

**Gina Castellano Tuesca
Adriana Otatti Pelegay**

**LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES ACERCA DE LOS RIESGOS
DE LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Lina Cristina Casadó

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Tarragona

2018

RESUMEN.....	3
1. Introducción.....	5
2. Objetivos e hipótesis	7
3. Metodología	8
3.1 <i>Revisión bibliográfica.....</i>	8
3.1.1 Criterios de inclusión y exclusión	9
3.2 <i>Procedimiento del estudio</i>	11
3.2.1 Población y muestra	12
3.2.2 Aspectos éticos	13
3.2.3 Análisis estadístico	13
4. Marco teórico	14
4.1 <i>La terapia anticonceptiva oral.....</i>	14
4.1.1 Definición.....	14
4.1.2 Composición y clasificación	15
4.1.3 Mecanismos de acción en el ciclo ovárico	22
4.1.4 Efectos beneficiosos	24
4.1.5 Efectos adversos y riesgos	26
4.1.6 Interacciones y contraindicaciones	32
4.2 <i>Conocimiento de las mujeres sobre los anticonceptivos orales.....</i>	35
5. Resultados	37
5.1 <i>Descripción de la muestra</i>	37
5.2 Descripción de los resultados	38
5.3 <i>Limitaciones y dificultades.....</i>	50
6. Discusión	51
7. Conclusiones	54
8. Cronograma	55
9. Artículo	56
10. Normas de publicación del artículo.....	68
11. Bibliografía.....	75

10. ANNEXO	80
<i>Annexo 1: Cuestionario</i>	<i>80</i>
<i>Annexo 2: Solicitud permiso cuestionario.....</i>	<i>85</i>
<i>Annexo 3: Permisos</i>	<i>87</i>

RESUMEN

Objetivos: Identificar los conocimientos que tiene las mujeres que toman anticonceptivos orales (ACO) acerca de los posibles efectos secundarios y riesgos de tomar estos fármacos.

Material y métodos: Estudio llevado a cabo con metodología cuantitativa. La información se generó mediante una encuesta online ad hoc. Los sujetos de estudio fueron 182 mujeres entre 15 y 35 años, sin hijos y que tomaran ACO en el momento de realizar la encuesta. Se atendió a los aspectos éticos y legales.

Resultados: El 42'8% de las mujeres encuestadas utiliza como método anticonceptivo principal píldoras anticonceptivas. El motivo principal por el cual las usuarias toman ACO es para el control de la natalidad en un 72'4%. El 27'6% cree que la toma de ACO no aumenta el riesgo de padecer ninguna patología. La principal fuente de información proviene de los médicos y/o enfermeras en un 83'5%.

Conclusiones: Las principal fuente de información de los ACO es el médico y/o enfermera. El gran número de errores y/o de información incompleta que se observa en el cuestionario puede ser indicativo de un error, o bien del emisor, es decir, el médico y/o enfermera, o en su defecto de la interpretación del receptor, en este caso las usuarias. Por lo tanto, hace plantearnos que existe una necesidad por parte de las usuarias de ACO de una mejor calidad de la educación sobre las mismas. Cabe destacar que a pesar de la transmisión de información acerca de los ACO los mitos siguen estando muy presentes en nuestra sociedad deformando la información fidedigna que puedan recibir las usuarias. Esto podría deberse a un desconocimiento por parte de profesionales sanitarios de cuáles son las creencias populares sobre estos fármacos.

Palabras clave: Anticoncepción hormonal, Anticonceptivos orales, Conocimiento, Riesgos, Complicaciones, Mitos

BACKGROUND

Objectives: To identify the knowledge of contraceptive pills (CP) users about the potential effects and risks of taking them

Methods: Research carried out with quantitative methods. The information was generated through an online enquiry. The study subjects were among 182 women between 15-35 years old, with no kids and using CP pills at the time. Ethical and legal aspects were taken into consideration.

Results: The 42,8% of surveyed women use CP as contraceptive methods. Birth control is the main reason why the users take CP in about 72,4% of the cases. The 27,6% think that the use of CP does not increase the risk of suffering pathologies. The prime source of information comes from the doctors and/or the nurses in about 83,5%.

Conclusions: The main source of information of CP is the doctor and/or the nurse. The big amount of mistakes and/or the incomplete information that is observed in the questionnaire may demonstrate that there is a mistake either from the transmitter, for instance the doctor and/or the nurse, or the receiver's interpretation, in this case, the users. Therefore, that makes us think that there is a need for a better quality education for the CP users. It should be noticed that despite of the information transmission, myths are still present in our society distorting the reliable information that users can get. That could be due to the ignorance by the health professionals on the popular beliefs about these pills.

Keywords: Hormonal contraceptive, Contraceptive pills, Knowledge, Risks, complications, Myths.

1. Introducción

El control de la fertilidad natural ha sido una preocupación constante a lo largo de la historia de las mujeres y los hombres, aunque con el tiempo ha sido modificado¹. Actualmente, el uso de métodos anticonceptivos forman parte de la vida cotidiana de las mujeres y los hombres sobre todo en los países desarrollados¹. La posibilidad de contar con un método anticonceptivo seguro y fiable ha contribuido a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La comercialización de la píldora anticonceptiva se produjo en Estados Unidos en los años 60, llegando a Europa al año siguiente. En España, fue introducida para el control del ciclo menstrual, pero debido a la gran influencia de la Iglesia católica, su utilización como anticonceptivo fue ilegal hasta que finalizó la dictadura.¹

En octubre de 1978 se legaliza el uso de ACO en España; hasta este día los colectivos de mujeres presionaron a las estructuras sanitarias para que prescribieran ACO de manera legal, ya que durante la dictadura cualquier divulgación, suministro, o información de cualquier medicamento o sustancia capaz de facilitar el aborto o evitar la procreación, era castigada con multas económicas o incluso con la inutilización del profesional sancionado por divulgarla. Desde su legalización hasta la actualidad existe una oferta de métodos anticonceptivos muy variada, siendo la mujer libre para utilizar el método que más se adapte a sus necesidades a través de la demanda del mismo al profesional sanitario.²

Actualmente, la anticoncepción oral (AO) es el segundo método anticonceptivo más utilizado en nuestro país. Según datos extraídos de la encuesta realizada por la Sociedad Española de Contracepción en 2014, el preservativo (31,3%) es el principal método anticonceptivo utilizado por el mayor número de mujeres en edad fértil, lo que representa el 42% entre aquellas que utilizan alguno, seguido de la píldora (16,2%). Además, el 82% de las mujeres de 15 a 49 años conoce o ha oído hablar del Doble Método, consistente en la utilización conjunta de un método eficaz para prevenir el embarazo no deseado juntamente con el preservativo, que previene de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Siguiendo el ejemplo en otros países, el equipo Daphne⁴ recomienda éste doble método entre los

¹ Según el informe sobre el desarrollo humano (IDH) del 2015 los países más desarrollados son Noruega, Suiza, Australia, Alemania y Dinamarca entre otros.

jóvenes de nuestro país, ya que es una forma de responsabilizar tanto al hombre como a la mujer de su propia sexualidad y anticoncepción.

Según De la Cuesta Benjumea R. et al.³ se estima que alrededor de 3 millones de mujeres en nuestro país utilizan los anticonceptivos orales combinados (ACOC) no sólo para el control de la natalidad (principal motivo de inicio de la toma en un 86% de los casos) sino también por sus beneficios adicionales como regulación del ciclo o alivio de la dismenorrea.

Otros de los motivos de la prescripción de anticonceptivos hormonales (AH) está relacionado con los beneficios que aportan a la regulación de diferentes trastornos menstruales como la disminución de la dismenorrea, el dolor ovulatorio intenso, el síndrome premenstrual o menorragia. Además proporcionan una protección frente a la Enfermedad pélvica inflamatoria (EIP) y beneficios sobre la piel, como la disminución del acné e hirsutismo. También se ha descrito un efecto positivo sobre la densidad mineral ósea y beneficios relacionados con la patología tumoral entre otros.⁵

Desde la comercialización de los métodos anticonceptivos hormonales hasta la actualidad se han ido realizando diferentes modificaciones y mejoras, como por ejemplo la reducción progresiva de estrógenos, con el fin de encontrar preparados igual de eficaces pero con menos efectos secundarios, además de aumentar la tolerancia y la eficacia de esta medicación³.

La anticoncepción basa su efecto en la acción de los esteroides sexuales, estrógenos y/o progestágenos, los cuales tienen la capacidad de producir cambios en el metabolismo lipídico, y aumentar el riesgo de padecer Enfermedad Cardiovascular (ECV). También se ha visto implicada la relación con diferentes tipos de cáncer, especialmente los ginecológicos¹.

Dado el número de mujeres que toman ACO nos hemos planteado realizar un estudio sobre la información e identificación de los riesgos que supone su ingesta para las usuarias. Los mitos y falsas creencias que existen en torno a estos, se traducen en el miedo o inquietud en relación a la toma de hormonas; además de temor a los posibles efectos secundarios. Todos estos datos nos sugieren la necesidad de revisar y adaptar la oferta y disponibilidad de información sobre anticoncepción, abarcando las necesidades y preferencias específicas de cada mujer.

2. Objetivos e hipótesis

Nuestra investigación se centra en determinar los conocimientos, creencias y mitos que tienen las mujeres jóvenes que toman ACO acerca de los efectos secundarios y complicaciones de la anticoncepción hormonal.

Objetivo general:

- Identificar los conocimientos que tienen las mujeres que toman anticonceptivos orales acerca de los posibles efectos secundarios y riesgos de tomar estos fármacos a partir de una encuesta online realizada ad hoc.

Objetivos específicos:

- Identificar las fuentes de información sobre los ACO de las mujeres que rellenaron la encuesta.
- Detectar las creencias y mitos alrededor de la utilización de la anticoncepción oral.
- Identificar el tipo de anticonceptivos que toman.
- Valorar si la percepción del riesgo de tomar este tipo de anticonceptivos responde a la evidencia disponible.
- Registrar la edad de las consumidoras de ACO.
- Calcular el porcentaje de mujeres que toman habitualmente anticonceptivos y los diferentes motivos.

Hipótesis

Las usuarias de anticonceptivos orales hormonales entre 15 y 35 años no identifican ni valoran los riesgos y complicaciones que la toma de los mismos puede tener en su salud.

3. Metodología

Para la elaboración de este trabajo hemos utilizado una metodología de carácter descriptivo cuantitativo.

A nivel metodológico este trabajo consta de 4 fases: En primer lugar se realiza una búsqueda bibliográfica para sintetizar la evidencia disponible sobre el funcionamiento de los anticonceptivos orales, el conocimiento de éstos en mujeres jóvenes y los mitos y creencias populares entorno a este método anticonceptivos, incluyendo también un apartado de la fisiología del aparato reproductor femenino. En segundo lugar se diseña e implementa el cuestionario online de acuerdo a los objetivos del estudio. En tercer lugar se realiza el análisis de datos obtenidos a través de la encuesta y por último se realiza una comparación entre los resultados obtenidos y los encontrados en la búsqueda bibliográfica.

3.1 Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica desde octubre de 2017 hasta marzo de 2018 a partir del cual se recopiló, analizó, sintetizó y discutió la información publicada sobre el tema. La búsqueda abarcó documentos primarios tales como artículos originales y documentos secundarios como revisiones sistemáticas, meta análisis tanto en español como en inglés, y también diferentes libros y obras de consulta o de referencia.

Para la revisión se utilizó el operador booleano *and* combinado de las palabras claves, consiguiendo acotar de esta manera el número de artículos. Las combinaciones han sido las siguientes “Anticoncepción hormonal” *and* Riesgos *or* Complicaciones *and* Conocimientos, “Anticonceptivos orales” *and* “Efectos secundarios”, “Anticoncepción hormonal” *and* Conocimientos *and* “Efectos secundarios”, “Anticoncepción hormonal” *and* complicaciones.

Se han seleccionado los estudios teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y se ha hecho una segunda búsqueda a partir de las referencias bibliográficas de interés en los artículos seleccionados. Después se ha realizado un análisis de las publicaciones seleccionadas, empezando por el análisis de los abstracts identificando la información relevante de acuerdo respondía al objetivo planteado. Finalmente se han leído en su totalidad los artículos elegidos, y se ha destacado la información relevante de cada uno de ellos posteriormente redactando siguiendo las normas establecidas de presentación.

3.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla I: Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión	Exclusión
Artículos publicados desde el año 2003 hasta la actualidad.	Artículos publicados con fechas anteriores al año 2003.
Artículos escritos en lengua catalana, castellana e inglesa.	Artículos escritos en diferentes lenguas a las mencionadas.
Artículos, documentos, revisiones, protocolos de cauce científico correctamente referenciados y publicados en bases de datos de ámbito sanitario o científico.	Cualquier artículo o documento que no se encuentre debidamente referenciado.
Artículos que contengan datos epidemiológicos y demográficos españoles o europeos.	

Seguidamente, se ha diseñado la búsqueda estableciendo las palabras claves en castellano, catalán e inglés.

Tabla II: Palabras claves

Castellano	Catalán	Inglés
Anticonceptivos orales	Anticonceptius orals	Oral contraceptive pills
Anticonceptivos hormonales	Anticonceptius hormonals	Hormonal contraception
Riesgos	Riscos	Risks
Efectos secundarios	Efectes secundaris	Side effects

Conocimiento	Coneixement	Knowledge
Complicaciones	Complicacions	Complications
Mitos	Mites	Myths

Tabla III: Criterios de inclusión y exclusión en la obtención de datos

Inclusión	Exclusión
Mujeres que toman anticonceptivos orales actualmente	Mujeres que no toman anticonceptivos orales
Mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 35 años	Mujeres de edad inferior a los 15 años o superior a los 35
Mujeres que accedan a realizar la encuesta	Mujeres que utilicen otro tipo de anticonceptivo hormonal (aro, subdérmico, DIU, inyecciones, etc...)
Mujeres sin hijos	Mujeres que rechacen realizar la encuesta
	Mujeres con hijos
	Hombres

Las bases de datos utilizadas han sido Dialnet, PubMed, Medline, CINHALL, PsycINFO y Google Scholar.

3.2 Procedimiento del estudio

El cuestionario fue diseñado adhoc de acuerdo con el interés de nuestro estudio y difundido, permaneciendo abierto desde el 15 de enero hasta el 15 de febrero del año 2018 en la web de Google Docs. Hemos elegido el cuestionario de tipo online porque creemos que a través de la red social se llega de forma directa de llegar a los usuarios jóvenes. La realización de encuestas online es una metodología que aporta al encuestado la posibilidad de poder contestar en un momento que sea mejor para el interesado.

Para elegir a las informantes se utilizó un tipo de muestreo estratificado por edades. Se establecieron unos criterios para seleccionar a las informantes que, a nuestro juicio, presentan las características que nos interesan:

- Mujeres
- Edad entre 15 y 35 años
- Sin hijos
- Toman ACO actualmente

-Diseño del cuestionario:

Para el diseño del cuestionario utilizamos dos artículos de los autores Denis L. Et al.⁶ y Bardaweel S. Et al.⁷ En las preguntas que hacían referencia a los mitos se buscaron ejemplos de situaciones encontradas o parecidas en el transcurso de las prácticas clínicas, casos discutidos en clase y/o situaciones de la vida cotidiana.

El cuestionario consta de un total de 25 preguntas. La primera parte nos proporciona información de tipo sociodemográfico (edad, sexo, situación laboral, nivel de estudios, hijos) y también preguntaba si tomaban pastillas anticonceptivas. Estas preguntas fueron cerradas con opción sólo a una respuesta. Las edades fueron categorizadas en franjas para facilitar tanto las respuestas como el estudio. Éstas preguntas nos permitieron delimitar la muestra del estudio. En caso de no presentar alguno de los criterios de inclusión la encuesta finalizaba.

La siguiente parte, más concreta sobre ACO, preguntaba sobre el motivo en su uso, conocimientos sobre efectos secundarios y haber padecido alguno, y conocimientos sobre la composición del ACO que están tomando. Éstas preguntas permitían múltiples respuestas y una opción abierta que permitía escribir.

La penúltima parte constaba tanto de preguntas abiertas como cerradas con más de una respuesta correcta o incorrecta, se incluyó dentro de estas la respuesta “no lo sé” para minimizar el sesgo en los resultados en caso de no conocerse la respuesta verdadera. En la última parte se hicieron preguntas de verdadero o falso sobre creencias y mitos.

-Prueba piloto:

Antes de ser distribuido, el cuestionario fue revisado por profesores y alumnos de distintas franjas de edad para valorar posibles problemas en los enunciados y en la formulación de las preguntas. Una vez valorado, el cuestionario se activó y difundió.

3.2.1 Población y muestra

El cuestionario online realizado a través de *Google® encuestas*. Fueron enviados por tres vías distintas respondiendo a éstos de forma online a través del formulario de Gmail®. Se utilizó la red social Facebook®, la aplicación Whatsapp®, el correo electrónico y también se pasó presencialmente.

El enlace del cuestionario fue enviado al alumnado de la facultad de enfermería de Tarragona, Coma-ruga y Tortosa a través del correo electrónico de la universidad. También se pasó en una escuela concertada situada en el barrio *Fortuny* de Reus a los alumnos de 1º y 2º de Bachillerato.

Se decidió enviar el cuestionario vía internet debido a la dificultad de acceso directo a un número tan heterogéneo de mujeres. Además, la virtualidad nos permitía utilizar el mismo medio con el que muchas de estas mujeres jóvenes se comunican e interaccionan. El correo electrónico es una fuente muy útil para llegar a muchas consumidoras de manera rápida y fácil, gracias a este método se pudo mandar el cuestionario a todos los estudiantes de interés para la muestra de manera directa. Por otro lado, utilizamos una de las redes sociales más utilizadas entre la juventud, Facebook, puesto que es un gran espacio de interacción social a nivel mundial y una fuente muy potente a la hora de recoger e incrementar la variedad de edades y poblaciones distintas de la muestra.

También se vio conveniente asistir a la escuela presencialmente para tener una población de edad más joven (adolescentes) a la que de otra manera nos resultaba más complicado acceder.

La forma en que se ha llevado a cabo la recogida de datos es relevante para abarcar una población de mujeres lo más heterogénea posible y resulta interesante para tomar en consideración en futuras investigaciones.

3.2.2 Aspectos éticos

En primer lugar se contactó con la directora de la escuela y la decana de la facultad y se les expuso nuestro trabajo de investigación. Se contactó con ambas mediante una carta y se entregó una copia del cuestionario. Dieron su consentimiento para pasar la encuesta y realizar el estudio. La manipulación de la información recibida ha estado tratada en base a la Ley de protección los datos personales, de acuerdo con la Ley Orgánica 32/2010, del 1 de Octubre de la Autoridad Catalana de Protección de Datos, garantizando el anonimato del individuo. Se garantizó la confidencialidad de los datos y los cuestionarios se contestaron de forma anónima, la participación fue voluntaria y por el hecho de contestar el cuestionario se otorgaba el consentimiento de utilizar los datos para la realización del estudio. Toda persona fue informada verbalmente o por escrito, dependiendo de la situación, de los objetivos de dicho estudio. En todo momento se tuvieron en cuenta los principios éticos de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia.

3.2.3 Análisis estadístico

Después de la realización del cuestionario definitivo, se creó una base de datos mediante el programa Microsoft Excel® 2011 versión 14.0.0 para Mac juntamente con el programa InfoStat® 2017 con el cual se elaboró el análisis estadístico del estudio.

La población de estudio se describió mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para realizar comparaciones entre este tipo de variables se utilizó la prueba del χ^2 (Chi cuadrado), cuyo cálculo nos permitió afirmar con un nivel de confianza estadístico ($1-\alpha$) de 0,95 si los niveles de una variable cualitativa influyen en los niveles de la otra variable nominal analizada. Se usó un nivel de significación de $\alpha=0,05$.

4. Marco teórico

El marco teórico está estructurado en seis puntos diferentes en los cuales se explica la composición y clasificación de los ACO, sus mecanismos de acción y tanto los efectos beneficiosos como los adversos. También se hace un énfasis en los riesgos sobre los distintos metabolismos y sistemas, de la misma manera que las interacciones y contraindicaciones que se pueden presentar. Por último, se exponen los conocimientos que tienen las mujeres sobre los ACO y de donde proviene esa información.

4.1 La terapia anticonceptiva oral

4.1.1 Definición

Los AO, también llamados pastillas o píldoras anticonceptivas, son fármacos que contienen pequeñas dosis de hormonas exógenas como el estrógeno y la progesterona, cuya función es impedir la maduración de los óvulos y/o que los espermatozoides lleguen al óvulo y lo fecunden.

Los AO pueden tener diferentes composiciones. La mayor parte de ellos están compuestos por dos hormonas; un estrógeno y un progestágeno, éstos también se conocen como anticonceptivos orales combinados. Por otro lado, encontramos otro tipo que únicamente están compuestos por un gestágeno. Tanto unos como los otros, su función principal es prevenir los embarazos no deseados, con efecto reversible tras la suspensión de su administración.

Su presentación es en forma de píldora, la posología indicada es un comprimido una vez al día y se recomienda que la administración sea más o menos todos los días a la misma hora. El correcto cumplimiento determina su eficacia. Si se usan de forma correcta y sistemática, los AO se encuentran entre los métodos anticonceptivos más eficaces.

La eficacia de los anticonceptivos se mide por el índice de Pearl (IP) o tasa de fallos. Este refleja el porcentaje de embarazos durante un año en 100 mujeres que utilizan un determinado método anticonceptivo. El IP varía de forma muy notable según el texto que se

consulte. El IP para los anticonceptivos orales es muy bajo, situándose entre 0,3 y 0,5 embarazos en mujeres que toman AO.⁸

4.1.2 Composición y clasificación

Composición

La anticoncepción oral se basa en la aportación de manera exógena de hormonas ováricas (estrógenos y progestágenos).^{5,8,9}

- Estrógenos

La parte estrogénica de los anticonceptivos hormonales orales que se comercializan en España corresponde al Etilnilestradiol (EE). Por otro lado, encontramos también el Metanol, algo menos potente y que para actuar debe primero convertirse a EE en el organismo^{8,9}.

Metabolismo

Una vez ingerido, el EE se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal, sufriendo metabolismo en la mucosa intestinal y en el hígado, en este primer paso su biodisponibilidad se ve reducida al 38-48%. En el intestino delgado sufre un proceso de conjugación con grupos sulfato, llega a la vena porta y de ahí pasa al hígado, donde se completa el proceso de conjugación con grupos sulfato y glucurónido y comienza a sufrir el proceso de metabolización. Seguidamente es enviado a la vesícula secretado con la bilis y llevado al intestino. A partir de aquí puede ser eliminado con las heces o bien nuevamente absorbido. El EE sufre un proceso de circulación enterohepática, lo que determina niveles en sangre durante más de 24 horas. Se excreta en heces y orina como sulfuro y glucurónido conjugados. En la sangre circula unido en un 97% a la albumina.⁵

Farmacocinética

La curva plasmática presenta dos fases. La primera dura aproximadamente entre 6 y 8 horas, se caracteriza por un aumento rápido con un pico plasmático entre 1 y 2 horas, y un rápido descenso consiguiente. Durante la segunda fase, está determinado por la circulación enterohepática, que condiciona un proceso de metabolización y eliminación lentas⁵.

- Géstagenos

La mayor parte de los efectos anovulatorios de la píldora anticonceptiva proviene de la acción del componente gestagénico. La dosis del estrógeno no es suficiente para producir un efecto antiovulatorio consistente. El componente estrogénico de los AO potencia la acción del gestágeno y estabiliza el endometrio para minimizar el sangrado.^{5,8,9}

-Progestágenos sintéticos

Derivados de la progesterona (17-hidroxiprogestero).

Derivados de la testosterona (19-nortestosterona).

Estos progestégenos mantienen cierta afinidad con los receptores androgénicos. Interfieren en el metabolismo lipídico, aumentando el colesterol total. Tienen la capacidad de convertirse al compuesto original, la noretisterona, una vez sometidos al metabolismo del organismo.⁹

-Nuevos progestágenos

El desogestrel, norgestimato y gestodeno fueron el resultado de la búsqueda tras la asociación entre el empleo de anticonceptivos hormonales y enfermedades cardiovasculares debido a que se buscaba una sustancia de acción neutra sobre el metabolismo lipídico.⁹

Todos los progestágenos tienen una potente actividad antigonadotrófica y una actividad progestagénica y antiestrogénica, pero existen diferencias en su capacidad para interaccionar con los receptores androgénicos, de glucocorticoides o de mineralocorticoides, en función de ello pueden tener o no distintos tipos de actividad.⁹

Tabla IV: Acción de los progestágenos.^{5,9}

Progesterona	Acción
Acetato de ciproterona	Actividad antiandrogénica. Tratamiento del acné, el hirsutismo y la hipertricosis. Leve actividad glucocoticoidea.
Levonorgestrel (2ª generación)	Leve actividad androgénica, modifican el perfil lipídico, aumentando los triglicéridos y el colesterol LDL.
Gestondeo, desogestrel (3ª generación)	Menos actividad androgénica, mejor perfil lipídico. Mayor riesgo de

	tromboembolismo venoso en combinación con EE.
Norgestimato	Se comportan como el gestadeno y el desogestrel respecto al perfil lipídico y como el levonogestrel en cuanto a riesgo de tromboembolismo.
Drospirenona	Marcada actividad antiandrogénica y posee actividad mineralocorticoide.
Acetato de Clormadinona	Elevada acción antiandrogénica.

Farmacocinética

Se acumulan en mayor o menos medida en el tejido graso, del que se liberan a más largo plazo.

Clasificación

Podemos encontrar diferentes maneras de clasificar los anticonceptivos orales:

- La primera en función de la **cantidad** de EE que contengan; encontramos las fórmulas con altas dosis que contienen más de 40 µg de EE y de bajas dosis que contienen entre 15 y 35 µg.^{8,9}
- La segunda clasificación se basa en si los **niveles** del estrógeno o del gestágeno varían o permanecen constantes durante el curso del ciclo ovárico. Si las dosis de alguna de las dos hormonas varían, se le llaman píldoras multifásicas (bifásicas o trifásicas) por otro lado, si la dosis es constante, las píldoras serán monofásicas.^{5,8}
- Atendiendo a criterios epidemiológicos y para seguir la nomenclatura de los artículos que comparan los anticonceptivos entre sí.^{5,8,9}
 - o AOs de 1ª generación son los compuestos que contienen más de 50 µg de EE.
 - o AOs de 2ª generación, compuestos que contienen levonogestrel, norgestimato u otros integrantes de la familia de la norestisterona y 30 o 35 µg de EE.

- AOs de 3^a generación compuestos que contienen desogestrel o gestodeno con 20 o 30 µg de EE.
- Y por último podemos clasificarlos según su **composición**. Hacemos referencia a los anticonceptivos hormonales combinados, también llamados comúnmente “la píldora” cuando contienen un estrógeno y un gestágeno, en diferentes proporciones. Por otro lado, podemos encontrar píldoras que contengan únicamente un gestágeno, también conocidas como la “minipíldora”.^{5,8,10}

- Anticonceptivos hormonales combinados (AHCO)

Durante el transcurso de los años desde el momento en el que se descubrieron los anticonceptivos hasta la actualidad, se ha realizado mucha investigación en este campo para mejorar estos fármacos. Buscando reducir el número de los efectos secundarios y su repercusión en la salud de las mujeres manteniendo, a su vez, un buen control del ciclo menstrual.^{8,9}

Encontramos tres regímenes diferentes⁸:

- **Formulaciones monofásicas.** Estas píldoras contienen una dosis constante de estrógenos y progesterona a lo largo del ciclo menstrual.
 - Dosis altas de estrógenos y un gestágeno de 1^a generación o de 2^a generación.
 - Dosis bajas de estrógenos y un gestágeno de 2^a generación o de 3^a generación.
- **Formulaciones bifásicas.** La dosis de estrógenos se mantiene constante durante todo el ciclo. Por otro lado, la dosis de progesterona aumenta en la segunda mitad del ciclo.
- **Formulaciones trifásicas.** La dosis de estrógeno aumenta en la segunda mitad del ciclo, en cambio las dosis de progesterona van aumentando gradualmente durante el transcurso del ciclo. Todos ellos contienen dosis bajas de estrógenos y un gestágeno de 2^a o 3^a generación.

Por otro lado, también podemos encontrar distintas pautas. Habitualmente los preparados son de 21 comprimidos que se deben tomar de forma continuada, con 7 días de descanso, en los cuáles se produce el sangrado por deprivación. Actualmente también existen formatos de 28 comprimidos, en los cuáles los comprimidos del final son efecto placebo ya que no contienen carga hormonal. Este nuevo formato se ha diseñado para evitar los olvidos después de los 7 días de descanso, y así no tener que pensar en reanudar el tratamiento.^{8,9}

En la siguiente tabla encontramos los anticonceptivos orales que hay comercializados en la actualidad en España y las dosis de estrógeno que contienen.

Tabla V: Clasificación anticonceptivos orales combinados actuales

Fuente: Profesora M^a Inmaculada de Molina

Dosis	Estrógeno	Progestágeno	Nombre comercial
30-35 µg	Etinilestradiol	Acetato Ciproterona	<i>Diane 35®</i> , <i>Gyneplon®</i>
		Acetato clormadinona	<i>Belara®</i> , <i>Balianca®</i>
		Desogestrel	<i>Microdiol®</i>
		Nomegestrel	<i>Zoely®</i>
		Levonorgestrel	<i>Triagynin®</i> , <i>tricolor®</i> , <i>ovoplex®</i> , <i>mycrogynon®</i>
		Norgestimato	<i>Edelsin®</i>
		Gestodeno	<i>Minulet®</i> , <i>Gynovin®</i>
20- 30µg	Etinilestradiol	Levonorgestrel	<i>Linelle®</i> , <i>Lebovel®</i>
		Gestodeno	<i>Harmonet®</i> , <i>Meliane®</i>
		Desogestrel	<i>Suavuret®</i> , <i>Bemasive®</i>
		Etonogestrel	<i>Loette®</i>
15µg	Etinilestradiol	Gestodeno	<i>Minesse®</i> , <i>Melodene®</i>

- Anticonceptivos hormonales sólo gestágenos (AHSO)

También conocidos como mini-píldora. El objetivo principal de su desarrollo fue obtener un anticonceptivo oral libre de estrógenos que evitase de forma segura la ovulación, igualando la eficacia de los anticonceptivos orales combinados.^{6,9}

Cada comprimido contiene 75µg de desogestrel, un gestágeno que inhibe consistentemente la ovulación sin incrementar la incidencia de efectos androgénicos adversos.^{1,10}

Se comienza a tomar el primer día de la menstruación, se debe tomar una píldora al día de manera ininterrumpida durante los 28 días del ciclo ovárico. De la misma forma que las anticonceptivas combinadas es recomendable que la toma sea regular y todos los días aproximadamente a la misma hora.⁵

Un efecto secundario de estas pastillas, es el cambio de los patrones de sangrado, que pueden variar según la mujer desde amenorrea a sangrado intenso.

Los AHSO están indicados en mujeres con contraindicación o intolerancia a los estrógenos o gestágenos a dosis elevadas. También se recomiendan durante los periodos de lactancia, ya que no se excretan por la leche.^{8,11}

- Anticoncepción oral de emergencia

La anticoncepción de emergencia comúnmente llamada la “píldora del día después” se utiliza para prevenir un posible embarazo después de una relación sexual en la que no se ha utilizado ningún método anticonceptivo o ha fallado el método utilizado.^{8,12}

Tipos de anticoncepción de emergencia:^{13,14}

- **Anticonceptivo oral combinado:** Conocido como método Yuzpe. Administración de 100µg de EE y 0.5mg de levonorgestrel lo antes posible tras la relación sexual y una segunda toma a las 12 horas. Se aconseja la toma sin que hayan pasado más de 72 horas de la relación sexual.
- **Anticonceptivo oral solo progestágeno:** Toma de 750µg de levonorgestrel lo antes posible tras la relación sexual y una segunda toma a las 12 horas. También es posible tomar los dos comprimidos juntos. Actualmente es el método más utilizado por su eficacia y la aceptabilidad de sus efectos secundarios⁹.
- **Antiprogesterona:** Mifepristona (antagonista de la progesterona a nivel de su receptor). Actúa a nivel endometrial, provocando un retraso en su maduración e

inhibiendo la expresión de numerosos factores fundamentales para la implantación. Estas modificaciones provocan que el embrión se desimplante y muera. No dispone de indicación de anticoncepción de emergencia y únicamente se utiliza como aborto químico.

- **Antigonadotropo:** Danazol. Esteroide semisintético, con efecto androgénico. Menor eficacia que los métodos anteriores y sus efectos secundarios son mayores, lo que han hecho que no se utilice como anticonceptivo de emergencia.
- **Dispositivo intrauterino (DIU):** la inserción de un DIU se utiliza cuando han pasado más de 72 horas desde la relación sexual, es de alta eficacia, incluso cuando se inserta 5 días después de dicha relación.

Mecanismo de acción

El momento del ciclo en el que la mujer toma la píldora poscoital y el momento del ciclo ovárico en el que haya tenido lugar la relación sexual, determinarán que se evite el embarazo a través de un mecanismo u otro: en unos casos inhibirá o retrasará la ovulación y en otros impedirá la implantación.^{8,13,14}

- Antes de la ovulación: Actúa a nivel periférico inhibiendo las glándulas del endometrio y las del cuello uterino y a nivel central inhibe las descargas hormonales de la hipófisis.
- Después de la ovulación: Potencia el efecto de la progesterona natural, parando los cambios madurativos del endometrio y debilitando su sujeción en el útero.
- Durante la ovulación:
 - Fase de reclutamiento folicular. Retrasa el momento de ovulación o impide que esto ocurra.
 - Fase de maduración folicular. Inhibe el crecimiento y maduración del folículo.
 - Fase folicular. Interfiere con el proceso de ovulación, altera el moco cervical, alteraciones en los fluidos de las trompas y el útero.

Efectos secundarios

No es aconsejable su uso en mujeres menores de 16 años ya que los datos disponibles son muy reducidos. La administración reiterada dentro de un mismo ciclo menstrual está

desaconsejada debido a un aumento excesivo de hormonas en la mujer y la posibilidad de alteraciones importantes en el ciclo.^{12,14}

Los estudios científicos sobre la píldora del día de después no han valorado los efectos a largo plazo en la toma repetida. Sin embargo, sí se conocen los efectos adversos del uso continuado de levonogestrel, puesto que es el preparado hormonal de los implantes subcutáneos.^{12,13,14}

4.1.3 Mecanismos de acción en el ciclo ovárico

Fases del ciclo ovárico normal

El ciclo menstrual está sometido a una regulación neuroendocrina, mediante diferentes hormonas: una hormona hipotalámica liberadora de gonadotropinas (GnRH) y dos hormonas hipofisarias: Hormona Foliculoestimulante (FSH), la Hormona Luteinizante (LH) y hormonas ováricas, principalmente estrógenos y progestágenos.¹⁵

El ciclo menstrual u ovárico se puede dividir en dos fases, las cuales duran aproximadamente 14 días cada una.¹⁶

1. **Fase folicular.** Al inicio de esta fase los niveles de hormonas ováricas; estrógenos y progestágenos son bajos. Como consecuencia se produce la descomposición y el desprendimiento de las capas superiores del revestimiento uterino y tiene lugar la menstruación.
Durante los primeros días, el nivel de la hormona FSH aumenta ligeramente y estimula el desarrollo de varios folículos ováricos. A medida que la concentración de hormona FSH disminuye solo un folículo sigue su desarrollo, a este se le llama folículo dominante. Al final de esta fase tiene lugar un pico máximo de estrógenos estimulados por el folículo dominante, esto tiene lugar justo antes de la ovulación.^{1,16}
2. **Ovulación.** El aumento de los niveles de estrógenos producidos por el folículo seleccionado estimula la síntesis de LH y FSH, dando lugar a un pico máximo en el momento de la ovulación, donde se produce una rotura folicular dando salida al ovocito.^{16,17}
3. **Fase lútea.** Esta fase se caracteriza por el aumento de producción de progesterona, y por un descenso de la producción de gonadotropinas hipofisarias debido a la acción inhibitoria que ejercen los estrógenos y la progesterona, *feed-back*.

Si no se fertiliza el óvulo o una vez fecundado, no se implanta, el cuerpo lúteo degenera tras 14 días, disminuyen los niveles de estrógenos y de progesterona, y comienza un nuevo ciclo menstrual.^{8,16}

Efectos de los anticonceptivos orales sobre el ciclo ovárico

Los AO son esteroides que interfieren con el sistema de regulación hormonal del ciclo reproductor, actuando a nivel central sobre la hipófisis y directamente sobre el ovario. En el primer caso, la progesterona inhibe la secreción de la hormona folículo estimulante y el pico de la LH y por lo tanto impiden la ovulación. En el segundo caso, los niveles de FSH son insuficientes para permitir la selección del folículo dominante y la obtención de un folículo maduro. La inhibición del pico de LH y la ausencia de ovulación son los principales mecanismos de acción de los anticonceptivos hormonales ya que impiden la fecundación.^{1,17}

La presencia de un estrógeno asociado a un progestágeno amplifica la acción del gestágeno, dado que los estrógenos estimulan a nivel celular la síntesis de receptores de progesterona, el estrógeno tiene un papel importante como estabilizador del endometrio.

En resumen, los anticonceptivos hormonales impiden el embarazo por la acción conjunta de diferentes mecanismos de acción que actúan:

- Inhibiendo la ovulación e impidiendo el desarrollo folicular a nivel periférico.
- Alterando la motilidad y secreción tubárica lo que dificulta el transporte y la nutrición tubárica de los espermatozoides.
- Promoviendo un endometrio inadecuado ya que el progestágeno impide el crecimiento endometrial, provocando que este sea más fino e inadecuado para la implantación de un blastocito. Este tamaño explica la reducción de la cantidad de sangrado menstrual en las mujeres que emplean este tipo de fármaco. Produciendo un moco cervical escaso y espeso donde los espermatozoides encuentran grandes dificultades para su progresión.

El efecto anticonceptivo de los AHO es reversible y cuando las píldoras se dejan de toma la fertilidad regresa rápidamente.^{15,16}

4.1.4 Efectos beneficiosos

Además de su objetivo principal, la anticoncepción, estos fármacos aportan otros beneficios, que pueden favorecer a las mujeres que los toman.

Ofrecen protección frente a:

- **Cáncer de endometrio**

Hay estudios que indican que la toma de AO, reduce el riesgo de padecer cáncer de endometrio. Existen indicaciones que con la toma de AO tienen un riesgo menor de cáncer de endometrio. Este efecto protector aumenta de acuerdo a la duración del uso de los anticonceptivos orales y parece continuar por muchos años después de finalizar el uso. El efecto protector no es dependiente de la dosis de estrógenos de los preparados.^{1,5}

- **Cáncer de ovario**

El efecto protector de los AO ante el cáncer de ovario es muy conocido. El riesgo se reduce en un 40-50 % y el efecto protector aumenta con la duración de uso y persiste durante 15 años o más después de interrumpir su utilización. La disminución del riesgo no es dependiente de la dosis de estrógenos de los preparados.^{1,5}

- **Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)**

La EIP es consecuencia directa de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). El uso de AO es reconocido porque disminuye la aparición de la EIP debido al efecto del gestágeno sobre el moco cervical, lo vuelve hostil y más espeso, esto no solo dificulta el paso de los espermatozoides, sino que también el de los gérmenes presentes en la vagina.¹

- **Densidad mineral ósea (DMO)**

Principalmente, el aumento de la densidad mineral ósea se debe al efecto estrogénico de los preparados anticonceptivos hormonales, aunque los gestágenos pueden jugar también un papel importante.

En una revisión reciente se ha analizado si los cambios en la DMO que producen los AO afectan al riesgo futuro de fractura concluyendo que, según los datos actuales disponibles, no se puede estimar dicho riesgo según la Sociedad Española de Contracepción¹.

Los AO no parecen ser perjudiciales para el desarrollo de la masa ósea durante el período de la adolescencia y pueden incluso tener un efecto positivo, aunque hay estudios contradictorios de las asociaciones entre la toma de AO y el desarrollo de la masa ósea a lo largo de la vida.^{1,5,10,16}

También ofrecen reducción de:

- **Trastornos relacionados con el ciclo menstrual:**

- **Dismenorrea.** Uno de los beneficios no anticonceptivos más conocidos de la píldora es la reducción o eliminación de la dismenorrea. Un exceso de la hormona prostaglandina es una causa conocida. Detener la ovulación ayuda a la dismenorrea. Las hormonas sintéticas en los ACO combinados suprimen la ovulación. Al reducir la cantidad de prostaglandina producida también disminuye el flujo menstrual, de manera que reduce la motilidad uterina y la dismenorrea.

Según la revisión *Cochrane 2005*¹⁸, se mostró que los ACO combinados con estrógeno de dosis media (>35 µg) y progestágenos de 1º ó 2º generación son más efectivos que el placebo para el alivio del dolor, sin embargo, según esta misma revisión se necesitan pruebas adicionales para comparar la efectividad entre los distintos ACO y de los diferentes niveles de hormonas de los mismos.¹

- **Síndrome premenstrual (SPM) y trastorno disfórico premenstrual (TDPM).** Aunque no se conoce la fisiopatología precisa, se considera, que las mujeres con SPM, tienen alteración en la sensibilidad de los neurotransmisores centrales, en particular serotoninérgicos, a los valores circulantes normales de estradiol y progesterona. La drospirenona puede proporcionar más beneficios que otras hormonas.¹ La drospirenona en dosis baja de estrógeno se aprobó para tratar el TDPM en mujeres que quieren utilizar anticonceptivas según la revisión *Cochrane*.¹⁸

Existen estudios en los que se demuestra que la sintomatología del SPM empeora durante el intervalo libre de hormonas y que el uso de ACO en pauta continuada mejora los síntomas del SPM al compararlo con un régimen 21/7.¹

- **Menorragia.** La excesiva pérdida de sangre menstrual disminuye las cifras de hemoglobina y puede producir anemia por déficit de hierro. Debido al menor grosor endometrial que se produce por la acción de los ACO, hay menor proliferación del epitelio glandular y consecuentemente hay menor cantidad de sangrado durante la descamación del endometrio.

Se ha demostrado que se reduce aproximadamente un 50% la pérdida de sangre en las usuarias que toman preparados tanto de alta o de baja dosis hormonal.⁵ Al

reducir la pérdida de sangrado aumentan las concentraciones de hemoglobina y reducen la aparición de anemia ferropénica.¹⁰

- **Acné e hirsutismo.** Los andrógenos están relacionados con el desarrollo de acné, mientras que muchos ACOs y, en particular, los que contienen gestágenos con propiedades antiandrogénicas, son claramente beneficiosas para su tratamiento. El uso de cualquier preparado mejora el acné, por el incremento de la proteína transportadora de hormonas sexuales (SHBG) inducida por el EE y el consecuente descenso en la tasa de testosterona libre activa.^{1,5}

4.1.5 Efectos adversos y riesgos

Debido a la acción de las hormonas que contienen los ACO, se pueden producir cambios en la fisiología de distintos sistemas y metabolismos del cuerpo, éstos, pueden provocar complicaciones y riesgos añadidos en las usuarias que los toman.

La utilización de AHCO puede ir acompañada de la aparición de efectos adversos que, en la mayoría de ocasiones, no ponen en riesgo la salud de la mujer, pero sí que causan ansiedad por parte de la usuaria. El asesoramiento anticonceptivo y el uso de AHCO modernos puede ayudar a minimizar los efectos no deseables para evitar un abandono precoz del tratamiento.⁸

Algunos de los efectos adversos más conocidos son:

Efectos adversos menores (1 de cada 10):

- Náuseas, que a veces llegan a vómitos, especialmente con los ACO que contienen altas dosis de estrógenos, este síntoma mejora al cabo de los 2-3 primeros meses. Son un efecto secundario estrógeno-dependiente y refleja una predisposición individual.
- Manchados irregulares (Spotting), si aparece al inicio del tratamiento debe ceder espontáneamente tras los primeros meses. La causa más frecuente de sangrado disfuncional con los AOs es la decidualización y la atrofia endometrial inducida por los gestágenos, lo que provoca una deprivación menstrual y sangrado irregular.
- Mastalgias transitorias y/o tensión mamaria, se producen más frecuentemente durante los intervalos libre de hormonas, con una mayor prevalencia en los últimos días de píldoras activas. Cuando se presenta en estos períodos de descanso es debido a la

retención excesiva de agua como consecuencia de la interrupción brusca de los gestágenos.¹

- Cefaleas, desencadenadas por el efecto de los estrógenos sobre la aldosterona. El dolor de cabeza es un efecto secundario común informado con el uso de ACO. La relación de ACO con el dolor de cabeza no es siempre evidente. También, pueden modificar el tipo y la frecuencia de migraña, aunque de modo variable. La migraña puede aparecer por primera vez al inicio del tratamiento, empeorar o mejorar con el mismo; también es posible la presentación de migraña por suspensión del fármaco.¹⁹

Los cambios de humor y disminución de la libido son efectos comúnmente mencionados, aunque encontramos una falta de evidencia científica para demostrar su relación con los AOs.²⁰

Otros efectos descritos con anterioridad y prácticamente olvidados con los nuevos AOs de baja dosis estrogénica y gestágeno de tercera generación son: el acné, hirsutismo y el aumento de peso.

Efectos adversos mayores y riesgos (1 de cada 100):

- **Efectos sobre la coagulación**

En relación con el sistema de coagulación los anticonceptivos producen variaciones en las proteínas implicadas en la hemostasia: Elevan los factores como VII, VIII, IX, X, XIII, protrombina, fibrinógeno y factor de Von Willebrand, y disminuyen los anticoagulantes naturales como la libre Proteína S (PS), Inhibidor de factor tisular (TFPI), Antitrombina (AT), Proteína (PC).^{1,11}

Estos efectos se potencian en usuarias que presentan mutaciones genéticas de los factores de la coagulación. Las más comunes son las deficiencias de Antitrombina III (ATIII), PC y PS y el síndrome de la resistencia a la proteína C activada o factor V Leiden¹.

Los estrógenos favorecen la coagulación y los gestágenos, en general, aumentan la fibrinólisis, el balance final del anticonceptivo hormonal combinado dependerá de la cantidad de estrógenos y del tipo de gestágeno utilizado, la reducción en la dosis de estrógenos conlleva una menor influencia de los mismos sobre el sistema de la coagulación.⁵

En una mujer sin patología, podrían elevarse algunos parámetros de la hemostasia hasta límites cercanos a la normalidad, pero sin significación patológica. En pacientes con algún defecto trombotico, trombofilia o hipercoagulabilidad primaria, el AHCO actuaría de modo

sinérgico, favoreciendo de este modo alguna complicación trombótica, aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

El riesgo de presentar un coágulo de sangre en una vena es mayor durante el primer año en el que se toma un anticonceptivo hormonal combinado por primera vez. El riesgo puede ser mayor también si vuelve a empezar a tomar un anticonceptivo hormonal combinado (el mismo medicamento o un medicamento diferente) después de una interrupción de 4 semanas o más.¹¹

- **Efectos sobre el metabolismo lipídico**

Numerosos y diferentes estudios epidemiológicos han relacionado las alteraciones del metabolismo lipídico, fundamentalmente de colesterol total (CT), el LDL colesterol (LDLC) y el HDL colesterol (HDLC) con los anticonceptivos hormonales.

Las hormonas sexuales tanto endógenas como exógenas son las responsables de modificar las lipoproteínas transportadoras cuyo desajuste altera el aumento de padecer una enfermedad cardiovascular (ECV). Sin embargo, es conocido que los estrógenos endógenos y exógenos, actúan como mecanismo de protección ante el desarrollo de aterosclerosis e infarto agudo de miocardio (IAM) debido al aumento los niveles de HDLC y disminución de LDLC que provocan.²¹

No obstante, algunos de los gestágenos utilizados en los AO presentan el efecto opuesto debido a su efecto antiestrogénico, producen inhibición de la lipólisis y estimulan la lipoprotein-lipasa, en consecuencia, disminuyen el HDLC, aumentan el LDLC y originan una situación metabólica que podríamos definir como de dislipemia, situación que ha sido reconocida como uno de los factores de riesgo más importantes para la ECV. El aumento de los triglicéridos (TG) se asocia a riesgo cardiovascular cuando coexiste con otras alteraciones lipídicas. El efecto de los ACO en los perfiles de lípidos parece ser inmediato, sin embargo, reversible.²² La relación de niveles de colesterol elevados también está ligado al tabaquismo, siendo esta una contraindicación para la toma de ACO debido riesgo que supone padecer ECV, de esta manera es necesario tener un mayor control en este tipo de pacientes.¹¹

- **Efectos sobre la tensión arterial (TA)**

La hipertensión arterial (HTA) actúa de forma sinérgica con el uso de ACO aumentando el riesgo de padecer un IAM y un AVC. Causan un ligero aumento de la presión arterial en la

mayoría de las mujeres, debido a la estimulación del sistema renina-angiotensina. Este aumento ocurre durante los primeros 6 meses de tratamiento y cede de 3 a 6 meses tras la discontinuación de la medicación. En pacientes hipertensas previamente se produce un aumento de la tensión de entre 9-16%.¹

La HTA asociada a los ACO no contempla una sola causa, sino que parece depender de la acción conjunta de los estrógenos y gestágenos con una relación, no solo dosis-dependiente, sino también relacionada con el tipo de gestágeno que se utilice.¹

Según estudios, se han visto cambios en la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD) relacionados con la duración de toma de ACO. Entre las consumidoras de ACO, ambas presiones manifestaron ser más altas a diferencia de las que nunca habían tomado.²³ Resultados similares a este estudio, han demostrado un aumento de PAS y PAD entre usuarias de 3ª generación con contenido estrogénico y progestágeno. Sin embargo, la magnitud del aumento varía entre la población y la duración del uso de ACO.

- **Efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado**

Los mecanismos por los que la toma de un ACO parece producir ciertas alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono son por la disminución de la acción de la insulina a nivel de su receptor, produciéndose en consecuencia una hiperinsulinemia compensadora. Esta hiperinsulinemia, junto con modificaciones a nivel de los lípidos, puede significar un incremento del riesgo de ECV. También pueden producir alteraciones de la tolerancia a la glucosa. Sin embargo, los preparados actuales con dosis de gestágenos de 3ª generación y bajas dosis de estrógenos no han demostrado la aparición de Diabetes Mellitus (DM) en pacientes sanas.¹ Aun así, es necesario mantener un control en pacientes con DM porque la eficacia de los agentes hipoglucemiantes puede verse reducida por la toma de ACO.²⁴

- **Enfermedad cardiovascular**

La inseguridad respecto a los ACO viene dada debido a numerosos estudios que se realizaron con las primeras dosis que salieron al mercado. Estos estudios demostraron un incremento de efectos adversos para la salud en mujeres que utilizaban ACO con fórmulas que contenían altos niveles de estrógenos; sin embargo, estas píldoras ya no están disponibles en la actualidad o rara vez se usan.²⁵

La primera referencia que relacionó la toma de ACO con la ECV data de 1961, año en que *Jordan*, médico general británico, publica en *Lancet* un caso de trombo embolismo pulmonar (TEP) asociado a la ingesta de ACO.

Estudios más recientes han observado que los mecanismos por los que los ACO pueden inducir la ECV implican, fundamentalmente, la acción del estrógeno sobre los sistemas explicados anteriormente.¹⁰ Actualmente, existe una gran controversia sobre la influencia real de estos preparados en patologías tan relevantes como la trombosis venosa (TV).¹

La ECV es la mayor causa de muerte prematura en España y en todo el mundo occidental, así como una importante causa de discapacidad.²⁶ El riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular en un determinado periodo de tiempo (generalmente 5 o 10 años). La gran parte de los casos de ECV se asocian a la presencia de determinados factores de riesgo, como son el tabaquismo, la obesidad, la DM, la hiperlipemia, la HTA y los problemas de coagulación.^{10,26} El riesgo puede reducirse aún más si los usuarios son menores de 35 años, no fuman, no tienen antecedentes de hipertensión y se mide la presión arterial antes del inicio del uso de anticonceptivos orales. En tales mujeres, las preparaciones de AHCO con bajas dosis de estrógeno pueden asociarse con un riesgo incluso menor.²⁵

Las enfermedades cardiovasculares que se han asociado al uso de anticonceptivos con estrógenos son las siguientes:

- Trombosis venosa:

Se ha establecido que el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) se duplica cuando la dosis de estrógeno por comprimido es igual o superior a 50 µg de EE. Por esto en las últimas décadas se ha ido reduciendo la concentración estrogénica en los preparados, con el fin de minimizar estos efectos adversos. La TV es de tres a cuatro veces más frecuente que la trombosis arterial (TA) entre las mujeres jóvenes, esta última se asocia con una mayor mortalidad y consecuencias más graves para los supervivientes.²⁷

Los estudios disponibles sobre el riesgo de desarrollar ETV en mujeres sanas y usuarias que toman AHCO, provienen de estudios de cohortes y de casos y controles. Afirman que el riesgo de TV es mayor entre las usuarias que toman AHCO que contienen estrógenos y progestágenos en comparación de mujeres que no toman, estimándose un riesgo relativo (RR) entre 2 y 4, que además depende de si el progestágeno es de 2ª generación

(levonorgestrel) o 3ª generación (desogestrel o gestodeno).^{28,29,30} Las usuarias que toman preparados de 3ª generación parecen tener un mayor riesgo de padecer ETV que las que toman preparados de 2ª generación.¹

El riesgo también se ve afectado por la dosis del fármaco; el riesgo con 30-35 µg de EE y gestodeno, desogestrel, acetato de ciproterona y drospirenona es similar, y aproximadamente un 50-80% mayor que con levonorgestrel. Debe prescribirse el AHCO con la menor dosis posible de EE para minimizar los riesgos, es decir, un máximo de 30 µg de EE con levonorgestrel.³⁰

El riesgo estimado de ETV es de 5-10/100.000 casos al año entre las mujeres entre 15 y 44 años que no están embarazadas y que no utilizan AHCO,²⁹ es entonces cuando al administrar estrógenos exógenos, el riesgo aumenta.

Entre las usuarias de AHCO de baja dosis de estrógeno y progestágeno de 2ª generación el riesgo aumenta a un 20/100.000 mujeres-año y 30/100.000 mujeres-año para preparados que contienen desogestrel, gestodeno o drospirenona (3ª generación).

Si los comparamos con los riesgos de ETV asociado a un embarazo a término (60-90/100.000 mujeres-año) o mujeres posparto (500/100.000 mujeres-año), observamos que son menores¹. Sin embargo, el riesgo puede aparecer sobre todo durante el primer año de uso de AHCO o en mujeres que tienen factores de riesgo.²⁹

En cuanto a la mutación del Factor V Leiden o la proteína C activada explicado anteriormente, se observa un aumento de riesgo de hasta 28/100.000 casos-año en mujeres que la padecen y toman juntamente AHCO.²⁵

- Trombosis arterial:

Aunque las complicaciones arteriales son menos frecuentes que las complicaciones venosas entre las mujeres jóvenes, las consecuencias a corto y largo plazo de las complicaciones arteriales suelen ser más graves. El riesgo de trombosis arterial se debe considerar junto con el riesgo de trombosis venosa cuando se prescribe la anticoncepción hormonal.²⁷

Los efectos de los AHCO que contienen drospirenona sobre el riesgo de trombosis arterial siguen sin estar claros, y los estudios incluidos en algunas revisiones proporcionan resultados contradictorios. Los estudios de AHCO con riesgo de desarrollar IAM son tipos

cohortes y casos controles que concluyen que el riesgo no estaría elevado en usuarias de AHCO si no existen otros factores de riesgo. Sin embargo, distintos estudios y metanálisis mostraron que el riesgo de IAM o ACV era 1,6 veces mayor en las mujeres que usaban AHCO sin patología de base. Además, encontraron que el riesgo de trombosis arterial parece ser el doble en mujeres que toman pastillas con dosis más altas ($\geq 50\mu\text{g}$) de estrógeno.²⁹

Aunque los riesgos absolutos de ACV e IAM asociados con el uso de AHCO son relativamente bajos,²⁷ la relación entre la dosis de estrógeno y el riesgo de padecer una ECV se incrementa en un factor de 0,9 a 1,7 con AHCOs que incluyen EE en dosis de 20 μg y en un factor de 1,3 a 2.3 con aquellos que incluyen EE a dosis de 30 a 40 μg . Todos con diferencias relativamente pequeñas sobre el riesgo según el tipo de progestina utilizada (desogestrel, gestodeno y drospirenona de mayor a menor respectivamente).

Se estima una relación de 21.4/100.000 y 10.1/100.000 casos-año de ACV y IAM respectivamente en usuarias que utilizan ACOs.²⁷

Los factores de riesgo más importantes para el IAM y el ictus isquémico (II) son hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes y tabaquismo según la revisión Cochrane 2015.¹⁸

4.1.6 Interacciones y contraindicaciones

Interacciones

Las interacciones medicamentosas pueden ser resultado de alteraciones en la farmacodinamia o farmacocinética (interacciones que ocurren durante el proceso de absorción, distribución, metabolismo o eliminación) del medicamento. Las interacciones farmacodinámicas (cuando un medicamento influye directamente en la acción del otro por sinergismo o antagonismo) no son relevantes.^{8,31}

Existe una extensa variación inter e intra-individual en la biodisponibilidad del EE y que esta depende fundamentalmente de la absorción y el metabolismo.³¹

Podemos encontrar varios tipos de interacciones entre ACO y otros compuestos:

- Disminuyendo las concentraciones plasmáticas del ACO, afectando con ello a su efectividad.
- Aumentando los niveles séricos del fármaco pudiendo desencadenar la aparición de efectos adversos.
- Interfiriendo en la absorción o metabolismo de otros compuestos, incrementando o disminuyendo su efecto.

Inductores hepáticos y ACO

Pueden reducir la eficacia de los ACO. Por este modo deben recomendar métodos anticonceptivos alternativos a las mujeres que estén bajo tratamiento con cualquiera de ellos.⁸

Antibióticos y ACO

El mecanismo de la interacción entre los ACO y los antibióticos de amplio espectro como la ampicilina, bacampicilina, amoxicilina, cloranfocol y tetraciclinas no es muy claro. Podría disminuir la eficacia de los ACO actuando a nivel del ciclo enterohepático.

La cantidad total de fracasos debidos a esta interacción es sumamente pequeña con respecto a la cantidad de mujeres que toman ACO, sin embargo, las consecuencias de un embarazo pueden ser graves.⁸

ACO y vitaminas

Los ACO aumentan las concentraciones séricas del retinol o Vitamina A y disminuyen los niveles de ácido fólico, ácido ascórbico, de la cianocobalamina y de la piridoxina. El zumo de pomelo aumenta la biodisponibilidad del EE, pero es poco probable que esto tenga importancia clínica.⁸

ACO y tabaquismo

La presencia de un factor de riesgo como el tabaquismo combinado con la toma de ACO tiene un efecto sinérgico, aumentando el RR 30 veces de padecer EVC. Se ha estudiado que una gran parte de las EVC en usuarias que toman ACO son debidos al tabaquismo.⁸

Tabla VI: Efectos de los AH sobre otros fármacos¹⁶

Fármaco	Efecto clínico
Antihipertensivos Antidiabéticos Anticoagulantes (warfarina) Antidepresivos tricíclicos	Los anticonceptivos hormonales combinados disminuyen su efecto
Inmunosupresores (ciclosporinas) Corticoides Broncodilatadores (teofilina) Diuréticos ahorradores de potasio Benzodiacepinas (alprazolam, diazepam)	Los anticonceptivos hormonales aumentan el efecto de estos medicamentos

Contraindicaciones

Las contraindicaciones de los ACO están basadas en las modificaciones que éstas pueden producir en la población general sana y en las que, en caso de una patología preexistente, su uso puede agravarla.^{8,16,31}

 Tabla VII: Contraindicaciones absolutas y relativas^{8,16}

Absolutas	Relativas
-Antecedentes de tromboflebitis, embolia o AVC o patología coronaria	-Depresión
-Hepatopatías activas	-Migraña
-Antecedentes de ictericia o prurito grave durante el embarazo	-Epilepsia
-Tumores hormono-dependientes	-Miomatosis uterina
-Cáncer de mama.	-Otosclerosis
-Estenosis mitral descompensada	-Varices
-Hemorragia genital no diagnosticada	-Obesidad
-Embarazo	-Nefropatías
-Diabetes insulino-dependientes con afectación vascular	-Diabetes gestacional o prediabetes
-Hiperlipoproteinemia	-Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn

-Discrasia sanguínea	-Interacciones medicamentosas
-Tumores hepáticos	-Lactancia
-Cirugía mayor electiva o inmovilización prolongada	-Galactorrea
-Anemia de células falciformes	-Adenomas hipofisarios
-Lupus eritematoso	
-HTA grave o no controlada o asociada a más factores de riesgo cardiovascular	
-Fumadoras mayores de 35 años	

4.2 Conocimiento de las mujeres sobre los anticonceptivos orales

Resulta indispensable ofrecer a la mujer la información que se adapte a sus necesidades, conocimientos y posibilidades y que a su vez ésta sea completa y objetiva.

Fuente de información

La opinión de las mujeres sobre las anticonceptivas hormonales determinará su uso y a su vez los conocimientos que tengan sobre estos fármacos construirá su opinión sobre ellos. Por ello es imprescindible que la fuente sea utilizada sea fidedigna, como por ejemplo la de su médico referente, enfermera o comadrona.

Existen infinitas situaciones en la práctica clínica en las que paciente y profesional sanitario deben tomar alguna decisión, tanto respecto a procesos diagnósticos como terapéuticos, por lo que es necesario una buena relación basada en el *feedback*. En 1991 ya se hablaba al respecto y se planteaba el reto de un acto clínico en que el médico y el paciente tomaran parte en la toma de decisiones. Tanto para hablar de las características, beneficios y riesgos como para expresar sus preferencias, preocupaciones y experiencias, de manera que se llegara a una decisión conjunta satisfactoria en el abordaje de una situación de salud.^{32,33}

Actualmente, para mejorar la relación entre médico y paciente, se han diseñado las Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones (HATD)² son una medida complementaria

² Las HATD son una medida complementaria de asesoramiento proporcionado por los profesionales sanitarios, con el objetivo de ayudar a las personas a deliberar sobre sus diferentes opciones diagnósticas o terapéuticas teniendo en cuenta sus valores y preferencias.

de asesoramiento proporcionado por los profesionales sanitarios, empezaron a surgir sobre el 1999 y desde entonces se han extendido de forma rápida, principalmente en Norte América, Europa y Australia. En España la puesta en marcha del programa de guías de práctica clínica donde se incluía las HATD en el Sistema Nacional de Salud fue en el año 2006. Éstas han demostrado ser beneficiosas en diferentes ámbitos de la atención a la salud, en situaciones en que es necesario elegir entre diferentes opciones, ninguna de las cuales se puede afirmar mejor que otra. De esta manera se consigue que el paciente se sienta más seguro con el tratamiento que va a recibir y tome conciencia de lo que podrá ocurrir durante el proceso, incluidos los posibles riesgos que se le hayan expuesto.³⁴

En la revisión bibliográfica, encontramos que aproximadamente entre un 80 y un 90% de las mujeres, han recibido información sobre estos fármacos por parte de su médico de cabecera.^{7,6,35} Las cifras son parecidas respecto al número de mujeres que se ha leído al menos una vez el prospecto de las anticonceptivas que toma.⁷

Únicamente en un solo artículo hace mención sobre otras fuentes de información, a destacar el 34% ha obtenido la información de internet y aproximadamente el 30% de los amigos.³⁶ La mayor parte de la población femenina cuando va a otro médico le menciona que toma píldoras anticonceptivas hormonales, entre el 74% y el 52,1%. Por otro lado, sólo el 20,2% informan a su médico o farmacéutico cuando van a buscar otra medicación.^{6,7}

Conocimientos

Según el país donde se aplique la encuesta encontramos grandes diferencias respecto al conocimiento sobre si los ACO previenen las ETS. Según un estudio sobre los conocimientos de la población universitaria de los anticonceptivos orales en España un 90,4% de los encuestados conocen que los ACOs no protegen contra las ETS y un 2,2% no lo saben.³³ En contraposición, encontramos otro estudio en población general australiana que sólo el 59% de las mujeres conoce que estos fármacos no protegen contra las ETS.³⁶

Los motivos de uso de las anticonceptivas orales pueden ser variados, aproximadamente más de la mitad de mujeres el motivo principal de uso es el control de la natalidad (52%), en segundo puesto encontramos el control de diferentes irregularidades en la menstruación (sangrado abundante, dismenorrea, ovarios poliquísticos).⁶

Encontramos grandes diferencias, nuevamente, respecto a los conocimientos sobre las diferentes contraindicaciones o interacciones que tienen los ACO. Dependiendo el artículo

donde consultemos los datos, encontramos que entre el 15 y el 35% de las mujeres saben que existen fármacos, como por ejemplo algunos antibióticos que pueden hacer disminuir la efectividad de las anticonceptivas.^{7,36}

5. Resultados

5.1 Descripción de la muestra

Se rellenaron un total de 546 encuestas, 120 encuestas se recabaron en la escuela y las 426 restantes se mandaron vía correo electrónico, Whatsapp y a través de Facebook. (ver figura I). 82 hombres (14,8%) y 463 mujeres (85,2%) respondieron el cuestionario, de las cuales 198 (42,8%) tomaban ACO. Las mujeres mayores de 35 años (6%) o con hijos (2,7%) fueron excluidas de la muestra juntamente con los hombres por no entrar dentro de los criterios de inclusión. (ver tabla I)

El total de la muestra final que se obtuvo fue de n=182. Las edades de dichas mujeres estaban comprendidas entre 15 y 35 años, siendo las usuarias de edad entre 21 y 25 (55%) las que más respondieron al cuestionario. Cabe destacar que la mayoría de participantes tenía un nivel de estudios universitarios (73%).

Figura I: Diagrama resumen de recogida de cuestionarios

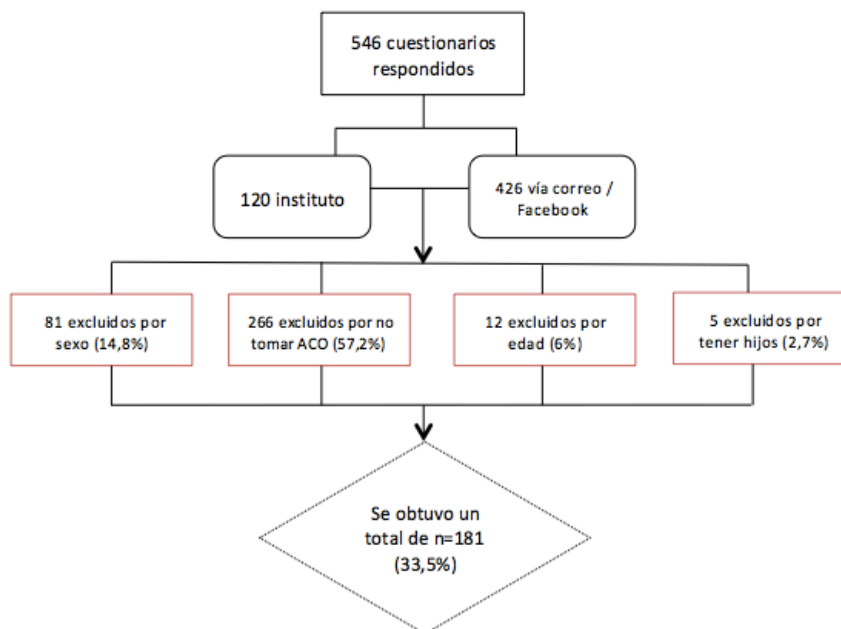


Tabla VIII: Descripción de la muestra

Género	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa %
	<i>fi</i>	<i>fr</i>	<i>fr %</i>
Hombre	81	0,15	14,8%
Mujer	465	0,85	85,2%
Total	546	1	100%
Edad	Menor 15 años	0	0
	15-20 años	59	0,30
	21-25 años	110	0,55
	26-35 años	19	0,10
	Mayor de 35 años	12	0,06
	Total	200	1
Uso ACO	Sí	199	0,43
	No	266	0,57
	Total	465	1
Hijos	Sí	5	0,03
	No	183	0,97
	Total	188	1

Por lo que se refiere a las enfermedades que padecían, la mayoría de participantes no presentaban ninguna enfermedad de base (78,5%), mientras que patologías como la migraña (7,7%), la obesidad (4,4%), la dislipemia (1,7%), la hipertensión arterial (1,1%) y problemas de coagulación (0,6%) mostraron resultados menores, el resto de los resultados fueron marcados en la casilla *otros* (11%).

5.2 Descripción de los resultados

-Resultados globales de las preguntas

El motivo principal por el cual las usuarias utilizaron ACO según los resultados fue la anticoncepción o control de natalidad (72,4%), seguidamente de ciclos irregulares (39,7%), dolor menstrual (32,6%), sangrado abundante (22,05%), y síndrome de ovarios poliquísticos (20,4%) de entre las opciones de respuestas cerradas ya establecidas. En la opción de respuesta abierta *otros* (5,7%), también respondieron *acné* (1,7%).

Es interesante destacar que más de la mitad de las participantes no conocían la composición del medicamento (62,4%), varias contestaron solamente *etinilestradiol* (4,4%) y el resto especificó en la respuesta la composición con *etinilestradiol + drospirenona* (7,1%), *etinilestradiol + levonorgestrel* (7,1%) de entre los más destacados.

Las respuestas relacionadas con la pregunta sobre los efectos secundarios reconocidos durante la toma de ACO fueron bastante heterogéneas, siendo la más prevalente los *cambios en el estado de ánimo* (39,2%). El *aumento de tamaño de las mamas* (33,1%), *aumento de peso* (27,1%), *pérdida de la libido* (26%) y *dolor de cabeza* (14,9%) se respondieron en menor porcentaje. El resto no detectó ninguno de los efectos mencionados (28,7%) o su respuesta fue clasificada como *otros* (5,4%).

Las preguntas que globalmente tuvieron un porcentaje más bajo de respuestas fueron las preguntas abiertas sobre los riesgos y complicaciones. En el primer caso, un gran porcentaje respondió no conocer los riesgos (43%) mientras que el resto de respuestas fueron *trombo embolismos* (23%), *enfermedades cardiovasculares* (7,7%), *cáncer* (3,3%), *infertilidad/esterilidad* (4,4%), *enfermedades de transmisión sexual* (1,6%), *embarazo no deseado* (3,8%) y *otros* (8,2%), entre los cuales se mencionó retención de líquido, dolor estomacal, y aumento de peso. El resto (10,4%) contestó que los conocía pero no fueron especificados. En el segundo caso relacionado con las complicaciones, la mayoría no las sabía (88,4%), las otras respuestas fueron *enfermedad cardiovascular* (2,2%), *infertilidad* (2,2%), *trombo embolismo venoso* (1,1%), *accidente cerebro vascular* (0,6%), y *otros* (3,3%). También hubo un porcentaje que respondió *si* (3,3%) pero no especificó qué complicaciones.

Otro dato a tener en cuenta son las respuestas sobre la toma de ACO y el aumento de riesgo de padecer ciertas patologías. Ésta pregunta era de respuesta múltiple. La respuesta con más porcentaje obtenido fue *todas* (29,8%) lo que daba a entender que todas las patologías mencionadas suponían un riesgo. Sin embargo, la respuesta *ninguna* fue otra de las más seleccionadas (27,6%). Las patologías con más respuestas fueron *trombo embolismo venoso* (28,2%), *cáncer de cuello uterino* (16,6%), *cáncer de mama* (15,5%), *accidente cerebro vascular* (13,8%) y *ataque al corazón* (12,7%).

Se preguntó de dónde provenía la información sobre los ACO y se observó que la fuente de información más grande proviene de los *médicos/enfermeras* (83,5%), mientras que *familia* (3,3%) y *amigos* (2,7%), *pareja* (0,5%) e *internet* (0%) mantienen porcentajes bajos. El resto, respondió *nadie* (9,9%) En cuanto a la recomendación de éstos, también se observa un porcentaje mayoritario proveniente del *médico/enfermera* (84%). El resto de respuestas fueron más homogéneas siendo *amigos* (10,5%), *nadie* (10,5%), *familia* (8,8%) y *pareja* (9%) las respuestas con porcentajes menores, en este caso se podía seleccionar más de una respuesta.

Por lo que refiere a la percepción del aumento de riesgo que supone la toma de ACO juntamente con otras variables la mayor respuesta fue *todas* (44,8%), siendo *hipertensión arterial* (32%) y *tabaco* (26,5%) las siguientes más votadas. La *edad inferior a 15 años* (24,9%) fue elegida numerosas veces mientras que *obesidad* (17,1%) y *Diabetes Mellitus* (18,8%) obtuvieron resultados parecidos. Debe tenerse en cuenta la respuesta *ninguna* (11%) con un porcentaje menor pero importante.

Los mitos y realidades tuvieron respuestas bastante heterogéneas. La afirmación sobre la disminución de la eficacia de los ACO debido a la toma de antibióticos conjunta obtuvo la mayoría de respuestas (66,1%) mientras que el resto contestó lo contrario (20,8%) o que no lo sabían (13,1%). (*ver tabla IX*)

En la siguiente pregunta de verdadero o falso, acerca de la cantidad de píldoras de emergencia que se podían tomar a lo largo de la vida, la mayoría (49,5%) afirmó que solamente se podían tomar tres píldoras de emergencia, sin embargo la respuesta que falseaba la pregunta (31,3%) obtuvo porcentajes aproximados, el resto no lo supo (19,2%). (*ver tabla IX*)

A diferencia de la anterior, las respuestas sobre la pregunta acerca de si la eficacia de la pastilla anticonceptiva según el día de su toma era la misma, se vieron reflejadas en gran mayoría en la opción *falso* (83,5%). Se observaron porcentajes parecidos referidos a *verdadero* (7,7%) y *no lo sé* (8,8%). Las respuestas sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual de los ACO fueron bastante parecidas a la anterior. La mayoría respondió *falso* (98,4%) y la respuesta del resto fue *no lo sé* (1,6%), no se observó ninguna respuesta en la opción *verdadero* (0%). (*ver tabla IX*)

En cuanto a la afirmación sobre la relación de la dosis de fármaco y el riesgo se obtuvieron resultados bastante variados. La respuesta más votada fue *no lo sé* (45,6%), *verdadero* (34,6%) y *falso* (19,8%) obtuvieron porcentajes menores.

Tabla IX: Resultados preguntas sobre mitos y verdades

		Frecuencia absoluta <i>fi</i>	Frecuencia relativa <i>fr</i>	Frecuencia relativa % <i>fr %</i>
<i>Eficacia ACO reducida debido a tratamiento con antibiótico</i> (pregunta 17)	Verdadero	120	0,66	65,9%
	Falso	38	0,21	20,9%
	No lo sé	24	0,13	13,2%
	Total	182	1	100%
<i>Un máximo de 3 píldoras de emergencia en la vida</i> (pregunta 18)	Verdadero	90	0,49	49,5%
	Falso	57	0,31	31,3%
	No lo sé	35	0,19	19,2%
	Total	182	1	100%
<i>Misma eficacia píldora emergencia según el día de toma</i> (pregunta 19)	Verdadero	14	0,08	7,7%
	Falso	152	0,84	83,5%
	No lo sé	16	0,09	8,8%
	Total	182	1	100%
<i>ACO previenen ETS</i> (pregunta 20)	VERDADERO	0	0	0%
	Falso	179	0,98	98,4%
	No lo sé	3	0,02	1,6%
	Total	182	1	100%
<i>Relación dosis-riesgo</i> (pregunta 21)	VERDADERO	63	0,35	34,6%
	Falso	36	0,20	19,8%
	No lo sé	83	0,46	45,6%
	Total	182	1	100%

Sorprendentemente las usuarias contestaron afirmativamente (38,5%) que los ACO producen infertilidad o limita la posibilidad de quedarse embarazada. Sin embargo la

mayoría aunque no por mucha diferencia, contestó *falso* (40,7%). El resto no lo supo (20,9%). También se obtuvieron resultados parecidos en cuanto al enunciado relacionado con ausencia de menstruación debido al uso de ACO, *falso* (46,2%), *verdadero* (33%), *no lo sé* (20,9%). (ver tabla X)

Tabla X: Resultados preguntas sobre mitos y realidades

		Frecuencia absoluta <i>fi</i>	Frecuencia relativa <i>fr</i>	Frecuencia relativa % <i>fr %</i>
<i>Uso prolongado de ACO produce infertilidad</i> (pregunta 22)	Verdadero	70	0,38	38,5%
	Falso	74	0,41	40,7%
	No lo sé	38	0,21	20,9%
	Total	182	1	100%
<i>Uso de ACO puede producir ausencia de menstruación</i> (pregunta 23)	Verdadero	60	0,33	33%
	Falso	84	0,46	46,2%
	No lo sé	38	0,21	20,9%
	Total	182	1	100%
<i>Importancia de mencionar el uso de ACO en consulta médica</i> (pregunta 24)	Sí, siempre	152	0,84	83,5%
	No, nunca	0	0,00	0%
	No lo sé	29	0,16	15,9%
	Alguna vez	1	0,01	0,5%
	Total	182	1	100%
<i>Importancia de mencionar el uso ACO en tratamiento nuevo</i> (pregunta 25)	Sí, muy importante	171	0,94	94%
	No, no tiene nada que ver	2	0,01	1,1%
	No lo sé	9	0,05	4,9%
	Total	182	1	100%

Por último, se hizo referencia a la importancia de mencionar el uso de ACO ante una visita médica o un tratamiento nuevo. En el primer caso, las usuarias mayoritariamente respondieron que el uso de ACO debería comentarse siempre ante una consulta médica (83%). Otras respuestas fueron *alguna vez* (15,9%) y *no lo sé* (0,5%). *Nunca* no obtuvo

respuestas (0%). En el segundo caso, ante la receta de un nuevo tratamiento, el 94% de las usuarias creen que es *muy importante* comentarle al médico la toma de ACO, el 4,9% *no lo sabe* y el 1,1% cree que *no tiene nada que ver*. (ver tabla X)

-Descripción de relación entre variables

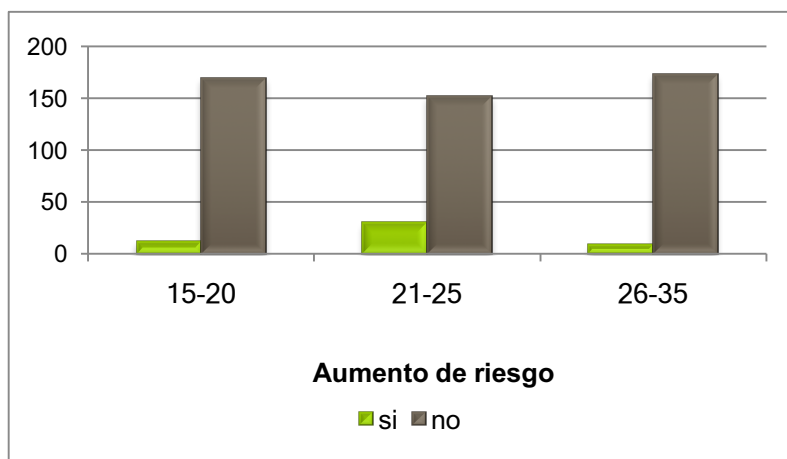
Tabla XI: Relación entre edad y conocimientos sobre el riesgo de ACO

	Si	No	Total	χ^2	P valor	
Cáncer cuello uterino				13,54	0,001	
	15-20	10 (15,9%)	172 (94,5%)			182 (100%)
	21-25	18 (9,8%)	164 (90,1%)			182 (100%)
	26-30	2 (1,09%)	180 (98,9%)			182 (100%)
	Total	30	516			546
Riesgo TEV				16,74	p < 0,001	
	15-20	12 (6,59%)	170 (93,4%)			182 (100%)
	21-25	30 (16,48%)	152 (83,5%)			182 (100%)
	26-30	9 (4,9%)	173 (95,1%)			182 (100%)
	Total	51	495			546
Ataque corazón				12,08	0,002	
	15-20	6 (3,2%)	176 (96,7%)			182 (100%)
	21-25	15 (8,2%)	167 (91,7%)			182 (100%)
	26-30	2 (1,09%)	180 (98,9%)			182 (100%)
	Total	23	523			546
ACV				8,64	0,013	
	15-20	6 (3,2%)	176 (95,6%)			182 (100%)
	21-25	15 (8,2%)	167 (91,8%)			182 (100%)
	26-30	4 (2,2%)	178 (97,8%)			182 (100%)
	Total	25	521			546
Cáncer mama				4,88	0,087	
	15-20	8 (4,4%)	174 (95,6%)			182 (100%)
	21-25	15 (9%)	167 (91,7%)			182 (100%)
	26-30	6 (3,2%)	176 (96,7%)			182 (100%)
	Total	29	517			546
Ninguna				16,42	p < 0,001	
	15-20	21 (13,04%)	161 (88,5%)			182 (100%)
	21-25	25 (13,7%)	157 (86,2%)			182 (100%)
	26-30	4 (2,2%)	178 (97,8%)			182 (100%)
	Total	50	496			546

Todas					36,2	$p < 0,001$
	15-20	17 (9,3%)	165 (9,06%)	182 (100%)		
			147			
	21-25	35 (19,2%)	(80,76%)	182 (100%)		
	26-30	1 (0,5%)	181 (99,5%)	182 (100%)		
	Total	53	493	546		

En la tabla XI se exponen y se comparan los resultados de las preguntas referentes al conocimiento sobre los riesgos de los ACO y la edad. La relación entre la edad y el conocimiento de los riesgos sobre los ACO es significativa en todos los tipos de riesgo investigados con excepción del riesgo de cáncer de mama. Si bien la mayoría de respuestas para los riesgos fueron *No*, cabe decir que el porcentaje que representa a la franja de edad entre 20-25, fue en general menor respecto a las otras edades.

Figura II: Gráfico de barras relación edad y mito aumento de riesgo de TEV con el uso de ACO

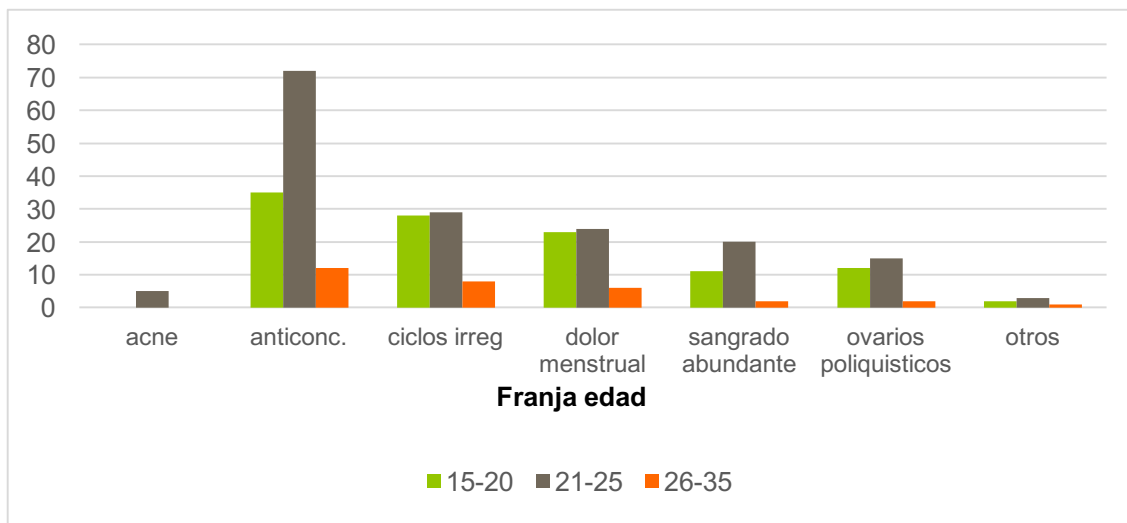


En la figura II se observa gráficamente la relación estadística entre la respuesta *si* y la franja de edad de 21-25. Indicando que las mujeres entre 21-25 creen en mayor porcentaje que éste riesgo es cierto si se toma ACO.

Tabla XII: Relación entre la edad y el motivo de uso de ACO

Edades	Acné	Anticoncepción	Ciclos irregulares	Dolor menstrual	χ^2	p valor		
15-20	0 (0%)	35 (29,4%)	28 (43%)	23 (43,4%)	12,7	0,391		
21-25	5 (100%)	72 (60,5%)	29 (44,6%)	24 (45,3%)				
26-35	0 (0%)	12 (10,1%)	8 (12,3%)	6 (11,3%)				
Total	5 (100%)	119 (100%)	65 (100%)	53 (100%)				
	Sangrado abundante	Ovarios poliquísticos	Otros	Total				
15-20	11 (33,3%)	12 (37,5%)	2 (33,3%)	15-20 (100%)			111	
21-25	20 (60,6%)	15 (46,8%)	3 (50%)	21-26 (100%)			168	
26-35	2 (6,1%)	2 (6,2%)	1 (16,7%)	26-35 (100%)			34	
Total	33 (100%)	32 (100%)	6 (100%)	313 (100%)				

Figura III: Gráfico de barras relación edad y motivo de uso

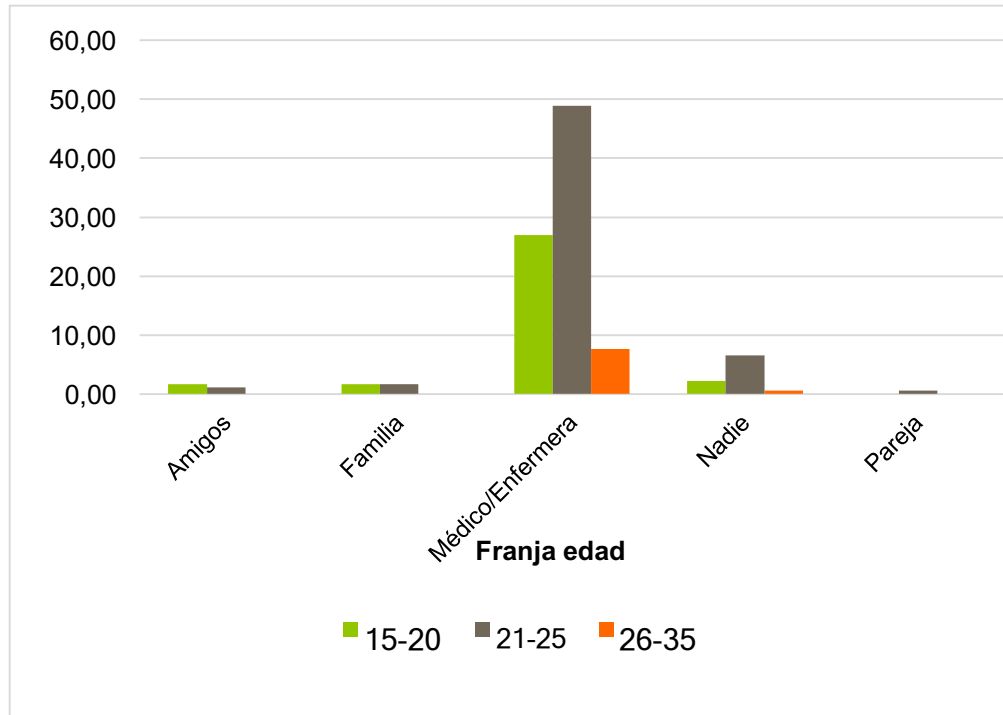


En la tabla XII se observa la relación de variables como la edad y el motivo de uso de los ACO ($p < 0,05$), éstas son estadísticamente no significativas indicando que el motivo de uso no tiene que ver con la edad.

En la figura III se observa gráficamente que la proporción de edades es muy similar en todos los motivos de uso exceptuando el acné, en el que sólo ha respondido una única

franja de edad (21-25). También en la respuesta de anticoncepción se observa que la franja edad que más ha respondido es entre 21-25.

Figura IV: Gráfico de barras relación edad y fuente de información



En la tabla XIII se exponen los resultados de la relación entre la edad y la fuente de información sobre los ACO. Esta relación es estadísticamente no significativa, indicando que la fuente de información no está relacionada con la edad ($p > 0,05$).

Tabla XIII: Relación edad y fuente de información

Edades	Amigos	Familia	Médico / Enfermera	Nadie	Pareja	Total	X ²	p valor
15-20	3 (60%)	3 (50%)	49 (32,2%)	4 (22,2%)	0 (0%)	59 (100%)	5,17	0,739
21-25	2 (40%)	3 (50%)	89 (58,5%)	13 (72,2%)	1 (100%)	108 (100%)		
26-35	0 (0%)	0 (0%)	14 (9,21%)	1 (5,5%)	0 (0%)	15 (100%)		
Total	5 (100%)	6 (100%)	152 (100%)	18 (100%)	1 (100%)	182 (100%)		

En la figura IV se observa la falta de relación entre la edad y la fuente de información, expresada en que la mayoría (83,5%) utiliza al médico/enfermera como fuente de información, en especial la franja de edades entre 21-25.

Tabla XIV: Relación fuente información y conocimientos sobre los riesgos de los ACO

Fuente información	Cáncer mama	Cáncer cuello útero	ECV	Ninguna	Todas	Total	χ^2	p valor
Médico /enfermera	22 (78,6%)	24 (80%)	76(76,7%)	43 (86%)	45 (84,9%)	210 (100%)	5,6	0,935
Internet	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (100%)		
Conocidos	2 (7,1%)	3 (10%)	9 (9,1%)	5 (10%)	2 (3,7%)	18 (100%)		
Nadie	4 (14,3%)	3 (10%)	14 (14,1%)	2 (4%)	6 (11,3%)	23 (100%)		
Total	28 (100%)	30 (100%)	99(100%)	50 (100%)	53 (100%)	254 (100%)		

En la tabla XIV se ve la relación entre la fuente de información sobre los ACO y el conocimiento sobre los riesgos que éstos provocan. Se observa en la tabla que éstas variables están estadísticamente no relacionadas ($p>0,05$) indicando que la fuente de información no determina el conocimiento sobre los riesgos.

En las siguientes tablas (XV-XX) se relaciona la edad con las distintas preguntas de los mitos. En la tabla XV, la relación entre la edad y la eficacia de la píldora del día después es estadísticamente no significativa, indicando que la respuesta a la pregunta no está relacionada con la edad.

En la tabla XVI, también se observa que la relación entre la edad y la mayor dosis del fármaco es estadísticamente no significativa, indicando que la respuesta sobre el conocimiento de este hecho no está relacionada con la edad.

En cuanto a la tabla (XVII), la relación entre la edad y respuesta al conocimiento sobre el efecto de ACO en la fertilidad es estadísticamente significativa. Esto indica que al menos en una determinada edad el conocimiento sobre este tema es diferente al resto de las edades.

Otra relación estadísticamente no significativa es la expuesta en la tabla XVIII, donde se indica que el conocimiento sobre la ausencia de menstruación durante algunos meses no depende de la edad.

La relación entre la edad y si se debe mencionar al médico la toma de ACO expuesta en la tabla XIX, también es estadísticamente no significativa, lo que indica que la respuesta sobre el conocimiento de este hecho no está relacionada con la edad.

La última tabla (XX) relaciona la edad con la importancia de mencionar al médico la toma de ACO ante un nuevo tratamiento y se observa una relación estadísticamente no significativa indicando que la respuesta sobre el conocimiento de este hecho tampoco está relacionada con la edad.

Tabla XV: Relación edad y mito n° 1

La píldora emergencia tiene la misma eficacia el 1r, 2º y 3r día de toma postcoital						
Edad	No lo sé	Falso	Verdadero	Total	χ^2	p valor
15-20 años	4 (25%)	50 (32,9%)	5 (35,7%)	59 (32,4%)		
21-25	8 (50%)	91 (59,8%)	9 (64,28%)	108 (59,3%)		
26-35	4 (25%)	11 (7,2%)	0%	15 (8,2%)		
Total	16 (100%)	152 (100%)	14 (100%)	182 (100%)		

Tabla XVI: Relación edad y mito n° 2

Cuanta más dosis de fármaco contenga el medicamento, más riesgos supone						
Edad	No lo sé	Falso	Verdadero	Total	χ^2	p valor
15-20 años	29 (34,9%)	12 (33,3%)	18 (28,6%)	59 (32,4%)		
21-25	45 (54,2%)	21 (58,3%)	42 (66,7%)	108 (59,3%)		
26-35	9 (10,8%)	3 (8,3%)	3 (4,8%)	15 (8,2%)		
Total	83 (100%)	36 (100%)	63 (100%)	182 (100%)		

Tabla XVII: Relación edad y mito n° 3

La toma ACO disminuye la probabilidad de tener hijos y produce infertilidad						
edad	No lo sé	Falso	Verdadero	Total	χ^2	p valor
15-20 años	16 (42,1%)	22 (29,7%)	21 (30%)	59 (32,4%)		
21-25	21 (55,2%)	43 (58,1%)	44 (62,8%)	108 (59,3%)		
26-35	1 (2,6%)	9 (12,1%)	5 (7,1%)	15 (8,2%)		
Total	38 (100%)	74 (100%)	70 (100%)	182 (100%)		

Tabla XVIII: Relación edad y mito nº 4

La toma de ACO puede provocar ausencia menstruación durante meses						
EDAD	No lo sé	Falso	Verdadero	Total	χ ²	p valor
15-20 años	8 (21,1%)	36 (43,8%)	15 (25,1%)	59 (32,4%)		
21-25	28 (73,7%)	39 (46,4%)	41 (68,3%)	108 (59,3%)		
26-35	2 (5,2%)	9 (10,7%)	4 (6,6%)	15 (8,2%)		
Total	38 (100%)	84 (100%)	60 (100%)	182 (100%)		

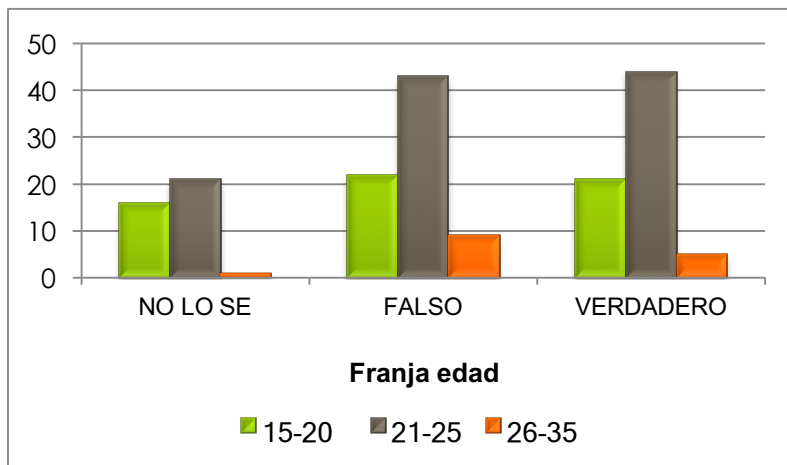
Tabla XIV: Relación edad y mito nº 5

Es importante mencionar la toma de ACO al médico						
EDAD	Alguna vez	No lo sé	Sí, siempre	Total	χ ²	p valor
15-20 años	14 (48,3%)	0 (0%)	45 (29,6%)	59 (32,4%)		
21-25	15 (52,7%)	1 (100%)	92 (60,5%)	108 (59,3%)		
26-35	0 (0%)	0 (0%)	15 (9,8%)	15 (8,2%)		
Total	29 (100%)	1 (100%)	152 (100%)	182 (100%)		

Tabla XX Relación edad y mito nº 6

Es importante mencionar la toma de ACO ante nuevo tratamiento						
EDAD	No lo sé	No tiene nada que ver	Muy importante	Total	χ ²	p valor
15-20 años	4 (44,4%)	1 (50%)	54 (31,5%)	59 (32,4%)		
21-25	4 (44,4%)	1 (50%)	103 (60,2%)	108 (59,3%)		
26-35	1 (11,1%)	0 (0%)	14 (8,1%)	15 (8,2%)		
Total	9 (100%)	2 (100%)	171 (100%)	182 (100%)		

Figura V: Relación edad y mito sobre la toma de ACO e infertilidad



En la figura V se distingue una relación entre la edad y el conocimiento sobre la infertilidad (tabla XVII), observando que en la franja de edad entre 21-25 el conocimiento sobre este tema es diferente el resto de las edades.

5.3 Limitaciones y dificultades

Una vez tuvimos la pregunta planteada, esta nos determinó el tipo de metodología con la que trabajar.

Antes de realizar la encuesta, realizamos una búsqueda exhaustiva de documentos y trabajos que hablaran o trataran del tema que queríamos estudiar, para nuestra sorpresa los resultados fueron bastante limitados y encontramos pocas encuestas validadas que se aproximaran a lo que nosotras queríamos estudiar. Por lo tanto, en función de lo que nos interesaba saber realizamos una encuesta. Una vez obtenidos los resultados, fuimos dándonos cuenta de pequeños errores que dificultaban la obtención de los datos, como la opción a responder más de una respuesta en el cuestionario. Por otro lado, también constatamos la falta de alguna información en la encuesta, como no identificar la edad del inicio de las relaciones sexuales o no conocer los motivos por los cuales las mujeres no tomaban anticonceptivos orales.

Si bien hay muchos aspectos positivos con los cuestionarios online, a veces es posible que los encuestados no entiendan algunas preguntas escritas y puedan malinterpretarse. También la falta de accesibilidad es un problema a tener en cuenta; las encuestas pueden no ser adecuadas para usuarios con impedimentos visuales o incluso para personas que no tienen acceso a internet. Aun así, el hecho de estudiar un tema tan conocido y actual como la anticoncepción hormonal ha favorecido el poder llegar a una muestra de estudio suficiente, ya que es un método muy usual que muchas usuarias utilizan.

De la bibliografía encontrada, la gran mayoría, hace referencia a la parte científica y médica. Al tratarse de un tema actual y con gran repercusión sobre la sociedad no ha sido una dificultad encontrar bibliografía sobre estos conceptos. Por otro lado, no hemos encontrado homogeneidad en los estudios que hablaban sobre el conocimiento o la percepción del riesgo en las mujeres sobre estos fármacos y eso implica una dificultad en poder comparar los datos que hemos obtenido con más de un estudio.

6. Discusión

Aunque el uso de anticoncepción hormonal está considerablemente extendido actualmente entre las mujeres, tan sólo un 25% de las mujeres españolas manifiestan tener suficiente información que justifique la decisión de utilizarlos. Es habitual encontrar que la mayoría de ellas no saben de qué están compuestos o qué efectos provocan en el sistema reproductivo femenino para llevar a cabo su función y evitar un posible embarazo. En nuestro estudio, en general, en cuanto al conocimiento sobre los ACO, a la mayor parte de las mujeres encuestadas (62,4%) les faltaba información sobre la composición. Cabe decir, que España se sitúa en décima posición en el ranking sobre conocimientos sobre anticonceptivos, por debajo de países como Polonia (38,1%) o Bulgaria (35,7%).³⁸

La falta de información se hizo más evidente cuando se cuestionó en una pregunta abierta, si sabían los riesgos y complicaciones de estos, donde el 43% respondió no conocer los riesgos y el 88,4% las complicaciones. Sin embargo, en la misma pregunta con respuestas establecidas, mayormente las usuarias seleccionaron todas las opciones posibles que se mencionaban, fueran ciertas o falsas, en concreto el Tromboembolismo venoso (28,2%) y todas (29,8%), por lo que indicaría que las usuarias no tienen un conocimiento claro sobre los riesgos y complicaciones.

En cuanto a la fuente de información de nuestro estudio se observa que la mayoría proviene del médico o enfermera (83,%), contrastando los resultados con otros estudios analizados previamente se observa que son muy similares. Denis L. Et al.⁶ evaluaron que el 95,1% de las usuarias le preguntan a su médico de cabecera, mientras que Sánchez del Moral L. Et al.³⁷ también estudiaron que independientemente de el área de conocimiento al que perteneciera la usuaria, el 72,7% de usuarias universitarias utiliza el médico como la principal fuente de información. Este es un resultado muy positivo, ya que nos aseguramos que la información recibida es segura y clara.

Sin embargo, los resultados de las otras fuentes de información resultan ser diferentes a los de otros estudios. Kulhavy S et al.³⁶ evaluaron que el 34% ha obtenido la información de internet y aproximadamente el 30% de los amigos, mientras que en nuestro estudio sólo el 2,7% de usuarias consultan a los amigos y ninguna (0%) usuaria menciona haber usado internet. Estos resultados nos indican que son pocas las usuarias que han consultado fuentes de información menos fiables.

También vemos que la mayoría de usuarias (84%) toman pastillas anticonceptivas recomendadas por un facultativo, esto nos hace pensar que se lleva un mejor control y seguimiento del tratamiento.

Es positivo observar que gran parte de las usuarias reconocen algunos factores como un riesgo añadido si se toman junto con anticonceptivas, como el tabaco (26,5%) o la hipertensión arterial (32%) entre otras, aunque sigue habiendo un pequeño porcentaje que cree que ninguna de las opciones propuestas en la encuesta son factores de riesgo (11%). Esta cifra es preocupante ya que nos indica un desconocimiento que puede ser un riesgo para la salud de estas personas. Es de destacar que también se observa la falta de información en la respuesta que las usuarias seleccionaron en la que tomar ACO y ser menor de 15 años es un factor de riesgo (24,9%), ya que esta respuesta es falsa.

En referencia al apartado de mitos y verdades, se observan resultados distintos entre los artículos revisados y nuestro estudio. En cuanto a la relación de la disminución de la efectividad de los ACO por la toma de antibióticos, Bardaweel S et al.⁷ estudiaron que entre un 15 y un 35% de las mujeres saben que existen fármacos, como por ejemplo algunos antibióticos que pueden hacer disminuir la efectividad de las anticonceptivas. En contraposición en nuestro estudio el 65,7% sabía que hay fármacos que pueden interferir en la efectividad de los ACO pero el resto (21%) y (13,3%) contestó falso y no lo sé respectivamente. Estas cifras son preocupantes dado que un total del 33,3% de las usuarias no saben realmente que un antibiótico puede disminuir la eficacia del anticonceptivo. Esto nos indica un grave riesgo en la prevención de embarazos no deseados.

Otra cifra alarmante es la que aparece en los resultados referente a la cantidad de pastillas del día después, vemos que más de la mitad (50,8%) desconocen o creen que es verdadero que como máximo se puedan tomar 3 a lo largo de su vida, por lo nos indica una grave falta de información y que en caso de necesidad de usar la píldora de emergencia tras haber usado la 3ª dosis, ésta no sea tomada por temor.

Por lo que refiere a la efectividad de la píldora de emergencia según el día de la toma, se observa positivamente que un porcentaje elevado (84%) está de acuerdo en que no tienen la misma eficacia si se toman el 1r, 2º o 3r día. Esto es positivo ya que en caso de necesitar la píldora del día después, la mayoría tendrá en cuenta cuando tomarla, manteniendo así el

porcentaje elevado de su eficacia.

Torres Falguera F.³⁵ estudió que un 90,4% de la población universitaria de los anticonceptivos orales en España de los encuestados conocen que los ACOs no protegen contra las ETS y un 2,2% no lo saben. Estas cifras se asemejan a los resultados de nuestro cuestionario, siendo estos un 98,3% las usuarias que conocen que estos no protegen contra las ETS y un 1,7% no lo saben. Estas cifras nos transmiten que las usuarias tienen en cuenta que deben usar otro método de anticoncepción para protegerse ante una situación de riesgo.

Sin embargo la cantidad de dosis del fármaco y el riesgo supuesto se observaron resultados bastante homogéneos, lo que nos confirma que las usuarias no tienen claros los riesgos añadidos en las píldoras con dosis elevadas de hormonas.

Otra cifra preocupante se observa ante la cantidad de usuarias que respondieron que la toma de ACO produce infertilidad o reduce la probabilidad de quedarse embarazada, el 60% respondió que era verdadero o no lo sabía. Esto nos alarma a los profesionales debido que es un tema que puede provocar temor ante la toma y que debe ser resuelto y explicado para reducir las preocupaciones de las usuarias.

Por lo que refiere a la ausencia de la menstruación debido al uso de ACO, el 66,8% pensó que era falso o no lo sabía, esta cifra nos muestra también, la necesidad de comentar este hecho con las usuarias para así disminuir la ansiedad en los períodos de ausencia.

En las búsquedas bibliográficas sobre la mención de la toma de ACO ante su médico, Denis L et. al.⁶ encontraron que la mayor parte de la población femenina entre el 74% y el 52,1% lo hace, en cuanto los resultados de nuestro cuestionario, la mayoría (83,4%) lo comenta. Lo mismo ocurre ante el inicio de un nuevo tratamiento, la mayoría lo menciona, aunque hay una pequeña cifra que no lo cree necesario. Sin embargo, según Bardaweel S et. al.⁷ sólo el 20,2% le indica a su médico o farmacéutico la toma de ACO ante un nuevo tratamiento. Estos datos nos indican que se debe preguntar siempre a la paciente si toma algún tipo de anticoncepción para entender algunos desequilibrios hormonales o a la hora de comenzar un nuevo tratamiento.

En relación a los resultados obtenidos, las personas que participaron en la encuesta fue porque así lo desearon, voluntariamente. Esto conlleva un sesgo de selección, es decir, la muestra puede no ser representativa de la población general debido a que los cuestionarios

se entregaron a las usuarias sin poder comprobar que lo realizaban ellas mismas o no consultaban información sobre el tema, por eso, sería interesante realizar un estudio similar, con más preguntas de anticoncepción y en un espacio y tiempo controlado para evitar falsos sesgos.

El número de mujeres que respondieron a nuestro cuestionario que tomaban ACO fue inferior al deseado, ya que un mayor porcentaje de usuarias hubiese sido más significativo para el estudio. Sería de gran interés, poder ampliar el tamaño de la muestra, para poder conocer con mayor exactitud los conocimientos que tienen las mujeres jóvenes sobre los anticonceptivos orales que toman. Asimismo, a través de los resultados obtenidos en nuestro estudio sería interesante complementarlos con otra investigación cualitativa.

7. Conclusiones

Las principales fuentes de información de los ACO es el médico y/o enfermera, considerándose la más fidedigna. El gran número de errores y/o de información incompleta observada en el cuestionario puede ser indicativo de un error o bien del emisor, es decir, el médico y/o enfermera, o en su defecto de la interpretación del receptor, en este caso las usuarias. Podemos encontrar distintos errores del emisor que nos pueden explicar éstos hechos: información incompleta, lenguaje poco adaptado al receptor, dar por hecho información o la mala comunicación entre ambos. Los errores del receptor podrían ser: no resolver dudas, no identificar la información relevante, restar importancia a la información recibida. Es por eso que sería necesaria mejorar la calidad de la educación sanitaria respecto a los métodos anticonceptivos. Sería interesante trabajar esta información en el consultorio médico de la misma forma que en los centros educativos. Por otra parte, el uso de los medios de comunicación sería un punto clave para concienciar a la población.

Cabe destacar que a pesar de la transmisión de información acerca de los ACO los mitos siguen estando muy presentes en nuestra sociedad deformando la información fidedigna. Esto podría deberse a un desconocimiento por parte de profesionales sanitarios de cuáles son las creencias populares sobre estos fármacos.

De cara a un futuro sería de gran interés realizar un estudio que profundizara sobre la percepción de los profesionales sanitarios acerca de los conocimientos que tienen sus usuarios.

8. Cronograma

Actividad	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	Semanas															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Tutorías																
Reuniones equipo																
Elección temática																
Justificación																
Objetivos																
Revisión bibliográfica																
Metodología																
Realización cuestionario																

Actividad	Enero				Febrero				Marzo				Abril				mayo			
	Semanas																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Tutorías																				
Reuniones equipo																				
Realización cuestionario																				
Redacción marco teórico																				
Difusión encuesta																				
Análisis datos																				
Conclusión y discusión																				

9. Artículo

La percepción de las mujeres acerca de los riesgos de la toma de anticonceptivos orales

RESUMEN

Objetivo: Identificar los conocimientos que tiene las mujeres que hacen uso de anticonceptivos orales (ACO) acerca de los posibles efectos secundarios y riesgos de tomar estos fármacos.

Material y métodos: Estudio llevado a cabo con metodología cuantitativa. La información se generó mediante una encuesta online ad hoc. Los sujetos de estudio fueron 182 mujeres entre 15 y 35 años, sin hijos y que tomaran ACO en el momento de realizar la encuesta. Se atendió a los aspectos éticos y legales.

Resultados: El 42'8% de las mujeres encuestadas utiliza como método anticonceptivo principal píldoras anticonceptivas. El motivo principal por el cual las usuarias toman ACO es para el control de la natalidad en un 72'4%. El 27'6% cree que la toma de ACO no aumenta el riesgo de padecer ninguna patología. La principal fuente de información proviene de los médicos y/o enfermeras en un 83'5%.

Conclusiones: La principal fuente de información en referencia al uso de los ACO es el médico y/o enfermera. El gran número de errores y/o de información incompleta que se observa en las respuestas obtenidas en el cuestionario puede ser indicativo de un error, o bien del emisor, es decir, el médico y/o enfermera, o en su defecto de la interpretación del receptor, en este caso las usuarias. Por lo tanto, se plantea que existe una necesidad por parte de las usuarias de ACO de una mejor calidad de la transmisión de la información. Cabe destacar que a pesar de la transmisión de información acerca de los ACO por parte de los profesionales implicados, los mitos siguen estando muy presentes en nuestra sociedad deformando la información fidedigna que puedan recibir las usuarias. Esto podría deberse a un desconocimiento por parte de profesionales sanitarios de cuáles son las creencias populares sobre estos fármacos.

Palabras clave: Anticoncepción hormonal, Anticonceptivos orales, Conocimiento, Riesgos, Complicaciones, Mitos.

Women's perception about the risks of taking contraceptive pills

BACKGROUND

Objectives: To identify the knowledge of contraceptive pills (CP) users about the potential effects and risks of taking them

Methods: Research carried out with quantitative methods. The information was generated through an online enquiry. The study subjects were among 182 women between 15-35 years old, with no kids and using CP pills at the time. Ethical and legal aspects were taken into consideration.

Results: The 42,8% of surveyed women use CP as contraceptive methods. Birth control is the main reason why the users take CP in about 72,4% of the cases. The 27,6% think that the use of CP does not increase the risk of suffering pathologies. The prime source of information comes from the doctors and/or the nurses in about 83,5%.

Conclusions: The main source of information of CP is the doctor and/or the nurse. The big amount of mistakes and/or the incomplete information that is observed in the questionnaire may demonstrate that there is a mistake either from the transmitter, for instance the doctor and/or the nurse, or the receiver's interpretation, in this case, the users. Therefore, that makes us think that there is a need for a better quality education for the CP users. It should be noticed that despite of the information transmission, myths are still present in our society distorting the reliable information that users can get. That could be due to the ignorance by the health professionals on the popular beliefs about these pills.

Keywords: Hormonal contraceptive, Contraceptive pills, Knowledge, Risks, complications, Myths.

Introducción

El control de la fertilidad natural ha sido una preocupación constante a lo largo de la historia de las mujeres y los hombres, aunque con el tiempo se ha ido modificando. Actualmente, los métodos anticonceptivos forman parte de la vida cotidiana y las posibilidades de encontrar un método anticonceptivo seguro y fiable han contribuido a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.

La comercialización de la píldora anticonceptiva se produjo en Estados Unidos en los años 60, llegando a Europa al año siguiente. En España, fue introducida para el control del ciclo menstrual, pero debido a la gran influencia de la Iglesia católica, su utilización como anticonceptivo fue ilegal hasta que finalizó la dictadura.¹

En octubre de 1978 se legalizó el uso de ACH en España, hasta este día los colectivos de mujeres presionaron a las estructuras sanitarias para que prescribieran ACO de manera legal, ya que durante la dictadura cualquier divulgación, suministro, o información que cualquier medicamento o sustancia capaz de facilitar el aborto o evitar la procreación, era castigada con multas económicas o incluso la inutilización del profesional por divulgarla.^{2,3}

Actualmente, la anticoncepción oral (AO) es el segundo método anticonceptivo más utilizado en nuestro país. Según la encuesta realizada por la Sociedad Española de Contracepción en 2014.¹ El preservativo (31,3%) es el principal método anticonceptivo utilizado por el mayor número de mujeres en edad fértil, lo que representa el 42% entre aquellas que utilizan alguno, seguido de la píldora (16,2%).⁴

Según De la Cuesta Benjumea R. et al.⁵ se estima que alrededor de 3 millones de mujeres en nuestro país utilizan los anticonceptivos orales combinados (ACOC) no sólo para el control de la natalidad (principal motivo de inicio de la toma en un 86% de los casos) sino también por sus beneficios adicionales como regulación del ciclo o alivio de la dismenorrea. Otros de los motivos de la prescripción de anticonceptivos hormonales (AH) están relacionados con los beneficios que aportan a los diferentes trastornos menstruales como la disminución de la dismenorrea, el dolor ovulatorio intenso, el síndrome premenstrual o menorragia.⁶

Desde la comercialización de los métodos anticonceptivos hormonales hasta la actualidad se han ido realizando diferentes modificaciones y mejoras, como por ejemplo la reducción progresiva de estrógenos, con el fin de encontrar preparados igual de eficaces pero con

menos efectos secundarios, además de aumentar la tolerancia y la eficacia de esta medicación.⁷

La anticoncepción basa su efecto en la acción de los esteroides sexuales, estrógenos y/o progestágenos, los cuales tienen la capacidad de producir cambios en el metabolismo lipídico, y aumentar el riesgo de padecer Enfermedad Cardiovascular (ECV).⁸ También se ha visto implicada la relación con diferentes tipos de cáncer, especialmente los ginecológicos.¹

Dado el número de mujeres que toman ACO nos hemos planteado realizar un estudio sobre la información e identificación de los riesgos que supone su uso continuado para las usuarias. Los mitos y falsas creencias que existen en torno a estos, se traducen en el miedo o inquietud en relación a la toma de hormonas; además de miedo a los posibles efectos secundarios.

El objetivo de nuestra investigación se centra en determinar los conocimientos, creencias y mitos que tienen las mujeres jóvenes que toman ACO acerca de los efectos secundarios y complicaciones de la anticoncepción hormonal. Más específicamente identificar las fuentes de información, detectar creencias y mitos, identificar el tipo de ACO que toman y calcular el porcentaje de mujeres que toman ACO y los diferentes motivos.

Material y métodos

Para la elaboración de este trabajo hemos utilizado una metodología de carácter descriptivo cuantitativo.

La técnica seleccionada para la investigación fue el cuestionario ad hoc online basado en dos cuestionarios,⁹ uno de los cuales estaba validado¹⁰. Constó de 25 preguntas enfocadas a información sociodemográfica, conocimientos sobre efectos secundarios y mitos. Se recogieron un total de 546 encuestas que después de aplicar los criterios de inclusión sólo fueron válidas 182. Se estudiaron los resultados de mujeres entre 15 y 35 años, sin hijos y que tomaran ACO. Los hombres, las mujeres que utilizaban otro tipo de anticonceptivo hormonal, con hijos y menores de 15 o mayores de 35 años, fueron excluidos del estudio. El cuestionario estuvo abierto desde el 15 de enero hasta el 15 de febrero del año 2018. Para

la difusión del cuestionario se utilizó la red social Facebook® y WhatsApp®, el correo electrónico y también se pasó presencialmente.

Se garantizó la confidencialidad de los datos y los cuestionarios se contestaron de forma anónima, la participación fue voluntaria y por el hecho de contestar el cuestionario se otorgaba el consentimiento de utilizar los datos para la realización del estudio. Toda persona fue informada verbalmente o por escrito, dependiendo de la situación, de los objetivos de dicho estudio.

Después de la recogida de los datos, se realizó su análisis e interpretación, seleccionando y clasificando la información más valiosa. Las edades fueron categorizadas en franjas para facilitar tanto las respuestas como el estudio. Éstas preguntas nos permitieron delimitar la muestra del estudio.

Se creó una base de datos mediante el programa Microsoft Excel® 2011 versión 14.0.0 para Mac juntamente con el programa InfoStat® 2017 con el cual se elaboró el análisis estadístico del estudio. Se describió mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para realizar comparaciones entre este tipo de variables se utilizó la prueba del χ^2 (Chi cuadrado), cuyo cálculo nos permitió afirmar con un nivel de confianza estadístico ($1-\alpha$) de 0,95 si los niveles de una variable cualitativa influyen en los niveles de la otra variable nominal analizada.

Resultados

Descripción de la muestra:

		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa %
		<i>fi</i>	<i>fr</i>	<i>fr %</i>
Género	Hombre	81	0,15	14,8%
	Mujer	465	0,85	85,2%
	Total	546	1	100%
Edad	Menor 15 años	0	0	
	15-20 años	59	0,30	29,5%
	21-25 años	110	0,55	55%
	26-35 años	19	0,10	9,5%

	Mayor de			
	35 años	12	0,06	6%
	Total	200	1	100%
Uso ACO	Sí	199	0,43	42,8%
	No	266	0,57	57,2%
	Total	465	1	100%
Hijos	Sí	5	0,03	2,7%
	No	183	0,97	97,3%
	Total	188	1	100%

Preguntas globales:

El motivo principal por el cual las usuarias utilizaron ACO según los resultados fue la *anticoncepción o control de natalidad* (72,4%), seguidamente de *ciclos irregulares* (39,7%), *dolor menstrual* (32,6%), *sangrado abundante* (22,05%), y *síndrome de ovarios poliquísticos* (20,4%). Más de la mitad de las participantes no conocían la composición del medicamento (62,4%). Los efectos secundarios reconocidos más prevalentes son los *cambios en el estado de ánimo* (39,2%) seguido de el *aumento de tamaño de las mamas* (33,1%), *aumento de peso* (27,1%), *pérdida de la libido* (26%) y *dolor de cabeza* (14,9%). El 28,7% restante no mencionó ningún efecto entre las posibles respuestas.

La mayoría (43%) indicó no conocer los riesgos de los ACO, mientras que el resto de respuestas fueron *trombo embolismos* (23%), *enfermedades cardiovasculares* (7,7%), *cáncer* (3,3%), *infertilidad/esterilidad* (4,4%), *enfermedades de transmisión sexual* (1,6%), *embarazo no deseado* (3,8%). En relación a las complicaciones, la mayoría las desconocía (88,4%), mientras que el resto fueron *enfermedad cardiovascular* (2,2%), *infertilidad* (2,2%), *trombo embolismo venoso* (1,1%) y *accidente cerebro vascular* (0,6%).

Se observó que la fuente de información más grande proviene de los *médicos/enfermeras* (83,5%), mientras que *familia* (3,3%) y *amigos* (2,7%), *pareja* (0,5%) e *internet* (0%) mantuvieron porcentajes bajos.

Por lo que refiere a la percepción del aumento de riesgo que supone la toma de ACO juntamente con otras variables fueron *hipertensión arterial* (32%) y *tabaco* (26,5%) las más

votadas. La *edad inferior a 15 años* (24,9%) fue elegida numerosas veces mientras que *obesidad* (17,1%) y *Diabetes Mellitus* (18,8%) obtuvieron resultados parecidos, sin embargo, la mayor respuesta fue *todas* (44,98%).

Mitos y realidades:

La afirmación sobre la disminución de la eficacia de los ACO debido a la toma de antibióticos conjunta obtuvo la mayoría de respuestas (66,1%) mientras que el resto contestó lo contrario (20,8%) o que no lo sabían (13,1%).

En referencia a la cantidad de píldoras de emergencia que se pueden tomar a lo largo de la vida fértil de una mujer, el 49,5% afirmó que solo se pueden tomar tres como máximo, el 31,1% indicó que no había una cantidad exacta y el 19,2% no lo sabía.

La afirmación que decía: la eficacia de la píldora de emergencia no se ve afectada por el día de la toma, el 83,5% indican que esta afirmación es falsa, el 7,7% indica que es verdadera y el 8,8% refieren no saberlo.

La mayor parte de las mujeres (98,4%) saben que los ACO no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual, el resto lo desconocen. Por otro lado, ninguna ha contestado que sí cumple una función barrera contra dichas enfermedades.

Las respuestas sobre la pregunta acerca de si la eficacia de la pastilla anticonceptiva según el día de su toma era la misma, se vieron reflejadas en gran mayoría en la opción *falso* (83,5%). Se observaron porcentajes parecidos referidos a *verdadero* (7,7%) y *no lo sé* (8,8%).

El 38,5% de las mujeres cree que los ACO producen infertilidad o limitan la posibilidad de quedarse embarazada, este porcentaje no es muy diferente a las mujeres que creen que dicha afirmación es falsa (40,7%), el resto no supieron contestar (20,9%). Se obtuvieron resultados parecidos en referencia a la ausencia de menstruación causada por el uso de ACO. El 46,2% cree que dicha afirmación es falsa, el 33% indica que es verdadera y el resto no lo sabe.

La mayor parte de las mujeres cree que siempre han de mencionar al médico que toman ACO (83%), un 15,9% opina que sólo hay que decirlo en algunos casos y el 0,5% no lo sabe. En el segundo caso, ante la receta de un nuevo tratamiento el 94% de las usuarias creen

que es *muy importante* comentarle al médico la toma de ACO, el 4,9% *no lo sabe* y el 1,1% cree que *no tiene nada que ver*.

Discusión

Es habitual encontrar que la mayoría de las mujeres que toman ACO no saben de qué están compuestos o qué efectos provocan en el sistema reproductivo femenino para llevar a cabo su función y evitar un posible embarazo. En nuestro estudio, en general, en cuanto al conocimiento sobre los ACO, a la mayor parte de las mujeres encuestadas (62,4%) les faltaba información sobre la composición. Cabe decir, que España se sitúa en décima posición en el ranking sobre conocimientos sobre anticonceptivos, por debajo de países como Polonia (38,1%) o Bulgaria (35,7%).¹¹

La falta de información se hizo más evidente cuando después de definir qué consideramos un riesgo y qué una complicación, preguntábamos de manera abierta que nos indicaran cuáles conocían. En el caso de los riesgos, el 43% indicó no conocer ninguno, por otro lado, el desconocimiento se ve aumentado considerablemente cuando se trata de las complicaciones, el 88,4% no supieron mencionar ninguna. Sin embargo, en la misma pregunta con respuestas establecidas, mayormente las usuarias seleccionaron todas las opciones posibles que se mencionaban, fueran ciertas o falsas, en concreto el Tromboembolismo venoso (28,2%) y todas (29,8%), por lo que indicaría que las usuarias no tienen un conocimiento claro sobre los riesgos y complicaciones.

En cuanto a la fuente de información de nuestro estudio se observa que la mayoría proviene del médico o enfermera (83,%), contrastando los resultados con otros estudios analizados previamente se observa que son muy similares. Denis L. Et al.⁹ evaluaron que el 95,1% de las usuarias le preguntan a su médico de cabecera, mientras que Sánchez del Moral L. Et al.¹² también estudiaron que independientemente de el área de conocimiento al que perteneciera la usuaria, el 72,7% de usuarias universitarias utiliza el médico como la principal fuente de información. Este es un resultado muy positivo, ya que nos aseguramos que la información recibida es segura y clara.

También vemos que la mayoría de usuarias (84%) toman pastillas anticonceptivas recomendadas por un facultativo, esto nos hace pensar que se lleva un mejor control y seguimiento del tratamiento.

En cuanto a la parte de mitos y verdades, se observan resultados distintos entre los artículos revisados y nuestro estudio. En cuanto a la relación de la disminución de la

efectividad de los ACO por la toma de antibióticos, Bardaweel S et al.¹⁰ estudiaron que entre un 15 y un 35% de las mujeres saben que existen fármacos, como por ejemplo algunos antibióticos que pueden hacer disminuir la efectividad de las anticonceptivas. En contraposición en nuestro estudio el 65,7% sabía que hay fármacos que pueden interferir en la efectividad de los ACO pero el resto (21%) y (13,3%) contestó falso y no lo sé respectivamente. Estas cifras son preocupantes dado que un total del 33,3% de las usuarias no saben realmente que un antibiótico puede disminuir la eficacia del anticonceptivo. Esto nos indica un grave riesgo en la prevención de embarazos no deseados.

Otra cifra alarmante es la que aparece en los resultados referente a la cantidad de pastillas del día después, vemos que más de la mitad (50,8%) desconocen o creen que es verdadero que como máximo se puedan tomar 3 a lo largo de su vida, por lo nos indica una grave falta de información y que en caso de necesidad de usar la píldora de emergencia tras haber usado la 3ª dosis, ésta no sea tomada por temor.

Torres Falguera F.¹⁴ estudió que un 90,4% de la población universitaria de los anticonceptivos orales en España de los encuestados conocen que los ACOs no protegen contra las ETS y un 2,2% no lo saben. Estas cifras se asemejan a los resultados de nuestro cuestionario, siendo estos un 98,3% las usuarias que conocen que estos no protegen contra las ETS y un 1,7% no lo saben. Estas cifras nos transmiten que las usuarias tienen en cuenta que deben usar otro método de anticoncepción para protegerse ante una situación de riesgo.

En las búsquedas bibliográficas sobre la mención de la toma de ACO ante su médico, Denis L et. al.⁹ encontraron que la mayor parte de la población femenina entre el 74% y el 52,1% lo hace, en cuanto los resultados de nuestro cuestionario, la mayoría (83,4%) lo comenta. Lo mismo ocurre ante el inicio de un nuevo tratamiento, la mayoría lo menciona, aunque hay un pequeño porcentaje que no lo cree necesario. Sin embargo, según Bardaweel S et. al.¹⁰ sólo el 20,2% le indica a su médico o farmacéutico la toma de ACO ante un nuevo tratamiento. Esto nos indica que se debe preguntar siempre a la paciente si toma algún tipo de anticoncepción para entender algunos desequilibrios hormonales o a la hora de comenzar un nuevo tratamiento.

En relación a los resultados obtenidos, las personas que participaron en la encuesta fue porque así lo desearon, voluntariamente. Esto conlleva un sesgo de selección, es decir, la muestra puede no ser representativa de la población general debido a que los cuestionarios se entregaron a las usuarias sin poder comprobar que lo realizaban ellas mismas o no

consultaban información sobre el tema, por eso, sería interesante realizar un estudio similar, con más preguntas de anticoncepción y en un espacio y tiempo controlado para evitar falsos sesgos.

El número de mujeres que respondieron a nuestro cuestionario que tomaban ACO fue inferior al deseado, ya que un mayor porcentaje de usuarias hubiese sido más significativo para el estudio. Sería de gran interés, poder ampliar el tamaño de la muestra, para poder conocer con mayor exactitud los conocimientos que tienen las mujeres jóvenes sobre los anticonceptivos orales que toman. Asimismo, a través de los resultados obtenidos en nuestro estudio sería interesante complementarlos con otra investigación cualitativa.

Agradecimientos

A todos los voluntarios que participaron en el cuestionario, sin ellos no hubiera sido posible su realización. A todos los profesores en particular a la profesora M^a Inmaculada de Molina del departamento de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, al profesor Francesc Valls y a los profesionales que nos han guiado en la elaboración. En especial a nuestra tutora Lina Casadó, quien ha dedicado a la confección de este trabajo tantas horas como nosotras.

Bibliografía

1. Anticoncepción hormonal combinada [Internet]. Sociedad Española de Contracepción. 2013 [citado 12 octubre 2017]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AH_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada.pdf
2. Ginecología Anticonceptivos Historia de los anticonceptivos [Internet]. Disponible en: <http://www.insexbcn.com/html/anticonceptivos.html>
3. DAFNE G. Evolución de la anticoncepción en España: sociedad, salud y medios de comunicación. Madrid: Aula Médica; 2005. p. 176.
4. La encuesta de Anticoncepción SEC 2014 revela que casi el 16% de las mujeres mantiene relaciones sexuales sin protección [Internet]. Sociedad Española de Contracepción. 2014 [cited 10 May 2018]. Available from: [_http://sec.es/la-encuesta-de-anticoncepcion-sec-2014-revela-que-casi-el-16-de-las-mujeres-mantiene-relaciones-sexuales-sin-proteccion/](http://sec.es/la-encuesta-de-anticoncepcion-sec-2014-revela-que-casi-el-16-de-las-mujeres-mantiene-relaciones-sexuales-sin-proteccion/)
5. De La Cuesta Benjumea R, Franco Tejeda C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. IT del Sistema Nacional de Salud. 2011;35(3):75-87.
6. García Delgado P, Martínez Martínez F, Faus Dáder M. Anticonceptivos hormonales. [Granada]: Cátedra SANDOZ-Universidad de Granada, de Docencia e Investigación en Atención Farmacéutica; 2006.
7. Anticonceptivos hormonales: ¿Son todos iguales? beneficios y riesgos de su uso. [Internet]. Granada: Ortega Torres, M.; 2011 [citado 22 Noviembre 2017]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_anticoncepcion_hormonal.pdf
8. Kim K, Park H. Effect of oral contraceptive use on lipid profile in Korean women aged 35–55 years. Contraception. 2012;86(5):500-505.

9. Denis L, Storms M, Peremans L, Van Royen K, Verhoeven V. Contraception: a questionnaire on knowledge and attitude of adolescents, distributed on Facebook. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2015;28.
10. Bardaweel S, Akour A, Kilani M. Current knowledge, attitude, and patterns of oral contraceptives utilization among women in Jordan. *BMC Women's Health*. 2015;15(1).
11. España suspende en conocimientos generales y educación en anticoncepción - Bayer España [Internet]. Bayer.es. 2018 [citado 9 Marzo 2018]. Disponible en: https://www.bayer.es/medios/noticias/pharmaceuticals/2015_05_19_espaxa_suspense_de_conocimientos_generales_educacion_anticoncepcion.php
12. Sanchez del Moral R, Herrera Carranza J. Conocimiento de los medicamentos anticonceptivos en una población universitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005;3(3):130-134.
13. Torres Falguera F. Conocimiento de fisiología reproductiva y anticonceptivos entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud [Doctorado]. Universidad de Castilla la Mancha; 2016.

10. Normas de publicación del artículo

Normas de publicación para autores: Matronas Profesión

La revista Matronas Profesión considerará para su publicación: los trabajos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y con el cuidado del neonato, los trabajos relacionados con la práctica de las matronas en cualquiera de sus ámbitos de intervención: asistencial, docente, gestión, investigación.

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: <http://www.icmje.org> . Puede consultarse una traducción al castellano en: <http://www.metodo.uab.es/enlaces.htm> Se ruega a los autores/as que realicen una lectura detenida de las normas de publicación previa al envío de los trabajos, para facilitar el proceso editorial. El fichero con las normas de publicación se puede descargar en: <http://www.federacionmatronas.org/enlaces/revistas> Los trabajos deberán ser enviados sólo por correo electrónico, como ficheros adjuntos de un mensaje a matronasprofesion@edicionesmayo.es

En el texto del mensaje se incluirá la identificación y datos de contacto del autor responsable para la correspondencia, en el que se solicite la evaluación del trabajo y se especifique la sección de la revista donde desearía que se publicase. Los autores deben indicar si han recibido financiación y si puede existir un conflicto de intereses, y hacer constar la contribución de los diferentes autores.

Asimismo, harán constar que el trabajo no ha sido ya publicado, o sometido simultáneamente para su evaluación en otra revista. Los trabajos aceptados quedarán en propiedad de la revista *Matronas Profesión*.

En un fichero de texto, adjunto al mensaje, debe enviarse el trabajo, incluidas las tablas si las hubiere. Las figuras deben enviarse en otros ficheros, en los formatos originales en que se han realizado y no deben insertarse en el cuerpo del trabajo.

SECCIONES DE LA REVISTA

Editorial

Esta sección ofrecerá las opiniones y reflexiones sobre algún tema novedoso o polémico, relacionado con la profesión o con las ciencias de la salud en general, que tenga interés para las matronas. Los editoriales, habitualmente, se elaboran por encargo del Comité Editorial.

Originales

Se publicarán en esta sección trabajos de investigación realizados con metodología cualitativa, cuantitativa o con ambas, o revisiones sistemáticas que traten de cualquier aspecto relacionado con la práctica de las matronas. El manuscrito no superará los 24.100 caracteres con espacios (excluidos el resumen, la bibliografía y las figuras y/o tablas). El número máximo de referencias bibliográficas será de 40 y el de tablas o figuras será de 6. Su estructura será: Introducción, Personas/Material y Método, Resultados, y Discusión. Incluirán un resumen estructurado que contenga entre 1.200 y 1.700 caracteres con espacios, y entre 3 y 6 palabras clave.

Originales breves

En esta sección, se considerarán los trabajos de investigación de las mismas características que los originales, pero de menor amplitud (series con número reducido de observaciones, trabajos de investigación con objetivos y resultados muy concretos), que pueden publicarse de forma más abreviada.

La extensión máxima del texto será de 10.100 caracteres con espacios, admitiéndose hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras y hasta 12 referencias bibliográficas. La estructura de estos trabajos será la misma que la de los originales, con un resumen estructurado y las palabras clave.

Revisiones

En esta sección, se propagarán trabajos en los que los autores/as estudian un tema en profundidad y realizan una revisión de la bibliografía publicada hasta la fecha a nivel nacional e internacional. El manuscrito no superará los 24.100 caracteres con espacios. Se incluirá un breve resumen con un máximo de 800 caracteres con espacios que indique el contenido del artículo.

Artículos especiales

En esta sección, se publicarán los trabajos de formación continuada, los protocolos o guías de práctica clínica, y cualquier otro documento que pueda ser de interés para las/os lectoras/es de la revista. El manuscrito no superará los 24.100 caracteres con espacios (excluidos el resumen, la bibliografía y las figuras y/o tablas). Se incluirá un breve resumen con un máximo de 800 caracteres con espacios que indique el contenido del artículo.

Casos clínicos

Se incluirán trabajos fundamentalmente descriptivos de uno o varios casos, de excepcional interés por su aportación al conocimiento de la práctica de las matronas en cualquiera de sus vertientes. Los profesionales deben comunicarlas en términos estándares para que sea comprensible en la comunidad profesional. La extensión máxima del texto será de 10.100 caracteres con espacios. Puede incluir los apartados siguientes: Introducción, Historia del problema, Valoración general, Diagnóstico/Objetivo, Planificación, Ejecución/Intervención, Resultados, Evaluación/Seguimiento, Informe final/ Conclusiones, Observaciones para la práctica. Se incluirá un breve resumen con un máximo de 800 caracteres con espacios.

PRESENTACION DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deberán ser presentados a 1,5 espacios, con un tamaño de letra de 12 puntos, en DIN-A4, con un margen no inferior a 25 mm y con las páginas numeradas.

Idioma: Los artículos serán remitidos en castellano.

Primera página: Se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos: a) título del artículo b) nombre de pila completo y apellido de cada uno de los autores, si se utilizan los dos, unidos por un guión (a efectos de su identificación en los índices internacionales); c) filiación institucional de cada uno de los autores (profesión, nombre completo del departamento, centro de trabajo y dirección completa del mismo); d) nombre, filiación profesional, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la correspondencia; e) financiación total o parcial del estudio si existiese, y f) relación, si existiese, entre cada investigador y las empresas potencialmente implicadas en el estudio (conflicto de intereses), g) si se ha presentado como comunicación oral o póster en algún congreso. Al final de esta primera página, se incluirán los recuentos de palabras del resumen y del cuerpo del manuscrito, excluidas bibliografía y las tablas.

Segunda página. Se incluirá el resumen y palabras clave. Su extensión deberá ajustarse según el tipo de artículo.

Tercera página y sucesivas. Se incluirá el texto o cuerpo del manuscrito con los diferentes apartados según la sección de que se trate.

Una vez finalizado el cuerpo del manuscrito, en la siguiente página se presentará la bibliografía.

A continuación, y en una nueva página, se presentarán las tablas y/o figuras.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Título. Debe indicar de forma breve y concisa el contenido del manuscrito, ha de aportar la mayor información con el mínimo número de palabras (es recomendable que no exceda de 15). No se deben incluir acrónimos.

Resumen y Palabras clave. Para los trabajos Originales y Originales breves, se ha de estructurar en los siguientes apartados: Objetivo, Personas/Material y Método, Resultados (3-4 más importantes) y Conclusiones (1-2 derivadas de los resultados), describiéndose en ellos, respectivamente, el problema motivo de la investigación, el modo de llevarla a cabo, los resultados más destacados y las conclusiones que de ellos se deriven. Ha de tener la información suficiente para que el lector tenga una idea clara del contenido del manuscrito.

A continuación, en la misma página, se citarán entre 3 y 6 palabras clave, que estarán directamente relacionadas con el tema presentado en el manuscrito. Se deben utilizar términos del MeSH de PubMed, o del Thesaurus de CINAHL, para que puedan ser introducidos en las bases de datos nacionales e internacionales. Se debe presentar la versión en castellano y en inglés, tanto del resumen como de las palabras clave.

Cuerpo del trabajo. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, según la sección a la que sean remitidos.

En Originales y Originales breves:

Introducción, Personas/Material y Método, Resultados y Discusión. En trabajos especialmente complejos, podrán existir subapartados que ayuden a su comprensión.

Se recomienda consultar los artículos:

Barrasa A, Fuentelsaz C. Cómo se reflejan los resultados de investigación en un artículo original. *Matronas Prof.* 2002; (9):4-9.

Calderón C. El artículo original en la investigación cualitativa: aspectos que se deben tener en cuenta en su elaboración. *Matronas Prof.* 2003; 4 (12):17-21.

Introducción: Será lo más breve posible y debe plantear el estado de la situación, describir el problema de estudio y sus antecedentes, y debe respaldarse con referencias bibliográficas actualizadas tanto de ámbito nacional como internacional. Finalmente, se exponen los objetivos de manera clara y concisa.

Personas/Material y Método:

- Emplazamiento: Deberá identificar el centro donde se ha realizado el trabajo, y la duración del mismo.
- Diseño: Se especificará el diseño del estudio.
- Sujetos: Se indicarán las características de la población estudiada y los criterios de inclusión y exclusión. Si se ha estudiado una muestra, se describirá cómo se ha calculado su tamaño, y la técnica de muestreo utilizada.
- Variables: Indicar todas las variables que se han incluido en el estudio; se describirán especialmente las variables de resultado más importantes. Si se trata de un estudio experimental, se debe describir la intervención realizada (también la del grupo control si es pertinente) y el tiempo de seguimiento.
- Recogida de datos: Explicar cómo y quién la ha realizado, y los instrumentos utilizados para tal fin, indicando si están validados. En los estudios efectuados con personas se mencionará que éstas han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Se debe mencionar la presentación del protocolo al Comité de Ética e Investigación Clínica o al Comité de Investigación del centro correspondiente.
- Análisis de los datos: Se especificará el análisis realizado y el programa estadístico utilizado.
- Revisión bibliográfica: Se explicará la estrategia de búsqueda empleada: las bases de datos revisadas, los descriptores empleados y los años revisados en cada una de las bases de datos.

Resultados. Se relatarán únicamente los resultados del estudio, no sus interpretaciones. Se expondrán siguiendo una secuencia lógica y ayudados por tablas o figuras, evitando la repetición de los datos presentes en dichas tablas o figuras y citando sólo en el texto los más relevantes.

Discusión. Deberá poner énfasis en los aspectos más relevantes del estudio y en las conclusiones que de ellos se derivan, sin repetirse datos ya indicados en los resultados, salvo cuando sean utilizados para contrastar con los de otros trabajos, delimitando con claridad los interrogantes que el estudio haya creado, para así poder estimular su estudio y solución. Se indicarán también las posibles limitaciones del estudio que puedan condicionar la interpretación de los resultados. En este apartado se deben incluir la mayor parte (60-70%) de las referencias bibliográficas.

Agradecimientos. Se mencionarán las personas o instituciones que hayan contribuido al desarrollo del trabajo. Los sujetos de estudio deberían aparecer los primeros en este apartado, ya que el estudio no se hubiese podido realizar sin su colaboración.

Bibliografía. Las referencias se presentarán siguiendo las Normas de Vancouver. Pueden consultarse ejemplos de cómo escribir las referencias en la página: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Para los nombres de las revistas se utilizarán las abreviaturas del *Journals Database* del PubMed. También se puede consultar el catálogo colectivo de publicaciones periódicas de las bibliotecas de ciencias de la salud españolas, denominado c17 <http://www.c17.net> Si la revista que se cita no está incluida en estos catálogos, se utilizará el nombre completo de la misma.

Ejemplos de referencias bibliográficas:

Artículo de uno a seis autores:

Hernández-Martínez A, García-Serrano I, Pascual-Pedreño A, Salinas T. Influencia de la duración del expulsivo sobre la morbilidad neonatal. *Matronas Prof.* 2004; 5(18): 14-8.

Artículo de más de seis autores:

Koletzko B, Broekaert I, Demmelmair H, Franke J, Hannibal I, Oberle D, et al. Protein intake in the first year of life: a risk factor for later obesity? The E.U. childhood obesity project. *Adv Exp Med Biol.* 2005; 569: 69-79.

Libro completo:

López-Cossi M. Manual actualizado para matronas. Embarazo, parto, puerperio, lactancia y terapias alternativas. Jaén: Formación Alcalá, 2004.

Artículo en Internet:

Pita-Fernández S, Pértega-Díaz, S. Estadística descriptiva de los datos. [Acceso 8 Sep 2005]. Disponible en:

<http://www.fisterra.com/mbe/investiga/10descriptiva/10descriptiva.htm>

Tablas. Se enumerarán según orden de aparición en el texto, con el título en la parte superior y con las notas al pie necesarias para su comprensión.

Figuras. Las imágenes deben ser enviadas en ficheros con alta resolución. Si se utilizan fotografías de personas identificables, es necesario tener la autorización para su publicación.

Todas las figuras irán numeradas por orden de aparición en el texto, acompañadas de sus respectivas leyendas en un fichero de texto.

Abreviaturas y símbolos. Deben utilizarse los menos posibles, adaptándose a la nomenclatura internacional existente.

PROCESO EDITORIAL

La Coordinación Editorial informará de la recepción y posterior aceptación, si corresponde, de los trabajos para publicación.

Todos los trabajos serán revisados anónimamente por dos personas expertas e independientes. El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar aquellos trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones cuando lo considere necesario. En este último caso, los autores/as deberán remitir nuevamente el trabajo corregido en el plazo solicitado, a partir de la recepción del citado informe.

El autor recibirá las pruebas de imprenta del trabajo para su revisión, en formato pdf antes de la publicación, que deberá devolver corregidas en el plazo de 72 horas a la Coordinación Editorial de la revista.

El autor de la correspondencia recibirá el fichero del artículo en formato pdf y 10 ejemplares de la revista.

Antes de enviar su manuscrito...

Compruebe que éste se ajusta a las normas de publicación de esta revista, según el tipo de trabajo. A continuación, le indicamos algunas de las más importantes:

- El manuscrito no debe sobrepasar la extensión máxima indicada según el tipo de artículo. Recuerde que no son palabras, sino caracteres con espacios.
- Ha de estar indicado que el trabajo no ha sido publicado previamente, que no existen conflictos de intereses y la contribución de cada uno de los autores.
- Deben estar los datos completos de filiación institucional de los autores, así como los datos de contacto del autor responsable para la correspondencia.
- Indique la sección de la revista donde desearía que su manuscrito fuese publicado.
- Se ha de presentar el resumen del manuscrito, tanto en castellano como en inglés.
- Todas las tablas y figuras deben estar correctamente identificadas y citarse en el texto.
- Las referencias bibliográficas han de ajustarse a las normas de Vancouver.
- En el caso de los trabajos originales, debe tener todos los apartados y subapartados que se indican en las normas de publicación.

11. Bibliografía:

1. Anticoncepción hormonal combinada [Internet]. Sociedad Española de Contracepción. 2013 [citado 12 octubre 2017]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AH_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada.pdf
2. España suspende en conocimientos generales y educación en anticoncepción - Bayer España [Internet]. Bayer.es. 2018 [citado 9 Marzo 2018]. Disponible en: https://www.bayer.es/medios/noticias/pharmaceuticals/2015_05_19_espaxa_suspende_conocimientos_generales_educacion_anticoncepcion.php
3. VII Encuesta Bayer de Anticoncepción en España [Internet]. Grupo Daphne. 2011 [citado 9 Enero 2017]. Disponible en: <http://grupodaphne.com/encuestas.php>
4. De La Cuesta Benjumea R, Franco Tejeda C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. IT del Sistema Nacional de Salud. 2011;35(3):75-87.
5. Anticonceptivos hormonales: ¿Son todos iguales? beneficios y riesgos de su uso. [Internet]. Granada: Ortega Torres, M.; 2011 [citado 22 Noviembre 2017]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_anticoncepcion_hormonal.pdf
6. Denis L, Storms M, Peremans L, Van Royen K, Verhoeven V. Contraception: a questionnaire on knowledge and attitude of adolescents, distributed on Facebook. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2015;28.
7. Bardaweel S, Akour A, Kilani M. Current knowledge, attitude, and patterns of oral contraceptives utilization among women in Jordan. BMC Women's Health. 2015;15(1).
8. Guía práctica en anticoncepción hormonal. Basada en evidencia [Internet]. Madrid: Emisa; 2003 [citado 5 Novie,bre 2017]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AH_2003_GuiaPracticaAnticOral.pdf



9. Novedades en anticoncepción hormonal. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005;29(3):http://www.msc.es/Diseno/informaciónProfesional/profesional_farmacologia.htm.
10. Serrano Navarro J, Quilez J. Protocolo SEGO/SEC. Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal [Internet]. 2013 [citado 12 Marzo 2018]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf
11. Tabaquismo y riesgo cardiovascular en usuarias de anticonceptivos hormonales [Internet]. Granada: Vela Blanco, R.; 2012 [citado 27 Noviembre 2017]. Disponible en: http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/Rosa_Vela_Blanco.pdf
12. Anticoncepción de urgencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 18 Febrero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
13. Anticoncepción hormonal de emergencia [Internet]. MinGuía de procedimientos para profesionales de la salud. 2007 [citado 18 Febrero 2018]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales\[2\].pdf](http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales[2].pdf)
14. Fernández A, Giménez A. La píldora del día después: de la opinión a la evidencia. Biomedicina [Internet]. 2011 [citado 18 Febrero 2018];6(2):50-58. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/pildora_dia_despues.pdf
15. Pardo Prats E, Baixauli Fernández V. Anticonceptivos orales. Métodos y preguntas más frecuentes. El Servier. 2004;23(9).
16. García Delgado P, Martínez Martínez F, Faus Dáder M. Anticonceptivos hormonales. [Granada]: Cátedra SANDOZ-Universidad de Granada, de Docencia e Investigación en Atención Farmacéutica; 2006.



17. Brzyski R, Knudtson J. Female Reproductive Endocrinology - Gynecology and Obstetrics - MSD Manual Professional Edition [Internet]. MSD Manual Professional Edition. [citado 6 Diciembre 2017]
18. Roach R, Helmerhorst F, Lijfering W, Stijnen T, Algra A, Dekkers O. Combined oral contraceptives: the risk of myocardialinfarction and ischemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;8.
19. González-Hernando C, Souza-de Almeida M, Martín-Villamor P, Cao-Torija M, Castro-Alija M. La píldora anticonceptiva a debate. Enfermería Universitaria [Internet]. 2013 [citado 6 Diciembre 2017];10(3):98-104.
20. Burrows L, Basha M, Goldstein A. The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. The Journal of Sexual Medicine. 2012;9(9):2213-2223.
21. Kim K, Park H. Effect of oral contraceptive use on lipid profile in Korean women aged 35–55 years. Contraception. 2012;86(5):500-505.
22. Ferreira J, Aleluia M, Figueiredo C, Vieira L, Santiago R, da Guarda C et al. Evaluation of Cardiometabolic Parameters among Obese Women Using Oral Contraceptives. Frontiers in Endocrinology. 2017;8.
23. Park H, Kim K. Associations between oral contraceptive use and risks of hypertension and prehypertension in a cross-sectional study of Korean women. BMC Women's Health. 2013;13(1).
24. Evangelista D, Ferreira Moura E, Barbosa Jovino de Souza Costa C, Gomes Bezerra C, Quintino Pereira Valente M, Pires de Sousa C. Contraception: knowledge and practice among women with Diabetes Mellitus. Escola Anna Nery [Internet]. 2018 [citado 22 Enero 2018];18(3):441-447.
25. Torreguitart Llauradó M, Clemente Moya A. Enfermedad cardiovascular y anticonceptivos orales. Revista iberoamericana de fertilidad y reproducción humana [Internet]. 2018 [citado 2 Febrero 2018];34(3).



26. Massimo F. P, Arno W H, Agewall S, Albus C. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2016 [citado 4 Febrero 2018];69(10):894-9.
27. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund C, Keiding N. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction With Hormonal Contraception. Obstetrical & Gynecological Survey [Internet]. 2012 [citado 18 Enero 2018];67(10):640-641.
28. Kignston O, Robert Reid M. Oral Contraceptives and the Risk of Venous Thromboembolism: An Update. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [Internet]. 2010 [citado 22 Febrero 2018];32(12):192-1197.
29. González-Hernando C, Souza-de Almeida M, Martín-Villamor P, Cao-Torija M, Castro-Alija M. La píldora anticonceptiva a debate. Enfermería Universitaria [Internet]. 2013 [citado 25 Febrero 2018];10(3):98-104.
30. De bastos M, Stegeman B, Rosendaal F, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst F, Stijnen T et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2014 [citado 12 Febrero 2018];(3).
31. Navarro Gótiiez H, Morera Montes J. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo [Internet]. Información terapéutica del sistema nacional de salud. 2000 [citado 10 Febrero 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm
32. Valls-Llobet C. Compartir las decisiones entre médico y paciente. ¿Utopía o el próximo reto de la calidad en la asistencia primaria? Quad CAPS, ISSN 0213-4462, No 15, 1991, págs 70-75. 1991;(15):70-5.
33. Bosch Fontcuberta JM. Toma de decisiones compartidas en la consulta: de la necesidad a la realidad. Atención primaria Publicación Of la Soc Española Fam y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 42, No 5, 2010, págs. 264-265. 2010;42(5):264-5.
34. Hoffman JR, Wilkes MS, Day FC, Bell DS, Higa JK. The Roulette Wheel: An Aid to Informed Decision Making. PLoS Med. 13 de junio de 2006;3(6):e137.

35. Torres Falguera F. Conocimiento de fisiología reproductiva y anticonceptivos entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud [Doctorado]. Universidad de Castilla la Mancha; 2016.
36. Kulhavy S, Treweek T. Evaluating women's knowledge of the combined oral contraceptive pill in an Australian rural general practice setting. Faculty of Science, Medicine and Health. 2016;:University of Wollongong.
37. Sánchez del Moral R, Herrera Carranza J. Conocimiento de los medicamentos anticonceptivos en una población universitaria. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2005;3(3):130-134
38. García Curado A. Algunos planteamientos sobre la anticoncepción en España. Quad Psicol. 1976;1(5):0049-64

10. ANNEXO

Annexo 1: Cuestionario

¿Qué sabes sobre las pastillas anticonceptivas?

1. Sexo

- a. Hombre
- b. Mujer

2. ¿Utilizas anticonceptivos orales?

- a. Sí
- b. No

3. ¿Qué edad tienes?

- a. Menos de 15 años
- b. 15 – 20 años
- c. 21 – 25 años
- d. 26 – 35 años
- e. Mayor de 35 años

4. ¿Tienes hijos?

- a. Sí
- b. No

5. Nivel de estudios

- a. Estudios ESO/Bachillerato
- b. Ciclo formativo (Medio o Superior)
- c. Estudios universitarios
- d. Sin estudios

6. ¿Cuál es tu situación actual?

- a. Estudio
- b. Trabajo
- c. Estudio y trabajo
- d. Ni estudio ni trabajo

7. ¿Padeces alguna enfermedad?

- a. Diabetes mellitus
- b. Hipertensión arterial
- c. Dislipemia (colesterol elevado/triglicéridos altos)
- d. Problemas de coagulación (falta de vitamina K, plaquetas bajas, hemofilia)
- e. Migraña

- f. Obesidad
- g. Otros
- h. Ninguna

8. ¿Por qué motivo utilizas anticonceptivas?

- a. Anticoncepción
- b. Ciclos irregulares
- c. Sangrado abundante
- d. Dolor menstrual excesivo
- e. Ovarios poliquísticos
- f. Otros

9. ¿Conoces la composición de anticonceptivo oral que tomas? (Si conoces la composición menciona el/los nombre/s de los componentes).

10. ¿Reconoces haber tenido alguno de estos efectos secundarios por la toma de anticonceptivos orales?

- a. Dolor de cabeza
- b. Cambios en el estado de ánimo
- c. Aumento de peso
- d. Pérdida de deseo sexual
- e. Aumento del tamaño de las mamas
- f. No
- g. Otros

11. Sabiendo que: un riesgo es la posibilidad de que se produzca una situación peligrosa, ¿conoces los riesgos de los anticonceptivos orales? (Si conoces algún riesgo o varios menciónalos)

12. ¿Crees que la toma de anticonceptivos orales puede aumentar el riesgo de padecer alguna de estas enfermedades?

- a. Cáncer de mama
- b. Cáncer de cuello uterino
- c. Tromboembolismo venoso/arterial
- d. Ataque al corazón
- e. Accidente cerebrovascular
- f. Ninguna
- g. Todas

13. Sabiendo que: una complicación es la situación que agrava y larga el curso de una enfermedad, ¿conoces las complicaciones de los anticonceptivos orales? (Si conoces algún riesgo o varios menciónalos)

14. ¿De qué fuente proviene la información que conoces sobre los anticonceptivos?

- a. Médico/enfermera
- b. Internet
- c. Familia
- d. Amigos
- e. Pareja
- f. Otros

15. ¿Quién te ha recomendado la toma de anticonceptivos orales?

- a. Médico/enfermera
- b. Familia
- c. Amigos
- d. Pareja
- e. Otros

16. ¿Cuáles de estas opciones consideras que suponen un riesgo para la salud si se toman juntamente con anticonceptivos orales?

- a. Tabaco
- b. Hipertensión
- c. Diabetes mellitus
- d. Obesidad
- e. Edad inferior a 15 años
- f. Todas
- g. Ninguna

17. ¿Mito o realidad?

- a. *La toma de algunos antibióticos junto con la de anticonceptivos orales disminuye su eficacia, por tanto, se tiene que utilizar otro método de barrera para las relaciones sexuales durante ese periodo.*
 - i. Verdadero
 - ii. Falso
 - iii. No lo sé
- b. *Es recomendable que se tomen solamente o como máximo 3 píldoras de emergencia (del día después) a lo largo de la vida en caso de urgencia.*
 - i. Verdadero
 - ii. Falso



- iii. No lo sé
- c. *La pastilla del día después tiene la misma eficacia tanto si se toma el día siguiente, dos o tres días después del coito.*
 - i. Verdadero
 - ii. Falso
 - iii. No lo sé
- d. *Los anticonceptivos orales previenen las enfermedades de transmisión sexual (VIH (sida), gonorrea, sífilis, virus del papiloma humano, hepatitis).*
 - i. Verdadero
 - ii. Falso
 - iii. No lo sé
- e. *Cuanta más dosis de fármaco contenga el medicamento, más riesgos supone.*
 - i. Verdadero
 - ii. Falso
 - iii. No lo sé
- f. *La toma de anticonceptivos orales durante un largo periodo de tiempo produce infertilidad o limita la posibilidad de quedarse embarazada.*
 - i. Verdadero
 - ii. Falso
 - iii. No lo sé
- g. *Tomar anticonceptivos orales puede provocar la ausencia de menstruación.*
 - i. Verdadero
 - ii. Falso
 - iii. No lo sé
- h. *Cuando acudes a la consulta del médico/enfermera por algún problema, ¿crees que es importante mencionarle que tomas anticonceptivos orales?*
 - i. Sí siempre
 - ii. No, nunca
 - iii. Alguna vez
 - iv. No lo sé
- i. *¿Si te recetan un nuevo tratamiento, crees que es importante comentarle al médico/farmacéutico que tomas anticonceptivas orales?*

- i. Sí, muy importante
- ii. No, no tiene nada que ver
- iii. No lo sé

El cuestionario también se encuentra disponible en este enlace:

<https://goo.gl/forms/oYbguaF470nCKazG3>

Annexo 2: Solicitud permiso cuestionario

Tarragona, 27 noviembre de 2017

Estimada Sr/a. X,

Somos Gina Castellano y Adriana Otatti estudiantes de 4º curso, grado de Enfermería, en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

El trabajo de fin de grado que nos proponemos trata sobre el uso de los anticonceptivos orales, en concreto el tema del estudio consiste en la evaluación de la percepción del riesgo que tienen las mujeres que los toman.

La investigación va enfocada a mujeres que actualmente toman anticonceptivos orales.

El **objetivo principal** del estudio es investigar los conocimientos que tienen las mujeres que toman anticonceptivos orales sobre los posibles efectos secundarios y riesgos de estos fármacos.

Otros **objetivos** son:

- Valorar si la percepción del riesgo de tomar este tipo de anticonceptivos está ajustada a la realidad.
- Calcular el porcentaje de mujeres que toman habitualmente anticonceptivos y los diferentes motivos.
- Registrar edad de las consumidoras.
- Identificar el tipo de anticonceptivos que toman.
- Detectar las creencias y posibles mitos alrededor de la utilización de la anticoncepción oral.

Creemos que es un tema de gran relevancia a tratar con mujeres jóvenes, debido al uso generalizado que hacen de ellos.

Por ello, nos dirigimos a usted solicitando su autorización para realizar una encuesta a las estudiantes de la universidad Rovira i Virgili/bachiller. Las encuestas serán individuales, confidenciales y voluntarias.

En la siguiente página le adjuntamos la encuesta. Si por algún motivo nos tenemos que dirigir a otra persona o si surge cualquier duda no duden en contactar con nosotras, estamos a su disposición.

Nuestros correos son: ginicastellano@gmail.com; adrianaotatti@gmail.com

Gracias por su tiempo y atención.

Atentamente,

Fdo. Gina Castellano y Adriana Otatti

Annexo 3: Permisos

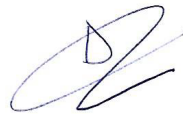


c/ Astorga, 13
43205 REUS Baix Camp
Tel. 977 75 69 31 Fax. 977 75 60 33
escolapuigcerver@xtec.cat
www.escolapuigcerver.cat

Dolors Sans Rosich, coordinadora de Batxillerat de l'escola Puigcerver de Reus,

Autoritzo l'estudiant del grau d'Infermeria, Gina Castellano Tuesca amb D.N.I. 39915608 M, a passar un qüestionari als estudiants de Batxillerat del nostre centre per realitzar el Treball de Fi de Grau : « Avaluació de la percepció del risc que tenen les dones que prenen anticonceptius orals ».

I perquè consti on convingui, ho signo a Reus el divuit de gener de 2018.



Roser Ricomà Muntané, degana de la Facultat d'Infermeria de la URV,

Autoritzo les estudiants del grau d'Infermeria, Gina Castellano i Adriana Otatti, a passar un qüestionari als estudiants d'Infermeria de la URV per realitzar el Treball Fi de Grau: "Avaluació de la percepció del risc que tenen les dones que prenen anticonceptius orals".

I per a què consti, i als efectes oportuns, signo el present document.

Tarragona, 18 de gener de 2018



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria