

Preferencias de las usuarias colombianas en cuanto al uso de anticonceptivos orales. Estudio descriptivo

Colombian users' preferences regarding the use of oral contraceptives. A descriptive study

Angela María Ruiz Sternberg¹, Ezequiel F. Pérez Campos², Camilo Mojica Rivadeneira³, Iñaki Lete Lasa⁴

¹M.D, MSc. Ginecología y Obstetricia, Epidemiología. Universidad del Rosario- Grupo de Investigación Clínica- Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá- Colombia, ²MD. Ginecología y Obstetricia. Máster en Reproducción, Hospital General de Requena . Servicio de Ginecología y Obstetricia, Requena (Valencia). España ³MD, MSc. Ginecología y Obstetricia, Diplomado Endocrinología Reproductiva. Clínica Universitaria Colombia, Departamento de Obstetricia y Ginecología . Bogotá-Colombia, ⁴MD. Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Araba. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Vitoria (Álava). España

RESUMEN

Los anticonceptivos orales combinados han evolucionado aceleradamente durante las últimas décadas reduciendo los efectos adversos sin afectar la eficacia y ajustándose a las preferencias de las mujeres. Es importante conocer las percepciones y expectativas de las usuarias para mejorar la adherencia y disminuir los fallos de la anticoncepción. Para tal fin se realizó un estudio encuestal con una muestra de 389 usuarias entre los 18 y 45 años de edad en las 4 ciudades principales de Colombia, evaluando además de las variables sociodemográficas el conocimiento y las preferencias de las usuarias relacionadas con los beneficios adicionales de esta terapia anticonceptiva. La muestra estuvo integrada en su mayoría por mujeres pertenecientes a los estratos socio-económicos medio (62,7%) y alto (37,3%). El 40,9% de las participantes se encontraban en el grupo de 18 a 25 años, 43,0% en el de 26 a 35 años y

Aceptado: 27/3/12
Correspondencia: Ezequiel F. Pérez Campos
Teléfono: +34 639 128 909
Correo electrónico: perez_eze@gva.es

Patrocinador:
Grünenthal Colombiana S.A
Bogotá, Colombia.
El Laboratorio Grünenthal Colombiana S.A. patrocinó la realización de la encuesta, que ha servido de base del presente artículo, y aportó asesoría médica y estadística de su personal para el desarrollo del mismo

16,1% en el de 36 a 45 años. 58,4% de las participantes refirieron conocer al menos un beneficio adicional de los anticonceptivos orales y cuando se les pidió que ordenaran por importancia cinco atributos propuestos por el encuestador como potenciales efectos beneficiosos, se obtuvo para todos los grupos de edad el siguiente orden: 1) que no afecte el peso corporal (35,2%), 2) disminución de la dismenorrea (26,6%), 3) mejorar la calidad de la piel (20,1%), 4) disminución en duración y volumen del sangrado menstrual (13,3%) y 5) reducir las fluctuaciones del estado anímico (5%). Una asesoría anticonceptiva individualizada y completa, donde se evalúen el conocimiento previo de los potenciales efectos beneficiosos de los anticonceptivos orales, las expectativas y preferencias de usuarias contribuirán a disminuir las tasas de embarazos no planificados relacionados con el uso incorrecto o con la suspensión de la terapia. Palabras clave: Anticoncepción, Comportamientos en Anticonceptivos orales combinados, Efectos adversos, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2013; 30; 30-40 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana

Palabras clave: *anticoncepción, comportamientos en anticoncepción, anticonceptivos orales combinados, efectos adversos, conocimientos, actitudes y prácticas en salud*

SUMMARY

Combined oral contraceptives have evolved rapidly in recent decades to reduce side effects without affecting the efficacy and according to the preferences of women. It is important to understand the perceptions and expectations of users to improve adherence and reduce the failure of contraception. To this end we conducted a survey-based study within a sample of 389 users aged 18 and 45 years of age in 4 major cities of Colombia, to assess sociodemographic variables in addition to knowledge and preferences of users related to the additional benefits of this contraceptive therapy. The sample consisted mostly of women belonging to middle (62.7%) and high (37.3%) socioeconomic groups. 40.9% of participants were in the group of 18 to 25 years, 43.0% in the group of 26 to 35 years and 16.1% in the group of 36 to 45 years. 58.4% of participants reported knowing at least one additional benefit of oral contraceptives, and when they were asked to rank by importance five attributes proposed by the interviewer as potential beneficial effects was obtained for all age groups the following order: 1) that it does not affect body weight (35.2%), 2) reduction of dysmenorrhea (26.6%), 3) improve the quality of the skin (20.1%), 4) decrease in duration and volume of menstrual bleeding (13.3%) and 5) reduce mood fluctuations (5%). An individualized and comprehensive contraceptive counseling, which assesses the prior knowledge of the potential beneficial effects of oral contraceptives, expectations and preferences of users will contribute to reducing unplanned pregnancy rates associated with incorrect use or with early discontinuation of therapy.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2013; 30; 30-40 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana

Key words: *Anticoncepción, Comportamientos en anticoncepción, Anticonceptivos orales combinados, Efectos adversos, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.*

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 50% de los embarazos que ocurren anualmente en los Estados Unidos son no planeados y un alto porcentaje de ellos se relaciona con uso incorrecto o inconsistente de los diferentes métodos anticonceptivos. (1) El uso comunicado de métodos modernos de anticoncepción en el mundo, en los últimos 5 años, fluctúa entre 4% y 84% (Sierra Leona y Reino Unido respectivamente). En Colombia este porcentaje es de 67,6% para 2005 (Unstats- Indicadores del Milenio). Más específicamente entre el 9,7% y el 13,8% de las mujeres sexualmente activas entre 15 y

49 años de edad utilizan anticonceptivos orales en la población colombiana. (2)

Los anticonceptivos orales son un método muy efectivo para el control de la natalidad y en general tienen un buen perfil de seguridad y tolerabilidad (1) Se calcula que alrededor de cien millones de mujeres usan anticonceptivos combinados orales (ACO) en el mundo. (3) Desde la aparición de la primera píldora anticonceptiva, Enovid® (Mestranol 150 ug y Noretindrona 9.58 mg) en 1960, los avances en el conocimiento de los mecanismos hormonales, han generado un desarrollo acelerado de la anticoncepción hormo-

nal hasta llegar a las preparaciones actuales. Esta evolución ha sido motivada por la preocupación frente a la aparición de eventos adversos asociados a su uso, por la necesidad de disminuir los síntomas colaterales sin afectar la efectividad y por el deseo de ajustarse a las necesidades y preferencias de las mujeres. Las modificaciones más importantes se han relacionado con la disminución de las dosis de estrógenos (desde 150mcg/día hasta 15mcg./día), la introducción de nuevos gestágenos, con actividad cada vez más selectiva por los receptores de progesterona, las modificaciones de los esquemas de administración (monofásicas, bifásicas o multifásicas), la variación en el número de píldoras activas por ciclo (21, 24 o 26) y la aparición más reciente de regímenes continuos o extendidos (42 y 63 días) y de vías alternas de administración (transdérmica, transvaginal e intramuscular) (3, 4).

A pesar del uso generalizado de anticonceptivos combinados orales en el mundo, existen percepciones equivocadas y desconocimiento sobre las ventajas y riesgos asociados con su uso y un importante número de mujeres suspende el método por la presentación de efectos colaterales (1, 5–8).

Existen pocos estudios relacionados con las preferencias de las mujeres en relación con los efectos beneficiosos adicionales de los anticonceptivos orales. Es necesario conocer las percepciones y expectativas de las mujeres, relacionadas con su uso, para mejorar la adherencia a estos métodos y disminuir los índices de discontinuación y fallos de la anticoncepción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 400 mujeres entre 18 y 45 años usuarias de anticonceptivos hormonales orales combinados (ACO), captadas en las salas de espera de consultorios de ginecólogos seleccionados aleatoriamente a partir de listados registrados en cada una de 4 ciudades colombianas que concentran la mayor cantidad de población (Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla). Se consideró un error de muestreo del 4,27 % y una confiabilidad del 95% en las características de esta muestra.

Las mujeres elegibles para participar en esta encuesta y que aceptaron participar, contestaron un cuestionario diseñado para definir las características demográficas de las participantes, el tiempo de uso de anticonceptivos, quien se los recomendó, el conocimiento de los beneficios adicionales y las preferencias de las usuarias relacionadas con estos beneficios concedidos por los anticonceptivos.

En relación con estos últimos se tuvieron en cuenta durante la encuesta los siguientes: disminución de dismenorrea, no

modificación del peso corporal, disminución de acné, disminución en días y volumen de sangrado menstrual y disminución de las variaciones del estado anímico relacionadas con el ciclo menstrual. Para evaluar el grado de importancia conferida por las pacientes a cada una de estas características se utilizó un escala de 1 a 5 donde 5 era muy importante y 1 nada importante.

En el análisis estadístico se realizaron distribuciones de frecuencia simple para apreciar la distribución de las variables, especialmente aquellas cualitativas para las cuales se informan porcentajes. Se evaluó la relación entre quien prescribió el método y la importancia dada por los pacientes a los atributos adicionales de los anticonceptivos, con los grupos etarios, mediante la prueba de asociación de razón de verosimilitud exacta. Adicionalmente, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, para evaluar la diferencia de las medianas de las escalas de importancia conferidas por las pacientes a los beneficios adicionales asociados al uso de anticonceptivos (disminución de dismenorrea, no modificación del peso corporal, disminución de acné, disminución en días y volumen de sangrado menstrual y disminución de las variaciones del estado anímico relacionadas con el ciclo menstrual) con los grupos etarios, estrato socioeconómico, ciudad y tiempo de uso de los anticonceptivos. Se consideró significancia estadística con un valor de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

En total se evaluaron 389 mujeres, entre 18 y 45 años y usuarias de anticonceptivos hormonales orales combinados del total de la muestra estimada (tasa de rechazo 2,7%). 35% de ellas residían en Bogotá, 20,6% en Cali, 22,4% en Medellín y 22,1% en Barranquilla. 40,9% de las mujeres se encontraban en el grupo de 18 a 25 años, 43,0% en el de 26 a 35 años y 16,1% en el de 36 a 45 años. La muestra estuvo integrada en su mayoría por mujeres pertenecientes al estrato socio-económico 4 (62,7%) y en menor proporción por mujeres de los estratos 5 y 6, (26,4% y 10,9% respectivamente). Dichos estratos en Colombia se clasifican en orden creciente de potencial económico del 1 al 6 (Tabla 1).

La distribución de acuerdo a ciudad y grupo etario se encuentra en la Tabla 2. La mayoría de las mujeres mayores de 26 años de la muestra, provenían de Bogotá, ciudad que porcentualmente está menos representada en la muestra de mujeres entre 18 a 25 años, resultado debido al azar.

De acuerdo con lo referido por las pacientes, la selección del método anticonceptivo actual estuvo relacionada con la recomendación de un médico en 90,8 % de las mujeres encuestadas, en un 6,5% con el consejo de un amigo (a) y en

TABLA 1

Características demográficas de la población encuestada

		Frecuencia	Porcentaje (%)
Ciudad	Bogotá	136	35,0
	Cali	80	20,6
	Medellín	87	22,4
	Barranquilla	86	22,1
	Total	389	100,0
Edad	18 a 25 años	157	40,9
	26 a 35 años	165	43,0
	36 a 45 años	62	16,1
	Total	384	100,0
Estrato Socioeconómico (ESE9)	ESE 4	244	62,7
	ESE 5	103	26,4
	ESE 6	42	10,9
	Total	389	100,0

TABLA 2

Distribución de la población de acuerdo a ciudad y grupo etario

Edad	Bogotá (%)	Cali (%)	Medellín (%)	Barranquilla (%)
18 a 25 años	19,8	26,7	26,1	27,4
36 a 45 años	43,5	11,3	25,8	19,3
Total	35,2	20,8	22,7	21,3

el 2,7% restante con recomendaciones del dependiente de la farmacia, publicidad u otros medios. Cuando se estratificó de acuerdo a la edad, se encontraron diferencias significativas dadas fundamentalmente por un mayor porcentaje de recomendación médica en el grupo de menor edad y por el hecho de que en el grupo de 26 a 35 años la recomendación dada por amigos(as) subió al 1%. (P=0.010).

En relación con el tiempo de uso del anticonceptivo 23,1% de las pacientes llevaban menos de 6 meses de uso, 37,8% entre 6 y 24 meses y 39,1% más de 24 meses.

Cuando se indagó sobre el conocimiento que tenían las pacientes sobre efectos beneficiosos relacionados con el uso del anticonceptivo, 30,3% refirieron no conocer ninguno, 11,3% consideraban que los ACO no tenían ningún beneficio adicional, y 58,4% refirieron conocer al menos uno. De las pacientes que mencionaron conocer beneficios adicionales, los más frecuentemente mencionados fueron los relacionados con piel y con la regulación del ciclo menstrual.

Cuando se pidió a las mujeres encuestadas que ordenaran por importancia los cinco atributos presentados en la encuesta como potenciales efectos beneficiosos de los anticonceptivos orales, se encontró que el más importante era que el ACO no afectara el peso corporal (35,2%), en segundo lugar, que ayudara a disminuir la dismenorrea (26,6%), en tercero, que ayudara a mejorar la calidad de la piel (20,1%), en cuarto lugar, que disminuyera en días y volumen el sangrado menstrual (13,3%) y, por quinto y último, que ayudara a reducir las variaciones del estado anímico (5%). Esta calificación se conserva en los 3 grupos de edad estudiados. Sin embargo, aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, se observa que las variables relacionadas con disminución de dismenorrea y disminución de las variaciones del estado anímico ganan importancia en el grupo de mujeres entre 36 y 45 años y las variables relacionadas con mejoría en la calidad de la piel y disminución de sangrado menstrual, en el de mujeres entre 18 y 25 años (P=0,073) (Tabla 3).

TABLA 3
Aspecto más importante de un anticonceptivo oral

Edad	Disminución de dismenorrea %	No alteración de peso %	Disminución de acné %	Disminución de días y volumen de sangrado menstrual %	Disminución de variaciones de estado anímico %	Total %
18 a 25 años	22,3	29,9	26,1	17,2	4,5	100
25 a 35 años	27,9	40	17	10,9	4,2	100
36 a 45 años	33,9	35,5	12,9	9,7	8,1	100
Total	26,6	35,2	20,1	13,3	4,9	100

Para efectos de valorar la importancia de la calificación dada por las pacientes de manera individual a cada uno de los 5 atributos escogidos, la escala de evaluación inicial se dividió en 3 grupos o categorías: poca importancia de 1 a 2,9; importancia media cuando calificaban como 3 e importancia alta de 3,1 a 5.

Como de importancia alta fueron calificados por las pacientes, la disminución de la dismenorrea en un 83,5%, la no alteración del peso corporal en 93,04%, la mejoría en la calidad de la piel y el acné en 90,72%, la disminución de días y volumen de sangrado en 81,19% y la disminución en las variaciones del estado anímico en 86,5%.

Cuando se evaluó la calificación dada a cada uno de los atributos de acuerdo a ciudad, edad, estrato socio-económico y tiempo de uso de un ACO, se encontraron diferencias en las medias de las escalas de medición por ciudad y por tiempo de uso. No se observaron diferencias por edad o por nivel socio económico. Bogotá y Medellín mostraron una tendencia similar y en estas ciudades las mujeres dieron una mayor importancia a la disminución de dismenorrea ($p=0,001$, KW), a la no alteración del peso corporal ($p=0,000$, KW) y a la disminución de las variaciones del estado anímico ($p=0,032$, KW) en Cali, las mujeres dieron mayor importancia a la disminución de días y volumen de sangrado. ($p=0,041$, KW). En general las mujeres que llevan más de 24 meses usando ACO dieron mayor importancia a todos los atributos y esta diferencia fue significativa para todos los atributos presentados a excepción de la importancia dada a la disminución en las variaciones del estado anímico. (Tablas 4 a 8).

DISCUSIÓN

A pesar de los avances que se han dado en el desarrollo de nuevas moléculas anticonceptivas, con el propósito de au-

mentar cada día más sus niveles de eficacia, seguridad y de disminuir la aparición de signos y síntomas molestos para las usuarias, se encuentra una tasa importante de abandono y de cambio de un producto a otro. De acuerdo con los datos aportados por Hopper y cols., en un estudio de corte transversal a partir de una encuesta en línea, auto aplicada, en la que incluyeron 5.120 mujeres en 9 países, los porcentajes de discontinuación de los anticonceptivos hormonales orales en el último año fluctuaron entre 22 y 79%. Igualmente, estos autores, encontraron que entre 30 a 35% de las mujeres encuestadas habían cambiado de método debido a efectos secundarios (1).

Estos datos son especialmente relevantes si se tiene en cuenta que el 20% de los embarazos no planeados en USA anualmente se relacionan con la discontinuación del uso de ACO debido a efectos secundarios (9).

Frente a la poca adherencia encontrada en el uso de anticonceptivos combinados orales a corto y largo plazo, se ha considerado que las percepciones de las mujeres, especialmente las relacionadas con riesgo para su salud o efectos secundarios, juegan un papel muy importante (7). En el estudio de Grossman de 2010, basado en una encuesta realizada a mujeres latinas en El Paso (Texas) se encontró que el 30,9% consideraba los ACO como no seguros para su salud y el 19,5% de ellas mencionaron la aparición de efectos secundarios como la razón para que los ACO fueran no seguros (10).

Los efectos secundarios cosméticos, relacionados con la actividad androgénica, son causas importantes de discontinuación. Se mencionan especialmente acné, hirsutismo, ganancia de peso y alopecia (5–8). Gómez y cols., en un estudio cualitativo, con grupos focales, encontraron que, en general, las mujeres perciben que todos los métodos hormonales se asocian con efectos secundarios desagradables. Se identificó en este estudio una clara preocupación por la

TABLA 4

Calificación de la importancia de la disminución de dismenorrea como efecto beneficioso asociado al uso de ACO según ciudad, edad, estrato socio-económico y tiempo de uso

Ciudad	N	Rango promedio	promedio	p (KW)
Bogotá	136	215,42	4,50	
Cali	79	176,18	4,11	
Medellín	87	205,52	4,39	0,001
Barranquilla	86	167,10	4,25	
Total	388			
Edad				
18 a 25 Años	156	191,62	4,34	
26 a 35 años	165	198,56	4,43	
36 a 45 años	62	175,50	4,10	0,279
Total	383			
Nivel Socio-Económico				
ESE 4	243	187,52	4,26	
ESE 5	103	203,47	4,44	
ESE 6	42	212,90	4,55	0,170
Total	388			
Tiempo en meses que toma el ACO				
Usuaría Nueva (-6 Meses)	90	184,49	4,31	
Usuaría Mediana (6-24 Meses)	146	181,40	4,26	0,012
Usuaría Experta (+24 Meses)	152	213,01	4,44	
Total	388			

imagen corporal, principalmente por el peso (11). Esto último coincide también con lo descrito por Sihvo y cols. y por Branden y cols., quienes concluyen que la ganancia de peso, asociada al uso de ACO, es la razón más importante para discontinuar su uso (8,12). Otros estudios como el estudio CHIC (Contraceptive History, Initiation, and Choice), han encontrado que la presentación de náuseas, cefalea, sangrado irregular y variaciones en el estado anímico son razones igualmente importantes (5).

En el estudio de cohorte de base poblacional de Moreau en donde se siguieron 2.863 mujeres usuarias de ACO por 5 años los efectos secundarios más frecuentemente comunicados fueron aumento de peso en 25,2%, dismenorrea en

20,7%, edema de pies en 20,9% y aumento del volumen de sangrado en 15,6% (4).

Es interesante anotar lo puntualizado por Grimes en el sentido que a pesar de la gran cantidad de artículos sobre ACO publicados, cerca de 44.000 en los últimos 50 años, en donde se mencionan efectos secundarios asociados a su uso, solo pocos han sido ensayos clínicos controlados. De acuerdo con su revisión no existe evidencia que soporte el aumento de efectos secundarios inespecíficos asociados al uso de ACO cuando se compara con placebo. Según este autor los efectos descritos pueden estar relacionados con la prevalencia basal de los mismos en la población o con un efecto nocebo (13).

TABLA 5

Calificación de la importancia de la no alteración del peso corporal como efecto beneficioso asociado al uso de ACO según ciudad, edad, estrato socio-económico y tiempo de uso

Ciudad	N	Rango promedio	promedio	p (KW)
Bogotá	136	218,31	4,80	
Cali	79	165,41	4,32	
Medellín	87	202,33	4,62	0,000
Barranquilla	86	175,65	4,54	
Total	388			
Edad				
18 a 25 Años	156	190,85	4,61	
26 a 35 años	165	198,16	4,65	0,305
36 a 45 años	62	178,51	4,48	
Total	383			
Nivel Socio-Económico				
ESE 4	243	189,69	4,58	
ESE 5	103	207,67	4,70	
ESE 6	42	190,04	4,54	0,204
Total	388			
Tiempo en meses que toma el AO				
Usuaría nueva (-de 6 Meses)	90	192,54	4,58	
Usuaría mediana (6-24 Meses)	146	180,90	4,59	0,023
Usuaría experta (+24 Meses)	152	208,72	4,63	
Total	388			

Diferentes estudios han demostrado que las mujeres, en general, están más enteradas de los riesgos que de los efectos beneficiosos sobre la salud, asociados al uso de anticonceptivos combinados orales (6, 8). En general existe desconocimiento sobre los potenciales efectos beneficiosos de los ACO, a pesar de que hay evidencia concluyente de su asociación con la disminución de cáncer de ovario, endometrio, colon, enfermedad benigna de mama, así como de su utilidad en el manejo de dismenorrea, acné, hirsutismo y sangrado genital abundante, entre otras (3).

Según Hooper, el porcentaje de mujeres que se considera bien informada sobre anticoncepción fluctúa entre 30% y

74% y el 35% refiere haber comentado con el médico la posibilidad de efectos secundarios (1). Esto concuerda con lo encontrado en el presente estudio donde se evidenció un alto porcentaje de mujeres que no consideraban que los ACO tuvieran algún beneficio adicional para la salud o que refirieron no conocer ninguno.

Existe información limitada sobre los factores que determinan la elección de las mujeres en relación con el uso de anticonceptivos orales. A pesar que en primera instancia los factores fundamentales tenidos en cuenta por las mujeres para la elección de un método anticonceptivo tienen que ver con la eficacia, ausencia de efectos secundarios, convenien-

TABLA 6

Calificación de la importancia de la mejoría del acné como efecto beneficioso asociado al uso de ACO según ciudad, edad, estrato socio-económico y tiempo de uso

Ciudad	N	Rango promedio	promedio	p (KW)
Bogotá	136	196,25	4,55	
Cali	79	186,63	4,42	
Medellín	87	202,71	4,62	
Barranquilla	86	190,66	4,54	0,688
Total	388			
Edad				
18 a 25 Años	156	190,72	4,50	
26 a 35 años	165	194,48	4,59	0,886
36 a 45 años	62	188,60	4,49	
Total	383			
Nivel Socio-Económico				
ESE 4	243	190,38	4,50	
ESE 5	103	203,69	4,64	
ESE 6	42	195,79	4,53	0,466
Total	388			
Tiempo en meses que toma el AO				
Usuaría nueva (- de 6 Meses)	90	201,43	4,52	0,019
Usuaría mediana (6-24 Meses)	146	177,77	4,43	
Usuaría experta (+24 Meses)	152	206,46	4,66	
Total	388			

cia, frecuencia de uso y disminución de las posibilidades de omisión, poco se sabe sobre sus preferencias relacionadas con ventajas adicionales (14,15).

La diversidad y complejidad de las alternativas ha aumentado dramáticamente en los últimos años con implicaciones para los proveedores de salud y para los consumidores. La regularidad del ciclo, la facilidad de uso y la disminución de dismenorrea han sido percibidas como las ventajas más importantes de los ACO en algunos estudios (8, 11, 16, 17). Igualmente, se menciona que un ACO ideal no debe producir cambios en la imagen corporal, en especial no debe au-

mentar el peso, y debe tener efectos positivos sobre la apariencia de la piel (11, 16). Fiebig, quien desarrolló un modelo econométrico en Australia para predecir la respuesta de las mujeres frente a nuevas alternativas anticonceptivas, encontró que las mujeres quieren evitar que empeore el acné y cualquier ganancia de peso y están dispuestas a pagar una suma sustancial para evitar menstruaciones abundantes o irregulares o cualquier grado de dolor (14).

En el estudio actual, la importancia dada por las mujeres encuestadas a los potenciales efectos beneficiosos relacionados con el uso de ACO se relaciona muy bien con lo

TABLA 7

Calificación de la importancia de la disminución de días y volumen de sangrado menstrual como efecto beneficioso, asociado al uso de ACC según ciudad, edad, estrato socio-económico y tiempo de uso

Ciudad	N	Rango promedio	promedio
Bogotá	136	196,03	4,26
Cali	79	218,42	4,45
Medellín	87	192,37	4,24
Barranquilla	86	172,26	3,98
Total	388		
Edad			
18 a 25 Años	156	189,26	4,17
26 a 35 años	165	197,66	4,32
36 a 45 años	62	183,85	4,16
Total	383		
Nivel Socio-Económico			
ESE 4	243	191,73	4,21
ESE 5	103	197,54	4,28
ESE 6	42	203,06	4,26
Total	388		
Tiempo en meses que toma el AO			
Usuaría nueva (-6 de Meses)	90	183,10	4,12
Usuaría mediana (6-24 Meses)	146	176,20	4,08
Usuaría experta (+24 Meses)	152	218,83	4,45
Total	388		

anteriormente descrito. Se da especial prioridad a factores estéticos, especialmente al peso, y a la posibilidad de disminuir la dismenorrea. En segundo lugar, están los atributos relacionados con el control del ciclo menstrual, encontrando que el 62% de las usuarias manifestaron su interés en recibir un anticonceptivo que les disminuya el número de días y la cantidad de sangrado menstrual. Se encontró que el tiempo de uso de los anticonceptivos y la ciudad de origen, se relacionan con la apreciación que hacen las mujeres de estos atributos. Esto puede explicarse, eventualmente, por un mayor grado de conocimiento y, por ende, una mayor valo-

ración de los atributos benéficos de los anticonceptivos en mujeres que llevan más tiempo de uso del anticonceptivo y en aquellas que provienen de ciudades más grandes.

Pocos estudios han indagado acerca de las preferencias y actitudes de las mujeres frente a posibles cambios en el patrón de sangrado menstrual relacionado con el uso de preparaciones hormonales. De acuerdo con den Tonkelaar, la preferencia por menstruaciones menos dolorosas y más cortas o de menor volumen de sangrado fue del 71.5% de todas las pacientes que presentan menstruaciones, siendo significativamente mayor en el grupo de adolescentes que en el de

TABLA 8 Calificación de la importancia de la disminución de variaciones en el estado anímico como efecto beneficioso, asociado al uso de ACO según ciudad, edad, estrato socio-económico y tiempo de uso				
Ciudad	N	Rango promedio	promedio	P (KW)
Bogotá	136	207,76	4,25	0,032
Cali	79	172,16	3,94	
Medellín	87	207,02	4,22	
Barranquilla	85	178,95	4,04	
Total	387			
Edad				
18 a 25 Años	155	182,66	4,06	0,387
26 a 35 años	165	197,34	4,22	
36 a 45 años	62	198,05	4,12	
Total	382			
Nivel Socio-Económico				
ESE 4	243	189,23	4,09	0,507
ESE 5	102	201,36	4,23	
ESE 6	42	203,73	4,21	
Total	387			
Tiempo en meses que toma el AO				
Usuaría nueva (-6 de meses)	90	183,18	4,04	0,094
Usuaría mediana (6-24 Meses)	145	185,60	4,09	
Usuaría experta (+24 meses)	152	208,42	4,25	
Total	387			

mujeres entre 25 y 34 años. En nuestro estudio, de forma global, se encontró que el 78% de todas las usuarias, independiente del grupo etario, consideran de alta importancia tener menos días y menos volumen de menstruación. No se observaron diferencias por grupo de edad (18).

CONCLUSIONES

El rango de opciones anticonceptivas se ha incrementado

de manera exponencial en los últimos años aumentando las posibilidades de elección del médico y los perfiles de mujeres usuarias. Es importante conocer las expectativas y preferencias de las mujeres y hacer una asesoría anticonceptiva individualizada y completa, donde, además de explicar los posibles efectos adversos relacionados con su uso, se enfatizan también los factores protectores y potenciales efectos beneficiosos. Esto contribuirá, sin duda, a disminuir las tasas de embarazos no planificados relacionados con suspensión de un método o errores en su uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Hooper DJ.** Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. *Clin Drug Investig.* 2010; 30 (11): 749–63.
2. **Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH.** Salud sexual y reproductiva en Colombia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, PRO-FAMILIA; 2005.
3. **Dhont M.** History of oral contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2010;15 Suppl 2:S12–8.
4. **Moreau C, Trussell J, Gilbert F, Bajos N, Bouyer J.** Oral contraceptive tolerance: does the type of pill matter? *Obstet Gynecol.* 2007; 109 (6):1277–85.
5. **Huber LRB, Hogue CJ, Stein AD, Drews C, Ziemann M, King J, et al.** Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 194 (5):1290–5.
6. **Jones EE.** Androgenic effects of oral contraceptives: implications for patient compliance. *Am. J. Med.* 1995;98 (1A):116S-119S.
7. **Clark LR, Barnes-Harper KT, Ginsburg KR, Holmes WC, Schwarz DF.** Menstrual irregularity from hormonal contraception: a cause of reproductive health concerns in minority adolescent young women. *Contraception.* 2006; 74 (3): 214–9.
8. **Sihvo S, Hemminki E, Kosunen E.** Contraceptive health risks—women’s perceptions. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1998; 19 (3):117–25.
9. **Rosenberg MJ, Waugh MS, Long S.** Unintended pregnancies and use, misuse and discontinuation of oral contraceptives. *J Reprod Med.* 1995; 40 (5): 355–60.
10. **Grossman D, Fernández L, Hopkins K, Amastae J, Potter JE.** Perceptions of the safety of oral contraceptives among a predominantly Latina population in Texas. *Contraception.* 2010; 81 (3): 254–60.
11. **Gómez-Sánchez P, Pardo Y.** Percepciones de uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009. Estudio cualitativo. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2010; 61 (1): 34–41.
12. **Branden PS.** Contraceptive choice and patient compliance. The health care provider’s challenge. *J Nurse Midwifery.* 1998; 43 (6): 471–82.
13. **Grimes DA, Schulz KF.** Nonspecific side effects of oral contraceptives: placebo or noise? *Contraception.* 2011; 83 (1): 5–9.
14. **Fiebig DG, Knox S, Viney R, Haas M, Street DJ.** Preferences for new and existing contraceptive products. *Health Econ.* 2011; 20 Suppl 1: 35–52.
15. **Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E, Sánchez-Borrego R, Correa M, de la Viuda E, et al.** Factors affecting women’s selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception.* 2007; 76 (2): 77–83.
16. **van de Weijer P.** What women want and what their doctors need—how do women evaluate the quality of contraceptive methods and products introduced by their gynaecologist? A different perspective. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2005; 10 Suppl 1: 2–6.
17. **Oddens BJ, Visser AP, Vemer HM, Everaerd WT, Lehart P.** Contraceptive use and attitudes in Great Britain. *Contraception.* 1994; 49 (1): 73–86.
18. **den Tonkelaar I, Oddens BJ.** Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use. *Contraception.* 1999; 59 (6):357–62.