ☐ Diplomado-licenciado                |  |  |  |    |
| 3. Nacionalidad:  ☐ Española ☐ Otra. Especificar cual:                 |   |  |  |  |    |
|  |   |  |  |  | 4. |
|  | ☐ Si: ¿Números de cigarrillos al día? ☐ 0-10 ☐ 10-20☐ más de 20                             |  |  |  |    |
|  | □ No.   |  |  |  |    |
| 5.   | 5. Tiene algún problema de salud, como:   |  |  |  |    |
|  | ☐ Hipertensión ☐ Diabetes ☐ Depresión ☐ No tengo ningún problema de salud                   |  |  |  |    |
|  | Otros. Especificar cual:  |  |  |  |    |
| 6. ¿Qué tipo de anticonceptivo hormonal está usando en la actualidad?: |   |  |  |  |    |
|  | □ La píldora □ Anillo vaginal □ Parche transdérmico   |  |  |  |    |
|  | Otros. Especificar cual:  |  |  |  |    |
|  | eguntas generales acerca de los anticonceptivos hormonales                                  |  |  |  |    |
| 7.   | ¿Ha utilizado otro método anticonceptivo hormonales antes del método que está usando ahora? |  |  |  |    |
|  | □ No  |  |  |  |    |
|  | ☐ La píldora  |  |  |  |    |
|  | ☐ El anillo vaginal Nuvaring®   |  |  |  |    |
|  | ☐ El parche transdérmico Evra®  |  |  |  |    |
|  | Otro. Especificar cual:   |  |  |  |    |
| 8.   | ¿Para que se lo está tomando?   |  |  |  |    |
|  | □ Prevención de embarazo  |  |  |  |    |
|  | □ Acné  |  |  |  |    |
|  | □ Problemas menstruales   |  |  |  |    |
|  | ☐ Otros. Especificar cual:  |  |  |  |    |
| 9.   | ¿Quién le prescribió el anticonceptivo hormonal?  |  |  |  |    |
|  | ☐ El médico especialista  |  |  |  |    |
|  | ☐ El médico de cabecera   |  |  |  |    |
|  | □ Una amiga/o o un familiar   |  |  |  |    |
|  | □ El farmacéutico   |  |  |  |    |
|  | ☐ Otros. Especificar cual:  |  |  |  |    |
|  |   |  |  |  |    |

| 10. ¿Cómo   | 10. ¿Cómo lo toma?   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
|   | oir en pocas palabras:   |  |  |  |  |
| 11. ¿Qué h  | ay que hacer cuando aparece el sangrado intermenstrual?  |  |  |  |  |
|   | Los primeros tres meses es posible que ocurra pero el tratamiento sigue siendo efectivo  |  |  |  |  |
|   | Si se prolonga más de tres meses el método anticonceptivo no es efectivo o pueda tener una   |  |  |  |  |
|   | enfermedad pélvica inflamatoria o un posible embarazo  |  |  |  |  |
|   | No sabe/no conoce  |  |  |  |  |
|   | Otros. Especificar cual:   |  |  |  |  |
| Cuánرغ. 12.   | do se cambia de marca comercial que hay que hacer?   |  |  |  |  |
|   | Preguntar al médico ginecólogo   |  |  |  |  |
|   | Preguntar al farmacéutico  |  |  |  |  |
|   | Leer el prospecto del anticonceptivo hormonal  |  |  |  |  |
|   | No sabe/No contesta  |  |  |  |  |
|   | Otra actuación. Especificar cual:  |  |  |  |  |
|   | le los métodos anticonceptivos piensa que es más efectivo en la prevención del embarazo  |  |  |  |  |
| como e  | en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual o HIV?  |  |  |  |  |
|   | El preservativo  |  |  |  |  |
|   | Los anticonceptivos hormonales como la: píldora, el anillo vaginal o el parche transdérmico  |  |  |  |  |
|   | El "doble método": la píldora+ preservativo, el anillo vaginal+ preservativo, etc.   |  |  |  |  |
|   | No sabe/no contesta  |  |  |  |  |
|   | mado alguna vez un anticonceptivo de urgencia (Norlevo®, Postinor®) desde que está en  |  |  |  |  |
| _   | iento con un anticonceptivo hormonal?  |  |  |  |  |
|   | si. lo he tomado solo una vez  |  |  |  |  |
|   | si, lo he tomado más de una vez  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   | no. no lo he tomado ni una sola vez  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   | no. no lo he tomado ni una sola vez específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  |  |  |  |  |
| Preguntas   | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  |  |  |  |  |
| <b>Preguntas</b> Preguntas                                | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando: para la usuaria de la píldora  |  |  |  |  |
| Preguntas Preguntas 15. ¿Cuáno                            | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando: para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?   |  |  |  |  |
| Preguntas Preguntas 15. ¿Cuáno                            | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día   |  |  |  |  |
| Preguntas Preguntas 15. ¿Cuáno                            | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día A lo largo del primer mes   |  |  |  |  |
| Preguntas Preguntas 15. ¿Cuáno                            | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día A lo largo del primer mes No sabe/ no conoce  |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno                          | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día A lo largo del primer mes No sabe/ no conoce Otros. Especificar cual:   |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s              | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual:  e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?   |  |  |  |  |
| Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s                         | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día A lo largo del primer mes No sabe/ no conoce Otros. Especificar cual: e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede   |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s              | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual:  e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido   |  |  |  |  |
| Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s                         | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual:  e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo   |  |  |  |  |
| Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s                         | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual:  e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista   |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s              | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual:  e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista  Consultar al farmacéutico  |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s              | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual: e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce  |  |  |  |  |
| Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s  17. ¿Qué s             | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día A lo largo del primer mes No sabe/ no conoce Otros. Especificar cual: e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido No tomarlo Consultar al médico especialista Consultar al farmacéutico No sabe/no conoce et tiene que hacer cuando han pasado más de 12 horas de la toma de un comprimido?   |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s  17. ¿Qué s  | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual:  e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce et tiene que hacer cuando han pasado más de 12 horas de la toma de un comprimido?  Tomarlo con la otra pastilla y usar un método barrera en las siguientes 7 días   |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s  17. ¿Qué s  | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día A lo largo del primer mes No sabe/ no conoce Otros. Especificar cual:e e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido No tomarlo Consultar al médico especialista Consultar al farmacéutico No sabe/no conoce et tiene que hacer cuando han pasado más de 12 horas de la toma de un comprimido?  Tomarlo con la otra pastilla y usar un método barrera en las siguientes 7 días Tomarlo con la otra pastilla y no usar un método barrera en las siguientes 7 días  |  |  |  |  |
| Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s  17. ¿Qué s             | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual:  e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce  e tiene que hacer cuando han pasado más de 12 horas de la toma de un comprimido?  Tomarlo con la otra pastilla y usar un método barrera en las siguientes 7 días  Tomarlo con la otra pastilla y no usar un método barrera en las siguientes 7 días  Consultar con el médico   |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s  17. ¿Qué s  | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual: e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce e tiene que hacer cuando han pasado más de 12 horas de la toma de un comprimido?  Tomarlo con la otra pastilla y usar un método barrera en las siguientes 7 días  Tomarlo con la otra pastilla y no usar un método barrera en las siguientes 7 días  Consultar con el médico  Consultar al farmacéutico  |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s  17. ¿Qué s  | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual: e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce et tiene que hacer cuando han pasado más de 12 horas de la toma de un comprimido?  Tomarlo con la otra pastilla y usar un método barrera en las siguientes 7 días  Tomarlo con la otra pastilla y no usar un método barrera en las siguientes 7 días  Consultar con el médico  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce  |  |  |  |  |
| Preguntas  Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s  17. ¿Qué s  | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual:  e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce  e tiene que hacer cuando han pasado más de 12 horas de la toma de un comprimido?  Tomarlo con la otra pastilla y usar un método barrera en las siguientes 7 días  Tomarlo con la otra pastilla y no usar un método barrera en las siguientes 7 días  Consultar con el médico  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce  ace cuando se toma dos comprimidos por error al mismo día? |  |  |  |  |
| Preguntas  15. ¿Cuáno  16. ¿Qué s  17. ¿Qué s  18. ¿Qué h | específicas según el tipo de anticonceptivo hormonal que está usando:  para la usuaria de la píldora  do empieza un anticonceptivo hormonal oral a ser efectivo?  Desde el primer día  A lo largo del primer mes  No sabe/ no conoce  Otros. Especificar cual: e tiene que hacer cuando se olvida un comprimido en las primeras 12 horas?  Tomarlo en cuanto puede  Tomarlo al día siguiente con la toma de un comprimido  No tomarlo  Consultar al médico especialista  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce et tiene que hacer cuando han pasado más de 12 horas de la toma de un comprimido?  Tomarlo con la otra pastilla y usar un método barrera en las siguientes 7 días  Tomarlo con la otra pastilla y no usar un método barrera en las siguientes 7 días  Consultar con el médico  Consultar al farmacéutico  No sabe/no conoce  |  |  |  |  |

|             |                                    | ☐ Consultar al farmacéutico  |  |  |  |  |
|-------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|
|             | ☐ Consultar al médico especialista |  |  |  |  |  |
|             | ☐ No sabe/no conoce                |  |  |  |  |  |
|             |                                    | Otros. Especificar cual:   |  |  |  |  |
| 19.         | ¿Es efe                            | ctivo el tratamiento cuando hay vómitos o diarrea muy fuerte?  |  |  |  |  |
|             | □ Si                               | □ No □ No sabe/no conoce   |  |  |  |  |
| 20.         | ¿Cuáles                            | s de los siguientes medicamentos le parece que podrían interactuar con los anticonceptivos           |  |  |  |  |
| hormonales? |                                    |  |  |  |  |  |
|             |                                    | Antibióticos: amoxicilina, ampicilina, metronidazol, tetraciclinas o azitromicina                    |  |  |  |  |
|             |                                    | Antiinflamatorios tipo: ibuprofeno   |  |  |  |  |
|             |                                    | El hipérico  |  |  |  |  |
|             |                                    | La fibra   |  |  |  |  |
|             |                                    | Vitamina C   |  |  |  |  |
|             |                                    | Ninguno de los anteriores  |  |  |  |  |
| 21.         | ¿Piensa                            | a que en verano es necesario utilizar cremas con factor de protección alto (30, 40, 50+) para la     |  |  |  |  |
|             | cara y p                           | para el cuerpo mientras que está en tratamiento con la píldora?                                      |  |  |  |  |
|             | ☐ Si                               | □ No □ No sabe/no conoce   |  |  |  |  |
|             |                                    |  |  |  |  |  |
|             |                                    | tas para las usuarias del anillo vaginal (Nuvaring®)   |  |  |  |  |
| 22.         | ¿Cuánc                             | lo empieza el anillo a ser efectivo?   |  |  |  |  |
|             |                                    | Desde el primer día  |  |  |  |  |
|             |                                    | Desde el quinto día  |  |  |  |  |
|             |                                    | A lo largo del primer mes  |  |  |  |  |
|             |                                    | No sabe/no conoce  |  |  |  |  |
|             |                                    | Otros. Especificar cual:   |  |  |  |  |
| 23.         | ¿Qué s                             | e tiene que hacer cuando se desprende el anillo vaginal?   |  |  |  |  |
|             |                                    | Lavarlo con agua fría o tibia, volver a colocarlo dentro de la vagina en un periodo de 3 horas       |  |  |  |  |
|             |                                    | Lavarlo con agua fría o tibia, volver a colocarlo en cuanto pueda y usar un método barrera er        |  |  |  |  |
|             |                                    | los 7 días siguientes  |  |  |  |  |
|             |                                    | Lavarlo con agua fría o tibia, volver a colocarlo en cuanto pueda y no usar ningún método            |  |  |  |  |
|             |                                    | barrera en los 7 días siguientes   |  |  |  |  |
|             |                                    | Consultar al médico  |  |  |  |  |
|             |                                    | Consultar al farmacéutico  |  |  |  |  |
|             |                                    | Otros. Especificar cual:   |  |  |  |  |
| 24.         |                                    | asa cuando se deja un anillo en la vagina por más de tres semanas?                                   |  |  |  |  |
|             |                                    | Si se ha dejado por menos de 4 semanas la eficacia anticonceptiva está asegurada y debe              |  |  |  |  |
|             |                                    | colocarse otro anillo vaginal en el día normal de inicio de un nuevo ciclo anticonceptivo            |  |  |  |  |
|             |                                    | Si se ha dejado por menos de 4 semanas la eficacia anticonceptiva no está asegurada y debe           |  |  |  |  |
|             |                                    | colocarse otro anillo vaginal en cuanto pueda  |  |  |  |  |
|             |                                    | Consultar al médico  |  |  |  |  |
|             |                                    | Consultar al farmacéutico  |  |  |  |  |
| 25          | : Ouá a                            | No sabe/no conoce  |  |  |  |  |
| 25.         |                                    | e suele hacer en caso de que haya un periodo de descanso mayor de 7 días en caso de usar lo vaginal? |  |  |  |  |
|             | _                                  | Se coloca un nuevo anillo vaginal y se usa un método barrera durante los 7 días siguientes           |  |  |  |  |
|             |                                    | Se coloca un nuevo anillo vaginal y no se usa ningún método barrera                                  |  |  |  |  |
|             | П                                  | Consultar al médico  |  |  |  |  |
|             | П                                  | Consultar al farmacéutico  |  |  |  |  |
|             | П                                  | No sabe/no conoce  |  |  |  |  |
|             |                                    | 140 Subcy no conocc  |  |  |  |  |

Preguntas para las usuarias del parche transdérmico (Evra®) 26. ¿Cuándo empieza el parche a ser efectivo? □ Desde el primer día ☐ A lo largo del primer mes □ No sabe/no conoce ☐ Otros. Especificar cual: 27. ¿Qué hay que hacer cuando se desprende el parche transdérmico? ☐ Colocar otro parche dentro de 24 horas ☐ Colocar otro parche dentro de unas horas y usar un método barrera los 7 días siguientes □ No hacer nada ☐ Consultar al farmacéutico ☐ Consultar al médico especialista ☐ No sabe/no conoce 28. ¿Qué se ha de hacer en caso de que haya un periodo de descanso mayor de 7 días en caso de usar un parche transdérmico? ☐ Se coloca un nuevo parche y se usa un método barrera durante los 7 días siguientes ☐ Se coloca un nuevo parche y no se usa ningún método barrera ☐ Consultar al médico especialista □ Consultar al farmacéutico □ No sabe/no conoce 29. ¿Qué pasa cuando se deja el último parche más de una semana? ☐ Quitar y respetar el día de inicio del ciclo

Quitar y respetar el día de inicio del ciclo; utilizar un método barrera durante los próximos 7

días siguiente

☐ Consultar al médico
☐ Consultar al farmacéutico
☐ No sabe/ no conoce

#### El diptico que se entrego a las usuarias de AHO

#### **LA PORTADA**

# Recuerde:

- Antes de empezar con un método anticonceptivo comprueba que no estás embarazada.
- Manten siempre un envase de reserva, ya que en algunas ocasiones puedes necesitarlo por algún inconveniente, y no siempre podrás obtenerlo rapidamente.
- No dudes en consultar a tu farmacéutico sobre el uso de anticonceptivos, es un experto en medicamentos y puede aclararte cualquier duda sobre los mismos.
- 4. Tu anticonceptivo hormonal te protege frente a un embarazo no deseado, pero NO frente a las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), o el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). En este último caso, el que mejor te protege es el preservativo.

No olvides preguntar siempre a tu farmacéutico. Estamos aquí para ayudarte

DL: GR-219-2009

Sabías que...?

Aspectos básicos del uso de anticonceptivos hormonales

#### **EL INTERIOR**

Los anticonceptivos hormonales son medicamentos recetados que contienen las hormonas estrógeno y progestágeno en dosis distintas, dependiendo del producto.

Actúan espesando el moco cervical y así impiden la ovulación, y evitan que el óvulo fertilizado se implante en el utero.

Actualmente, los anticonceptivos hormonales que más se usan son la pildora, el anillo vaginal (NuvaRing ®) y el parche transdérmico (Evra ®).

#### LA PÍLDORA

¿Te has preguntado como actuar cuando...

#### ...has olvidado tomarte una pastilla?

Si no han pasado más de 12 horas tómala en cuanto puedas, no se pierde la protección contraceptiva. En el caso de que hayan pasado más de 12 horas, tómala con la siguiente pastilla y además deberás utilizar un método barrera durante los 7 días siguientes.

#### ...te aparece un sangrado en mitad del ciclo?

En los primeros tres meses es normal que ocurra. A partir del cuarto mes es mejor que consultes con tu médico ginecólogo.

#### ...no sabes cuando empieza a ser efectivo?

La pildora es efectiva desde el primer día.

# ...tienes vómitos o diarrea muy fuertes en las primeras 3 horas después de haber tomado la píldora?

En este caso puede ser que no estés protegida contra el embarazo. Deberás utilizar un método barrera los 7 días siguientes.

#### ....te salen alergias o te quemas al tomar el sol, en verano?

La píldora es un medicamento fotosensible por lo que puedes sufrir quemaduras con mucha facilidad si no usas una crema con un factor de protección alto (40, 50, 50+).

#### ... hay medicamentos que interaccionan?

Los medicamentos que suelen interaccionar son los antibióticos, y grandes cantidades de vitamina C, entre otros.

#### ANILLO VAGINAL

...no sabes cuando empieza a ser efectivo? Es efectivo desde el séptimo día.

# o? KIMPAG

#### ...se te cae el anillo?

Si no han pasado más de 3 horas, la eficacia contraceptiva no se ha perdido. Deberás lavarlo con agua tibia o fría, y volver a colocarlo.

#### ...te olvidas de quitarte el anillo despúes de 3 semanas?

La eficacia contraceptiva se mantiene, pero te tienes que quitar el anillo en cuanto puedas y respetar el día de inicio del ciclo.

#### ...haces más de 7 días de descanso?

Te lo debes poner en cuanto puedas y usar un método barrera durante los 7 días siguientes.

# ... no sabes si durante el tratamiento puedes tomar algún medicamento?

No interacciona con ningún medicamento. Consulta a tu médico o farmacéutico, sí tienes que utilizar cremas vaginales u ovulos por otros motivos.

#### EL PARCHE TRANSDÉRMICO

...no sabes cuando empieza a ser efectivo? Desde el primer día.



#### ...se te desprende el parche?

Si no han pasado más de 24 horas no se pierde la eficacia anticonceptiva. Hay que colocar un nuevo parche y se debe tener en cuenta que habrá otro día de inicio del ciclo.

#### ...haces más de 7 días de descanso?

Te tienes que poner un parche en cuanto puedas y usar un método barrera los 7 días siguientes.

#### ...te dejas el último parche más de 3 semanas?

Deberás quitartelo en cuanto te sea posible y respetar el día de inicio del ciclo. Estarás protegida contra el embarazo.

#### El procedimiento de trabajo que se entrego a las farmacias inscritas

#### **HOJA DE INSTRUCCIONES**

Proyecto: Estudio sobre el grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos hormonales en las farmacias de la provincia de Zaragoza

#### Justificación del estudio

Nos hemos planteado hacer un estudio sobre la demanda de anticonceptivos hormonales, evaluando al mismo tiempo el grado de conocimiento de las usuarias sobre el método anticonceptivo que usan.

Actualmente hay muchas usuarias que por motivos de miedo ante una consulta, falta de tiempo para acudir al médico o para la prevención de un embarazo solicitan un producto anticonceptivo a nivel de una farmacia comunitaria aunque no traen una receta. Por eso el *papel del farmacéutico* es muy importante para aclarar algunas dudas o para ofrecer simplemente educación sanitaria a las usuarias que la demandan. En este caso hacer una dispensación es más recomendable que solo "vender" un anticonceptivo sin interesarse por la usuaria y sus motivos de demanda.

En segundo lugar, entre las usuarias que llevan tiempo con un anticonceptivo hormonal y que acuden a una farmacia con una receta aparecen problemas de incumplimiento por desconocer en detalle el medicamento o, porque puedan tener problemas relacionados con la toma (olvido de pastillas, las interacciones con otros medicamentos, etc.) etc. Por esto es muy importante comprobar el *grado de conocimiento* sobre el método anticonceptivo usado y sospechar en caso de que aparezca alguna reacción adversa relacionada al uso de estos.

En tercer lugar, hay usuarias que dejan de tomar un anticonceptivo hormonal porque creen que el anticonceptivo hormonal es inadecuado para ellas (no están seguras de su efectividad) o porque confían más en los anuncios de los medios de comunicación (televisión, radio, prensa, internet, etc.) que en el farmacéutico o en el médico especialista y por lo tanto, el papel del farmacéutico es imprescindible en la reconversión de las ideas de las usuarias acerca de los anticonceptivos hormonales mediante el servicio de educación sanitaria.

Con este estudio nos hemos propuesto detectar los motivos por los cuales las usuarias de anticonceptivos hormonales los solicitan en una farmacia comunitaria y al mismo tiempo nos hemos planteado las siguientes preguntas:

- ¿Estamos seguros como farmacéuticos que una mujer sabe utilizar perfectamente un anticonceptivo hormonal?
- ¿Por qué es tan importante que la dispensación del anticonceptivo sea en este caso un proceso activo?
- ¿Saben las usuarias de anticonceptivos hormonales hacer frente a algunos inconvenientes de esta medicación?
- ¿Nos atrevemos a hacer educación sanitaria a las usarías de anticonceptivos que se nos la demandan?

- a. Objetivos principales
- → Diseñar y validar un cuestionario para medir el conocimiento de las usuarias de diferentes métodos anticonceptivos hormonales
- → Determinar el grado de conocimiento de las usuarias de AHO que acuden a las farmacias comunitarias de la provincia de Zaragoza

b.

c. Objetivos específicos

d.

- → Determinar el efecto de la intervención del farmacéutico a través de la educación sanitaria (aclarar dudas, aconsejar, detectar efectos adversos relacionados con la toma de un AHO, etc.)
- → Determinar el tipo de AHO que utilizan las usuarias de métodos anticonceptivos
- → Determinar el perfil de las usuarias de AHO (edad, nivel de estudios, nacionalidad, etc.)
- → Determinar el grado de conocimiento que tienen las mujeres acerca de su tratamiento con AHO

#### Los criterios de inclusión y de exclusión

#### Criterios de inclusión:

- Usuarias de distintas nacionalidades
- Usuarias que van a empezar por la primera vez con la toma de un AHO
- Usuarias que tienen más de 15 años y menos de 49 años
- Usuarias que han utilizado otro método anticonceptivo anteriormente y que están acudiendo a una farmacia comunitaria para comprar una nueva caja de AHO o para consultar alguna duda acerca de la medicación anticonceptiva

#### Criterios de exclusión:

- Una persona que acude a la farmacia comunitaria con una receta de AHO pero el AHO no es para ella
- Usuaria que no acepten la idea de responder al cuestionario en su totalidad o parcialmente
- Usuarias que acuden a una farmacia a comprar un AHO pero no traen receta
- Usuarias que se quieren llevar el cuestionario a casa

#### El procedimiento de trabajo

Para averiguar si las pacientes conocen el medicamento, su uso, las ventajas y los inconvenientes se utilizarán un cuestionario pilotado anteriormente en 148 usuarias que incluye los siguientes campos:

- datos sobre la usuaria;
- datos generales acerca de los anticonceptivos hormonales;
- datos específicos sobre el anticonceptivo hormonal que está usando.

En este estudio, el procedimiento a emplear es el siguiente:

#### 4. Primera entrevista.

En la primera entrevista, a una usuaria de AHO que acude voluntariamente a una farmacia comunitaria a retirar un envase de AHO con una receta, el farmacéutico:

- ✓ le tiene que entregar el cuestionario (ver anexo 1) con las preguntas sobre el grado de conocimiento
  - las usuarias de la píldora tendrán que responder a las preguntas 1-21
  - las usuarias de anillo tendrán que responder a las preguntas 1-14 y 22-25
  - las usuarias del parche tendrán que responder a las preguntas 1-14 y 26-29
- ✓ una vez que la usuaria lo haya cumplimentado se le soluciona algunas dudas acerca de su método anticonceptivo en caso de que los tuviera
- ✓ al finalizar la venta se le tiene que entregar un díptico (**Observación**: el díptico se entrega solo a aquellas usuarias que quieren cumplimentar el cuestionario) con las consultas más frecuentes y
- ✓ se le tiene que decir que dentro de un mes, si quiere, la farmacia se pone en contacto con ella (por teléfono o por correo electrónico) para que pase por la farmacia a cumplimentar otro cuestionario.

#### Cada farmacia tiene que recoger un número de 35 cuestionarios

Periodo de muestra para la primera entrevista: 1 de febrero de 2009 - 15 de marzo de 2009

#### 5. La segunda entrevista

Cuando la usuaria vuelva dentro de un mes, el farmacéutico le tiene que entregar el mismo cuestionario que le entregó hace un mes y ella tendrá que responder a las mismas preguntas.

#### Periodo de muestra para la segunda entrevista: 16 de marzo – 5 de mayo de 2009

6. Los cuestionarios sin corregir se tendrán que entregar (antes de 10 de mayo) a:
Autor (Ana Dimitriu): Dirección: C/Arzobispo Apaolaza no.10, 3º piso, int. dcha, 50009,
Zaragoza

O a Paz Jiménez Morales (CIM Zaragoza): C/Avda. de Tenor Fleta, 57- C- 1º 50008, Zaragoza

En caso de cualquier duda se pueden consultar a las siguientes personas:

Ana Dimitriu. Móvil: 663287910, E-mail: anadimitriu@gmail.com

Paz Jiménez Morales. Tfno. 976481415, E-mail: afcofzaragoza@redfarma.org

#### Cronograma

Enero 2009 – la entrega de los materiales de documentación (los folletos y los cuestionarios)

1 de febrero - 15 de marzo 2009- recogida de datos (la primera entrevista)

16 de marzo – 5 de mayo 2009- la recogida de datos (la segunda entrevista)

Mayo- Junio – el análisis estadístico

Septiembre 2009- la presentación del proyecto

# **Anexos**

Anexo 1: El CUESTIONARIO para la recogida de datos.

Anexo 2: El DÍPTICO con las consultas más frecuentes sobre los anticonceptivos hormonales

## **ANEXO 4**

# LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS FARMACIAS INSCRITAS EN EL ESTUDIO

Tabla 30. La distribución geográfica de las farmacias que se inscribieron inicialmente en el estudio

| LOCALIDAD            | NÚMERO |
|----------------------|--------|
| Zaragoza capital     | 7      |
| Cadrete              | 1      |
| San Mateo de Gallego | 1      |
| Caspe                | 1      |
| Alfajarín            | 1      |
| Pedrola              | 1      |

Tabla 31. La distribución geográfica de las farmacias que participaron en el estudio

| LOCALIDAD        | NÚMERO |
|------------------|--------|
| Zaragoza capital | 4      |
| Cadrete          | 1      |

#### **ANEXO 5**

# El boletin de inscripción mandado por COFZ para que las farmacias se pudieran inscribir en el estudio



COLEGIO
OFICIAL DE
F ARMACÉUTICOS DE
Z ARAGOZA

18/12/2008

#### Estimad@s amig@s y compañer@s:

Nuestra compañera colegiada, Ana Dimitriu, nos ha solicitado ayuda para realizar su DEA (Diploma de Estudios Avanzados), para el cual necesitaría que se realizaran en las farmacias unas encuestas a usuarias de anticonceptivos.

**Población:** Todas las usuarias que acuden a una farmacia comunitaria para pedir un anticonceptivo hormonal con receta.

#### Objetivos:

Se pretende profundizar en la población de Zaragoza los siguientes puntos:

- ◆ El grado de conocimiento de las usuarias de anticonceptivos hormonales que acuden a las farmacias comunitarias de la provincia de Zaragoza.
- El efecto de la intervención del farmacéutico mediante la educación sanitaria para formar a las usuarias acerca los anticonceptivos hormonales.
- Porcentaje de uso de los distintos tipos de anticonceptivos hormonales que usan las usuarias.
- El perfil procedencia de las usuarias de anticonceptivos hormonales.
- Criterios de Inclusión
  - 1. Usuarias de distintas nacionalidades
  - 2. Usuarias de edad: 15-49 años.
  - 3. Usuarias que empiezan un método anticonceptivo por la primera vez o han usado otro método anteriormente.
- Criterios de Exclusión
  - 1. Una persona que trae una receta de anticonceptivo pero el anticonceptivo no es para ella.
  - 2. Usuarias que no traen receta.
  - 3. Usuarias que no responden al cuestionario en su totalidad.

- Información Primaria:
  - 1. Cuestionario.
  - 2. Folleto informativo.
  - 3. Monografía Anticonceptivos (COFZ).
- Información Secundaria:
  - 1. Análisis de datos (SPSS v.16).

#### Cronograma:

- Inscripción al nuevo estudio: diciembre-enero 2009
- ◆ Inicio: enero-febrero 2009

Presentación nuevo estudio COFZ.

Entrega Dípticos informativos.

Entrega Cuestionarios de recogida de datos.

- Fin recogida de datos: mayo 2009.
- Análisis datos: junio-julio 2009.
- Presentación resultados: X Congreso Nacional AF, octubre 2009.

Para apuntaros al estudio debéis rellenar el boletín de inscripción que adjunto enviándolo al fax: 976.481418 o por correo ordinario al Colegio.

Desde el colegio solicitamos vuestra colaboración y agradecemos la confianza depositada en esta compañera.

Para cualquier duda podéis contactar con Paz (976.481415) o con Ana (663287910).

Luis Hernández Tomás Vocal de Atención Farmacéutica

# ESTUDIO GRADO DE CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

# BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

| COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE |              |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 <sup>er</sup> Apellido<br>Nombre  | 2° Apellidos |  |  |  |  |  |  |
| N° de colegiado                     |              |  |  |  |  |  |  |
| Domicilio (de la oficina d          | de farmacia) |  |  |  |  |  |  |
| Calle/Avenida/Plaza                 |              |  |  |  |  |  |  |
| N° Piso                             | Puerta.      | ······································ |  |  |  |  |  |
| Localidad                           | Provincia    | Código Postal                          |  |  |  |  |  |

Fecha y Firma:

A los efectos de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se le informa sobre el tratamiento de datos personales recabados a través del presente formulario, con el fin de que Vd. pueda ejercitar los derechos que le corresponden. Queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y al Colegio Oficial de Farmacéuticos donde Vd. se encuentra colegiado a mantener y tratar en los respectivos ficheros de su responsabilidad, los datos de su persona con la finalidad de facilitar la gestión académica de la presente Campaña que corresponde a la Acción del Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica y remitirle información relativa a la misma. Los datos solicitados son de carácter facultativo, si bien su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en dichos ficheros y la imposibilidad de tratar los datos para las finalidades descritas y, por tanto, la imposibilidad de prestarle el referido servicio. Se le informa de que el consentimiento otorgado es revocable, y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación, en los términos previstos por la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a la sede de su Colegio Oficial de Farmacéuticos y/o del Consejo General (c/. Villanueva 11, 28001-Madrid). Su Colegio Oficial de Farmacéuticos y el Consejo General se comprometen a la utilización de los datos incluidos en sus ficheros respectivos, de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad.

# XVII. Referencias bibliográficas

- 1. Anónimo. La píldora: una historia redonda. Madrid: Mujeres de empresa. c 2007. Disponible en: www.mujeresdeempresa.com. (Acceso 11/11/2008).
- 2. Anónimo. La historia de la píldora. Buenos Aires: La Sociedad Schering- Argentina. c 2006; Disponible <a href="https://www.schering.com.ar">www.schering.com.ar</a>. (Acceso 11-11-2008).
- 3. Sanchéz Borrego R. La revolución anticonceptiva está en marcha. Revista iberoamerica de fertilidad. VI Congreso SEC (Sociedad Española de Contracepción). Marzo 2002.
- 4. David PS., Boatwright EA., Tozer BS., Verma DP., Blair JE. Hormonal contraception update. Mayo Clin Proc 2006. Jul; 81(7):949-54.
- 5. Grupo Daphne. Use of Contraceptive Methods in Spain: Results of a national survey, 1999. [Disponible en equipodaphne.es].
- 6. Grupo Daphne. El cumplimiento en anticonceptivo hormonal en España-2002. Disponible en: <a href="https://www.equipodaphne.es">www.equipodaphne.es</a>. (Acceso 11/11/2008).
- 7. Sanchez Borrego R., Martínez Pérez O. Guía Práctica en Anticoncepción Oral basada en la evidencia clínica. Ed Emisa. Madrid 2003. Pág: 19-29; 263-273.
- 8. I. Bonacho Paniagua. Guía sobre anticoncepción. Fisterra. c. 2008 Disponible en: www.fisterra.es.
- Archer DF. New contraceptive options (Contraception for the 21th century). Clinical Obstretics and Gynecology: vol 44 (1) mar 2001, pág 122-126. Disponible en: <a href="http://www.clinicalobgyn.com/pt/re/clnobgyn/fulltext.00003081-200103000-00016.htm;jsessionid=JGqBHQ0CJ3xnnpGJPzBvrXdg2yw5sc2VTnYvvMyTyP0Xpj4BqgX1!-1891305337!181195628!8091!-</a>
  - <u>1?index=1&database=ppvovft&results=1&count=10&searchid=2&nav=search</u> (acceso 5/11/2008)
- Sitruk-Ware R. Contraception: an international perspective. Contraception 73(2006); pág. 215-222.
   Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16982240">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16982240</a>
   (acceso 5/11/2008)
- 11. Anónimo. Guía de métodos anticonceptivos. Disponible en: <a href="http://www.sec.es/informacion/guia">http://www.sec.es/informacion/guia</a> anticonceptivos/index.php#pildora (acceso 21/11/2008)
- 12. Rodés J., Xavier C., Trilla A. Manual de terapéutica Médica. 2002. Ed. Masson, Barcelona; Pág. 793-806.
- 13. García Delgado P., Martínez Martínez F., Pintor Mármol A., Caelles Franch N., Ibañez Fernández J. Anticonceptivos hormonales. Guía de utilización de medicamentos. Universidad de Granada. 2007. Pág: 53-69.
- 14. Anónimo. Monografía de anticonceptivos Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. Zaragoza, 2008, pág 51-57
- 15. Anónimo. Manual Merck-información medica para el hogar. Ed. Oceano. Barcelona 2003; pág. 1687-92
- 16. BI Homeier. La píldora anticonceptiva. Disponible en: <a href="http://kidshealth.org/teen/en espanol/sexual/contraception birth esp.html">http://kidshealth.org/teen/en espanol/sexual/contraception birth esp.html</a>
- 17. Anónimo. Sistema transdérmico de Norelgestromina y etinil estradiol. Disponible en: <a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/medmaster/a602006-es.html">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/medmaster/a602006-es.html</a>

- 18. Braunwald E., Fauci AS., Kasper DL., Hauser SL., Longo DL., Janeson JL. Harrison. Conceptos básicos en la práctica clínica. 2005. Ed. Mc Graw Hill, Madrid; Pág: 356-362.
- 19. Escuela andaluza de salud pública. Contracepción postcoital con levonorgestrel solo. Bol Ter Andal 2001; 17(4): 15-16
- 20. Anónimo. Anillo vaginal de etonorgestrel y etinil estradiol. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/medmaster/a604032-es.html
- 21. Prospecto de Depo-Porgevera®- Agemed. Disponible en: <a href="https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=46983&formulario=PRO">https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=46983&formulario=PRO</a>
- 22. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, PAtel D, Bajos N. Sexual behaviour in context. A global perspective. The Lancet.2006; 368:1076-1728. Disponible en: <a href="http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606694798/abstract?\_eventId=login\_">http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606694798/abstract?\_eventId=login\_" (acceso 21/10/2008)</a>
- 23. Seiber E., Bertrand JT., Sullivan TM. Changes in Contraceptive Method Mix in Developing Countries Intern Familiy Plann Persectives, vol. 33(3), sept. 2007;pag. 117-23. Disponible en: <a href="http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3311707.html">http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3311707.html</a> (acceso 1/12/2008)
- 24. Bearinger LH, Sieving RE, Gerguson J, Sharma V. Global persepctives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. The Lancet. 2007; 369: 1220-1231. Disponible en: <a href="http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603675/fulltext">http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603675/fulltext</a> (acceso 21/10/2008)
- 25. Cleland J, Mohamed M. Sexual abstinence, contraception, and condom use by young African women: a secondary analysis of survey data. The Lancet, nov 2006, vol 368, issue 9549, pág 1788-93. Disponible en: <a href="http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69738-9/fulltext">http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69738-9/fulltext</a> (acceso 4/11/2008)
- 26. Krings KH, Kristen AM, Allsworth JE, Mathias E, Peipert JF. Contraceptive choice: how do oral contraceptive users differ from condom users and women who use no contraception? American Journal of Obstret and Gynecol, vol 198(5), may 2008. pag: 46-47. Disponible en: <a href="http://www.sciencedirect.com/science?">http://www.sciencedirect.com/science?</a> ob=ArticleURL& udi=B6W9P-4S0R6W3-4& user=10& origUdi=B6WH0-491BY8X-
  - 2& fmt=high& coverDate=05%2F31%2F2008& rdoc=1& orig=article& acct=C000050221& versio n=1& urlVersion=0& userid=10&md5=a2fba53336305550a3d47888f225b1c6 (acceso 13/11/2008)
- 27. Anónimo. Encuesta sobre la anticoncepción 2007 equipo Daphne. Disponible en: <a href="http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/Anticoncepcion-231007.pdf">http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/Anticoncepcion-231007.pdf</a> (acceso 17/11/2008)
- 28. Anónimo. Segunda encuesta de la sexualidad y anticoncepción en la juventud española 2005.

  Disponible

  http://www.equipodaphne.es/archivos/encuestas/2 Encuesta%20Schering Spain 2005.pdf

  (acceso 17/11/2008)
- 29. Bradley J, Mursagulova N, Nosa M, Searing H. Supply and demand challenges to modern contraceptive use in Azerbaijan. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2007, jun; 12 (2): 175-183. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17559017?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17559017?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed ResultsPanel.Pubmed DefaultReportPanel.Pubmed RVDocSum</a>

(acceso 1/12/2008)

30. Gakazios G, Tsikouras P, Liberis V,, Koutlaki N, Vlachos G, Teichmann AT, Maroulis G. Attitutes toward contraception in three different populations. Clin Exp Obstet Gynecol 2008; 35(1): 22-6. Disponible en: <a href="http://db2.doyma.es/main\_medline.htm">http://db2.doyma.es/main\_medline.htm</a>

(acceso 11/11/2008)

31. Ghazal-Aswad S, Rizk DE,Al-Khoori SM, Shaheen H, Thomas L. Knowledge ans practice of contraception in United Arab Emirates women. J Fam Plann Reprod Health Care, vol. 27 no.4, pp 212-6 Disponible en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=J%20Fam%20Plann%2 0Reprod%20Health%20Care[Jour]+AND+27[Volume]+AND+212[page]

(acceso 11/11/2008)

32. Ahrendta HJ and collab. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 microg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. Contraception 2006, vol. 74, no.6, pág 451-457. Disponible en: <a href="http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18409881">http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18409881</a>

(acceso 20/10/2008)

33. Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Contraception today. Ann N Y Acad Sci. 2006 dec; 1092:1-32.

Disponible

en:

<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17308130?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\_ResultsPanel.Pubmed\_DiscoveryPanel.Pubmed\_Discovery\_RA&linkpos=5&log\$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed</a>

(acceso 1/12/2008)

34. Archer D. New contraceptive options [Contraception for the 21th century]. Clinical Obstretics and gynecology: vol. 44(1) march 2001, pág. 122-126. Disponible en: <a href="http://www.clinicalobgyn.com/pt/re/clnobgyn/fulltext.00003081-200103000-00016.htm;jsessionid=JGqBHQ0CJ3xnnpGJPzBvrXdg2yw5sc2VTnYvvMyTyP0Xpj4BqgX1!-1891305337!181195628!8091!-</a>

1?index=1&database=ppvovft&results=1&count=10&searchid=2&nav=search

(acceso 4/11/2008)
35. Penney G. Contraception in adolescence and the perimenopause. Medicine, jan 2006, vol 34(1), pag 20-22. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science? ob=ArticleURL& udi=B82YB-

5& user=10& coverDate=01%2F01%2F2006& alid=818005848& rdoc=70& fmt=high& orig=mlkt 
& cdi=33054& sort=v& st=17& docanchor=&view=c& ct=4785& acct=C000050221& version=1 
& urlVersion=0& userid=10&md5=6843698e918870e04bf442de3ab65958

(acceso 11/11/2008)

4KY9MWK-

36. Kubba A., Guillebaud J, Anderson RA, Mac Gregor EA. Contraception. The Lancet 2000; 356:1913-1919. Disponible en:

http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673600032694/fulltext

(acceso 20/10/2008)

- 37. Bertrán Serracanta R., García García J. Grado de conocimiento de las usuarias sobre los anticonceptivos hormonales en farmacia comunitaria. Pharm Care esp 2005; 7(1):4-6
- 38. Ferrer J., Murillo MD., Machuca M. Determinación del conocimiento y correcta utilización sobre anticonceptivos orales en farmacia comunitaria. Seguimiento farmacoterapéutico 2003, 1(3):136-138.

- 39. Penney G., Brechin S., Allerton L., The use of contraception outside the terms of the product. J Fam Plann Reprod Health Care. 2005, jul 31 (3): 225-41. Disponible en: <a href="http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\_id=7488">http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\_id=7488</a>
- 40. Ficha técnica de Diane 35<sup>®</sup>. Disponible en Agemed (Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios). Citado: <a href="http://www.agemed.es">http://www.agemed.es</a>
- 41. Grupo Daphne. Análisis del doble método como prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en la juventud española. 2006. Disponible en: <a href="https://www.equipodaphne.es">www.equipodaphne.es</a>.
- 42. Memmel LM, Miller L., Gardner J. Over the internet availability of hormonal contraceptives regardless of risk factors. Contraception 2006. Apr; 73(4): 372-5. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16531170?dopt=AbstractPlus
- 43. Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Contraception today. Ann NY Acad Sci. 2006, dec.; 1092:1-32
- 44. Bosch FX, de SanJosé S. The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cáncer. Dis Markers 2007; 23(4): 213-27
- 45. Jones RK., Purcell A., Singh S., Finer LB.- Adolescent's reports of parenteral knowledge of adolescents use of sexual health services and their reactions to mandated parenteral notification for prescription contraception. JAMA, Jan.19, 2005; 293: 340-348.
- 46. Blanc AK, Way AA. Sexual behaviour and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. Stud Fam Plann. 1998. Jun; 29(2): 106-16.
- 47. Escuela Andaluza de Salud Pública. Contracepción en la adolescencia. Boletín Terapéutico Andaluz. CADIME 2005; 21 (2).
- 48. Grupo Daphne. Análisis del doble método como prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en la juventud española. 2006. Disponible en: <a href="https://www.equipodaphne.es">www.equipodaphne.es</a>.
- 49. Grupo de trabajo sobre la salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad española de contracepción. Manual de anticoncepción hormonal oral: encuesta sobre uso de anticonceptivos. Disponible en: www.medicinainformación.com.
- 50. Berer R. Abortos sin riesgo: un componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de la salud pública. Disponible en: <a href="http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA 2000 3 116-127 spa.pdf">http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA 2000 3 116-127 spa.pdf</a> (acceso 23/10/2008)
- 51. Hansen T, Skjeldestad FE. Communication about contraception and knowledge of oral contraceptives amongst Norwegian high school students. J Adolesc 2003, aug. vol. 26 (4); pág: 481-93. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=J%20Adolesc[Jour]+AND+26[Volume]+AND+481[page]">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=J%20Adolesc[Jour]+AND+26[Volume]+AND+481[page]</a>
- 52. Miller L., Nielsen C. Internet availability of contraceptives. Obstet Gynecol. 2001, Jan; 97 (1):121-6.
- 53. Tsakiridu DO, Franco Vidal A, Varela Uria JA, López Sanchez C, Junquera LLaneza ML, Cuesta Rodriguez M, BUsto Folgosa M, Fernández Ollero MJ. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. Gac Sanit 2008: 22(1): 40-3. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl\_servlet? f=7064&articuloid=13115109
- 54. Halpern V., Grimes DA., Lopez L., Gallo MF. Estrategias para mejorar el cumplimiento y la aceptabilidad de los métodos hormonales de anticoncepción. Biblioteca Cochrane Plus: revisión sistemática. 2007; 2.

- 55. Lete Lasa I. La anticoncepción: factores que influyen en la eficacia de los métodos anticonceptivos. V congreso SEC (Sociedad Española de Contracepción). Marzo 2002.
- 56. Lee J., Jezewski MA. Attitudes toward oral contraceptives use among women of reproductive age: a systematic review. ANS Adv Nurs. Sci. 2007. Jan-Mar; 30(1): 85-103.
- 57. Jones KP. Oral contraception: current use and attitudes. Contraception 1999. Jan; 59 (1 suppl): 17-20.
- Sanchez del Moral R., Herrera Carranza J. Conocimiento de los medicamentos anticonceptivos en una población universitaria. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(3):130-134
- 59. Proce SJ, Barrett G, Smith C, Paterson C. Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London. Public Health, 1997, nov: vol 111 (6), pág. 377-82. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=Public%20Health[Jour]+AND+111[Volume]+AND+377[page]">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=Public%20Health[Jour]+AND+111[Volume]+AND+377[page]</a> (acceso 11/11/2008)
- 60. Lim Hj, Lee MS, Cho Yh, Kazumi U. A comparative study of knowledge about and attitudes toward the combined oral contraceptives among Korean and Japanese university students. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2004 oct; 13 (10):741-7. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15386726?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed ResultsPanel.Pubmed DefaultReportPanel.Pubmed RVDocSum">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15386726?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed ResultsPanel.Pubmed DefaultReportPanel.Pubmed RVDocSum (acceso 27/10/2008)</a>
- 61. Frost JJ, Darroch JE. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. Perspect Sex Reprod Health 2008 Jun: 40(2): 94-104. Disponible en:
  <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18577142?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18577142?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed</a> ResultsPanel.Pubmed DefaultReportPanel.Pubmed RVDocSum
- 62. Anónimo. La mayoria de las españolas sólo conocen tres anticonceptivos de los existentes. Estudio Organon. Disponible en: <a href="https://www.redaccionmedica.com/~redaccion/anticonceptivos estudio organon.doc">www.redaccionmedica.com/~redaccion/anticonceptivos estudio organon.doc</a> (acceso 6/11/2008)

(acceso 17/11/2008)

- 63. Dimitriu A, García-Jiménez E. Grado de conocimiento sobre el uso de los anticonceptivos hormonales en una farmacia de Zaragoza (España). Ars Pharmaceutica, 2009, vol 50. suplemento
- 64. Bargen R, Owens C. Revisiting pharmacists`refusals to dispense emergency contraception. Obstet Gynecol 2006; 108: 1277-1282. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077256?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed ResultsPanel.Pubmed DefaultReportPanel.Pubmed RVDocSum">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077256?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed ResultsPanel.Pubmed DefaultReportPanel.Pubmed RVDocSum (acceso 26/11/2008)</a>
- 65. Brown JW, Boulton ML. Dispensation of emergency contraceptive pills in Michigan Title X Clinics. Am J Public Health, 1998, sep 88(9): 1380-83. Disponible en: <a href="http://www.ajph.org/cgi/reprint/88/9/1380">http://www.ajph.org/cgi/reprint/88/9/1380</a> (acceso 26/11/2008)
- 66. Sutkin G, Grant B, Irons B, Borders T. Opinions or West Texas pharmacists about emergency contraception. Pharmacy Practice 2006; vol 4(4): pág 151-155. Disponible en: <a href="http://www.pharmacypractice.org/vol04/pdf/151-155-en.pdf">http://www.pharmacypractice.org/vol04/pdf/151-155-en.pdf</a> (acceso 26/11/2008)

- 67. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. BMJ 1998 jun; 316: 1948-1952. Disponible en: <a href="http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7149/1948">http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7149/1948</a> (acceso 14/11/2008)
- 68. Oddens BJ, Visser A, Vemer H, Everaerd a. Contraceptive use and attitudes in Great Britain. Contraception, 1994 jan; vol 49 (1); pág. 73-86. Disponible en: <a href="http://www.sciencedirect.com/science?">http://www.sciencedirect.com/science?</a> ob=ArticleURL& udi=B6T5P-4BXY3GH-CP& user=10& origUdi=B6W9P-4S0R6W3-4& fmt=high& coverDate=01%2F31%2F1994& rdoc=1& orig=article& acct=C000050221& version=1& urlVersion=0& userid=10&md5=7dad4c637c7306a2228578147156ffa5 (acceso 14/11/2008)
- 69. Ingerslev Svare E, Kruger Kjaer S, Poll P. Determinants for contraceptive use in young, single, Danish women from the general population. Contraception, 1997, may; vol 55(5), pág: 287-294. Disponible en: <a href="http://www.sciencedirect.com/science?">http://www.sciencedirect.com/science?</a> ob=ArticleURL& udi=B6T5P-3RJXR9C-H& user=10& coverDate=05%2F31%2F1997& alid=818005848& rdoc=10& fmt=high& orig=mlkt& cdi=5008& sort=v& st=17& docanchor=&view=c& ct=4785& acct=C00005022 1& version=1& urlVersion=0& userid=10&md5=4b873781f4f85931a3480ca338c66790 (acceso 14/11/2008)
- 70. Villanueva LA, Campos R, Del Milagro Pérez-Fajardo M. Contraception knowlegde and practices in pregnant adolescents. Ginecol Obstet Mex. 2001, jun, vol. 69; pág 239-42. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=Ginecol%20Obstet%20Mex[Jour]+AND+69[Volume]+AND+239[page]">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=Ginecol%20Obstet%20Mex[Jour]+AND+69[Volume]+AND+239[page]</a> (acceso 14/11/2008)
- 71. Sundby J, Svanemyr J, Maehre T. Avoiding unwanted pregnancy- the role of communication, information and knowledge in the use of contraceptive among woung Norwegian women. Patient Educ Couns, 1999, sep; vol 38(1), pág 11-9. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=Patient%20Educ%20Couns[Jour]+AND+38[Volume]+AND+11[page]">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=Search&term=Patient%20Educ%20Couns[Jour]+AND+38[Volume]+AND+11[page]</a>
- 72. Lopez LM, Steiner MJ, Grimes DA, Schulz KF. Estrategias para mejorar la efectividad anticonceptiva. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 (4). Disponible en: <a href="http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD006964.pdf">http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD006964.pdf</a> (acceso 27/11/2008)
- 73. Anónimo. Executive summary and overview. Documento WHO. Disponible en: <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/2 exec summary.pdf">http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/2 exec summary.pdf</a> (acceso 14/11/2008)
- 74. Anónimo. Une selection de recommandations practiques relatives a l'utilization de methodes contraceptives. Deuxieme edition.documento WHO. Disponible en: <a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924256284X.pdf">http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924256284X.pdf</a> (acceso 14/11/2008)
- 75. Norell SE, Boethius G, Persson I. oral contraceptive use: interview data versus pharmacy records.Int J Epidemiol. 1998, dec: 27 (6): pág: 1033-7. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10024199?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed ResultsPanel.Pubmed DefaultReportPanel.Pubmed RVDocSum">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10024199?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed ResultsPanel.Pubmed DefaultReportPanel.Pubmed RVDocSum (acceso 23/11/2008)</a>

- 76. Grupo Daphne. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales locales. 2006. Disponible en: <a href="https://www.equipodaphne.es">www.equipodaphne.es</a>.
- 77. Savabi Esfachany M., Fadaei S., Yousefi A. Use of combined oral contraceptives: retrosective study in Isfahan, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J, 2006. May-Jul; 12 (3-4): 417-22.
- 78. Boardman LA., Weitzen S., Lapane KL. Context of care and contraception method use. Women's Health Issues. 2004. May-Apr; 14 (2):51-9.
- 79. García L, Fernández F. Actividad clínica del farmacéutico comunitario sobre pacientes en régimen ambulatorio-Uso de anticonceptivos hormonales orales en Zaragoza. Posters. Seguimiento Farmacoter. 2004; 2 (supl. 1); pág: 24-48
- 80. Oddens BJ. Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. Contraception. 1999. May; 59 (5): 277-86.
- 81. García Delgado P. Dispensación farmacéutica. Documento docente. Máster en atención farmacéutica. Universidad de Granada, 2007.
- 82. Faus DAder MJ, Muñoz PA, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica. Conceptos, procesos y casos prácticos. Grupo de Investigación en AF. Universidad de Granada. 2008. pág.43-63; 163-191
- 83. Anónimo. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. 2008, pág. 39-43
- 84. Barranco-Navarro J. Comunicación y habilidades sociales. Documento docente. Universidad de Granada. EASP, 2007.
- 85. Quesada Jiménez F, Revilla López M, García Jiménez E. Curso de comunicación con el paciente en la farmacia.abril 2007, módulo 1.
- 86. A. Mosquera Barrero, P. Barral Ríos, X. Anxo Vidal Pan. Anticonceptivos hormonalesinformación para las usuarias de anticonceptivos hormonales: Disponible en Fisterra: http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/AH.asp
- 87. Sociedad Española de Contracepción. Libro blanco de la anticoncepción en España. Disponible en: www.sec.es
- 88. Heinemann LA., Thiel C., Assmann A, Mohner S. Frequency and reasons for switching/stopping use of oral contraceptives. Results of the German Cohort Study on Women Health. Zentralbl Gynacol 2001. Oct; 123 (10): 568-77.
- 89. Altimiras J., Bautista J., Puigventos F. Farmacoepidemiología y estudios de utilización de medicamentos. Disponible en: <a href="https://www.sefh.es">www.sefh.es</a>.