

Laura Reina Méndez
Irene Rodríguez Juan

**ANTICONCEPTIVOS ORALES
COMBINADOS:
VIVENCIAS DE LAS MUJERES Y PAPEL DE
LA ENFERMERA - MATRONA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por Sra. María José Castillo Cepero
Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2021

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	7
2.	OBJETIVOS.....	8
3.	MARCO TEÓRICO	9
3.1	FISIOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL	9
3.2	LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	11
3.2.1	MECANISMO DE ACCIÓN	11
3.2.2	CLASIFICACIÓN.....	11
3.2.3	MARCAS COMERCIALES.....	12
3.2.4	ADHERENCIA TERAPÉUTICA, EFECTIVIDAD E ÍNDICE PERL	13
3.2.5	BENEFICIOS DE LOS AOC.....	14
3.2.6	EFEECTOS ADVERSOS	17
3.2.7	CONTRAINDICACIONES	22
3.2.8	INTERACCIONES.....	23
3.3	CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	25
3.3.1.	ANTECEDENTES DEL TEMA.....	25
3.3.2.	INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MUJERES ACERCA DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	27
3.4.	PAPEL DE ENFERMERÍA	28
3.4.1.	RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS EN EL TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	28
4.	METODOLOGÍA	32
4.1	DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
4.2	BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	33
4.3	PALABRAS CLAVES Y FÓRMULAS	33
4.4	CRITERIOS INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.....	33
4.5	INSTRUMENTO: ENTREVISTA.....	34
4.6	INFORMANTES Y MUESTREO.....	34
4.7	ANÁLISIS DE DATOS.....	36
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
5.1	CATEGORÍA 1: CONOCIMIENTO SOBRE LOS AOC	38
5.1.1	COMPOSICIÓN	38
5.1.2	EFECTOS SECUNDARIOS	38
5.1.3	RELACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES	40

5.2 CATEGORIA 2: EXPERIENCIA PERSONAL	41
5.2.1 MOTIVO DE INICIO	41
5.2.2 CAMBIOS EN SU CUERPO.....	43
5.2.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	46
5.2.4 PERSPECTIVA DE FUTURO	47
5.3 CATEGORIA 3: ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO.....	48
5.3.1 FUENTE DE INFORMACIÓN.....	48
5.3.2 PAPEL ENFERMERÍA / MATRONA.....	51
6. CONCLUSIONES	55
7. LIMITACIONES Y DIFICULTADES.....	56
8. PRESPECTIVAS DE FUTURO Y NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN.	57
9. BIBLIOGRAFÍA.....	58
10. ANEXOS.....	66
10.1 EFECTOS SECUNDARIOS RELACIONADOS CON LA DOSIS HORMONAL DE LOS AOC.....	66
10.2 INTERACCIÓN CEREBRO Y APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	66
10.3 GONADOTROPINAS EN EL CICLO MENSTRUAL	67
10.4 INTERACCIONES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS..	67
10.5 MANEJO DE PROBLEMAS DEL TRATAMIENTO CON AOC EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA	68
10.6 CRONOGRAMA.....	69
10.7 CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	70
10.8 FICHAS Y TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS	74

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, nos gustaría empezar dándole las gracias a nuestra tutora, la Sra. María José Castillo Cepero por su gran implicación, asesoramiento y cercanía durante estos meses de trabajo. Gracias M.José por guiarnos, ayudarnos con tus ideas y motivarnos con tus ganas.

También queríamos agradecer a todas las informantes que participaron en esta investigación por compartir sus experiencias. En especial, a M^a José Bayarri por su predisposición y transmitirnos su admiración por la enfermería.

Dar las gracias a nuestras familias y amistades por alentarnos no sólo durante la realización de este trabajo sino también desde que empezamos nuestra trayectoria universitaria.

Por último, gracias a la Universitat Rovira i Virgili por darnos la oportunidad de aprender esta profesión y mostrarnos su parte más humana. Sin duda ha sido un placer empezar aquí nuestro camino formativo.

RESUMEN

Introducción: Los Anticonceptivos Orales Combinados (AOC) son fármacos realmente extendidos en nuestra sociedad. Aproximadamente 3 millones de mujeres toman para controlar la natalidad o el ciclo menstrual.

Objetivo: La investigación tiene por objetivo principal conocer la vivencia que las mujeres entre 20 y 25 años tienen acerca de los AOC y el papel de enfermería a lo largo del proceso.

Material y métodos: Estudio cualitativo descriptivo. La metodología se fundamenta en una revisión bibliográfica para adquirir conocimientos y desarrollar un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas. Los participantes fueron elegidos mediante muestreo por conveniencia. Se entrevistaron tres informantes que toman AOC y una matrona.

Resultados: Se identifican tres categorías principales y nueve subcategorías: composición AOC; efectos secundarios; relación con otras enfermedades; motivos de inicio; cambios del cuerpo; adherencia al tratamiento; perspectiva de futuro; fuentes de información y papel enfermera/matrona.

Conclusiones: Existe una gran variedad de preparados por ello, la elección dependerá de la indicación del tratamiento. Tras la realización de la investigación, las mujeres refieren estar satisfechas con los AOC por sus beneficios, pero revelan estar descontentas con el asesoramiento anticonceptivo y la falta de información respecto a los efectos secundarios. Los más destacados son: regulación del ciclo menstrual; disminución de la dismenorrea, mantener relaciones sexuales más cómodas y reducción del acné. Respecto a los efectos adversos se detectan efectos menores: sangrado disfuncional; mastalgia e infecciones urinarias. Pero, han desaparecido tras los primeros meses del tratamiento o al disminuir las dosis. También se evidencia que el papel de la enfermera o matrona en la asesoría anticonceptiva y posterior seguimiento es clave para potenciar la adherencia, efectividad del método y reevaluar el riesgo-beneficio del tratamiento. Finalmente, existe una carencia de información sobre la percepción de las propias mujeres en el tratamiento.

Palabras clave: “Anticonceptivos Orales”, “Beneficios”, “Efectos adversos”, “Enfermería” y “Asesoramiento anticonceptivo”

ABSTRACT

Introduction: Combined Oral Contraceptives (COC) are widespread drugs in our society. About 3 million women use the to control birth or the menstrual cycle.

Objective: The main objective of this research is to know the experience that women between 20 and 25 years old have about COC and the role of nursing during the process.

Material and methods: qualitative descriptive study. The methodology of this investigation is based on a bibliographic review to acquire the enough knowledge to develop a qualitative study through semi-structured interviews. Participants were chosen through convenience sampling. Three informants that are in a COC treatment and a gynecological obstetric nurse were interviewed.

Results: The study identified three main categories and nine subcategories in total: COC composition; side effects; relationship with other diseases; starting reasons; changes in their bodies, adherence to treatment; future perspective; source of information and role of the nurse/midwife.

Conclusions: There is a great variety of different preparations and therefore the choice will depend on the indication of the treatment. After conducting the research, the women reported being satisfied with their treatment due to the multiple benefits, but they revealed being discontented with the contraceptive advice and the lack of information regarding the side effects. The most distinguished are: regulation of the menstrual cycle; dysmenorrhea's decrease, having more comfortable sex and reducing acne. Regarding the adverse effects, minor effects have been detected and the more distinguished are: dysfunctional bleeding; breast pain and urinary tract infections. However, they have disappeared after the first month or by reducing the preparation's doses. The study evidenced the role of the nurse or midwife in contraceptive counselling and the subsequent follow-up is the key to enhancing the adherence, effectiveness and reevaluating the risk-benefit of the treatment. Finally, a lack of information about the perception of the women about their treatment has been detected.

Key words: *“Oral Contraceptives”, “Benefits”, “Side effects”, “Nursing”, and “Contraceptive counselling”*

1. INTRODUCCIÓN

La comercialización de los anticonceptivos orales para el control del ciclo menstrual tuvo lugar en Europa en el año 1961, hecho que supuso un gran impacto en la vida de las mujeres. Sin embargo, en España, debido a la gran influencia que la iglesia católica ejercía sobre la dictadura del general Franco se ilegalizó su uso hasta mediados de la transición democrática, concretamente no fue hasta el año 1978 cuando se despenalizó el empleo de los anticonceptivos en general. [1]

Actualmente, los métodos hormonales son el segundo método anticonceptivo más utilizado (solamente superado por el uso del preservativo) ya que se estima que más de 55 millones de mujeres lo utilizan a nivel mundial [2] [3]. En España, se sabe que alrededor de 3 millones de mujeres toman anticonceptivos orales combinados (AOC) ya sea para controlar la natalidad o por sus diferentes beneficios en el control del ciclo menstrual. [4]

Según el último estudio realizado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) sobre sexualidad y anticoncepción, el 27.5% de las jóvenes entre 20 y 29 años utilizan la píldora anticonceptiva [5]. Por lo tanto, son fármacos muy extendidos en nuestra sociedad formando parte de nuestro entorno tanto personal como profesional.

Además, los AOC están financiados por el Sistema Sanitario y generan numerosas consultas diarias a nivel de Atención Primaria. Para realizar una toma de decisiones adecuada los profesionales sanitarios deberían aconsejar de manera individualizada e informar tanto de los diferentes tratamientos como de sus riesgos y beneficios. De esta manera, la usuaria debe poder escoger el tratamiento que más se adecue a sus preferencias y estilo de vida tras haber conocido las ventajas e inconvenientes de todos ellos. Por ello, la asesoría contraceptiva es imprescindible para garantizar el cumplimiento terapéutico y fomentar la importancia de la adherencia al tratamiento para evitar una disminución de su efectividad.

Es importante resaltar que el incumplimiento en la regularidad de su toma sea por olvidos, días de descanso...puede afectar a la efectividad del fármaco y provocar embarazos no deseados que pueden implicar la decisión de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) el 13,6% de las mujeres que llevaron a cabo un IVE se encontraban en tratamiento con métodos hormonales.

Generalmente, el médico es el encargado de realizar el consejo sobre los AOC, así como su prescripción: sin embargo, la matrona forma parte del proceso cuando la mujer ya consume el AOC detectando problemas en la adherencia al tratamiento y resolviendo posibles dudas. No obstante, los profesionales de enfermería, sobre todo en la Atención Primaria, tienen la capacidad de explicar e informar a las usuarias para ayudar a tomar decisiones antes del inicio del tratamiento. [6]

Como enfermeras es importante identificar las diferentes necesidades de todas aquellas mujeres que nos encontremos durante nuestra trayectoria profesional desde una perspectiva holística para poder crear una relación terapéutica eficiente con nuestras pacientes y mejorar su tratamiento. Debido a ello y a la proximidad de estos fármacos en nuestra vida diaria, hemos decidido focalizar nuestro Trabajo de Fin Grado en investigar la información que las usuarias entre 20 y 25 años reciben acerca de los anticonceptivos orales combinados.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la vivencia que las mujeres entre 20 y 25 años tienen acerca de los anticonceptivos orales combinados y el papel de enfermería en este proceso.

Objetivos específicos:

- Investigar los antecedentes del objeto de estudio.
- Estudiar los fármacos que se utilizan como anticonceptivos orales combinados en nuestro entorno y su efecto en el organismo.
- Identificar los beneficios y efectos secundarios que conocen las mujeres acerca de los anticonceptivos orales combinados.
- Determinar la función de la enfermera/matrona tanto en la toma de decisiones sobre los anticonceptivos orales combinados como a lo largo del tratamiento.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 FISIOLÓGIA DEL CICLO MENSTRUAL

El ciclo genital femenino está regulado por el eje hipotálamo-hipófisis – ovario. Tiene una duración media de 28 días, sin embargo, se considera normal una variación entre 21 y 35 días. Se divide en tres fases:

1. Menstrual o hemorrágica:
2. Folicular o proliferativa
3. Lútea o secretora:

Menstrual o hemorrágica:

El primer día de sangrado se considera el comienzo del ciclo menstrual. La menstruación dura aproximadamente entre 3 y 5 días. A partir del día 4, empieza la fase folicular.

Fase folicular o proliferativa:

El hipotálamo libera de manera pulsátil la GnRH (Hormona reguladora de la secreción de las gonadotropinas FSH y LH). Cuando la GnRH llega a la adenohipófisis estimula la secreción de la hormona folículoestimulante (FSH) y luteinizante (LH).

La FSH actúa en el ovario estimulando el crecimiento de un grupo de folículos. Los folículos se dividen en dos capas:

- Teca: El desarrollo depende de la LH. Produce andrógenos.
- Granulosa: El desarrollo depende de la FSH. Contiene aromataza, que utiliza los andrógenos para producir estradiol. La capa granulosa transforma los andrógenos en estradiol y este provoca el crecimiento del endometrio.

La inhibina, mediante un proceso de retroalimentación negativa, provoca que descienda la FSH y el folículo del grupo que más receptores tenga de FSH se convierte en el folículo dominante. El resto de los folículos sufren un proceso degenerativo “atresia folicular” y son eliminados del ovario.

El folículo dominante produce **estrógenos**. Esta elevación estrogénica produce un pico de LH. A nivel endometrial, ocasiona un crecimiento glandular. El pico de LH da lugar a la ovulación, aproximadamente el día 14 del ciclo (puede variar entre el 11 y el 23). El folículo se rompe y se libera un óvulo maduro que pasa a la Trompa de Falopio.

Fase lútea o secretora:

Este óvulo sólo vive durante 24 horas. Sin embargo, los espermatozoides tienen una vida media de 3 a 5 días. Por lo tanto, los días más fértiles de la mujer son el día de la ovulación y los siguientes.

A partir de la ovulación, el folículo se convierte en cuerpo lúteo. Su objetivo es que el endometrio cree las condiciones necesarias para favorecer la gestación y para hacerlo la LH estimula la síntesis de progesterona. La progesterona se transforma en andrógenos y estrógenos y ocasiona la fase secretora del ciclo endometrial. En esta etapa aparecen los síntomas premenstruales. Si no se produce la fecundación, el cuerpo lúteo se degrada y los estrógenos y la progesterona disminuyen. Al llegar a unos niveles de progesterona bajos el endometrio se descama, originando la menstruación.

A nivel hormonal hay que destacar que, en la **fase proliferativa o preovulatoria** se secretan principalmente estrógenos, por el contrario, en la fase **lútea o secretora** se produce progesterona, pero también estrógenos.

- Los **estrógenos** son secretados por el ovario y en menor medida por la corteza suprarrenal. Estimulan el crecimiento de los órganos sexuales femeninos y bloquean la prolactina. Se liberan de manera bimodal, es decir, crecen hasta el pico preovulatorio y tienen otro pico, pero menor en la fase lútea. Niveles bajos inhiben la FSH y altos disparan la LH. El estrógeno más importante secretado por el ovario es el estradiol.
 - Los **progestágenos** se fabrican en el cuerpo lúteo. Se liberan en la fase lútea o secretora y 8 días después del pico de la LH alcanzan el nivel máximo. Maduran el endometrio y modifican el aparato genital para la gestación, como por ejemplo, preparando las mamas, elevando el metabolismo y la temperatura corporal, aumentan la viscosidad del moco cervical, dificultando así el paso de espermatozoides, etc.
 - Los **andrógenos** se producen gracias a la estimulación de la LH sobre la teca. Son utilizados para producir estrógenos. Sin embargo, en dosis excesivas disminuyen la producción. El andrógeno principal en la mujer es la testosterona.
- [7] [8]

3.2 LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

3.2.1 MECANISMO DE ACCIÓN

Los anticonceptivos orales combinados son fármacos sintéticos que se componen de progestágenos (derivados de la progesterona) que inhiben el pico de LH y estrógenos, los cuales inhiben la producción de FSH y por lo tanto impiden el desarrollo del folículo en el ovario.

Estos compuestos inhiben la síntesis de las gonadotropinas implicadas en el ciclo menstrual provocando un bloqueo en la ovulación, la alteración de la motilidad y secreción tubárica, el aumento del espesor del moco vaginal y mantienen el endometrio en unas condiciones no favorables para la implantación del óvulo. [9]

3.2.2 CLASIFICACIÓN

Los AOC pueden clasificarse según tres criterios:

- En función de la dosis de los componentes:
 - **Monofásicos:** aquellos AOC en los que la dosis de sus componentes se mantiene fija en todas sus píldoras.
 - **Bifásicos** (actualmente en desuso): en estos AOC, la dosis de estrógenos se mantiene constante en todas sus píldoras y es la dosis de progestágenos la que varía, aumentando su dosis en la segunda mitad de sus píldoras.
 - **Trifásicos:** se trata de aquellos AOC en los que tanto la dosis de estrógenos como la de progestágenos varían según los sucesos que ocurren en el ciclo ovárico. En estos casos, durante las primeras 6 píldoras mantienen una cantidad determinada de estrógenos y progestágenos, en las siguientes 5 píldoras hay un aumento de la dosis inicial y finalmente, en las últimas 10 píldoras hay un descenso de la dosis de estrógenos y un aumento de la dosis de progestágenos.

- En función del número de píldoras que tenga el tratamiento:
 - **21 píldoras:** el ciclo menstrual consta de 28 días, por lo que la paciente tiene una semana de descanso, en la que no tomará píldoras y aparecerá el sangrado.

- **28 píldoras:** en este tipo de tratamiento con AOC la paciente tomará píldoras en todos los días del ciclo menstrual, siendo placebos las píldoras correspondientes a los días de sangrado por privación.
 - **24 o 26 píldoras:** mejoran la seguridad del método, actúan sobre el síndrome premenstrual y ayudan a mejorar el control del ciclo menstrual.
- En función de la composición y concentración:
- **AOC de 1ª generación:** aquellos AOC que contienen una cantidad de $\geq 50 \mu\text{g}$ de etinilestradiol.
 - **AOC de 2ª generación:** pertenecen a esta clasificación los AOC compuestos por levonorgestrel, norgestimato u otro derivado de la familia de la noretisterona más una cantidad de entre 30 y 35 μg de etinilestradiol.
 - **AOC de 3ª generación:** aquellos compuestos por desogestrel o gestodeno junto a una cantidad de entre 20 y 30 μg de etinilestradiol.
 - AOC de dosis bajas: son aquellos AOC que tienen una cantidad $< 50\mu\text{g}$ de etinilestradiol. [10]

3.2.3 MARCAS COMERCIALES

Debido a la gran multitud de combinaciones posibles de estrógenos y progestágenos, existen diferentes presentaciones de los AOC en España. [10]

COMBINACIÓN	MARCA COMERCIAL
ETINILESTRADIOL Y LEVONORGESTREL	ANAOMI [®] , KERIETTE [®] , LEVOBEL [®] , LEVOBEL DIARIO [®] , LINELLE [®] , LOETTE [®] , MICROGYNON [®] , OVOPLEX [®] , RIGEVIDON [®] , TRIAGYNON [®] , TRICICLOR [®] .
ETINILESTRADIOL Y DESOGESTREL	BEMASIVE [®] , DESOGESTREL/ETINILESTRADIOL CINFA [®] , LONDEVI [®] , MICRODIOL [®] , SUAVURET [®] .
ETINILESTRADIOL Y GESTODENO	GESTINYL [®] , GYNOVIN [®] , HARMONET [®] , MELIANE [®] , MELODENE [®] , MELTEVA [®] , MINESSE [®] , MINULET [®] , TEVALET [®] , TRIGYNOVIN [®] , TRIMINULET [®] .
ETINILESTRADIOL Y DIENOGEST	AILYN [®] , CECILIANA [®] , DANIELLE [®] , HELVIA DIARIO [®] , SIBILLA [®] , VEREZANA [®] .
ETINILESTRADIOL Y CLORMADINONA	BALIANCA [®] , BELARA [®] .
VALERATO DE ESTRADIOL Y DIENOGEST	CLIMODIEN [®] , QLAIRA [®] .
VALERATO DE ESTRADIOL Y NORGESTREL	PROGYLUTON [®] .
ETINILESTRADIOL Y NORGESTIMATO	EDELSIN [®] .
ETINILESTRADIOL Y ACETATO DE CIPROTERONA	DIANE [®] , DIANE DIARIO [®] , GYNEPLEN [®] .
ETINILESTRADIOL Y DROSPIRENONA	ANTIN DIARIO [®] , ANTINELLE [®] , AURELIE [®] , DRELLE [®] , DRETINE [®] , DRETINELLE [®] , DROBELA DIARIO [®] , DROBELALLE DIARIO [®] , DROSIANE [®] , YASMIN [®] .
ETINILESTRADIOL, DROSPIRENONA Y LEVOMEFOLATO	BEYAZ [®] , SAFYRAL [®] .

Tabla 1. Presentaciones de AOC en España. Fuente: Aprendizaje y aplicación práctica del modelo CMO de Atención Farmacéutica para alumnos del grado en Farmacia [10]

3.2.4 ADHERENCIA TERAPÉUTICA, EFECTIVIDAD E ÍNDICE PERL

El cumplimiento terapéutico en el tratamiento con AOC es un factor fundamental. Se entiende por “cumplimiento” o “adherencia al método anticonceptivo hormonal oral” la toma de la píldora diariamente, en el mismo horario y al conjunto de medidas destinadas en caso de olvidos o bien, al tomar fármacos que interfieran con los AOC.

La carencia de adherencia conlleva consecuencias clínicas porque desliga la eficacia de la efectividad del medicamento. Los AOC tienen una eficacia teórica superior al 99%, sin embargo, la efectividad ronda el 91-92% debido a la falta de responsabilidad de las usuarias. Por tanto, se puede afirmar que la falta de adherencia limita la efectividad de los AOC.

Tras analizar las causas del incumplimiento en España se ha evidenciado que, la más común son los olvidos, ya que un 65-70% de las usuarias no son cumplidoras con el tratamiento porque al menos una vez al mes retrasan u olvidan totalmente tomar la pastilla. Se considera “olvido” cuando se retrasa la toma más de 12 horas y desde este momento disminuye la eficacia anticonceptiva. También se ha observado que, tras ellos, el 18% de las mujeres no usan métodos barrera lo que se podría relacionar con los datos de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), ya que en 2013 un 13.6% usaban AOC. Por último, un 49,5% de las mujeres después del primer año abandonan el tratamiento por la falta de adherencia.

Además, se ha evidenciado que las usuarias con mayor incumplimiento en el tratamiento con AOC tienen características similares:

- Poca información sobre el método y falta de comprensión sobre el tratamiento con los AOC.
- Carencia de soporte por la pareja.
- No fueron participes al elegir el método.
- No tienen una rutina diaria y no recuerdan tomar la pastilla.
- Neutralidad por quedarse embarazadas.
- Poca satisfacción con los AOC por los efectos adversos. [5]

La eficacia anticonceptiva se obtiene calculando el número de embarazos no deseados durante el tiempo de uso del método anticonceptivo. Universalmente, se calcula con el Índice Pearl, el resultado son los embarazos producidos (por cualquier causa) en 100 mujeres al año. Para saber los embarazos que son debidos a fallos en el método como,

por ejemplo, el incumplimiento terapéutico, se modifica obteniéndose el índice Pearl ajustado. [11]

En definitiva, el éxito de la terapia anticonceptiva está relacionado con la adherencia terapéutica. Se ha demostrado en un estudio realizado en 11 países distintos que las usuarias que conocen las ventajas y desventajas del método mejoran la adherencia al tratamiento. Por ello, es importante que las mujeres elijan según sus intereses.

3.2.5 BENEFICIOS DE LOS AOC

Los AOC no sólo disminuyen los embarazos no deseados y los abortos consiguientes sino también, aportan otros beneficios:

- **Regularidad menstrual:** El sangrado uterino anormal es un término utilizado para describir una desviación del patrón de ciclo menstrual normal que se caracteriza por la su regularidad, frecuencia, densidad del flujo y duración del flujo.

El uso de anticonceptivos orales combinados provoca una duración menor del ciclo menstrual y disminuye el sangrado. Por lo tanto, los AOC pueden ser un tratamiento para reducir el flujo menstrual a la vez de proporcionar anticoncepción, regularización del ciclo y provocar una disminución de la dismenorrea.

La dismenorrea es causada por la cascada de ácido araquidónico ya que produce prostaglandinas que a su vez provocan un aumento de la contracción y dolor uterino. Los AOC son un tratamiento eficaz contra este síntoma ya que reducen el grosor y maduración del endometrio, disminuyen el flujo menstrual e inhiben la síntesis de prostaglandinas.

- **Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual:** Se define como síndrome premenstrual el conjunto de síntomas tanto físicos como psicológicos que se producen desde el final de la fase lútea hasta la menstruación en ausencia de patología orgánica. Cuando los síntomas psicológicos del síndrome premenstrual interfieren en las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales de la persona, este síndrome se denomina trastorno disfórico premenstrual. Estos síntomas son: cambios de humor, irritabilidad, depresión,

apatía y anhedonia. Es importante relacionar la aparición de los síntomas con el ciclo menstrual para poder realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos del estado del ánimo.

- **Síntomas de suspensión:** Durante el ciclo menstrual, los niveles de hormonas realizan fluctuaciones que afectan a nivel fisiológico en las mujeres. Una de estas fluctuaciones más significativas es el descenso de estrógenos antes del período menstrual que provoca cefalea, cambios de humor, náuseas e hinchazón.

El uso de los AOC disminuye tanto la incidencia como la gravedad de los síntomas enumerados anteriormente, aunque algunos de ellos pueden seguir apareciendo durante el tratamiento, sobre todo en la semana de interrupción por la falta de supresión ovárica y fluctuación de las hormonas.

- **Acné e hirsutismo:** El hirsutismo es un síntoma que se caracteriza por la aparición de vello con un patrón androgénico. Tanto el hirsutismo como el acné y la alopecia puede ser causado por el hiperandrogenismo.

El tratamiento con AOC ayuda a disminuir la síntesis de andrógenos, reducir los andrógenos libres circulantes y limitar su actividad en las unidades pilosebáceas. Debido a que el tratamiento del hirsutismo previene o retarda la formación de un nuevo crecimiento de cabello terminal y no afecta a los folículos pilosos ya existentes, el tratamiento debe durar al menos 6 meses para que los resultados puedan ser visibles.

- **Síndrome del ovario poliquístico:** El síndrome del ovario poliquístico es una afección que se produce cuando hay una cantidad elevada de andrógenos y se manifiesta con los siguientes síntomas: infertilidad, irregularidad del ciclo menstrual, hirsutismo, acné y aumento de quistes en los ovarios.

La administración de AOC inhibe la foliculogénesis mediante la supresión de secreción de gonadotropinas, provocando la reducción de acné e hirsutismo, ayuda a regular el ciclo y mejora la densidad ósea.

Las mujeres con síndrome del ovario poliquístico deben usar una AOC que ayude a limitar el desarrollo del folículo antral, reduzca la cantidad de andrógenos y se oponga a su acción en las unidades pilosebáceas, restaure el

equilibrio entre estrógenos y progestina en el endometrio y regule el ciclo menstrual.

Es importante recordar a la hora de prescribir un AOC en mujeres con este síndrome que este fármaco puede tener efectos metabólicos negativos, aumentando el nivel de triglicéridos y colesterol en sangre, agravando la resistencia de la insulina y provocando un aumento de peso. [9]

- **Dismenorrea primaria:** La dismenorrea primaria es el dolor menstrual sin enfermedad identificable. Se relaciona con náuseas, vómitos, cefaleas o diarreas. El dolor dura entre 8 y 72 horas y se asocia al sangrado menstrual. Las principales causas son, en primer lugar, los niveles de prostaglandinas porque, antes de la menstruación, disminuyen los niveles de progesterona lo cual incrementa la producción de prostaglandinas ocasionando dolor si hay sobreproducción. En segundo lugar, el proceso de la ovulación ya que, sólo existe dismenorrea en ciclos ovulatorios. Como los AOC actúan inhibiendo la ovulación y pueden reducir los niveles de prostaglandinas son eficaces para tratar la dismenorrea. [11]
- **Osteoporosis:** Los efectos estrogénicos aumentan la densidad ósea por lo tanto, los AOC pueden utilizarse para prevenir la osteopenia en mujeres de riesgo. [12]
- **Cáncer ovárico:** El riesgo de desarrollar cáncer ovárico disminuye entre un 30 y un 40% en las mujeres que han consumido alguna vez AOC. Además, se ha evidenciado que reducen las posibilidades de desarrollar la enfermedad en las usuarias portadoras de la mutación en el gen BRCA1 y BRCA2. El efecto protector aumenta con la duración del tratamiento y se puede mantener hasta máximo 30 años después de abandonar el tratamiento.
- **Cáncer endometrial:** Las usuarias de AOC tienen menor riesgo de padecer cáncer de endometrio que las que no los han utilizado nunca. El riesgo disminuye un 30% y después de 2 - 3 años con el tratamiento se reducen aproximadamente hasta un 50%. Además, si se deja el tratamiento el efecto protector se prolonga entre 10-15 años. Se ha evidenciado que el riesgo disminuye notablemente en aquellas mujeres que han tomado AOC mucho tiempo y, además, eran fumadoras, obesas o hacían poco deporte. [13]

- **Cáncer colorrectal:** Los AOC están relacionados con un menor riesgo de cáncer de colon, alrededor del 15-20% menos. [14]

3.2.6 EFECTOS ADVERSOS

La administración de AOC puede provocar diferentes efectos adversos. Dependiendo de las consecuencias que generen en la salud, se clasifican en efectos adversos menores o mayores.

Los **efectos adversos menores** no suponen un riesgo vital contribuyen en el abandono del tratamiento por parte de las pacientes. Los más comunes son:

- **Náuseas y vómitos:** Directamente relacionado con la dosis de estrógenos. Es importante tener en cuenta que los vómitos disminuyen la efectividad del tratamiento. Si la pastilla se vomita dos horas después de ingerirla se debe volver a tomar. Los preparados con dosis inferiores a 20mcg de etinil-estradiol ocasionan menos náuseas y vómitos.
- **Aumento de peso:** Es una de las quejas más repetida entre las mujeres. Existen postulados varios mecanismos de acción de los AOC que podrían ocasionarlo, por ejemplo: Los preparados antiguos compuestos por altas dosis de estrógeno provocan un efecto anabolizante o el efecto anti mineralcorticoide de la drospironana porque reduce el funcionamiento del sistema renina angiotensina - aldosterona y favorece la retención de agua. Sin embargo, no existe una asociación directa y estadísticamente significativa entre el aumento de peso y los AOC. En síntesis, existe una falta de evidencia científica sobre si los AOC ocasionan una ganancia de peso. [15] [16]
- **Mastalgia:** El dolor mamario es un síntoma común en ginecología y afecta aproximadamente a un 70% de las mujeres. Los AOC pueden producir mastalgia o exacerbarla. Cuando es premenstrual se debe al efecto estrogénico, pero si aparece en los días de descanso, (comprimidos placebo) se atribuye a la retención excesiva de agua por la interrupción del gestágeno. La evidencia afirma que los síntomas disminuyen si se reducen los periodos libres de hormonas. Por ello, se aconseja descansar 7 días cada 3-4 meses y utilizar preparados de bajas dosis en los que dominen los gestágenos.

- **Sangrado disfuncional:** Es más frecuente en los primeros meses porque los AOC cambian el endometrio, era más grueso y se vuelve más delgado. Si ocurre meses después es debido a la decidualización¹ provocada por el gestágeno, el endometrio es más frágil y se rompe, lo que ocasiona un sangrado asincrónico. Es más común con pocas dosis de estrógenos. Se recomienda advertir a la paciente para evitar los abandonos.
- **Cambios de humor:** Se producen porque algunas mujeres son más vulnerables a las fluctuaciones hormonales de los estrógenos-progestágenos. Por ello, los AOC pueden alterar la libido o aumentar las depresiones reactivas.
- **Pérdida de lubricación:** Existe relación entre la sequedad vaginal y los AOC con un exceso relativo de gestágenos. Ante estos casos, se recomienda cambiar a AOC con mayor dosis de estrógenos. [11]
- **Cefaleas:** Es un efecto secundario bastante común. Disminuyendo la dosis de estrógeno se reduce normalmente el dolor de cabeza.
- **Migraña:** Puede aparecer al inicio del tratamiento o empeorar. Se relaciona con un mayor riesgo de ictus isquémico, sobre todo, en aquellas mujeres que presenten migraña con aura², edad superior a 40 años, fumen y presenten riesgos vasculares como HTA, obesidad o diabetes.
- **Infecciones del tracto urinario:** Aumenta la tasa entre las mujeres porque probablemente se incrementa la frecuencia coital. Además, los factores sistémicos del huésped desempeñan un papel importante en la patogénesis y la evidencia demuestra que los anticonceptivos con dosis altas de estrógenos favorecen la aparición de la candidiasis. [17]

¹ Decidualización: es un proceso por el cual las células estromales del endometrio sufren una transformación morfológica y funcional necesaria para el control del proceso de la invasión embrionaria y la formación de la placenta y por lo tanto para el establecimiento del embarazo

² MCA: También llamada migraña clásica. Cefalea frecuente que se manifiesta a la vez o después de trastornos sensoriales.

- **Acné:** Los andrógenos aumentan el crecimiento de las glándulas sebáceas. Los AOC andrógeno- dominantes (altas dosis de levonorgestrel) pueden relacionarse con un incremento del acné. [11] [12]

En cambio, los **efectos adversos mayores** sí que pueden suponer un riesgo vital para la paciente. Entre ellos destacan:

- **Tromboembolismo venoso (TEV):** Las mujeres en edad fértil que consumen AOC tiene más posibilidades de sufrir un TEV. Este efecto secundario está directamente relacionado con la dosis de estrógenos y tipo de gestágeno ya que, los de 3ª y 4ª generación incrementan el riesgo de TEV, en contraste con los de 2ª generación.

Por ello, en mujeres sanas los AOC de primera elección son los de dosis de estrógenos inferiores a 35 µg y géstatenos de 2ª generación, como por ejemplo el levonorgestrel. Si se trata de mujeres con factores de riesgo, como obesidad (IMC igual o superior a 30); hábito tabáquico; problemas de coagulación o antecedentes familiares, es importante tener en cuenta que estos incrementan el curso de TEV. En estos casos, el profesional debe informar del peligro y recomendar un estilo de vida más saludable. Sin embargo, ante factores de riesgo no modificables como la edad o los antecedentes familiares es preferible buscar otras opciones. [11]

Finalmente, la enfermedad tromboembólica venosa en la adolescencia es inusual. Sin embargo, en el 98% de los casos, se relaciona con al menos un factor de riesgo, entre ellos, los anticonceptivos orales. Se evidencian casos de ETV en jóvenes adolescentes con tratamiento del acné, etinilestradiol 35 µg. [18]

- **Aumento de la tensión arterial:** Afecta al 5% de las usuarias y suele ocurrir en los primeros 6 meses. Por lo tanto, es un requisito imprescindible antes de la preinscripción. Sin otros factores de riesgo no es una contraindicación para tomar AOC. En cuanto a la Hipertensión Intracraneal Idiopática³, es más frecuente en mujeres jóvenes con aumento de peso asociado al tratamiento hormonal anticonceptivo. [19]

³ HICI: Incremento de la presión intracraneal sin la existencia de patología responsable.

- **Infarto agudo de miocardio (IAM):** El tratamiento con AOC se relaciona con los eventos trombolíticos. Los estrógenos aumentan la síntesis de los factores de coagulación I, VII, VIII, IX, X y del fibrinógeno (proteína del plasma y precursora de la fibrina). A la vez, disminuyen la síntesis de Antitrombina III, proteína que ayuda a la coagulación sanguínea impidiendo la formación de coágulos. Un trombo arterial es poco probable que se acumule en un endotelio sano, pero la terapia hormonal altera el endotelio. Si, además, existen otros factores de riesgo cardiovascular como el tabaco, la obesidad o la alteración del metabolismo lipídico se pueden originar procesos trombolíticos graves. Por lo tanto, en mujeres de alto riesgo cardiovascular se debe evitar el tratamiento con AOC. Los AOC que más cambios hemostáticos producen son los de la tercera generación. [20]
- **Accidente Cerebrovascular Agudo (ACV):** La migraña es un factor de riesgo de ictus. Este riesgo aumenta en función de otros factores como, por ejemplo, los AOC, cuyos lo incrementan 4 veces más. La probabilidad de ictus se relaciona con mayores dosis de estrógenos. Se recomienda interrumpir el uso de AOC en las mujeres diagnosticadas de Migraña con Aura (MCA) y algún factor de riesgo cardiovascular. En caso de continuar, se recomiendan los preparados de menor dosis de estrógenos o sólo progestágenos. [21]
- **Cáncer de mama:** Es la neoplasia maligna más prevalente entre las mujeres y en nuestro país, la responsable del mayor número de muertes anuales. Uno de los principales factores de riesgo es la terapia hormonal con AOC. Diferentes autores afirman que, a mayor dosis de estrógenos y exposición, mayor riesgo padecer cáncer de mama. [22]

Diversos estudios realizados los últimos años, concluyen que, las mujeres que usan o han usado recientemente AOC tienen más riesgo de cáncer de seno que aquellas que nunca los han consumido. Todos relacionan el riesgo con la duración del tratamiento. Además, las posibilidades aumentan si se consumen AOC en el presente, pero continúa habiendo un ligero riesgo en aquellas mujeres que los han usado en algún momento. Sin embargo, la probabilidad de desarrollar la enfermedad disminuye con el paso de los años. Por último, los investigadores coinciden al concluir que, los anticonceptivos de hormonas combinadas concretamente los “trifásicos” aumentan el riesgo de sufrir cáncer de seno. [13]

Por último, algunos autores asienten que, el uso de AOC aumenta el riesgo de cáncer de seno en mujeres premenopáusicas o menores de 50 años. También que el aumento más considerable ocurre en aquellas uníparas o multíparas que han utilizado el fármaco antes del primer parto. [23]

- **Cáncer de cérvix:** Es la cuarta neoplasia más frecuente a nivel mundial y en España la onceava. En nuestro país la incidencia es de 10.8 casos por cada 100.000 mujeres y origina una mortalidad de 3.6 casos por cada 100.000 mujeres. La principal causa es la infección crónica del Virus del Papiloma Humano (VPH), ya que origina más del 99% de los casos. Las investigaciones indican que existe un aumento de la prevalencia de cáncer de cérvix en las mujeres que consumen AOC ya que, frecuentemente se asocia con no utilizar métodos barrera como el preservativo. [24]

Además, entre los cofactores medioambientales o exógenos responsables del cáncer de cérvix se encuentran los AOC. Existe una estrecha relación entre la duración del tratamiento y el riesgo de padecer la enfermedad. Se ha demostrado que el consumo de AOC durante 5 años o más incrementa la probabilidad de cáncer ya que aumenta la expresión de las oncoproteínas E6 y E7 del VPH. [25]

Esto es debido, por una parte a los estrógenos, porque facilitan que proliferen lesiones antiguas y, por otra, a los gestágenos, que impulsan la expresión del virus. Además, ambas hormonas cambian la respuesta inmunitaria local e inhiben la apoptosis en el cuello uterino. Por lo tanto, se favorece el desarrollo del cáncer. La carcinogénesis aumenta en consumos superiores a 10 años. Sin embargo, si se suspende el tratamiento después de 8 años sin tomar AOC disminuye el riesgo. [26] [27]. También, los anticonceptivos hormonales son un factor de riesgo en la reproducción de lesiones del cuello uterino después del tratamiento. [25]

- **Cáncer de ovario:** El riesgo de padecer cáncer ovario entre las mujeres que han usado alguna vez AOC es de un 30 a un 50% menor. Se ha evidenciado que la protección se incrementa a medida que aumenta el tiempo de uso. [13]

3.2.7 CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones de los AOC han sido clasificadas en absolutas o relativas. según el riesgo para la salud que se ha identificado en las evidencias.

En las contraindicaciones absolutas se ha tenido en cuenta los cambios que puedan ocasionar en la población sana o el empeoramiento de las patologías preexistentes. Entre ellas, es importante destacar el embarazo y la enfermedad cardiovascular o factores de riesgo, sobre todo el tabaquismo, la hipertensión y la trombofilia.

No obstante, las relativas dependen de cada autor. Entre todas, es necesario recalcar la depresión ya que, las mujeres con antecedentes, si presentan signos de alarma deben interrumpir el tratamiento. [3] [11]

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Antecedentes de tromboflebitis, embolia o accidente cerebrovascular o patología coronaria	Depresión
Hepatopatías en actividad	Jaquecas
Antecedentes de Ictericia o prurito grave durante el embarazo	Epilepsia
Tumores Hormono-dependientes	Miomatosis Uterina
Cáncer de mama	Otosclerosis
Estenosis Mitral Descompensada	Varices
Metropatías no diagnosticadas	Obesidad
Embarazo	Nefropatías
Diabetes insulino-dependientes con afectación vascular	Diabetes gestacional o prediabetes
Hiperlipoproteinemias	Colitis Ulcerosa, enfermedad de Crohn
Discrasias sanguíneas	Interacciones Medicamentosas
Tumores hepáticos	Lactancia
Cirugía Mayor Electiva o inmovilización prolongada	Galactorrea
Anemia de células falciformes*	Adenomas hipofisarios
Lupus Eritematoso*	Fumadores de más de 35 años**
Hipertensión Arterial	

Tabla 2: Contraindicaciones AOC. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

3.2.8 INTERACCIONES

Los anticonceptivos orales pueden interactuar con otros fármacos y ocasionar alteraciones farmacocinéticas⁴ y farmacodinámicas⁵. Se ha evidenciado que las farmacocinéticas son insignificantes en los AOC. Sin embargo, diferencias interindividuales e intrapersonales ya que, la biodisponibilidad tanto de los estrógenos como progestágenos dependen del metabolismo y la absorción.

Por tanto, los AOC pueden interferir tanto en la absorción o metabolismo de otros fármacos reduciendo o incrementando su efecto o, el fármaco puede intervenir sobre los AOC, ya sea descendiendo las concentraciones plasmáticas, lo cual puede aminorar la efectividad, o bien, aumentándolas, lo cual puede intensificar los efectos adversos. Además, pueden producir un descenso del nivel estrogénico, por este motivo, frecuentemente ocasionan metrorragias. También, son las responsables de aumentar el riesgo de fallo anticonceptivo.

Teniendo en cuenta que nuestro estudio se enfoca en mujeres sin patologías de base entre 20 y 25 años, destacamos las interacciones más comunes:

- **Antibióticos:** El mecanismo de interacción con los AOC depende según el tipo de Antibiótico. La Rifampicina y Rifabutina han demostrado acción sobre la actividad enzimática ya que, alteran la concentración de etinilestradiol. También es probable este mecanismo de acción en las las tetraciclinas. Estos reducen la eficacia de los AOC, por lo tanto, durante el tratamiento y 7 días después se deben utilizar métodos barrera. Según la OMS el resto de los antibióticos de amplio espectro no alteran la efectividad anticonceptiva.
- **Analgésicos:** La Aspirina o el Paracetamol interactúan por inducción enzimática disminuyendo el efecto analgésico. Por ello, se debe ajustar la pauta.
- **Antidepresivos:**
 - a. Antidepresivos Tricíclicos (ADTC): Su mecanismo de interacción es la inhibición enzimática aumentando el efecto de los antidepresivos. Tienen

⁴ Interacciones en la absorción, distribución, metabolismo o eliminación del fármaco.

⁵ El fármaco influye en la acción de otro medicamento por sinergismo o antagonismo .

un amplio margen terapéutico. No reducen el efecto anticonceptivo pero el aumento de exposición a los ADTC puede ser un problema de seguridad.

b. Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina (ISRS): Incrementan la acción de los anticonceptivos hormonales así que podrían potenciar los efectos secundarios.

- **Tabaco:** El hábito tabáquico es el origen de la mayor parte de interacciones. El tabaco tiene efecto antiestrogénico porque induce la biotransformación del etinilestradiol. Se ha evidenciado que las mujeres que toman AOC y fuman, en comparación con las que no, tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, sobre todo de IAM. Aproximadamente una cuarta parte de las usuarias fuman y son grandes consumidoras (más de 15 cigarrillos/día). También que, gran parte de Enfermedades Cerebro Vasculares en mujeres con AOC son ocasionadas por el tabaco. Por último, incrementa los sangrados intermenstruales.
- **Cafeína:** Potencia la vida media de los AOC, por tanto, se recomienda disminuir la ingesta. [11] [28]
- **Infección por Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19):** En caso de infección por Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID19) hay una serie de factores a vigilar en las mujeres con terapia hormonal combinada:
 1. **Riesgo tromboembólico:** La infección puede producir una colopatía ya que disminuye los niveles de Antitrombina y dímero-D. Esta situación de hipercoagulabilidad podría producir eventos trombolíticos en diferentes zonas. La suma del propio COVID19, el efecto sobre la coagulación de los AOC y la inmovilización de la cuarentena, incrementan el riesgo de tromboembolismo venoso.

Por ello, en las pacientes hospitalizadas se recomienda suspender el tratamiento hormonal e iniciar profilaxis con HBPM. También, en los casos de infección o sospecha con sintomatología respiratoria y seguimiento domiciliario. En caso de sintomatología leve y necesidad importante de seguir con el tratamiento se debe evaluar particularmente la situación personal. Una vez, la paciente recupere la movilidad rutinaria se puede reiniciar la toma de AOC.

- 2. Corticoesteroides:** Los AOC Interaccionan con los corticoesteroides incrementando la vida media de los corticoides. Actualmente, tanto la Dexametasona como, la Metilprednisolona forman parte del tratamiento específico del COVID19 y junto con los estrógenos ambos principios activos potencian su efecto. Se utilizan en aquellos pacientes hospitalizados que necesiten oxigenoterapia con el objetivo de reducir la inflamación pulmonar. Es importante recalcar que ambos fármacos.

- 3. Antirretrovirales:** Pueden tanto aumentar como disminuir la biodisponibilidad de las hormonas esteroides de los AOC. En este momento el Remdesivir, es el medicamento antiviral más usado contra la COVID-19. Es un Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Inversa (INTI) y hasta el momento no se han notificado interacciones significativas entre las hormonas anticonceptivas. Sin embargo, la OMS ha notificado probables interacciones entre los AOC y los antirretrovirales Inhibidores de la Proteasa Reforzados con Ritonavir y los Inhibidores no nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI) ya que pueden modificar la efectividad del tratamiento. [29] [30] [31]

3.3 CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

3.3.1. ANTECEDENTES DEL TEMA

La asesoría anticonceptiva se basa en dar información verdadera, completa, actualizada y científicamente corroborada a todas aquellas usuarias que deseen, dando el respectivo acompañamiento a la mujer para que tome la decisión que más se adapte a sus necesidades y estilo de vida. Esta interacción entre profesional sanitario y paciente tiene una gran influencia en la selección final y suele cambiar la perspectiva inicial de la usuaria ante el tema.

En la elección e indicación de un método anticonceptivo son fundamentales dos roles: por una parte, el proveedor de salud debe ofertar todos los métodos anticonceptivos disponibles, educando y aclarando dudas e incertidumbres de todos ellos y por otra parte las potenciales futuras usuarias del tratamiento que deberán elegir el método que más les convenga de acuerdo con sus principios, creencias y deseos. Cabe resaltar que no existe un anticonceptivo ideal por lo que la asesoría es clave para escoger el método

anticonceptivo que más les encaja para que la adherencia al tratamiento sea mayor. [32] Para determinar la influencia la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo y su posterior adherencia y satisfacción de la usuaria se han realizado diferentes estudios a nivel mundial, como el estudio PIENSA (Latinoamérica), IMAGINE (Portugal) y CHOICE (Europa). En estos estudios se observó la gran influencia de la asesoría en la selección final de la usuaria. Todos estos estudios concluyeron que existía una disminución significativa en la elección de los anticonceptivos orales combinados respecto al antes y después de la asesoría, en el que una de cada tres mujeres que tenía una idea previa en utilizarlo finalmente optaron por otros métodos. Las principales razones que argumentaron las mujeres para escoger el uso de la píldora fueron la facilidad del método, la regularidad del sangro menstrual y que es un método que lleva muchos años en el mercado, por lo que está bien investigado. Sin embargo, ésto sucedía de manera inversa cuando hablamos de la elección del parche y el anillo, que su elección de uso se vio aumentada después de realizar la asesoría.

En España, se realizó el estudio TEAM-06, con resultados muy parecidos a los otros estudios realizados en todo el mundo. [33]

Cuando esta asesoría se lleva a la práctica, se han observado que existen dificultades para llegar a una óptima asesoría anticonceptiva tales como barreras culturales y comunicativas entre profesionales y usuarias, falta de instrucción, poca importancia a la salud sexual y reproductiva... [32]

El año 2017, en Australia, se realizó un estudio en el que se buscaba saber qué información era la que las usuarias querían recibir en la asesoría anticonceptiva y qué factores influían en el uso de anticonceptivos a la vez de observar y entender las interacciones que se producen entre usuarias y médicos a la hora de la toma de decisiones. Las participantes del estudio explicaron la falta de información concreta y coherente a la vez que informaron frustraciones al encontrar contradicciones en la información recibida. Además, expresaron barreras comunicativas con el personal, en las que la usuaria no se sentía cómoda e incluso percibía ser juzgada.

Las recomendaciones finales de este estudio incluían que los proveedores de salud fuesen más conscientes de la posible incomodidad del tema y empleasen estrategias de comunicación para crear un ambiente cómodo donde expresar los sentimientos y cuestiones. Asimismo, involucrar también a otros proveedores de salud que no fuese médicos (enfermeras o farmacéuticos) en la educación e información para crear una

atención multidisciplinaria y poder compartir información más completa. [34]

Un de los puntos en común de todos los estudios que se han realizado sobre la información y asesoría que las usuarias reciben sobre los anticonceptivos orales combinados es que se trata de una intervención clave para que la mujer pueda tomar la opción más compatible con su vida. Otro punto en común es la opinión de las usuarias, que generalmente piensan que en la práctica, estas intervenciones quedan lejos de ser óptimas y adecuadas para una correcta toma de decisiones.

Aunque se han realizado varios estudios sobre el tema, es difícil encontrar artículos que investiguen qué información exacta reciben las usuarias antes de empezar el tratamiento con un método anticonceptivo y cuál es su seguimiento por parte del equipo de salud, sobre todo que no sean dirigidos exclusivamente para adolescentes y que se hayan realizado en España, ya que la mayoría de ellos son realizados en países de habla inglesa y países de Sudamérica.

3.3.2. INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS MUJERES ACERCA DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

La toma de decisiones compartida se trata del proceso en el que las usuarias y los proveedores de atención médica toman decisiones sobre el método anticonceptivo a escoger de manera colaborativa, teniendo en cuenta la evidencia científica, experiencia clínica y preferencias personales de la paciente.

Investigaciones previas sobre el tema han demostrado la insatisfacción de las mujeres que buscan atención anticonceptiva ya tanto en la información recibida como en la presión para adoptar un método específico en lugar de participar en discusiones y deliberaciones compartidas. Debido a esta situación y a que no existe una herramienta de apoyo en la toma de decisiones y en prestación de atención anticonceptiva centrada en el paciente, un estudio estadounidense decidió investigar qué información era la más relevante para las mujeres que buscaban atención anticonceptiva y qué información creían los proveedores de atención médica que era la más importante en el asesoramiento anticonceptivo para poder comparar ambos resultados y ver su concordancia.

Tanto las participantes como los proveedores de salud clasificaron la importancia de cada pregunta de 0 (nada importante) a 4 (muy importante). De las 34 preguntas que se

evaluaron, las participantes dieron una nota de al menos 3 de 4 puntos a 16 de las preguntas, por lo que se demostró las amplias necesidades de información de las participantes. Las preguntas que consideraron más importantes fueron: “¿Cómo funciona para prevenir el embarazo?”, “¿Es seguro? (interferencias con otros medicamentos, aumento de riesgo de problemas de salud...) y “¿Cuáles son los posibles efectos secundarios?”

Este estudio concluyó que las preguntas prioritarias para las usuarias son las relacionadas con la seguridad del método, mecanismo de acción, efectos secundarios, modo de uso, efectividad con un uso típico y perfecto y frecuencia de administración.

Al incluir tanto usuarias como proveedores de atención anticonceptiva se encontró una concordancia considerable en las prioridades de información entre los dos grupos, aunque se observó cierta discordancia que provoca una implicación importante para las prácticas de asesoramiento centradas e individualizadas en el paciente. Estas discrepancias se vieron en la clasificación de la seguridad el método y de los efectos secundarios, siendo las usuarias las que mayor importancia le dieron respecto a la puntuación recibida por parte de los proveedores. [35]

Para la realización de una consejería anticonceptiva adecuada se debe explicar y orientar a la usuaria y/o a su pareja sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en el mercado y de cada uno de ellos, explicar su mecanismo de acción, eficacia y duración de la protección anticonceptiva que proporcionan, beneficios del uso del método, efectos secundarios más comunes durante los primeros meses y si disminuyen, cesan o aumentan posteriormente, uso correcto del método, razones y signos de alarma de cese y suspensión inmediata del tratamiento, la no protección del método frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) y los mitos relativos a cada método. Además de toda esta información, se debe dar espacio a que la usuaria formule preguntas o dudas sobre el tema. [36]

3.4. PAPEL DE ENFERMERÍA

3.4.1. RECOMENDACIONES Y ESTRATEGIAS EN EL TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Cuando una mujer inicia un método anticonceptivo, los profesionales de enfermería tienen un papel esencial tanto en el proceso de toma de decisiones como en el posterior

seguimiento. El **consejo anticonceptivo** es una práctica sanitaria que consiste en ofrecer información basada en las últimas evidencias científicas de manera clara y objetiva para que según las necesidades individuales se elija el método que más se adapte a cada mujer. [37]

En primer lugar, para valorar la mejor elección para nuestra paciente es imprescindible realizar una **anamnesis**. Hay que conocer detalles como, por ejemplo, si tiene pareja estable, si tiene una vida sexualmente activa, sus expectativas reproductivas, etc. Para ello, se pueden realizar preguntas o bien, pasar un cuestionario.

Seguidamente, mediante la **Historia Clínica** se debe revisar los antecedentes sobre todo los ginecológicos, patologías conocidas y si tiene factores de riesgo que contraindiquen el tratamiento como los factores de riesgo cardiovasculares en el caso de los AOC (antecedentes familiares enfermedad cardiaca, fumadora, diabetes, hipertensión...) [38]

A continuación, el profesional debe realizar una **exploración física**. Antes de la preinscripción de AOC es imprescindible una toma de TA y calcular el IMC, ya que hay evidencia que demuestra que en mujeres con IMC igual o superior a 35kg/m² aumenta el riesgo tromboembólico. También, se recomienda una exploración genital y mamaria, una citología y una analítica sanguínea. [39]

Para seleccionar el método anticonceptivo que más se adapte a la mujer los profesionales deben tener en cuenta el tipo de AOC y las dosis. Actualmente, el objetivo es disminuir las dosis de estrógenos para reducir posibles efectos adversos y utilizar gestágenos parecidos a la progesterona endógena para evitar efectos androgénicos. El profesional debería tener en cuenta aspectos como:

- Incremento de peso: Los AOC pueden producir retención de líquidos por el efecto estrogénico. La Drospirenona reduce la retención por el efecto anti-androgénico y anti-mineralcorticoide.
- Síndrome premenstrual: Mejora los síntomas con el uso de AOC.
- Menorragia: Generalmente los AOC disminuyen la duración y la intensidad del sangrado.
- Dismenorrea: Generalmente los AOC disminuyen el dolor.
- Hiperandrogenismo: Preferible elegir gestágenos con acción anti-androgénica.

- Alteraciones del ciclo menstrual: Los combinados de más de 20mg de etinilestradiol y progestágenos con acción anti-androgénica (Dienogest) controlan mejor el ciclo.

El personal de enfermería en caso de que una mujer decida tomar AOC tiene que explicar antes de iniciar el tratamiento que los fármacos tienen una gran eficacia anticonceptiva pero que ésta depende del cumplimiento y de la continuidad a lo largo del tratamiento. También, hacer hincapié en que no protegen de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) por ello, se recomienda utilizar preservativo. Además, es responsable orientar a la usuaria sobre el preparado seleccionado y modo de emplearlo:

- Aclarar **como iniciar el tratamiento y continuarlo**: Se debe empezar el primer día de la menstruación y usar preservativo los 7 primeros días. También que la pastilla se debe tomar sobre la misma hora todos los días.
- Explicar los **posibles efectos adversos** porque son la primera causa de abandono. Sobre todo, que aparecen los 3 primeros meses y habitualmente desaparecen.
- Informar sobre las **ventajas no contraceptivas** como el control del ciclo, mejoría de algunos cánceres, mejora de la dismenorrea y disminución del sangrado, etc.
- Reforzar que deben tener en cuenta las **posibles interacciones medicamentosas**. Mencionar los posibles fármacos y recomendar deshabitación del tabaco.
- Insistir en cómo actuar ante **olvidos, vómitos o diarrea**:
 - Ante un olvido inferior a 12 horas: tomar el comprimido del día
 - Ante un olvido mayor de 12 horas: tomar el comprimido del día siguiente y usar preservativo 7 días.
 - Ante diarrea o vómitos en las 3 horas después de la toma, volver a tomar el comprimido.
- Explicar que en el tratamiento con AOC no se deben realizar descansos entre tomas. [38]

Respecto al **seguimiento**, el primer control se realiza en todas las mujeres entre los 3 y 6 primeros meses tras iniciar el tratamiento. En la visita, se valoran los efectos secundarios, se resuelven dudas y se toma la TA. En mujeres menores de 35 años, anualmente se actualiza la anamnesis personal, familiar y de factores de riesgo. También se mide la TA, el peso y se pregunta por hábitos sexuales. Cada 3 años se

curso una analítica para observar los valores de colesterol total, triglicéridos y glucemia; una palpación abdominal y genital y, por último, una citología. Por el contra, en mujeres mayores de 35 años el control analítico debe ser anual y en casos de hábito tabáquico se suspenderá el tratamiento.

Como enfermeras, es importante transmitirle a nuestra paciente que será bienvenida cuando tenga preguntas, problemas o dudas y aconsejarle que si en algún momento se encuentra mal contacte con su médico o con nosotras. [40]

Como profesionales, para mejorar la adherencia se pueden ofrecer las siguientes **recomendaciones** ya que existe evidencia de que mejoran el cumplimiento terapéutico:

- Tomar AOC genéricos porque tienen menor precio.
- Disponer de la preinscripción de varios blísteres incrementa la continuidad del tratamiento.
- Utilizar los AOC con fines terapéuticos, por ejemplo, en el control de la dismenorrea, síndrome premenstrual, acné...Son eficaces porque disminuyen los síntomas.
- Consejo contraceptivo individualizado teniendo en cuenta el estilo de vida y el nivel sociocultural. Son factores de mal cumplimiento o que reducen la eficacia anticonceptiva las mujeres con horarios irregulares, consumidoras de alcohol o drogas, patologías psiquiátricas, etc. [5]

En definitiva, el profesional de enfermería es la figura más cercana a la paciente por ello, tiene una labor realmente importante en la elección del método anticonceptivo que mejor se adapte a la paciente, dar a conocer como funcionan los AOC y en enseñar como se toman correctamente. Además de, resolver problemas relacionados con el cumplimiento [37]. Los avances en la terapia anticonceptiva requieren que los profesionales se actualicen constantemente.

Actualmente, es importante que la Enfermera Familiar y Comunitaria promueva el asesoramiento anticonceptivo. Sin embargo, todos los profesionales de enfermería deben disponer de formación e información actualizada para facilitar el asesoramiento individualizado ya que son fármacos realmente consumidos. [41]

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

El siguiente estudio está organizado en dos partes. La primera de ellas consiste en una búsqueda bibliográfica con el fin de descubrir los antecedentes del tema de estudio y adquirir el conocimiento necesario para realizar el marco teórico. La segunda parte consiste en realizar una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas para conocer la experiencia de las mujeres que toman anticonceptivos orales combinados.

La metodología cualitativa es aquella que pretende entender las experiencias y opiniones de los participantes teniendo en cuenta tanto su entorno como sus vivencias. Consiste en extraer descripciones a partir de las observaciones del investigador que pueden adoptar diferentes formas como, por ejemplo, entrevistas, grabaciones, narraciones, etc. Tal y como definieron Taylor y Bogdan en 1986 es “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”.

En el análisis cualitativo se trabaja con datos que no son reducidos a variables sino considerados como un todo porque el investigador mantiene una visión holística de las personas. Por lo tanto, en este trabajo hemos priorizado este tipo de investigación ya que nos permite comprender a las mujeres dentro del marco de referencia de ellas mismas. [42]

Otra razón por la cual hemos decidido realizar este tipo de metodología es porque se ha demostrado que las técnicas cualitativas potencian las investigaciones ya que nos permiten conocer los puntos de vista de la gente. Por ello, en los últimos años en el ámbito de la salud los estudios cualitativos han aumentado considerablemente. [43]

Además, después de realizar una profunda búsqueda bibliográfica sobre el tema, hemos observado que la gran mayoría de las publicaciones utilizan la metodología cuantitativa. Es por eso que nos ha parecido una gran oportunidad para enfocar el tema desde una perspectiva cualitativa.

4.2 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica es imprescindible en un trabajo de investigación ya que nos permite seleccionar, organizar y sintetizar la información más importante de nuestro ámbito de estudio “los anticonceptivos orales combinados”.

En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica entre los meses de octubre a febrero. A continuación, recopilamos la información más relevante de revistas electrónicas, libros, la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad, guías y protocolos en anticoncepción oral, etc. Además, se han utilizado diversas bases de datos, no sólo del ámbito temático como Pubmed y Fistera, sino también del ámbito multidisciplinario, por ejemplo: Scielo, Dialnet y Google Scholar. Esta búsqueda profunda ha permitido obtener resultados más precisos de mayor evidencia científica.

4.3 PALABRAS CLAVES Y FÓRMULAS

Con el fin de seleccionar los artículos de mayor interés se han utilizado las siguientes palabras clave: “Anticonceptivos Orales”; “Beneficios”; “Efectos adversos”; “Enfermería” y “Asesoramiento anticonceptivo”. Asimismo, se ha hecho uso del operador booleano “AND” para recopilar artículos que contengan las dos o más palabras claves.

4.4 CRITERIOS INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Para seleccionar la información más relevante, hemos establecido una serie de criterios de inclusión como la fecha de publicación, el idioma de los documentos, la accesibilidad del texto completo de los documentos y la temática de éstos.

CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
Documentos publicados en los últimos 10 años	Documentos publicados hace más de 10 años
Documentos con acceso a texto completo	Documentos sin acceso a texto completo
Documentos redactados en castellano, catalán o inglés	Documentos redactados en otras lenguas
Documentos acordes con los objetivos del estudio	Documentos que no traten los objetivos del estudio

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión utilizados para seleccionar información. Fuente propia.

4.5 INSTRUMENTO: ENTREVISTA

La técnica utilizada para la recogida de datos ha sido la entrevista. Consiste en realizar una reunión entre el entrevistador y el entrevistado para conversar e intercambiar información. Mediante las preguntas y respuestas se establece una comunicación que permite extraer información con el fin de analizarla posteriormente.

Mediante este instrumento podemos valorar tanto la comunicación verbal como la no verbal, es decir, gestos, miradas, tonos de voz, etc. Como investigadoras, consideramos que se trata de una parte fundamental para empatizar con la persona e interpretar la información que explica.

Concretamente, se ha utilizado la entrevista semiestructurada. Se basa en realizar un guion previo con preguntas abiertas y claras para que el entrevistado pueda responder con flexibilidad y precisión. De este modo, el entrevistador puede orientar la entrevista conforme avanza el trabajo de campo con la finalidad de conseguir la mayor cantidad de información posible.

Para utilizar la información recogida y mantener la ética profesional se ha elaborado un consentimiento informado que es imprescindible que los participantes firmen antes de iniciar la conversación. Mediante este documento se acepta la grabación de audio de la entrevista, se explica que la información extraída tendrá exclusivamente fines académicos y, por último, se asegura mantener el anonimato del entrevistado. Finalmente, una vez realizadas las entrevistas necesarias, se transcribirán manualmente. [44]

4.6 INFORMANTES Y MUESTREO

Los participantes de este estudio son mujeres de entre 20 y 25 años las cuales toman anticonceptivos orales combinados. El tipo de muestreo utilizado se denomina muestreo por conveniencia. Se trata de un muestreo no aleatorio en el que de forma voluntaria el investigador escoge la muestra asegurando así que será representativa. La razón por la cuál se ha elegido esta técnica de muestreo es por su velocidad, costo-efectividad y facilidad de disponibilidad de la muestra. [45] [46]

CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
Sexo femenino	Sexo masculino
Edad entre 20 y 25 años	Edad inferior a 20 años o superior a 25 años.
Que tomen anticonceptivos orales combinados	Que no tomen anticonceptivos orales combinados
Que quieran participar en el estudio de forma voluntaria	Que no quieran participar en el estudio de forma voluntaria

Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión utilizados para seleccionar las participantes. Fuente propia.

Las informantes elegidas respondieron a las preguntas explicándonos sus vivencias personales tal y como les dijimos. Por ello, consideramos necesario hacer una breve introducción de cada una de ellas.

- **Entrevista 1: Paola**

Paola tiene 23 años, es estudiante de enfermería de 4º curso en la Universidad de Valencia. Empezó su trayectoria formativa cursando el técnico superior de laboratorio con el objetivo de acceder al grado de enfermería. Actualmente, compagina sus estudios con el trabajo de camarera los fines de semana y festivos. Lleva tomando AOC desde los 17 años y tiene pareja estable.

- **Entrevista 2: Alba**

Alba tiene 21 años, también es estudiante de 4º curso de enfermería en la Universidad de Valencia. Hace dos años que tiene pareja estable y fue entonces cuando inició el tratamiento con AOC. Vive en casa con sus padres y le apasiona el ámbito académico de la investigación enfermera. Actualmente, está estudiando para el EIR a la vez que acaba las prácticas clínicas del grado.

- **Entrevista 3: Ariadna**

Ariadna tiene 24 años, es estudiante de 4º curso de geología en la UAB. Debido a la pandemia ocasionada por el COVID-19 ha abandonado la ciudad de Barcelona y se encuentra estudiando online desde su domicilio en Reus. Además, trabaja a media jornada como recepcionista de una inmobiliaria. Toma AOC desde los 14 años y ha tenido pareja estable desde los últimos 6 años.

Además, para contar con el conocimiento y la opinión personal de una profesional se entrevistó a una matrona:

- **Entrevista 4: M^a José**

M^a José tiene 55 años. Estudió la diplomatura de enfermería hace 37 años en Pamplona y realizó la especialidad de Enfermería Obstétrico - Ginecológica (Matrona) en el año 1985. Empezó a trabajar en la localidad de Valls y en el Hospital St. Tecla de Tarragona. En 1990, en Catalunya se creó el programa de “*Atenció a la dona*” por lo que en 1991 se convocaron oposiciones para matrona. M^a José obtuvo su plaza en el CAP de Constantí donde actualmente continúa trabajando allí. También sigue ejerciendo en el Hospital St. Tecla de Tarragona realizando partos ya que es “su mayor pasión”, según ella misma nos verbalizó.

4.7 ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar los datos obtenidos se ha utilizado el enfoque de Análisis en Progreso de Taylor y Bogdan. Consiste en tres fases descubrimiento, codificación y relativización de datos que ayudan a comprender profundamente los contextos o personas estudiadas.

En primer lugar, las entrevistas han sido transcritas literalmente. Seguidamente, se ha realizado una búsqueda de los diferentes temas que se han reunido y analizado mediante la codificación. Para ello, se han utilizado los códigos que son códigos etiquetas que nos permiten identificar temas concretos en un texto vinculando palabras, frases o párrafos. Finalmente, se han interpretado todos los datos en el contexto del estudio. Es importante tener en cuenta que el análisis de datos cualitativos se trata de un proceso flexible que puede ser modificado en cualquier momento de la investigación.

[47]

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras analizar las entrevistas realizadas, se han detectado frases, párrafos o expresiones relacionadas con los objetivos de la investigación. Ante su identificación, se han asignado 3 categorías de estudio y un total de 9 subcategorías correspondientes a éstas. A continuación, para facilitar la codificación de las entrevistas se ha establecido un código de colores. Finalmente, los resultados han sido redactados teniendo en cuenta esta clasificación:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	DESCRIPCIÓN
CONOCIMIENTO SOBRE LOS AOC	Composición AOC	Conocimiento que tiene las usuarias sobre el conjunto de elementos que forman los AOC
	Efectos secundarios	Efectos causados por los AOC que no se buscan al preinscribir el tratamiento pero pueden aparecer tras la administración del mismo.
	Relación con otras enfermedades	Conocimiento de las usuarias de cómo afectan los AOC en el aumento o disminución de la probabilidad de padecer otras enfermedades relacionadas.
EXPERIENCIA PERSONAL	Motivo de inicio	Causas que determinan las razones de las mujeres para iniciarse en el tratamiento con AOC.
	Cambios en su cuerpo	Modificaciones que las mujeres han experimentado tanto en su cuerpo como en su día a día tras tomar los AOC.
	Adherencia al tratamiento	Seguimiento del paciente ante el tratamiento prescrito.
	Perspectiva de futuro	Visión de las usuarias acerca de la continuidad de su tratamiento.
ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO	Fuente de información	Origen del conocimiento que tienen las usuarias sobre su tratamiento.
	Papel enfermera/matrona	Función de la profesional para velar por los intereses de las mujeres y el cuidado de las mismas.

Tabla 5. Categorización de las entrevistas. Fuente propia

5.1 CATEGORÍA 1: CONOCIMIENTO SOBRE LOS AOC

5.1.1 COMPOSICIÓN

La mayoría de los estudios descritos en la bibliografía que se han realizado evaluando el nivel de conocimiento que tienen las usuarias sobre los AOC, han demostrado que la información que tienen las participantes es deficiente y resaltan la importancia de una adecuada asesoría anticonceptiva, sobre todo en cuanto a conocer el mecanismo de acción del tratamiento. [33] [34] [35]

En esta investigación, hemos podido ver como hay discrepancia entre las informantes en cuanto a su conocimiento sobre la composición de los AOC que estaban tomando. Tanto la informante 1 como la informante 2, saben explicar que se tratan de compuestos con hormonas e incluso las nombran, aunque su respuesta no sea totalmente precisa.

I 1: “Creo que llevan Levonorgestrel, creo que se llama así. Es una hormona, estrógenos, creo...”

Por el contrario, la informante 3 explica que desconoce por completo de qué están compuestos los AOC que consume, hecho que evidencia una falta de información de la usuaria sobre el tema.

I 3: “Pues ni idea...La verdad, no sé.”

5.1.2 EFECTOS SECUNDARIOS

Según expone Paloma Ramos en el libro de Enfermería y Planificación Familiar existen diferentes efectos adversos que los AOC pueden provocar [12]. Sin embargo, tras realizar las entrevistas podemos comprobar que ninguna de las informantes conoce con certeza los efectos secundarios que podrían sufrir tras la toma del fármaco.

I 1: “Sinceramente no. Sé los síntomas que suelen decir por ahí, ósea, como los efectos secundarios que tiene el hecho de tomar pastillas anticonceptivas. Según lo que se dice por ahí, te hinchas; retienes líquidos; te sale más pelo...”

I 2: “Pues específicamente no. Sé el tema que he comentado de dolor en el pecho, sangrados... Algunas amigas mías dicen que han engordado y aumentado de peso.”

I 3: “Bueno sí, sé que puede causar muchos efectos secundarios. Sé que te pueden dar dolores de cabeza, sé que te puede causar muchos efectos secundarios... pero ahora mismo tampoco te sabría decir cuáles.”

Como explicamos en el marco teórico, estos pueden ser menores e incluso mayores los cuales conllevan un riesgo vital. Ninguna de ellas ha sufrido efectos secundarios mayores, pero si menores en los primeros meses tras iniciar el tratamiento. [11] [12]

La informante 1 comenta sentir menos lubricación, un caso de infección urinaria y molestias en la zona pélvica antes de la menstruación.

I 1: “Hace tiempo me notaba menos lubricación.”

I 1: “El verano pasado no conseguía quitarme la candidiasis y yo pensaba que mira, a lo mejor, era porque tenía problemas de pH, de flujo de bacterias... no sé. Luego, resulta que cuando fui a la ginecóloga me dijo que puede ser que las pastillas.”

I 1: “Tengo como molestias de cómo cuando te va a bajar la regla, en la zona pélvica.”

Tras comprobar la Guía Práctica en Anticoncepción Oral Basada en la Evidencia se corrobora que, los cambios hormonales en los niveles de estrógenos y el uso de AOC pueden disminuir la lubricación [11]. Debido a ello, la falta de humedad sexual vaginal resulta molesta o dolorosa y podría llegar a modificar la lívido de la mujer. Además, no sólo existe relación entre el aumento de la frecuencia coital y el incremento de las infecciones del tracto urinario, sino que cómo explica el Dr. Wolfgang Bengel también existe una conexión entre la aparición de la Candidiasis orales y los AOC [17].

Respecto al dolor en la zona pélvica podría ser uno de los síntomas del síndrome premenstrual. Aunque tomando los AOC se elimina la ovulación, el dolor puede aparecer por los cambios hormonales, la inflamación de la zona o bien por otros factores como la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, quistes, tumores, etc.

La informante 2 explica haber sufrido mastalgia y sangrado disfuncional al inicio del tratamiento.

I 2: “Sí, porque por ejemplo cuando el primer mes tenía este tipo de sangrado no sabía lo que me estaba pasando y pensaba que me estaba pasando algo fuera de lo común.”

I 2: “Sí, como cuando tenía la menstruación que a veces me dolían los pechos, pues ese mes, algunas semanas tenía dolor porque sí.”

Queda descrito en el marco teórico y comprobado, que ambos son efectos secundarios que aparecen con frecuencia entre las mujeres después de iniciar el tratamiento. Las entrevistadas explican que los síntomas han desaparecido tras los primeros meses o cambio del preparado, coincidiendo así con el protocolo de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) el cual explica que, los sangrados intracíclicos aparecen habitualmente los primeros ciclos menstruales, normalmente en dosis bajas de estrógenos. También que, ante casos de mastalgia, se recomienda usar preparados de dosis bajas con ambiente gestagénico dominante. [39]

Finalmente, la Informante 3 explica que no ha sufrido ningún efecto adverso.

I 2: “Algunas amigas mías dicen que han engordado y aumentado de peso. Yo no he notado ninguno de estos efectos, sólo los que te he comentado anteriormente y, ya te digo, que ahora, todo bien”

I 3: “no he tenido ningún efecto secundario o así fuerte que me haya sucedido”

Tal y como el Ministerio de Sanidad explica, con el paso del tiempo se han reducido la dosis de estrógenos de los preparados de 150 mcg/día a 30 o 20 mcg día. Por ello, han disminuido los efectos secundarios manteniendo la misma eficacia. [3]

5.1.3 RELACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES

Todas las informantes respondieron correctamente cuando se les preguntó sobre la desprotección de AOC frente a las ETS, demostrando conocimiento al respecto.

En cambio, cuando se les pregunta sobre la relación de los AOC con otras enfermedades, la unanimidad en cuanto a las respuestas varía.

La bibliografía describe que el uso de AOC puede aumentar la probabilidad de padecer en el futuro tromboembolismo venoso (TEV), infarto agudo de miocardio (IAM),

accidente cerebrovascular agudo (ACV) y aumento de la tensión arterial; enfermedades que ninguna de las informantes tiene información al respecto. [11] [12]

Tanto la informante 1 como la informante 2 hacen referencia a la relación de los AOC y el cáncer, pero ninguna de las respuestas se ajusta a la información que difunde el Instituto Nacional del Cáncer sobre el tema. La informante 1 explica que cree que disminuye el riesgo de padecer cáncer, pero no sabe concretar de qué tipo de cáncer se trata.

I 1: “Me suena porque lo dimos en Mujer, en la carrera. Creo que disminuía el riesgo de cáncer de útero o de cérvix o de ovario... no sé.”

Por otro lado, la informante 2 apunta que sabe que los AOC protegen de algunos tipos de cáncer y explica que, a los 5 años de tratamiento, aumenta el riesgo de padecer cáncer de ovario. Si revisamos la bibliografía, podemos ver evidencias de que los AOC protegen del riesgo de padecer cáncer de ovario y que la protección aumenta con el tiempo de uso del tratamiento, por lo que la respuesta de la informante 2 es contraria a la descrita por parte del Instituto Nacional del Cáncer. [13]

I 2: “Pues hemos estudiado que protege de algunos tipos de cáncer y que a los 5 años sí que aumenta el riesgo de tener cáncer de ovario pero que tampoco esta científicamente demostrado cien por cien. Es como que no se sabe seguro... vamos, información.”

Por su lado, la informante 3 demuestra no saber de la relación de los AOC con otras enfermedades, respondiendo con suposiciones.

I 3: “Pues no lo sé...supongo que sí ¿no?”

5.2 CATEGORIA 2: EXPERIENCIA PERSONAL

5.2.1 MOTIVO DE INICIO

Tras examinar las entrevistas, los principales motivos por los cuales las informantes empiezan a tomar AOC son: en primer lugar, la irregularidad menstrual; seguidamente, tanto el dolor menstrual como mantener una relación estable con sus parejas y, por último, como tratamiento del acné y los ovarios poliquísticos.

I 1: “Porque tenía las reglas muy irregulares y además tenía mucho dolor cuando me venía la regla. Entonces se lo comenté a mi médico de Atención Primaria (MAP) y me mandó a planificación familiar y allí me lo recetaron... Además, tenía pareja y además...es más cómodo”

I 2: “Tenía una regla bastante larga, bastante dolorosa y además, tenía pareja estable desde hacía tiempo.”

I 3: “Un poquito por dos cosas. Una, porque tenía un acné muy grande y otra, porque tenía la regla bastante irregular. En plan, que a lo mejor no me venía en tres meses y después durante medio mes la tenía entera.”

M: “Normalmente un AO se toma por tema de embarazo, pero hay veces que no. Hay veces que se toma por tema ginecológico, como por ejemplo un síndrome ovario poliquístico, reglas muy abundantes, etc.”

Por ello, los resultados se corroboran con en el marco teórico y como explica la Sociedad Española de Anticoncepción los AOC son un tratamiento eficaz para controlar la regularidad; la frecuencia; la densidad del flujo, duración del ciclo menstrual y eliminar o disminuir la dismenorrea primaria [39]. Además, la evidencia demuestra que constituyen el tratamiento de elección en mujeres con ovarios poliquísticos porque reducen el tamaño de estos [11]. Por último, la Academia Española de Dermatología publica la última revisión del Servicio de Dermatología del Instituto Valenciano donde se explica que los AOC son recetados en las mujeres para tratar el hirsutismo y el acné. Ante estos casos, los preparados elegidos serán aquellos con progestágenos de efecto anti-androgénico. [48]

Tras escuchar a las informantes 1 y 2, se relaciona el hecho de tener pareja estable con mantener una vida sexualmente activa, por tanto, otra finalidad por la cual inician el tratamiento es para evitar embarazos no deseados.

Por tanto, actualmente las principales razones por las cuales las mujeres toman AOC son para controlar la natalidad y mejorar el control del ciclo menstrual. Para garantizar la objetividad de estos resultados, han sido analizados mediante una estrategia de triangulación con la investigación del trabajo final de grado “*La Percepción de las Mujeres Acerca de los Riesgos de la Toma de Anticonceptivos Orales*” publicado en nuestra universidad en 2018 [3]. Ante encontrar unos hallazgos similares se eleva la objetividad de los principales motivos por los que las mujeres inician el tratamiento anticonceptivo.

Otro de los motivos a destacar es la edad, ya que la prevalencia indica que un 27.5% de las jóvenes entre 20 y 29 años utilizan la píldora anticonceptiva. Este dato coincide con la matrona entrevistada que también detecta un mayor uso entre la juventud.

M: “Yo diría que el AO es muy común entre la juventud. Las mujeres que no han tenido hijos. Si que es verdad que cuando ya se ha parido y ya tienes una vida mucho más estable y tal, las mujeres recuren más a un método de larga duración. Pero sí que es verdad que el AOC lo utilizan más las jovencitas”

Por último, mediante las entrevistas ha quedado constatado que la facilidad para tomar el fármaco y el coste de los AOC es un factor clave que influye en la elección del método anticonceptivo. Se compararon los AOC financiados con otros métodos hormonales combinados y se demostró un incremento económico 5.5 veces superior si se elegía un parche y un 5,7 si se escogía un anillo vaginal [5].

I 2: “Al final me decidí por los anticonceptivos porque, además del tema económico, me considero responsable para ello y el aro pues... lo veía como un poco más complicado de poner y quitar.”

M: “También es verdad que hay otros métodos a nivel de juventud que no están financiados entonces eso también es algo que realmente... la financiación es importante. De comprarte un paquete de 20 euros o a que valga 3 euros pues hay mucha gente que se decantan por eso.”

Actualmente el Sistema Nacional de Salud financia un total de 14 presentaciones de anticonceptivos de última generación para garantizar no sólo la eficacia anticonceptiva sino también, los efectos beneficiosos no contraceptivos. Además, desde noviembre de 2019 se empezó a subvencionar por primera vez el anillo vaginal anticonceptivo. [49]

5.2.2 CAMBIOS EN SU CUERPO

Los cambios que pueden notar las mujeres tras iniciar el tratamiento con AOC pueden variar mucho dependiendo de cada una. Podemos comprobar como las informantes resaltan los efectos positivos en su organismo y las ventajas que han obtenido desde que los toman.

El cambio más prevalente al que las informantes hacen referencia es la regulación menstrual. Entre los beneficios de los AOC se encuentra la estabilización del ciclo menstrual y disminución del sangrado. Como bien explican, el equilibrio les ofrece seguridad y un mayor control sobre su cuerpo. [39]

I1: “Lo principal es que yo tengo una regla todos los meses y es cada 28 días, entonces yo sé cuándo me va a bajar y eso, lo puedo controlar mejor. Después, que sangro menos y al final es más cómodo y después, el dolor, que me ha quitado más el dolor.”

I2: “Sí. Mucho menos sangrado, se han reducido los días, ahora me dura cuatro días y el dolor, ya no tengo dolor y es mínimo, no me molesta ni afecta a ninguna actividad.”

I3: “Pues que se me ha regulado la regla y sobre todo el acné, que ya prácticamente no tengo...”

Seguidamente los cambios más comunes son:

- La disminución de la dismenorrea primaria: La I1 y I2 comentan que el dolor previo a la menstruación se ha reducido tras tomar AOC, por tanto, no necesitan usar analgésicos para tratarlo. Por ello, los AOC han mejorado las actividades básicas en la vida diaria de las informantes y su calidad de vida.

I1: “Después, que sangro menos y al final es más cómodo y después, el dolor, que me ha quitado más el dolor”

I2: “El dolor, ya no tengo dolor y es mínimo, no me molesta ni afecta a ninguna actividad.” “Antes sí! Ibuprofeno, Paracetamol... Me recetaron unas pastillas, Antalgin pero tampoco me hacían mucho efecto.”

Por el contrario, el testimonio de la informante 3 cuenta que ha experimentado un incremento de la dismenorrea primaria tras tomar las pastillas.

I3:” Pues a diferencia de la gente con la que lo he hablado, a mí me duele más la regla desde que tomo las anticonceptivas que desde que no las

tomaba. Todo el mundo me ha dicho lo contrario, pero a mí eso... Y otros cambios en sí... Ninguno más, creo.”

La bibliografía vista demuestra que existe evidencia de que el tratamiento con AOC reduce la intensidad de la dismenorrea primaria y necesidad de analgésicos [50]. Sin embargo, en el caso de la I3 nos podríamos encontrar ante una dismenorrea secundaria cuyo el cual consiste en tratar la causa que la provoca.

- Mantener relaciones sexuales más cómodas: Una ventaja para ambas de las informantes es tras el tratamiento con AOC sus relaciones sexuales se han vuelto “más cómodas”. No surgen las palabras como tal pero las entrevistadas dan a entender que no utilizan el preservativo desde que han iniciado la toma de las pastillas. A pesar de conocer información relacionada con las ETS y que es el único método que previene las infecciones de transmisión sexual argumentan que ellas tienen “pareja estable”.

I1: “Bueno y el tema de relaciones sexuales, que si tienes una pareja estable es mejor, bueno más cómodo, eso que utilizar otros métodos.”

I2: “En las relaciones sexuales pues... todas las ventajas que puedo tener al tener una pareja estable. Si no la tuviera no, pero como la tengo.”

Estas afirmaciones se corroboran con el estudio sobre Sexualidad y Anticoncepción en los Jóvenes Españoles entre 16 y 25 años que fue publicado por la Sociedad Española de Anticoncepción en 2019. Afirma que el método anticonceptivo más utilizado entre los jóvenes es el preservativo y en segundo lugar los métodos hormonales. Sin embargo, el 73,1% de los jóvenes nunca usan el doble método en sus relaciones y un 23,6% no utiliza métodos anticonceptivos en todas las ocasiones. Los principales motivos por los que no lo hacen es: en primer lugar, por la práctica de sexo oral (59,1%); seguidamente por la confianza (37,9%) o conocimiento sobre la otra persona (31%) y por último, por creer que no corre peligro (29,1%). [2]

Por último, el alivio del acné que comenta la informante 3. Este es uno de los principales beneficios no contraceptivos de los AOC.

I 3: “Pues que se me ha regulado la regla y sobre todo el acné, que ya prácticamente no tengo...Antes tenía muchísimo acné y desde que tomo las

pastillas pues se me ha reducido un montón. Ahora, solo tengo los dos días fuertes de regla.”

El uso de cualquier preparado de AOC mejora el acné porque disminuyen la tasa de testosterona libre activa. Sin embargo, los que contienen ciproterona, acetato de clormadinona, drospirenona o dienogest son los más recomendados por su efecto antiandrogénico. [39]

5.2.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En el estudio llevado a cabo por Adarve-Hidalgo, Falgueras y Seguranyes afirman que la adherencia terapéutica es un pilar fundamental en el éxito de la terapia anticonceptiva, disminuyendo su eficacia por la falta de responsabilidad de la usuaria a la hora de cumplir con su tratamiento. [5]

Aunque todas las informantes coinciden en que alguna vez se les ha olvidado la toma de una pastilla, las informantes 2 y 3 explican que son personas responsables y que no han tenido dificultades a la hora de seguir con el tratamiento. Los AOC son un tratamiento en el que la usuaria ha de ser regular y constante por lo que es muy importante que la usuaria que vaya a empezar la terapia sea consciente del nivel de responsabilidad que implica este tratamiento.

I 2: “No, me considero muy responsable respecto a ello. Se me ha olvidado una vez.”

I 3: “Creo que me las tomo desde los 14 años y...alguna vez esto de que estás muy cansada y te olvidas, pero creo que en tantos años ha sido como dos o tres veces muy específicas.”

Durante la asesoría anticonceptiva es muy importante que las mujeres conozcan las implicaciones que conllevan cada uno de los métodos explicados, para que de esta manera cada usuaria pueda escoger el que mejor se adapte a sus características y necesidades [32]. Además, todas las informantes explican que en algún momento de su vida se han olvidado una toma, por lo que es esencial que también conozcan que han de hacer cuando una situación así ocurra.

En la entrevista realizada a la matrona, ella misma remarca la importancia de explicar a las usuarias que deben hacer en el caso que olviden alguna pastilla.

M: “Algunas piensan que va si me dejo... Nosotras les hacemos, es que es a saco “no te dejes ninguna, que, si te dejas que no pasen las horas

recomendadas, etc, llámanos”. Les decimos que también que “si han pasado 12 horas usa el preservativo”. Algunas sí que están muy concienciadas, pero sí que es verdad que otras, como en todo en esta vida, si no va con una, es cuando nos viene con el susto.”

Por otro lado, la informante 1 explica que tiene muchas dificultades para seguir el tratamiento debido a su poca constancia y que ha optado por tomarse la pastilla por la noche ya que, si se olvida, cuando se levanta por la mañana no han pasado 12 horas y la efectividad del tratamiento continúa siendo la óptima.

I 1: “Soy muy poco constante y si no la veo, de que la veo, o sea, si no la veo encima de la mesa, aunque me ponga una alarma, al final se me olvida. He optado por pasarme, en vez de tomarla a mediodía, como me la tomaba antes, ahora me la tomo por la noche así, si se me olvida, cuando me levanto aún no han pasado 12h y me la puedo tomar.” “Mes si, mes no, se me olvida alguna.”

Esta respuesta demuestra que la informante conoce qué debe hacer ante un olvido de pastilla, pero a la misma vez también demuestra que la usuaria tiene muchos problemas a la hora de ser constante y tener una adherencia terapéutica adecuada en su tratamiento por lo que, posiblemente, a la hora de escoger el método anticonceptivo, no debió escoger uno adecuado a sus necesidades y podría verse beneficiada cambiando de método a uno más afín con su persona.

5.2.4 PERSPECTIVA DE FUTURO

Todas las informantes coinciden en que no tienen pensado dejar el tratamiento en un futuro cercano ya que están satisfechas con el resultado de la terapia y los beneficios que les provoca.

Pese a que la informante 1 afirma que le gustaría continuar con el tratamiento ya que ha mejorado su regularidad menstrual explica que, hace unos meses, acudió al ginecólogo y éste le comentó que, si los efectos adversos que estaba padeciendo limitaban su vida diaria, buscarían una alternativa al problema. [51] [ANEXO 5]

I 1: “A ver, a mí me gustaría continuar con el tratamiento porque el principal motivo por el que yo acudí al ginecólogo era porque yo tenía unas reglas muy irregulares. Entonces, yo sé que si yo dejo las pastillas voy a volver a tenerlas y la verdad es que no quiero. Pero sí que es verdad que la última cita que tuve con la ginecóloga me dijo que si empezaba a tener más síntomas como la lubricación... yo veía que esos síntomas en mi día a día me estaban limitando

mucho que probase a dejar las pastillas durante un mes o dos meses, que si yo veía que desaparecían los síntomas, que volviese acudir para que me las dejase o me las cambiase o buscar alguna alternativa. Pero como en principio yo veía que esos síntomas no son frecuentes todos los meses ni me suponen una limitación en mi vida, de momento no llevo ideas de dejarlas.”

Además, la informante 3 explica que, aunque ahora mismo pretende continuar el tratamiento, en algún momento consideró el abandonarlo, pero no lo hizo debido a los grandes beneficios que éste le aportaba, aunque sí que cambió de AOC por unos con menos dosis.

I 3: “A ver...he pensado de dejarlo, pero realmente, como te he dicho, como no he tenido ningún efecto secundario o así fuerte que me haya sucedido y mis reglas son bastante fuertes, prefiero tenerlas de momento reguladas y ya se verá...Me han cambiado a unas pastillas más flojas, eso sí...Y de momento sigo con ello hasta que...bueno...hasta que me quiera quedar embarazada en un futuro o que yo vea que me lo quiero quitar, no sé.”

5.3 CATEGORIA 3: ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO

5.3.1 FUENTE DE INFORMACIÓN

Como el estudio PIENSA concluye, durante la asesoría anticonceptiva previa a la elección del método adecuado para cada usuaria es imprescindible que haya una toma de decisiones compartidas entre la mujer y el profesional, el cual debe proporcionar toda la información necesaria y resolver todas las dudas que la usuaria tenga para de esta manera, poder escoger la opción óptima para ella. [33]

En su estudio, Donnelly et al. explican la insatisfacción de las mujeres en la información recibida en la asesoría realizada y tales datos concuerdan con lo que las informantes de este trabajo expresan [45].

I 1: “Me faltaría que realmente me informasen bien de los efectos secundarios que puedo tener y no tener que padecer alguno o, tener que suponer yo que es un efecto secundario, cuando realmente a lo mejor lo que me pasa no es un efecto provocado por las pastillas.”

I 2: “Yo creo que actualmente sí, pero en el momento en el que empecé el tratamiento no. Además, en el momento cuando fui a la consulta tampoco me lo explicaron bien, me dijeron “tómame las pastillas y tal” y ya está.”

Aunque la informante 2 explica que hoy en día sí que cree que está informada adecuadamente, está de acuerdo con el resto de las informantes que, a su parecer, la información recibida en el momento de la toma de decisiones no es la que ellas consideran necesaria.

I 3: “No me he informado ni me han informado.”

Añaden que hubiesen agradecido conocer más sobre el método anticonceptivo en el momento de iniciar el tratamiento para de esta manera saber cuáles son los efectos que puede provocar en el organismo. Ante la pregunta “¿Agradecerías que te hubieran informado más antes de iniciar el tratamiento con AOC?” las informantes responden:

I 1: “Sí, porque además yo me los empecé a tomar muy joven.”

I 2: “Sí, porque por ejemplo cuando el primer mes tenía este tipo de sangrado no sabía lo que me pasaba y pensaba que me estaba pasando algo fuera de lo común.”

I 3: “Supongo que sí porque era muy joven.”

Igual que la informante 3, la informante 2 destaca que la fuente de la información que posee es por parte de sus amigos y personas de proximidad. Según la bibliografía encontrada, el consejo anticonceptivo es una práctica llevada a cabo por profesionales sanitarios formados para ello y que dan información con evidencia científica, por lo que podemos ver como en el caso de estas mujeres, la asesoría anticonceptiva que recibieron no se puede calificar como una buena praxis por parte del profesional sanitario que les aconsejó usar este método anticonceptivo. [33] [34] [35]

I 2: “Mi fuente de información ha sido la calle, las amigas, el boca a boca...”

I 3: “Pues algunas amigas mías y conocidas que los toman y les pasa.”

En cambio, aun afirmando que la información que tiene sobre su tratamiento no es la suficiente, la informante 1 expresa que su fuente de información es su ginecólogo, al cual acude cuando tiene dudas sobre los AOC.

I 1: “El ginecólogo, porque yo le dije que a veces tengo relaciones y me molesta... Él me dijo que a veces las pastillas reducen un poco la lubricación.”

Como puede verse, todas las entrevistadas coinciden en decir que el nivel de conocimiento que tenían era insuficiente y la matrona entrevistada, al ser preguntada sobre el conocimiento de las usuarias sobre los AOC, explica que hoy en día vivimos en una sociedad en la que la accesibilidad a la información está al alcance de todos pero

que, aun así, muchas mujeres siguen teniendo desconocimiento del tratamiento anticonceptivo. Es por eso por lo que, como explica la autora Aguado Rodríguez, la labor de educación sanitaria que realiza enfermería es fundamental para que estas usuarias tengan toda la información que necesiten acerca los AOC y otros tipos de métodos anticonceptivos. [37]

M: “Hoy en día que tenemos tanta información disponible.... Es verdad que, fijate: hay gente que viene y te dice, “¡Ay! estas pastillas que me las tomo cuando estoy con la relación” en pleno siglo XXI, por eso, no tenemos que dejar nunca, nunca, nunca de hacer educación sanitaria y es muy importante. Nosotras creemos que en la prevención es donde está el kit de la cuestión. Aquí, cuanto más acudan a la consulta a preguntar e informarse, mejor.”

Del mismo modo, la matrona añade que existen múltiples recursos para que las usuarias que utilizan AOC estén informadas adecuadamente del tratamiento que están llevando a cabo, pero muchas de ellas no tienen conocimiento porque no se han dedicado en buscar información por su cuenta o pedir consultas para resolver sus dudas con profesionales preparados para el consejo anticonceptivo.

M: “Hay poca información, bueno, si tienen poca es porque no la buscan o no les interesa, porque nosotros desde las consultas hacemos muchísima labor de anticonceptivos y prevención.”

La informante 3 es un ejemplo de lo que la matrona expresa ya que cuando es preguntada sobre si cree que la información sobre los AOC es adecuada reconoce que no, pero porque ella no ha indagado más sobre el tema.

I 3: “A ver...no lo sé por mí, por qué no me he puesto a mirar el papelito ese que te viene con las pastillas. Si lo hubiera hecho, pues lo sabría. Supongo, como todo en la vida, si tú te informas pues lo sabrás...pero no me he informado.”

El hecho de que una mujer esté informada adecuadamente del tratamiento que sigue es muy importante para la adherencia y efectividad del AOC y los profesionales resaltan la importancia de la prevención [32]. Si antes de iniciar la terapia, la usuaria ya conoce todos los aspectos relacionados con ésta, además de poder escoger el AOC que más crea conveniente para ella, se reducirán las consultas anticonceptivas post decisión ya que, al tener conocimiento sobre el fármaco y sus acciones, las preguntas que pueda tener esa mujer serán mucho menores y no hará falta que acuda a las consultas para resolver sus dudas.

Las informantes expresan su disconformidad en la espera para ser atendidas en las consultas de ginecología y planificación familiar, por lo que, si estuvieran correctamente informadas anteriormente, estas consultas se reducirían y consecuentemente los tiempos de espera también.

I 1: “De hecho, en planificación familiar, yo solicité la cita en junio y me la dieron para noviembre, o sea, si hubiese sido un problema serio o algo que me preocupa hubiese tenido que acudir a un ginecólogo privado porque esperarme 5 meses...”

I 2: “Yo voy a planificación familiar pública, pero cuando me pasó eso, fui al privado directamente para que fuera más rápido.”

5.3.2 PAPEL ENFERMERÍA / MATRONA

En los últimos años, se ha incrementado la demanda anticonceptiva por ello, los profesionales de enfermería tienen un papel clave en el proceso de asesoramiento y requieren conocer los métodos anticonceptivos disponibles. [3]

Las informantes 1 y 2 coinciden con sus experiencias ya que, ambas asistieron a Planificación Familiar para asesoramiento anticonceptivo y fue enfermería quien las visitó. Explican que les informaron sobre todos los métodos y se sintieron cómodas durante la visita.

I1: “Pues a ver, yo cuando fui a la visita la última vez, estoy diciendo todo el rato ginecólogo, pero creo que realmente era una matrona quien estaba. Yo noté que era una persona, bueno una mujer, que todos los demás habían sido hombres, que me atendía sin hacerme sentir como incomoda o no sé...”

I2: “Yo desde el primer día fui a planificación familiar a cita de enfermería. Fue la enfermera la que me explicó lo que me podía estar pasando y me explicó todos los tipos de métodos que podía utilizar.”

Sin embargo, la informante 3 cuenta que directamente le recetó el tratamiento la médica de familia y posteriormente fue enfermería quien recomendó ajustar las dosis porque eran demasiado altas.

I3:” Creo que ninguno porqué me lo recetó directamente la doctora...Aunque, cuando me hicieron el cambio...No sé si fue una ginecóloga o fue una...No creo que fuese una ginecóloga, creo que fue una enfermera. Era una enfermera la que me cambió de pastillas porqué decía que eran muy fuertes. Así que, en la primera decisión no, pero en la segunda, cuando me lo cambiaron, sí que fue ella la que decidí cambiármelas.”

Respecto al seguimiento, las informantes 1 y 2 comentan que han tenido problemas burocráticos para conseguir una cita en planificación familiar por lo que, finalmente, han acudido a ginecólogos privados para resolver sus dudas. La informante 3 explica no haber tenido seguimiento alguno.

I1: “Pues en teoría, me dijeron que por el simple hecho de estar tomando las pastillas debería ir cada 3 años. Pero he tenido muchísimos problemas a la hora de tener alguna consulta o, algún problema en el que yo he considerado que me hubiese tenido que ver un ginecólogo o, me hubiese sentido más tranquila al tener una visita antes de que pasasen estos 3 años y me han puesto muchas trabas.”

I2: “Yo voy a planificación familiar pública, pero cuando me pasó eso, fui al privado directamente para que fuera más rápido.”

I3:” No, ninguno.”

Las últimas recomendaciones de la OMS sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos evidencian que es una consideración especial medir la TA antes de iniciar la toma AOC. Sin embargo, en caso de mujeres sanas no hay exámenes ni análisis obligatorios antes de iniciar el tratamiento. Respecto al seguimiento, se recomienda una consulta anual y recomiendan un contacto a los tres meses tras iniciar la toma. Es importante mencionar, que las recomendaciones pueden modificarse dependiendo de cada mujer y contexto ya que, ante pacientes con condiciones médicas especiales pueden necesitarse consultas más frecuentes. [52]

Tras analizar las entrevistas, podemos afirmar que sí que se ha realizado el asesoramiento anticonceptivo por parte de enfermería pero de manera parcial ya que, se evidencia falta de conocimiento por parte de las usuarias. Sin embargo, las visitas de seguimiento han sido inexistentes y han tenido dificultades para concertar una visita en

Planificación Familiar Pública por lo cual, ante sus dudas y problemas se han visto obligadas a buscar un ginecólogo privado.

Estos resultados coinciden también con el testimonio de la matrona porque explica que antes de recomendar un AOC realiza una anamnesis detallada de la paciente resaltando la importancia de la toma de TA.

M: “Yo tengo que pesar siempre a una mujer que toma un AO, le tengo que tomar la tensión, le tengo que preguntar si fuma... No es una visita en la que simplemente le digo mira te voy a dar... No, yo tengo que valorar: si es gordita, si es flaquita si tiene antecedentes de neo de mama en su familia.... Es decir, el tomar AO no es “Alá, me estoy tomando un paracetamol” que, hasta tomar un paracetamol te puede dañar.”

Según la profesional, el asesoramiento anticonceptivo por parte de enfermería es correcto y efectivo y afirma que actualmente el profesional de enfermería está realmente involucrado. Por lo tanto, el testimonio de la matrona coincide con la información encontrada en el marco teórico ya que, realizan al inicio una entrevista detallada y las pruebas según el protocolo del centro [39]. La diferencia que se ha encontrado entre lo explicado por la matrona y la Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria de la Generalitat Valenciana es el corte de edad para la realización de la citología que en el centro de la matrona es a los 25 años. [52]⁶

M: “Yo creo que sí. Y si no, debe estarlo. Porque es lo que te digo, somos todas un equipo a la hora de favorecer a la mujer y a la paciente de que todo vaya bien. Por ejemplo, yo aquí claro, aquí somos un equipo de enfermería. Estoy en Constanti y somos médicos de familia, enfermeras y estoy yo. Y yo no estoy todos los días. Hay mujeres que acuden y ahora es todo muy independiente, como tiene que ser. Y claro, ellas saben lo que tienen que aconsejar y lo que no.”

M: “Pide hora y, si tiene más de 25 años ya la incluimos en el cribaje de cáncer de cuello. Es que vengo por un tema anticonceptivo, tienes más de 25 años, ya te incluyo te hago la citología. En función de una entrevista, encuesta que hacemos para ver si ha tenido una, dos parejas, bastantes... También llevamos

⁶ Podría deberse al cambio de Comunidad Autónoma ya que los protocolos son diferentes en muchas ocasiones.

el tema y tenemos consultas dedicadas exclusivamente a las enfermedades de transmisión sexual. Entonces claro pues en función de que hacemos todas las pruebas.”

M: Yo lo veo bien, lo veo el adecuado. Si que es verdad que antes, venga pastillas anticonceptivas. Pero ahora no, ahora valoramos mucho. Intentamos valorar también porque un AOC. Hay mujeres que dicen “Ay porque lo toman mis amigas” entonces yo te digo “pues hay esta otra forma, este otro método”. Obviamente, si vemos que se decanta por el AO pues ya está, lo potenciamos

Por último, con la afirmación de la profesional se evidencia que actualmente en su centro no se realizan seguimientos durante el tratamiento con AOC a no ser que exista algún efecto adverso.

M:” No. Antes sí, analíticas sanguíneas. Pero hoy en día, con los AO actuales, no se necesita ningún seguimiento a no ser “me siento hinchada”, “tengo pérdidas durante el tratamiento” o “tengo reglas fuera”. Entonces sí que se hace un control, pero si todo va bien, no más que el seguimiento de visita.”

No obstante, la SEC determina como nivel de evidencia A la recomendación de un contacto entre los 3 - 6 primeros meses tras iniciar el tratamiento y afirma que no son necesarios otros controles específicos [39]. Otras instituciones como el Institut Català de la Salut en el “Protocol de contracepció reversible” menciona que se debe favorecer el acceso de la mujer al centro para realizar un seguimiento entre los 3 y 6 primeros meses de iniciar el tratamiento con AOC. El objetivo de este es mejorar la eficacia y adherencia. Posteriormente, el seguimiento será anual para actualizar la historia clínica de la paciente y reevaluar el riesgo vs beneficio de los AOC. [53]

Finalmente, es importante mencionar que en los últimos años se ha trabajado para crear estrategias que mejoren la salud sexual y reproductiva de las mujeres desde diferentes asociaciones como l’ Associació Catalana de Llevadores y el “Centre d’Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva” (ASSIR). Como nos comenta la profesional, llevan a cabo proyectos como la “*tarde jove*” el cual consiste en ofrecer una consulta de enfermería a los jóvenes donde se resuelven sus dudas de manera confidencial. También, redactan blogs, foros e incluso publicaciones en Instagram con la finalidad de ofrecer información actualizada a la población. Por ello, la matrona comenta que son iniciativas esenciales

ya que, previenen sobre todo los embarazos no deseados. Para ella, esta es la parte más triste de su trabajo:

M: “Es muy triste, también tratamos nosotras la prevención de embarazo y es muy triste. Porque “total una pastilla” o “a mí no me pasa”. Es muy triste que venga una persona y te diga quiero abortar por no haber utilizado un AO, por no haber venido a pedir consejo.”

En definitiva, el papel de la matrona consiste en cuidar de la salud de las mujeres a lo largo de toda la vida englobando así diferentes etapas desde la adolescencia hasta la menopausia. Además, es la profesional formada especialmente para asistir tanto a la salud sexual y reproductiva de la mujer como a la del recién nacido sano. La profesional entrevistada reivindica su papel más allá del embarazo y el parto ya que tiene una labor imprescindible en temas como la anticoncepción, las citologías, el puerperio, la lactancia materna, el suelo pélvico, la menopausia, etc.

6. CONCLUSIONES

Después de la realización de esta investigación podemos dar respuesta a los objetivos planteados al inicio de ella.

En primer lugar, las mujeres que han sido entrevistadas expresan estar hoy en día satisfechas con el tratamiento con AOC ya que resaltan que los beneficios han sido mayores que los efectos secundarios. Sin embargo, revelan estar descontentas con el asesoramiento anticonceptivo porque la información que recibieron acerca del tratamiento con AOC u otras opciones fue escasa.

Respecto a los antecedentes del objeto de estudio, podemos afirmar que existe gran cantidad de información acerca de los AOC. Por el contrario, es difícil encontrar bibliografía científica que evidencie cuál es la percepción de las propias mujeres en el tratamiento.

Actualmente, existe una gran variedad de presentaciones de anticonceptivos diferentes según sus dosis y composición. La elección del tipo de preparado dependerá de la indicación del tratamiento ya que, los efectos en el organismo variaran. Aun así, con el paso de los años, se ha conseguido reducir la dosis de estrógenos disminuyendo así los efectos secundarios y potenciando los efectos beneficiosos no contraceptivos.

Tras realizar la búsqueda bibliográfica y entrevistar a nuestras informantes, podemos corroborar que el tratamiento con AOC ofrece múltiples beneficios tanto contraceptivos como no contraceptivos. Los más destacados son: la regulación del ciclo menstrual, la disminución de la dismenorrea, mantener relaciones sexuales más cómodas y la reducción del acné. Sin embargo, los AOC también ocasionan efectos adversos mayores y menores. A lo largo de la investigación, sólo se han detectado efectos menores, entre ellos los más prevalentes son el sangrado disfuncional, la mastalgia e infecciones urinarias. No obstante, han desaparecido tras los primeros meses del tratamiento o bien, después de disminuir las dosis del preparado. Por último, es importante mencionar que las informantes expresan no haber recibido información sobre los efectos secundarios que los AOC les podrían ocasionar.

Por último, se ha comprobado que el papel de la enfermera o matrona en la asesoría anticonceptiva y posterior seguimiento es clave ya que, realizar una correcta educación sanitaria en una primera instancia potencia la adherencia y efectividad del método. Además, es realmente importante realizar controles de seguimiento para detectar efectos secundarios, reevaluar el riesgo - beneficio del tratamiento y actualizar la anamnesis teniendo en cuenta los factores de riesgo.

7. LIMITACIONES Y DIFICULTADES

Durante la realización del trabajo nos hemos encontrado una serie de limitaciones que han dificultado la investigación.

Al realizar la búsqueda bibliográfica sobre los antecedentes del tema y efectos secundarios nos hemos encontrado gran parte de la información publicada en habla inglesa y fuera de España.

Por otra parte, la muestra de nuestra investigación es pequeña y por lo tanto es importante recordar que no se pueden generalizar los resultados.

Finalmente, es importante destacar que hay escasa información científica sobre la percepción que tienen las mujeres del tratamiento con AOC por lo cual es difícil comparar los datos de esta investigación con otros estudios.

8. PRESPECTIVAS DE FUTURO Y NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN.

Después de escuchar a las entrevistadas y detectar una carencia de investigación dirigida a conocer la percepción y vivencia de las mujeres que siguen un tratamiento con AOC, consideramos necesario explorar más esta vertiente para actualizar protocolos y ajustarlos a las necesidades que las mujeres expresen.

Además, gracias a la formación, con el paso de los años enfermería ha ganado autonomía y es capaz de atender a las necesidades de nuestros pacientes. Sin embargo, hemos detectado que se desconoce el papel de la enfermera en este tema. Por ello, como perspectiva de futuro resaltamos la importancia de visualizar la profesión y crear estrategias para llegar a la sociedad.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez, EF.; Martínez San Andrés, Francisca; Coll Capdevila, Carme; Ramírez Polo I et al. Anticoncepción hormonal combinada. Sociedad Española de Contracepción [Internet]. 2004; 7–105. [citado 20 Octubre 2020]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AH_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada.pdf
2. Sociedad Española de Contracepción. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles. [Internet]. 2019. [citado 20 Octubre 2020]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf
3. Navarro Gótiiez H, Morera Montes J. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Biblioteca y Publicaciones. Información Terapéutica [Internet]. Mscbs.gob.es. 2020 [citado 20 Octubre 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm
4. Castellano, G; Otatti, A. La percepción de las mujeres acerca de los riesgos de la toma de anticonceptivos orales. [Internet]. 2018. [citado 20 Octubre 2020]. Disponible en: <http://nportal0.urv.cat:18080/fourrepo/rest/audit/digitalobjects/DS?objectId=TFG%3A1868&datastreamId=Mem%C3%B2ria&label=TFG%3A1868&mime=application/pdf&lang=ca>
5. Adarve-Hidalgo E, Falguera G, Seguranyes, G. Adherencia y cumplimiento del Método Anticonceptivo Hormonal Oral [Internet]. Federacion-matronas.org. 2020. [citado 20 Octubre 2020]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografia-adherencia-y-cumplimiento.pdf>
6. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Anticonceptivos Hormonales Financiados por la Sanidad Pública. [Internet]. Salud, Mujer y Atención Primaria. 2020 [citado 20 Octubre 2020]. Disponible en: <https://gdtmujersomamfyc.wordpress.com/2019/04/22/anticonceptivos-hormonales-financiados-por-la-sanidad-publica/>

7. Landa Goñi, J. Alteraciones del Ciclo Menstrual. [Internet] Fistera. 2014 [citado 13 Enero 2021]. Disponible en: <https://www-fistera-com.sabidi.urv.cat/guias-clinicas/alteraciones-ciclo-menstrual/#>
8. Muñoz Muñiz, M. Manual CTO De Medicina y Cirugía. Ginecología y Obstetricia. 8ª edición. Madrid: CTO Editorial, S.L; 2012 [citado 13 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/ceco11/07-ginecologia-y-obstetricia-by-medikando>
9. De Leo V, Concetta M, Cappelli V, Piomboni P, Morgante G. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. Human reproduction update. 2016; 22(5): 634-646. [citado 16 Enero 2021]. Disponible en: <https://academic-oup-com.sabidi.urv.cat/humupd/article/22/5/634/1749781>
10. Trisancho A, López L, Muñoz N, Talero E. Tema 5: Anticonceptivos orales. En: Manzano M, Morillo R, Álvarez M. Aprendizaje y aplicación práctica del modelo CMO de Atención Farmacéutica para alumnos del grado en Farmacia. 1ª edición. Bubok Publishing S.L; 2018: 113-122. [citado 16 Enero 2021]. Disponible en: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/CMOgrado/eBook en PDF Aprendizaje y aplicacion practica del modelo CMO de Atencion Farmaceutica para alumnos del grado en Farmacia\(1\).pdf#page=114](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/CMOgrado/eBook en PDF Aprendizaje y aplicacion practica del modelo CMO de Atencion Farmaceutica para alumnos del grado en Farmacia(1).pdf#page=114)
11. Sánchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guía Práctica en Anticoncepción Oral [Internet]. [citado 18 Enero 2021]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AH_2003_GuiaPracticaAnticOral.pdf
12. Ramos Ramos, P. Enfermería y planificación familiar (2a. ed.). Málaga, Editorial ICB. [2012]. [citado 16 Enero 2021]. Disponible en: <https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/105433?page=58>
13. Instituto Nacional del Cáncer. Píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer. [Internet] 2018 [citado 18 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/hormonas/hoja-informativa-pildoras-anticonceptivas>
14. Levi F, Pasache C, Lucchini F, La Vecchia C. Oral contraceptives and colorectal cancer. Digestive and Liver Disease [Internet]. [citado 28 Enero 2021]; 35 (2): 85-87.

Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1590865803000045?via%3Dihub>

15. Encinas Pardilla M. Modificación en la valoración de la resistencia y la reactancia del tejido adiposo corporal con las nuevas vías de administración de anticoncepción hormonal. Universidad de Alcalá. Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales; 2013. [Internet]. [citado 28 Enero 2021] Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=YGb7S81ETeU%3D>

16. Riobó P, Fernández Bobadilla B, Kozarcewski M, Fernández Moya J. Obesidad en la mujer. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2003 [citado el 28 Enero 2021]; 18(5): 233-237. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n5/revision.pdf>

17. Bengel W. Candidiasis orales. Parte 1: Cuadro clínico, epidemiología y etiología. Quintessence. [Internet] 2010. [citado 29 Enero 2020]; 23(10): 510-516. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-candidiasis-orales-parte-1-cuadro-X0214098510886703>

18. Espiño Montero M. Métodos de Anticoncepción Combinada y Anticoncepción con Gestágenos y Riesgo de Accidentes Tromboembólicos [Internet]. 2015 [citado 29 Enero 2021]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/16048/Trabajo%20de%20fin%20de%20grado.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

19. Olivares Ortiz J, Botija Arcos G, Rupérez Lucas M, Cano Dorao F. Tromboembolismo Pulmonar: Un Diagnóstico no tan Inesperado [Internet]. 2014 [citado 29 Enero 2021]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16n63/nota1.pdf>

20. Contreras Marín Y, Bueno-Perdomo JH. Hipertensión intracraneal idiopática: análisis descriptivo en nuestro medio. Neurología [Internet]. 2015 [citado 30 enero 2021]; 30(2): 106-110. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2173580814001588?token=96E7997FD6F7F2988EB0E034DE5DB0CCDC5E2F0292AD05DEC85F88077C905619EDE8DD0DB33C4425DBC10BD31EBB870B>

- 21.** Santana-Cabrera L, Pérez-Acosta G, Lorenzo-Torrent R, Sánchez-Palacios M. Infarto agudo de miocardio asociado a anticonceptivos orales: a propósito de un caso. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2012 [citado 25 Enero 2021]; 36(7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v36n7/carta_cientifica4.pdf
- 22.** Caminero A, Sánchez Del Río González M. Migraña como factor de riesgo cerebrovascular. *Neurología* [Internet]. 2011. [citado 25 Enero 2021]; 27(2):103-11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485311001435>
- 23.** López Castellano A, Castillo García E, Castillo García L, Lidón Castillo García M. Análisis de los Factores de Riesgo del Cáncer de Mama desde la Farmacia Comunitaria. *Pharm Care Esp* [Internet]. 2012 [citado 25 Enero 2021]; 14 (3):102-109. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/74/68>
- 24.** Sánchez Lorenzo L. Cáncer de cérvix. Sociedad Española de Oncología Médica. 2021. [Internet]. [citado 25 enero 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?start=1>
- 25.** Álvarez Aldana A, Sepúlveda Arias J, Siller López F. Carcinogenesis inducida por el Virus del Papiloma Humano [Internet]. 2012 [citado 25 Enero 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v14n24/v14n24a07.pdf>
- 26.** Castellengué X, Bosch F, Muñoz N. Environmental Co-Factors in HPV Carcinogenesis. *Virus Research* [Internet]. 2002 [citado 25 enero 2021]; 89(2): 191-199. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168170202001880?via%3Dihub>
- 27.** Doyague Sánchez D. Factores de recurrencia de las lesiones de alto grado de cuello uterino tras extirpación con márgenes libres [Internet]. 2015 [citado 25 Enero 2021]. Disponible en: https://gredos-usal.es.sabidi.urv.cat/bitstream/handle/10366/128792/DCBD_DoyagüeM_LesionesCuellout_uterino.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 28.** Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. [Internet]. 2009 [citado 7 Febrero 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44710/9789243563886_spa.pdf?sequence=1
- 29.** Vidal group. Vademecum. Dexametasona [Internet]. Vademecum.es. 2021 [citado 7 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-dexametasona-h02ab02>
- 30.** Vidal group. Vademecum. Metilprednisolona [Internet]. Vademecum.es. 2017 [citado 7 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-metilprednisolona-h02ab04>
- 31.** Generalitat de Catalunya. Nota Informativa sobre el Maneig de la Teràpia Hormonal de la Menopausa i el Tractament Anticonceptiu en la COVID-19 [Internet]. 2020 [Citado 7 Febrero 2021]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4895/coronavirusSARS-CoV-2-nota_informativa_maneig_terapia_hormonal_menopausa_tractament_anticonceptiu_COVID-19_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 32.** Villacres Guamba L. La asesoría de planificación familiar como factor de adherencia a métodos anticonceptivos entre mujeres adolescentes y adultas que acuden a consulta externa en el Centro de Salud Archidona (Napo - Tena) en el periodo de mayo a junio del 2016. [Internet] 2016. [citado 15 febrero 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11764>
- 33.** Pizzi Rita, Fernández Marisol, Fuenmayor Jairo, Rodríguez Edgard. Impacto de la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo: Resultados del Proyecto PIENSA en Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2016 [citado 15 Febrero 2021];76(1):11-22. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000100003&lng=es
- 34.** Goldhammer D, Fraser C, Wigginton BM, Harris M, Bateson D, Loxton D, Stewart M, Coombe J, Lucke J. What do young Australian women want (when talking to doctors

about contraception) BMC Fam Pract. 2017[citado 15 Febrero 2021]; 18 (35). Disponible en: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC5353872/>

35. Donnelly K, Foster T, Thompson R. What matter most? The content and concordance of patients' and providers' information priorities for contraceptive decision making. Contraception [Internet] 2014. [citado 16 Febrero 2021]; 90 (3): 280-287. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0010782414001978>

36. Espinoza B. Conocimientos y Prácticas del Personal de Enfermería sobre Consejería en Método de Planificación Familiar, Centro de Salud y Puestos de Salud de Ocotal, Nueva Segovia Nicaragua. I semestre 2012. [Internet] 2012. [citado 16 Febrero 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/7579/1/t698.pdf>

37. Aguado Rodríguez J. Papel de Enfermería en el Asesoramiento Anticonceptivo [Internet]. 2017 [citado 11 Febrero 2021]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/23945/TFG-H722.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

38. Gutiérrez García L. Monografía sobre Métodos Anticonceptivos en la Mujer [Internet]. 2015 [citado el 11 Febrero 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7951/GutierrezGarciaL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

39. Serrano Navarro. J, Quilez J. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción Hormonal Combinada Oral, Transdérmica y Vaginal [Internet]. 2013 [citado 11 Febrero 2021]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf

40. Valero Lance P, Rausell Vázquez D, Pacheco Rodríguez C, García Cervera J. Planificación Familiar: Información General y Seguimiento de Anticonceptivos Orales [Internet]. [citado 11 Febrero 2021]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap029planfam.pdf>

- 41.** Obaya Prieto C. Planificación Familiar desde la Consulta de Enfermería de Atención Primaria. SEAPA [Internet]. 2014 [citado 11 Febrero 2021]; 2 (2) :62-81. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724689>
- 42.** Cotán Fernández A. El sentido de la investigación cualitativa. Escuela Abierta. 2016; 19: 33-48. [Internet] [citado 21 Octubre 2020]. Disponible en: http://www.ceuandalucia.es/escuelaabierta/pdf/articulos_ea19/EA19-sentido.pdf
- 43.** Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. Atención Primaria [Internet]. 2004;34(4):161–6. [citado 12 de Diciembre de 2020]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78902-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78902-7)
- 44.** Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. [Internet] Rev.Fac.Med. 2017; 65(2) [citado 27 Enero 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-329.pdf>
- 45.** Mendieta Izquierdo G. Informantes y Muestreo en Investigación Cualitativa. Investigaciones Andina. [Internet]. 2015 [citado 14 Diciembre de 2020] Vol. 17, núm. 30. Pp. 1148-1150. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878001>
- 46.** Huitrón Mendoza J. Muestreo. Facultad de Estudios Superiores Acatlán. [Internet] 2017. [citado 14 Diciembre 2020]. Disponible en: http://saree.com.mx/unam/sites/default/files/LECCION_5_EJERCICIOS_MUESTREO.pdf
- 47.** Taylor S.J, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A; 1987. [citado 14 Diciembre 2020]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- 48.** Requena C, Llombart B. Anticonceptivos orales en dermatología. Actas Dermosifiliorg. [Internet]. 2020. [citado 14 abril 2021]; 111 (5): 351-356. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731020300557>

49. Ministerio de Sanidad. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Financia por Primera Vez el Anillo Vaginal Anticonceptivo. Madrid. Gobierno de España. 27 de noviembre 2019. [citado 5 de mayo]. Disponible en:

<https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4730>

50. Cobo MA, Grau R, Zuloaga R, et. alt. Protocolos de atención en urgencias de Atención Primaria: Grupo genitourinario y embarazo. Parte I. Boletín de uso racional del medicamento. [Internet] 2017. [citado el 17 de abril 2021] Vol.I:1-10. Disponible en:

<https://www.scsalud.es/documents/2162705/2163019/BOLETIN+1+2017-GRUPO+GENITOURINARIO+Y+EMBARAZO.+PARTE+I.pdf/67cfb911-67f5-a008-bb63-339ddc5a0240>

51. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar: Un Manual Mundial para Proveedores. 1st ed. 2011. [Internet] [citado 11 Febrero 2021]. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf?sequence=1

52. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet]. 2018. [citado 22 Abril 2021]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=06D5DE5174444CBEA1487C245BA12FA0?sequence=1>

53. Aderve Hidalgo E, AVECILLA I PALAU À, DIAZ GALLARDO R, FALGUERA PUIG G, GÓMEZ CASTELLÓ T, MAUSBACH H et al. Protocol de contracepció reversible [Internet]. Badalona. Institut Català de la Salut. Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord. Llevadores.cat. 2017 [citado 5 Mayo 2021]. Disponible en:

<https://www.llevadores.cat/images/docs/publicacions/ProtocolContracepcio%20Reversible%20131117.pdf>

10. ANEXOS

10.1 EFECTOS SECUNDARIOS RELACIONADOS CON LA DOSIS HORMONAL DE LOS AOC

(A): dosis de estrógeno. (B): perfil de progestina.

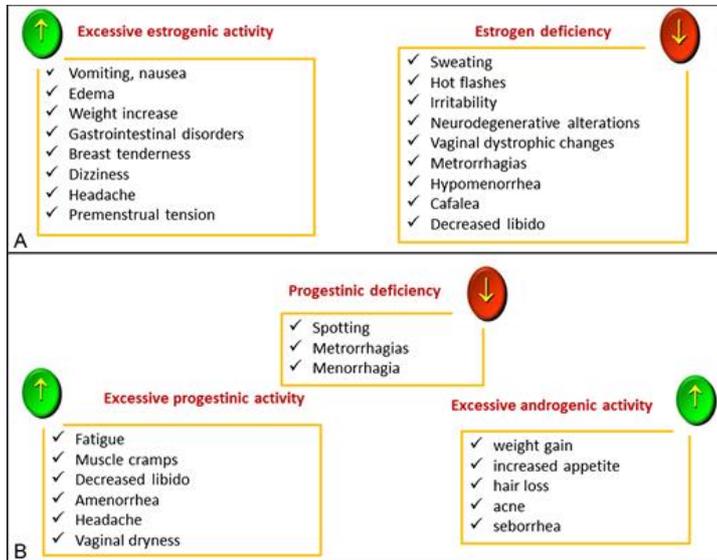


Imagen 1. Efectos secundarios y dosis hormonal. Fuente: *Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. Human reproduction update. 2016; 22(5): 634-646.*

10.2 INTERACCIÓN CEREBRO Y APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

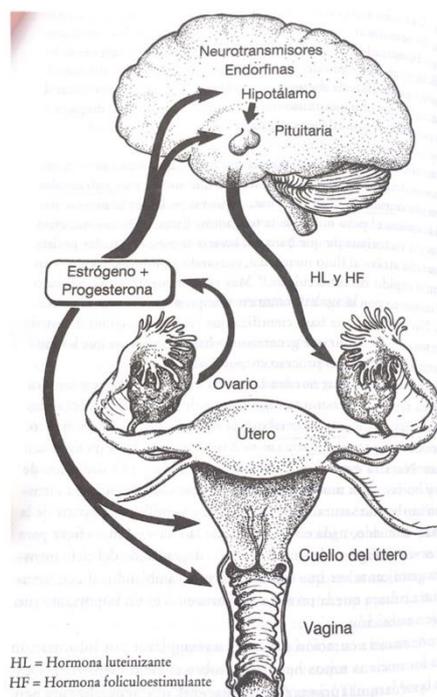


Imagen 2. Cerebro y aparato reproductor femenino. Fuente: *C. Northrup. Cuerpo de mujer. Sabiduría de Mujer. 3rd ed. Barcelona: Urano, 2010.*

10.3 GONADOTROPINAS EN EL CICLO MENSTRUAL

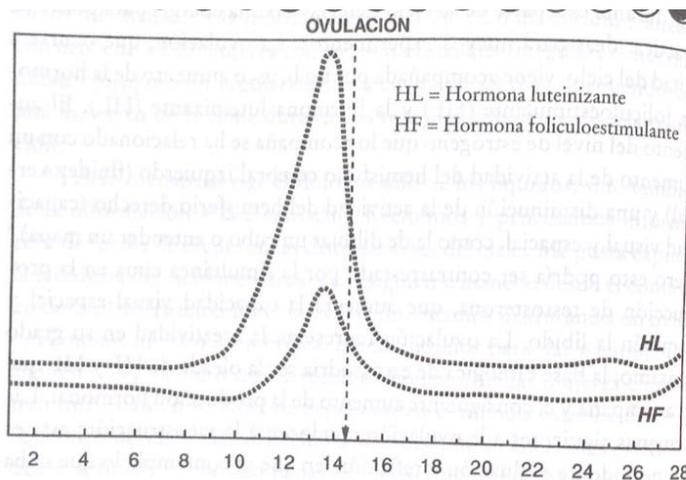


Imagen 3. Gonadotropinas en el ciclo menstrual. Fuente: C. Northrup. *Cuerpo de mujer, Sabiduría de Mujer*. 3rd ed. Barcelona: Urano; 2010.

10.4 INTERACCIONES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Fármacos que reducen la eficacia de los anticonceptivos

	Documentado	Mecanismo	Manejo
Derivados de la penicilina	Probable	Alteración de la circulación entero hepática del estradiol. Susceptibilidad individual.	Precaución. Utilizar método de barrera durante el tratamiento y 7 días después. Si coincide con período de descanso iniciar el siguiente envase lo antes posible.
Co-trimoxazol	Dudoso	Inhibición del metabolismo del etinilestradiol.	No cambia.
Griseofulvina	Sospechoso	Inducción enzimática. Incremento de las proteínas transportadoras.	Utilizar método de barrera durante el tratamiento y 7 días después. Si coincide con período de descanso iniciar el siguiente envase al finalizar el anterior.
Rifampicina	Establecido	Inducción enzimática.	En tratamientos cortos. Utilizar método de barrera durante el tratamiento y 7 días después. Si coincide con período de descanso iniciar el siguiente envase al finalizar el anterior. En tratamientos largos está contraindicado.
Tetraciclinas	Probable	Inducción enzimática. Incremento de las proteínas transportadoras.	Utilizar método de barrera durante el tratamiento y 7 días después. Si coincide con período de descanso iniciar el siguiente envase al finalizar el anterior.
Anticonvulsivantes ○ Fenitoína. ○ Fenobarbital. ○ Primidona. ○ Butobarbital. ○ Carbamecepina. ○ Etosuximida. ○ Metilfenobarbital.	Establecida	Inducción enzimática del metabolismo del etinilestradiol.	Contraindicación de los AOs y este tipo de antiépilépticos. Al retirar la medicación con propiedades de inducción enzimática ésta puede persistir por un período de hasta 4 semanas. Mantener la dosis alta o asociar otro método de barrera. El ácido valproico y la gabapentina no interactúan con los anticonceptivos.
Hipnóticos sedantes Depresores del SNC ○ Clorpromacina. ○ Clordacepóxido. ○ Diazepam.	Posible	Inducción enzimática.	No utilizar fármacos de baja dosis.
Inmunosupresores ○ Ciclosporina.	Posible	Inhibición enzimática. Competencia por el citocromo P ₄₅₀ .	Posibilidad de lesión hepática reversible.
Hierbas medicinales - Hypericum perforatum (Hierba de San Juan). - Ginseng. - Ginkgo.	Posible	Inducción enzimática. Otros mecanismos desconocidos.	

Fármacos cuya eficacia varía con los anticonceptivos orales

	Documentado	Mecanismo	Manejo
Ác. Aminocaproico	Probable	Aumenta la toxicidad del etinilestradiol.	Contraindicado.
Anticoagulantes	Posible	Inducción enzimática. Menor efecto de los anticoagulantes.	No existe evidencia sobre si es necesario un ajuste de dosis.
Antidiabéticos orales	Posible	Inhibición enzimática. Se debe reajustar la dosis.	Contraindicación absoluta en diabéticos con vasculopatía.
Analgésicos ○ Aspirina. ○ Paracetamol. ○ Fenacetina.	Posible	Inducción enzimática. Descenso de la acción analgésica.	Aumentar la dosis.
Antiinflamatorios ○ Pirazolonas.	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta vida media de la pirazolona.	No precisa cambios terapéuticos por el gran margen terapéutico de las pirazolonas.
Antihipertensivos	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta efecto HTA.	Seguir contraindicaciones en la HTA no controlada.
Xantinas ○ Cafeína. ○ Teofilina.	Posible	Teofilina y Cafeína incrementan vida media de anticonceptivos.	Reducir la ingesta de café. No hace falta cambiar pauta de Teofilina.
Corticosteroides	Posible	Se potencia el efecto de los corticoides.	Ajustar dosis.
Ácido Fólico y Vitamina B ₁₂	Dudoso	Disminución de su absorción y aumento de su excreción.	Seguir terapia preconcepcional.
Benzodiazepinas metabolizadas por la vía de la oxidación	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta el efecto de las benzodiazepinas.	Aplicable a: Diazepam.
Benzodiazepinas metabolizadas por la vía de la conjugación	Posible	Inducción enzimática. Se reduce el efecto de las benzodiazepinas.	Aplicable a: Lorazepam. Oxazepam. Temazepam.
Beta-bloqueantes	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta el efecto de los beta-bloqueantes.	Amplo margen terapéutico.
Antidepresivos tricíclicos	Posible	Inhibición enzimática. Aumenta el efecto de los antidepresivos.	Amplo margen terapéutico. No es preciso ajustar dosis.

Tabla 6. Interacciones AOC. Fuente: Sánchez Borrego R, Martínez Pérez O. *Guía Práctica en Anticoncepción Oral* [Internet]. Hosting.sec.es. 2003

10.5 MANEJO DE PROBLEMAS DEL TRATAMIENTO CON AOC EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

SANGRADO IRREGULAR (en momentos inesperados)	<ul style="list-style-type: none"> - Tranquilizar porque pasa en muchas mujeres que toman AOC. - No es patológico y generalmente desaparece después de los primeros meses. - Otras causas: omisión de píldoras, vómitos o diarrea, anticonvulsionantes o rifampicina
NO HAY MENSTRUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar si está teniendo alguna mancha - Explicar que algunas mujeres que toman AOC no sangran todos los meses. - Preguntar si se ha tomado la píldora todos los días y si es así tranquilizar porque es improbable que este embarazada
CEFALEAS	<ul style="list-style-type: none"> - Sugiere aspirina (325-650mg), ibuprofeno (200-400mg) o paracetamol (325-100mg) - Algunas mujeres las padecen los la semana de placebo. - Si empora debe ser evaluada
NÁUSEAS	<ul style="list-style-type: none"> - Sugerir tomar los AOC en comidas o al acostarse
SENSIBILIDAD MAMARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendar usar corpiño firme - Probar con compresas frías o calientes - Sugiere aspirina (325-650mg), ibuprofeno (200-400mg) o paracetamol (325-100mg)
CAMBIOS DE PESO	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar la composición del AOC - Revisar dieta y aconsejar estilo de vida saludable
CAMBIOS DE HUMOR Y DESEO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Pueden aparecer la semana de placebo - Ante cambios serios o depresión mayor evaluar.
ACNÉ	<ul style="list-style-type: none"> - Generalmente mejora con los AOC sin embargo se empeora en algunas mujeres - Si continua después de unos meses de tratamiento cambiar a una nueva píldora al menos 3 meses.
NO CAMINAR UNA SEMANA (Ej: IQ, yesos)	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicarle al medico - Deja de tomar AOC y retomar a las 2 semanas después de reiniciar el movimiento
MIGRAÑA	<ul style="list-style-type: none"> - Ante jaqueca o migraña con o sin aura suspender el tratamiento con AOC - Ayudar a la paciente a elegir un método sin estrógenos.

Tabla 7: Manejo de problemas. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Manejo de problemas en la consulta con usuarias continuas:

1. Preguntar cómo va el AOC, si está contenta, si tiene dudas o algo que comentarnos. Si la usuaria explica efectos secundarios o problemas relacionados con el tratamiento es imprescindible prestarle atención, asesorarla y si es necesario tratarlos.
2. Preguntar por los cambios en el sangrado.
3. Preguntar si tiene problemas para acordarse de tomar la píldora.
4. Si todo va bien, suministrarle más cajas de píldoras, aproximadamente 13 cajas para un año.
5. Tomar una TA.
6. Preguntar a la usuaria por cambios en su vida, relaciones y ETS. [51]

10.6 CRONOGRAMA

Para desarrollar el trabajo teniendo en cuentas las fechas de entrega, ha sido imprescindible tener una buena planificación para organizar todas las tareas asignadas con el fin de poder defender nuestro trabajo en la primera convocatoria de junio.

Desde el inicio en el mes de octubre hemos contado con ocho meses para la realización del trabajo, por lo tanto, este ha sido el periodo de tiempo en el que hemos distribuido las fases del estudio. La herramienta que utilizamos para la previsión es el Diagrama de Gantt porque se trata de un método objetivo y eficiente.

		OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
FASE 1	Justificación									
	Diseño del estudio									
	Tutorías de seguimiento									
FASE 2	Búsqueda bibliográfica y marco teórico									
	Elaboración de las entrevistas									
	Análisis de resultados									
FASE 3	Entrega del borrador									
	Entrega del trabajo									
	Presentación y defensa									

Tabla 8: Diagrama de Gantt. Fuente propia

10.7 CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted participará en el Trabajo de Fin de Grado "Anticonceptivos Orales Combinados: Vivencias de las mujeres y papel de la enfermera - matrona " que realizan Laura Reina e Irene Rodríguez, estudiantes de cuarto curso de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili. Dicha participación se basará en la realización de una entrevista y grabación con audio para posteriormente transcribir y analizar los datos.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, manteniendo el anonimato de sus datos personales y atendiendo al cumplimiento de la ley orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Se garantiza la confidencialidad de los datos y el cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Declaración _____ de _____ consentimiento:

Yo, PAOLA DOMINGO SERRANO.....he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de voz de la sesión de entrevista y he podido resolver todas las dudas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Así mismo, he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines educativos.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de la entrevista y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

A. 17 de 12 de 2020.

Firmado:

(El/la usuario/)



DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted participará en el Trabajo de Fin de Grado "Anticonceptivos Orales Combinados: Vivencias de las mujeres y papel de la enfermera - matrona " que realizan Laura Reina e Irene Rodríguez, estudiantes de cuarto curso de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili. Dicha participación se basará en la realización de una entrevista y grabación con audio para posteriormente transcribir y analizar los datos.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, manteniendo el anonimato de sus datos personales y atendiendo al cumplimiento de la ley orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Se garantiza la confidencialidad de los datos y el cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Declaración _____ de _____ consentimiento:

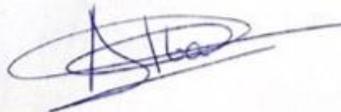
Yo, ALBA ROIG BERTONEU.....he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de voz de la sesión de entrevista y he podido resolver todas las dudas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Así mismo, he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines educativos.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de la entrevista y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

A. 17. de ...12... de 2020.

Firmado:

(El/la usuario/)



DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted participará en el Trabajo de Fin de Grado "Anticonceptivos Orales Combinados: Vivencias de las mujeres y papel de la enfermera - matrona " que realizan Laura Reina e Irene Rodríguez, estudiantes de cuarto curso de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili. Dicha participación se basará en la realización de una entrevista y grabación con audio para posteriormente transcribir y analizar los datos.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, manteniendo el anonimato de sus datos personales y atendiendo al cumplimiento de la ley orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Se garantiza la confidencialidad de los datos y el cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Declaración _____ de _____ consentimiento:

Yo, Ariadna Reina Méndez he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de voz de la sesión de entrevista y he podido resolver todas las dudas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Así mismo, he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines educativos.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de la entrevista y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

A. 25. de ...02.... de 20.21.

Firmado:

(El/la usuario/a)



DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted participará en el Trabajo de Fin de Grado "Anticonceptivos Orales Combinados: Vivencias de las mujeres y papel de la enfermera - matrona " que realizan Laura Reina e Irene Rodríguez, estudiantes de cuarto curso de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili. Dicha participación se basará en la realización de una entrevista y grabación con audio para posteriormente transcribir y analizar los datos.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, manteniendo el anonimato de sus datos personales y atendiendo al cumplimiento de la ley orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Se garantiza la confidencialidad de los datos y el cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Declaración _____ de _____ consentimiento:

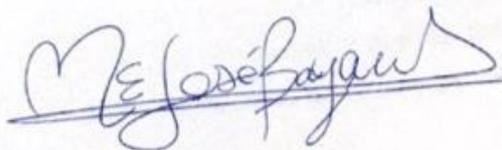
Yo, M.^a JOSE BAYARRI.....he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de voz de la sesión de entrevista y he podido resolver todas las dudas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Así mismo, he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines educativos.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de la entrevista y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

A..... de de 20.....

Firmado:

(El/la usuario/a)



10.8 FICHAS Y TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS

FICHA ENTREVISTA 1

PARTICIPANTE: Paola

CODIFICACIÓN: INFORMANTE 1

EDAD: 23 Años

NIVEL DE ESTUDIOS: Estudiante de 4º grado de Enfermería

SITUACIÓN LABORAL: Trabaja de camarera los fines de semana y festivos.

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA (18/12/2020)

Situación:

Hace unas semanas, le comenté a Paula que si podría realizarle una entrevista para mi trabajo de fin de grado. Le expliqué que había pensado en ella porque tomaba AOC desde hacía años y que su experiencia sería útil para mi investigación. Me contestó que contara en ella y que le apetecía participar.

Nos encontramos en un box del hospital, durante una mañana de poco trabajo. Son las 9h, el ambiente está muy tranquilo y no hay apenas ruidos. Nos colocamos sentadas una enfrente de la otra y a continuación, Paula firma el consentimiento informado. Seguidamente, enciendo la grabadora y empezamos con la entrevista:

I: “¡Hola Paula! Vamos a empezar la entrevista. ¿Por qué motivos decidiste tomar AOC?”

P: “Pues... primero porque tenía las reglas muy irregulares y además tenía mucho dolor cuando me venía la regla. Entonces se lo comenté a mi médico de Atención Primaria (MAP) y me mandó a planificación familiar y allí me lo recetaron... Además, tenía pareja y además...es más cómodo.”

I: “Muy bien. ¿Cuál fue la fuente que incentivo tu interés en la toma de los AOC?”

P: “Realmente, yo fui por un problema de regla irregular y fue el propio ginecólogo quien me lo recomendó.”

I: “Ah... vale, fue el ginecólogo. ¿Podrías explicarnos cuál es la composición de los ACO que usas?”

P: “Pues... creo que llevan Levonorgestrel, creo que se llama así.”

I: “¿Sabes lo que es?”

P: “Sí, es una hormona, estrógenos, creo...”

I: “¿Y a partir de iniciar la toma has notado algún cambio en tu cuerpo?”

P: “No he notado ningún cambio.”

I: “¿Pero y en tu ciclo menstrual?”

P: “Si, que ahora es justo cada 28 días.”

I: “¿Y te sigue doliendo como antes?”

P: “Menos, y además sangro cada vez menos.”

I: “¿Qué beneficios ha tenido para ti tomar AOC?”

P: “Pues, a ver... ¿beneficios? Pues eso que...lo principal es que yo tengo una regla todos los meses y es cada 28 días, entonces yo sé cuando me va a bajar y eso, lo puedo controlar mejor. Después, que sangro menos y al final es más cómodo y después, el dolor, que me ha quitado más el dolor. Bueno y el tema de relaciones sexuales, que si tienes una pareja estable es mejor, bueno más cómodo, eso que utilizar otros métodos.”

I: “¿Sabes los efectos secundarios que puede tener el ACO que tu estas tomando?”

P: “Pues, sinceramente no. Sé los síntomas que suelen decir por ahí, ósea, como los efectos secundarios que tiene el hecho de tomar pastillas anticonceptivas. Según lo que se dice por ahí, te hinchas; retienes líquidos; te sale más pelo... pero a mí, no me ha pasado nada de eso, entonces, no he tenido ningún efecto secundario que yo sepa. Pero, sí que es verdad, que tener sangrado entre reglas sé que las pastillas pueden

tener este efecto. Ah... ¡Sí!, también hace tiempo me notaba menos lubricación y también sé que esto puede ser un efecto de las pastillas.”

I: “¿Pero cuál ha sido la fuente de esta información?”

P: “El ginecólogo, porque yo le dije que a veces tengo relaciones y me molesta... Él me dijo que a veces las pastillas reducen un poco la lubricación.”

I: “Vale. ¿Tienes dificultad a la hora de seguir el tratamiento?”

P: “Sí. Soy muy poco constante y si no la veo, de que la veo, ósea, sino la veo encima de la mesa aunque me ponga una alarma, al final se me olvida. He optado por pasarme, en vez de tomarla a mediodía, como me la tomaba antes, ahora me la tomo por la noche así, si se me olvida, cuando me levanto aún no han pasado 12h y me la puedo tomar.”

I: “¿Y normalmente se te olvida o son ocasiones puntuales?”

P: “A ver, ocasiones puntuales... mes si, mes no, se me olvida alguna.”

I: “¿Tienes en cuenta si al iniciar un nuevo tratamiento interacciona con los ACO?”

P: “Sí, creo que hay algunos antibióticos, creo que son las penicilinas, que sí que reducen el efecto de los ACO.”

I: “¿Tu esto lo miras al iniciar un tratamiento?”

P: “Sí, cuando empiezo un tratamiento así fuera de lo común intento preguntarle al médico si interacciona con las pastillas.”

I: “Vale. ¿Sabes si al tomar los ACO disminuye o aumenta el riesgo de padecer alguna enfermedad? “

P: “Me suena porque lo dimos en *Mujer*, en la carrera. Creo que disminuía el riesgo de cáncer de útero o de cérvix o de ovario... no sé.”

I: “No pasa nada.”

I: “¿Sabes si los ACO te protegen de las enfermedades de transmisión sexual?”

P: “No, pero ya te digo, como yo tengo pareja estable las únicas relaciones que tengo son con mi pareja.”

I: “¿Consideras que estas informada adecuadamente sobre el tratamiento?”

P: “No”

I: “¿Qué te faltaría?”

P: “Me faltaría que realmente me informasen bien de los efectos secundarios que puedo tener y no tener que padecer alguno o, tener que suponer yo que es un efecto secundario, cuando realmente a lo mejor lo que me pasa no es un efecto provocado por las pastillas. Por ejemplo, yo el verano pasado no conseguía quitarme la candidiasis y yo pensaba que mira, a lo mejor, era porque tenía problemas de pH, de flujo de bacterias... no sé. Luego, resulta que cuando fui a la ginecóloga me dijo que puede ser que las pastillas provoquen que seamos más propensa a la candidiasis.”

I: “¿Entonces agradecerías que te hubiesen informado más antes de tomar la decisión de iniciar el tt con los AOC?”

P: “Si, porque además yo me los empecé a tomar muy joven.”

I: ¿Qué es muy joven?

P: “Pues yo hará ahora 5 años, creo que empecé con 17... Entonces sí que me gustaría que en ese momento, ahora ya puedo tener algún conocimiento más por estudiar lo que estudio, pero en ese momento nadie me explicó nada, me lo pautaron y ya está.”

I: “¿Y te explicaron si a parte de los anticonceptivos orales había otro tratamiento que pudiese ajustarse en ese momento a la causa por la que tu llegaste a consulta, que eran las reglas dolorosas?”

P: “No, directamente me los recetaron.”

I: “¿Y tú ya no indagaste más... ¿no?”

P: “A ver, no... es que yo era una cría, no conocía nada. Solo el preservativo y como método anticonceptivo. Como método para controlar la duración y el tema de la menstruación no. Pero sí que es verdad que directamente me dijo: “Quieres tomarte las pastillas?” y yo le dije, bueno, pues vale.”

I:” Directamente te pautaron los anticonceptivos...” ¿Qué papel tuvo el profesional de enfermería al iniciar el tratamiento como en el posterior seguimiento?”

P: “Pues a ver, yo cuando fui a la visita la última vez, estoy diciendo todo el rato ginecólogo, pero creo que realmente era una matrona quien estaba. Yo noté que era una persona, bueno una mujer, que todos los demás habían sido hombres, que me atendía sin hacerme sentir como incomoda o no sé...”

I: “¿Entonces me dices que la encontraste cuando fuiste a planificación familiar?”

P: “Si, pero la última vez, las otras todos hombres de la vieja escuela que...”

I: “Paula y tú, ¿has pensado en continuar con el tratamiento, dejarlo o que expectativas tienes en un futuro?”

P: “A ver, a mí me gustaría continuar con el tratamiento porque el principal motivo por el que yo acudí al ginecólogo era porque yo tenía unas reglas muy irregulares. Entonces, yo sé que si yo dejo las pastillas voy a volver a tenerlas y la verdad es que no quiero. Pero sí que es verdad que la última cita que tuve con la ginecóloga me dijo que si empezaba a tener más síntomas como la lubricación... O, no te lo he comentado antes pero a veces, aunque no coincida con el periodo de ovulación, que en teoría con las pastillas no se ovula, tengo como molestias de cómo cuando te va a bajar la regla, en la zona pélvica. Entonces, me dijo que si yo veía que esos síntomas en mi día a día me estaban limitando mucho que probase a dejar las pastillas durante un mes o dos meses, que si yo veía que desaparecían los síntomas, que volviese acudir para que me las dejase o me las cambiase o buscar alguna alternativa. Pero como en principio yo veía que esos síntomas no son frecuentes todos los meses ni me suponen una limitación en mi vida, de momento no llevo ideas de dejarlas.”

I: “¿Las consultas estas a las que tú vas a planificación familiar, cada cuanto tiempo acudes?”

P: “Pues en teoría, me dijeron que por el simple hecho de estar tomando las pastillas debería ir cada 3 años. Pero he tenido muchísimos problemas a la hora de tener alguna consulta o, algún problema en el que yo he considerado que me hubiese tenido que ver un ginecólogo o, me hubiese sentido más tranquila al tener una visita antes de que pasasen estos 3 años y me han puesto muchas trabas.”

I: “¿Trabas tipo que?”

P: “Cómo que eso no era importante o que no era necesario que me visitara una persona experta en ginecología para resolverme esa duda o simplemente mirarme. Entonces a mí me gustaría que por lo menos una vez al año... ya no por el hecho de tomar pastillas sino porque somos jóvenes, tenemos una vida sexualmente activa o porque sí, porque yo creo que se debería hacer una revisión mínima al año sin tener que ir a un ginecólogo privado. De hecho, en planificación familiar, yo solicité la cita en junio y me la dieron para noviembre, o sea, si hubiese sido un problema serio o algo que me preocupa hubiese tenido que acudir a un ginecólogo privado porque esperarme 5 meses...”

I: “Pues todo esto era Paula. ¡Muchas gracias y hasta la próxima!”

FICHA ENTREVISTA 2

PARTICIPANTE: Alba

CODIFICACIÓN: INFORMANTE 2

EDAD: 21 años

NIVEL DE ESTUDIOS: Estudiante de 4º grado de Enfermería

Situación:

Hace aproximadamente un mes, le comenté a Ana que había pensado en ella como una de mis participantes en el trabajo de fin de grado. Le dije que me gustaría hacerle una entrevista a cerca de los ACO. A Ana le fascino la idea porque le encanta el ámbito académico y de la investigación.

Nos encontramos en un box del hospital, una mañana que estábamos haciendo prácticas y había pocos pacientes. Eran aproximadamente las 11 de la mañana, el ambiente estaba tranquilo. Nos sentamos una enfrente de la otra y Ana firmo el consentimiento informado. A continuación, encendí la grabadora y empezó la entrevista:

I: “¡Buenos días, Ana!”

A: “¡Hola!”

I:” Vamos a empezar con la entrevista. ¿Por qué motivo decidiste tomar AOC?”

A: “Pues decidí tomarlos porque tenía una regla bastante larga, bastante dolorosa y además, tenía pareja estable desde hacía tiempo.”

I: “Cuándo me dices bastante larga, ¿Cuántos días son?”

A: “Una semana, 7 días más o menos.”

I: “¿Y dolor, del uno al diez?”

A: “Dolor, ocho. Sí sí, bastante dolor.”

I: “¿Cuánto tiempo hace que los tomas?”

A: “Dos años”

I: “Ah, dos años... ¿Cuál fue la fuente que incentivo tu interés en la toma de los AOC?”

A: “Pues a ver... yo tenía amigas que ya habían ido al ginecólogo y yo les comentaba mi problema, pues que tenía bastante dolor, todo lo que te he comentado anteriormente y decidí ir a informarme.”

I: “¿Podría explicarme cuál es la composición de los AOC que estas tomando ahora?”

A: “Pues yo creo que estoy tomando unos que llevan estrógenos y progestina, pero es muy poquita dosis. Creo que es la mínima dosis que se hace.”

I: “¿Del nombre comercial te acuerdas?”

A: “No, en este momento no...”

I: “¡No pasa nada! ¿Qué cambios has notado en tu cuerpo desde que has empezado con el tratamiento?”

A: “Cambios ninguno, lo que sí, que el primer mes lo pasé bastante mal porque estuve manchando todo el mes y no me informaron de eso... Tuve que llamar porque no sabía que me estaba pasando, pero es el único efecto que he notado, después de ese primer mes ya nada. También, un poco de dolor en el pecho los primeros meses de tomarlos, era por semanas.

I: “Pero ¿cómo era este dolor?”

A: “Sí, como cuando tenía la menstruación que a veces me dolían los pechos, pues ese mes, algunas semanas tenía dolor porque sí. No pregunté ni nada, pero lo asocié a un efecto secundario. Después de ese primer mes ya nada.”

I: “Ya no ha vuelto a aparecer... ¿Y en tu ciclo menstrual has notado algún cambio?”

A: “Sí. Mucho menos sangrado, se han reducido los días, ahora me dura cuatro días y el dolor, ya no tengo dolor y es mínimo, no me molesta ni afecta a ninguna actividad.”

I: “No te tienes que tomar nada para el dolor ¿no? ¿Antes te tomabas?”

A: “¡Antes sí! Ibuprofeno, Paracetamol... Me recetaron unas pastillas, Antalgin pero tampoco me hacían mucho efecto.”

I: “¿Qué beneficios ha tenido para ti tomar AOC?”

A: “Pues lo que he comentado, me ha reducido el dolor y ha afectado mucho menos a mi vida diaria. La menstruación me dura mucho menos y en las relaciones sexuales pues... todas las ventajas que puedo tener al tener una pareja estable. Si no la tuviera no, pero como la tengo.”

I: “¿Sabes los efectos secundarios que puede tener el anticonceptivo que tomas?”

A: “Pues específicamente no. Sé el tema que he comentado de dolor en el pecho, sangrados... Algunas amigas mías dicen que han engordado y aumentado de peso. Yo no he notado ninguno de estos efectos, sólo los que te he comentado anteriormente y, ya te digo, que ahora, todo bien.

I: “Y todos estos efectos porque los sabes, es decir, ¿Cuál ha sido la fuente de información?”

A: “La calle, las amigas, el boca a boca...”

I: “¿Tienes dificultades a la hora de seguir el tratamiento?”

A: “No, me considero muy responsable, respecto a ello.”

I: “¿Te la tomas todos los días, a la misma hora...?”

A: “Se me ha olvidado una vez”

I: “¿Una vez en dos años?”

A: "Sí."

I: "¿Tienes en cuenta antes de iniciar un nuevo tratamiento si interacciona con los AOC?"

A: "Pues hasta ahora no se ha dado el caso, pero sí que es verdad que cuando voy al médico pues pregunto."

I: "¿Pero cuando vas a consulta si te receta algo se lo preguntas?"

A: "Sí y, además ahora he iniciado el Láser y me informé sobre si interaccionaba."

I: "¿Y qué te contestaron?"

A: "Que se lo anotaba pero que en principio no había ningún problema."

I: "¿Sabes si al tomar AOC aumenta o disminuye la probabilidad de padecer alguna enfermedad?"

A: "Pues hemos estudiado que protege de algunos tipos de cáncer y que a los 5 años sí que aumenta el riesgo de tener cáncer de ovario pero que tampoco esta científicamente demostrado cien por cien. Es como que no se sabe seguro... vamos, información."

I: "Vale. ¿Sabes si los AOC te protegen sobre las enfermedades de transmisión sexual?"

A: "No, ósea, no te protegen"

I: "Lo sabes pues. ¿Y lo tienes en cuenta en tu relación?"

A: "Pues como tengo pareja desde hace dos años no utilizamos otros tipos de métodos, pero si no tuviese pareja, sí que lo tendría en cuenta."

I: "¿Crees que estas informada adecuadamente sobre el tratamiento?"

A: "Yo creo que actualmente sí, pero en el momento en el que empecé el tratamiento no. Además, en el momento cuando fui a la consulta tampoco me lo explicaron bien, me dijeron "tomate las pastillas y tal" y ya está."

I: “¿Agradecerías que te hubiesen informado más antes de tomar la decisión de iniciar el tratamiento anticonceptivo?”

A: “Sí, porque por ejemplo cuando el primer mes tenía este tipo de sangrado no sabía lo que me estaba pasando y pensaba que me estaba pasando algo fuera de lo común. Tuve que llamar, pedir cita a otro ginecólogo para que me viera y nada estuve cinco minutos, me dijo que era normal y ya está.”

I: “¿A los ginecólogos que acudes son públicos o privados?”

A: “Yo voy a planificación familiar pública, pero cuando me pasó eso, fui al privado directamente para que fuera más rápido.”

I: “¿Qué papel ha tenido el profesional de enfermería en tu proceso tanto en la toma de decisiones como en el posterior seguimiento?”

A: “Pues ha tomado todas las decisiones. Yo desde el primer día fui a planificación familiar a cita de enfermería. Fue la enfermera la que me explicó lo que me podía estar pasando y me explicó todos los tipos de métodos que podía utilizar.”

I: “¿Te explicaron todos los métodos?”

A: “Sí, fue la que le dijo a la ginecóloga que me recetara las pastillas. O sea, todo el seguimiento lo ha llevado enfermería.”

I: “Es decir, la enfermera te explicó todos los métodos que había y tu elegiste el que querías”

A: “Sí”

I: “¿Te acuerdas si a parte de los AOC alguno se ajustaba a lo que tu buscabas?”

A: “Sí, se ajustaba el anillo, el aro, lo que pasa que al final me decidí por los anticonceptivos porque, además del tema económico, me considero responsable para ello y el aro pues... lo veía como un poco más complicado de poner y quitar. “

I: “¿Por el hecho de que se tiene que poner y quitar?”

A: “Sí... aunque ahora, no me importaría. Lo que pasa es que me decidí por los AOC y como me ha ido bien, pues tampoco me he planteado cambiar.”

I: “¿Te has planteado seguir con el tratamiento o tal vez dejarlo dentro de unos años...? ¿Qué expectativas tienes?”

A: “De momento tengo planteado seguir.”

I: “Vale, pues hasta aquí ha sido todo. ¡Muchas gracias por participar Ana!”

FICHA ENTREVISTA 3

PARTICIPANTE: Ariadna

CODIFICACIÓN: INFORMANTE 3

EDAD: 24 años

NIVEL DE ESTUDIOS: : *Cursando actualmente 4º curso de Geología*

SITUACIÓN LABORAL: Actualmente está acabando el último año de su carrera

Situación:

Hace meses que le comenté a Adriana que me gustaría entrevistarla para mi trabajo de fin de grado ya que sabía que ella llevaba tomando los anticonceptivos orales combinados desde hace muchos años y ella estuvo de acuerdo con la propuesta.

Quedamos un domingo en su casa, alrededor de las 16h. Nos sentamos en el sofá de su casa, una al lado de la otra. Le entrego el consentimiento y un bolígrafo y ella firma al momento. Cojo la grabadora y le explico que empiezo a grabar la conversación:

L: “Hola, buenas tardes”

A: “Hola, buenas tardes”

L:” Empezamos por la primera pregunta: ¿Por qué motivo decidiste tomar anticonceptivos orales combinados?”

A: “Pues fue un poquito por dos cosas. Una, porque tenía un acné muy grande y otra, porque tenía la regla bastante irregular. En plan, que a lo mejor no me venía en tres meses y después durante medio mes la tenía entera.”

L: “¿Cuál fue la fuente que incentivó tu interés en la toma de anticonceptivos orales?”

A:” *Pues no sé... Yo hablé con el médico y fue la quien me lo recomendó*”

L:” ¿No lo habías oído antes en otro sitio?

A:” Bueno, creo que una compañera de clase los tomaba pues por lo mismo, por lo de los granos, pero creo que, en plan, la primera vez que lo pensé en serio o bueno, lo pensé en usarlo fue porqué me lo dijo el médico directamente y no porque lo tomara otra persona o algo.

L:” ¿Podría explicarnos cual es la composición de los anticonceptivos orales que estás tomando?

A:” Pues ni idea...La verdad, no sé.”

L:” ¿Qué cambios has notado en tu cuerpo desde que empezaste con el tratamiento?”

A:” Pues a diferencia de la gente con la que lo he hablado, a mí me duele más la regla desde que tomo las anticonceptivas que desde que no las tomaba. Todo el mundo me ha dicho lo contrario, pero a mí eso... Y otros cambios en sí...Ninguno más, creo.

L:” ¿Y en tu ciclo menstrual?

A:” Pues que ahora lo tengo regular, que antes no lo tenía regular”.

L:” ¿Qué beneficios ha tenido para ti tomar anticonceptivos orales combinados?”

A:” Pues que se me ha regulado la regla y sobre todo el acné, que ya prácticamente no tengo...Antes tenía muchísimo acné y desde que tomo las pastillas pues se me ha reducido un montón. Ahora, solo tengo los dos días fuertes de regla.”

L:” ¿Sabes los efectos secundarios que puede tener el anticonceptivo que estás tomando?”

A:” Bueno sí, sé que puede causar muchos efectos secundarios. Sé que te pueden dar dolores de cabeza, sé que te puede causar muchos efectos secundarios... pero ahora mismo tampoco te sabría decir cuáles.”

L:” Y estos efectos secundarios que has mencionado que sabías, ¿cuál fue la fuente de la información?”

A:” Pues algunas amigas mías y conocidas que los toman y les pasa”

L: " ¿El médico que te las recetó te explicó efectos secundarios antes de empezar el tratamiento?"

A: " No, que yo recuerde. Lo que sí que me cambiaron las pastillas hace un año porque me dijeron que tenían mucha... ¿testosterona puede ser? Y me las cambiaron por unas más flojitas."

L: " ¿Tienes dificultades a la hora de seguir el tratamiento?"

A: " No."

L: " ¿No se te han olvidado nunca?"

A: " Creo que me las tomo desde los 14 años y...alguna vez esto de que estás muy cansada y te olvidas, pero creo que en tantos años ha sido como dos o tres veces muy específicas".

L: " ¿Tienes en cuenta si al iniciar un nuevo tratamiento interacciona con los anticonceptivos orales?"

A: "Bueno, a mi siempre que me preguntan si tomo algo cuando un médico me receta algo yo siempre digo los anticonceptivos, aunque la mayoría me dicen "no, no pasa nada", pero bueno, yo siempre lo digo por si acaso."

L: " ¿Sabes si al tomar anticonceptivos orales combinados aumenta o disminuye la probabilidad de padecer alguna enfermedad?"

A: " Pues no lo sé...supongo que sí ¿no?"

L: " ¿No has oído nunca hablar si aumenta o disminuye el riesgo de cáncer?"

A: " No."

L: " ¿Sabes si los anticonceptivos orales combinados te protegen de las enfermedades de transmisión sexual?"

A: " Eh...Pues...no. Sólo te protegen de no quedarte embarazada, que yo sepa."

L: " ¿Crees que estás informada adecuadamente sobre el tratamiento?"

A: " Buf... ¿qué es estar informada adecuadamente?"

L: " Pues que sabes la composición, los efectos que se producen en tu cuerpo, los efectos secundarios..."

A: " A ver...no lo sé por mí, porque no me he puesto a mirar el papelito ese que te viene con las pastillas. Si lo hubiera hecho, pues lo sabría. Supongo, como todo en la vida, si tu te informas pues lo sabrás...pero no me he informado"

L: " No te has informado ni te han informado, ¿verdad?"

A: " No."

L: " ¿Agradecerías que te hubiesen informado más antes de tomar la decisión de tomar anticonceptivos orales combinados?"

A: " Supongo que sí, porque era muy joven...pero igualmente tampoco me ha causado ningún efecto secundario al menos que yo lo haya notado así que tampoco es que me importe demasiado. Pero si en un futuro me saliera algo muy grave derivado a esto pues obviamente sí.

L: " A día de hoy, ¿continuarías con el tratamiento o has pensado algún momento en dejarlo?"

A: " A ver...he pensado de dejarlo, pero realmente, como te he dicho, como no he tenido ningún efecto secundario o así fuerte que me haya sucedido y mis reglas son bastante fuertes, prefiero tenerlas de momento reguladas y ya se verá...Me han cambiado a unas pastillas más flojas, eso sí...Y de momento sigo con ello hasta que...bueno...hasta que me quiera quedar embarazada en un futuro o que yo vea que me lo quiero quitar, no sé."

L: " ¿Conoces otros tipos de anticonceptivos hormonales?"

A:” Mmm...no. Conozco pues los anticonceptivos de toda la vida, pero hormonales no.”

L: ¿No te informaron tampoco antes de la toma de decisión de otros tipos de métodos anticonceptivos hormonales?”

A: “No.”

L:” Vale, ¿qué papel ha tenido el profesional de enfermería en tu proceso, tanto en la toma de decisiones como en el posterior seguimiento?”

A:” Creo que ninguno porque me lo recetó directamente la doctora...Aunque, cuando me hicieron el cambio...No sé si fue una ginecóloga o fue una...No creo que fuese una ginecóloga, creo que fue una enfermera. Era una enfermera la que me cambió de pastillas porque decía que eran muy fuertes. Así que, en la primera decisión no pero en la segunda, cuando me lo cambiaron, sí que fue ella la que decidió cambiármelas.”

L:” ¿Has notado que has tenido seguimiento a la hora de tu tratamiento?”

A:” No, ninguno.”

L:” Esta era la última pregunta. Mucha gracias por la participación.”

A:” De nada, un placer.”

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA (18/03/2021)**FICHA ENTREVISTA 4**PARTICIPANTE: M^a José

CODIFICACIÓN: Matrona

EDAD:

NIVEL DE ESTUDIOS: Enfermera especialista (matrona)

SITUACIÓN LABORAL: Actualmente trabaja como matrona en el Hospital St. Tecla de Tarragona y el CAP de Constantí.

Situación:

Nos encontramos el lunes 15 de febrero de 2021 a las 14:30h en el ASSIR Jaume I, en Tarragona. La entrevista se realizó en la consulta 8 de este mismo centro sanitario. Nos sentamos una delante de la otra. El ambiente era tranquilo e íntimo. Entregamos el consentimiento informado y explicamos el objetivo principal del trabajo. La entrevistada firmó el consentimiento e iniciamos la grabación.

L: ¡Buenos días!

M: ¡Buenos días!

L: Mira, empezaremos por la primera pregunta. ¿Cómo resumirías tu trayectoria como matrona durante tu experiencia profesional?

M: ¿Según cuando empecé...?

L: Sí, como ha sido tu trayectoria en general, para saber, conocer un poquito más de ti.

M: Yo estudié enfermería en Pamplona hace 37 años. Yo terminé matrona en el 85 y ya empecé a trabajar como matrona porque es que antes era... enseguida que acabábamos ya teníamos trabajo. Empecé a trabajar en el 86. Empecé a trabajar como interina en Valls. Siempre he trabajado en partos en Tecla porque partos y primaria para mi...

L: Van de la mano ¿no?

M: Sí, no sabría cual elegir. Luego, a partir del 91, hicimos unas oposiciones porque a partir del 90 se creó el programa de *“Atenció a la mujer”*. Es decir, antes la función de la matrona era simplemente asistir al parto y poco más. En las visitas siempre íbamos acompañando al ginecólogo y a partir del 90, se creó un programa de *“Atenció a la dona”*, en el que la matrona era independiente y se incluía una cartera de servicios muy amplia. Es ahí donde entra el tema de la anticoncepción de los jóvenes, etc. A partir de ahí, aprobé la oposición y he trabajado en Constantí y aquí, en Tarragona. Nunca he dejado de trabajar en la Tecla en partos.

L: ¿Y nos podrías explicar un poco la función de matrona ya sea en el hospital o aquí, en atención primaria?

M: La función de la matrona y la cartera de servicios es muy amplia y lleva tanto hospital como primaria. Entonces, lo que nosotros hacemos y tratamos es atender y ayudar a la mujer en todas sus etapas, desde la menarquia hasta, la menopausia y más porque luego tenemos el tema del suelo pélvico, etc. Entonces, acompañamos a la mujer en toda esta etapa y a su familia por su puesto, a los maridos, las parejas, luego a los hijos... Entonces, durante todo este tiempo que conlleva: empezamos con la adolescencia, tema afectivo sexual, vamos mucho a los institutos a hacer talleres... a raíz de los talleres nos surge la *“tarde jove”*. La *“tarde jove”* es una consulta que tenemos dedicada a los jóvenes, que sí que hacemos propaganda y por Instagram y tenemos blogs, etc. Pero sobre todo en los institutos reforzamos mucho la idea de tener una consulta que es privada, que no tienen que consultar ni pedir permiso. Simplemente para consultar temas anticonceptivos, afectivo sexual... y a raíz de los institutos y colegios acceden libremente a esta consulta. Luego, asesoramos con el tema anticonceptivo, no solamente los AOCS, sino cualquier tema anticonceptivo, que hay muchísimos, uno de ellos sí que son los orales, pero asesoramos con los implantes, con los DIUS, con los anillos, con los parches, con el preservativo sobre todo... Los asesoramos y el que elige AO hacemos un seguimiento para ver que tal, luego supongo que me preguntas por este tema.

En cuanto al tema preconcepcivo también les asesoramos en las vitaminas que tienen que tomar, la alimentación, hacemos consultas de formación, etc. Las consultas de la embarazada propiamente dicha, lo llevamos las matronas. Luego el parto, si es un parto

eutócico también lo hacemos las matronas. Y durante todo este proceso nosotras lo que hacemos es visita asistencial y sobre todo educación sanitaria. Sobre todo sin una y la otra no podríamos hacer una bola juntas.

Entonces durante el embarazo hacemos visitas cada cierto tiempo con pruebas. Hay un protocolo, asesoramos en cuanto al tipo de parto y hacemos las clases de la educación maternal. Hacemos un primer bloque y un segundo. En el primero hablamos mucho de la alimentación y un segundo que lo enfocamos al suelo pélvico, parto, post parto, lactancia que, actualmente, claro, lo tenemos que hacer todo online. Lo hemos hecho siempre presencial pero claro, nos tenemos que adaptar a lo que toca. Como vosotros, como todos. Entonces bueno lo hacemos online que nos va muy bien también y luego, hacemos el puerperio. O sea, las mamás siguen viniendo durante el puerperio. En el puerperio sobre todo hacemos las visitas de lactancia materna, favorecemos mucho la lactancia materna y ayudamos y hacemos también clase de post parto con los Kegel para que el suelo pélvico se recupere, con los masajitos del bebe....

Quiero decir, cuando captamos a una mujer... Yo tengo mujeres que van a ser abuelas y tengo a sus hijas. La captamos desde el inicio, tema anticonceptivo, adolescencia... Luego hacemos el cribaje de cáncer de cuello uterino, cada 3 años vamos visitando a todas las mujeres para hacer una educación sanitaria en cuanto al cáncer de cuello. Entonces, pues eso, te digo que la mujer y la familia todo el acompañamiento hasta el final. Hacemos el cribaje de cérvix, hacemos mucho hincapié en tanto exploración de la mama, en la salud de la mujer, en definitiva. Entonces claro, no vamos perdiendo esas mujeres ya...

L: Haces un seguimiento ya desde jóvenes, hasta cuando ya son mayores.

M: Aquí por ejemplo yo hago primaria y estoy en Constantí, es un pueblito que hay aquí. Allí, por ejemplo, yo realmente he llevado mamás, las he controlado toda la vida y ahora estoy controlando a esas hijas que parieron conmigo hace 25 años, es un seguimiento. Es muy bonito porque no pierdes de vista, luego la mujer se afianza contigo.

L: Claro, coge confianza.

M: Claro, coge confianza y bueno pues ahí sale absolutamente todo. ¿Qué más? **Luego hacemos el cribaje del cuello de cérvix, del cérvix perdón. Y que más, la autoexploración de la mama. Luego hacemos grupos de menopausia...** No todas hacemos casi todo

porque todas vamos a los institutos y demás, entonces que hacemos: por mi edad, como tú ya ves, este año, yo ya no voy hacer institutos entonces, yo hago más menopausia. Las jovencitas, hacen más institutos para empatizar.

L: Se sientan más identificados.

M: Exactamente. Es que es así de amplia... hacemos muchísimas cosas, **controlamos los implantes, el control ecográfico de las posiciones de los bebés...** es que es tan bonito... No podría parar de decirte la de cosas que hacemos y la de... yo que sé, es todo tan bonito. Luego, que más, el asesoramiento sobre todo del anticonceptivo. No sé si luego me vas a preguntar sobre ello...

L: ¡Si! ¿Crees que los AOC son un fármaco frecuente entre tus pacientes?

M: Claro tú me hablas de combinado y nosotros también tenemos el de un sólo. ¿Vosotros lo vais a enfocar al combinado?

L: Sí, porque es normalmente el que la juventud, por la experiencia que tenemos con nuestras amistades, el que más se usa.

M: Si se usa muchísimo, muchísimo... Hoy en día la toma de anticonceptivos... si esta conversación la hubiésemos tenido hace 30 años pues... pero es que hoy en día son unos AO que están súper bien dosificados, súper bien. **Entonces lo que nosotras hacemos es, cuando una mamá, perdón una mujer... Mujer quiere tomar un AO, nosotros tenemos la visita método anticonceptivo, entonces enfocamos la visita en “que prefieres pastillas, prefieres un DIU, prefieres un implante”...** Si hay gente que se ha decantado por una cosa valoramos los riesgos porque claro, no todo el mundo puede tomar AO ¿vale? Entonces valoramos los riesgos, si no hay ningún tipo de riesgo cumple todos los requisitos para poder tomar un anticonceptivo se le preinscribe y se le toma. Estrictamente de cómo es la toma, de si hay algún fallo...

L: ¿Es enfermería quien preinscribe?

M: No, es el médico. Nosotras...de momento no, pero estamos a punto. Vosotras cuando terminéis ya podréis, pero estamos a punto. Lo que pasa, que claro, no todo podremos preinscribir. Nosotras a nivel de matronas, los AO, los hierros...eso sí, pero... Nosotras en la consulta le damos mucha importancia a que no es lo mismo “dame un

Sibilla, dame un Loette o dame un anticonceptivo” y no te preguntan nada. No saben si tienes antecedentes de un riesgo cardiovascular. Entonces es muy importante no a nivel de matrona sino, a nivel de enfermería también. Hoy en día la enfermería es muy autónoma no como antes que estábamos al lado del médico para ponerle la bata y firmar. Ahora, todas tenemos que saber cuáles son las contraindicaciones, las poscoitales por ejemplo. Somos un equipo todos.

L: ¿Qué características dirías que tienen las mujeres que los toman? Alguna característica que digas pues mira casi todas las mujeres que toman AO tienen esta característica...

M: Característica... Yo diría que el AO es muy común entre la juventud. Las mujeres que no han tenido hijos. Depende de ti y entonces es como bueno, ahora lo tomo, ahora lo dejo... Si que es verdad que cuando ya se ha parido y ya tienes una vida mucho más estable y tal, las mujeres recurren más a un método de larga duración. Pero sí que es verdad que el AOC lo utilizan más las jovencitas.

L: ¿Cuál es el papel de la matrona ante una paciente que toma AO?

M: Pues es ese, ¿no? Todo tipo de visitas. Seguimiento de embarazo, del puerperio y hay unas visitas de anticoncepción. Yo tengo que pesar siempre a una mujer que toma un AO, le tengo que tomar la tensión, le tengo que preguntar si fuma... No es una visita en la que simplemente le digo mira te voy a dar... No, yo tengo que valorar: si es gordita, si es flaquita si tiene antecedentes de neo de mama en su familia.... Es decir, el tomar AO no es “Alá, me estoy tomando un paracetamol” que, hasta tomar un paracetamol te puede dañar.

L: ¡Claro es un fármaco!

M: Claro, tiene sus consecuencias. Es algo que a una mujer le va a dar un beneficio. Normalmente un AO se toma por tema de embarazo, pero hay veces que no. Hay veces que se toma por tema ginecológico, como por ejemplo un síndrome ovario poliquístico, reglas muy abundantes, etc. Por eso hay que indagar, hay que ver y hay que enfocarlo pues el AO que le vaya a esa persona. Es una visita individualizada.

L: ¿Consideras que la enfermera está involucrada en el asesoramiento anticonceptivo?

M: Yo creo que sí. Y si no, debe estarlo. Porque es lo que te digo, somos todas un equipo a la hora de favorecer a la mujer y a la paciente de que todo vaya bien. Por ejemplo, yo aquí claro, aquí somos un equipo de enfermería. Estoy en Constanti y somos médicos de familia, enfermeras y estoy yo. Y yo no estoy todos los días. Hay mujeres que acuden y ahora es todo muy independiente, como tiene que ser. Y claro, ellas saben lo que tienen que aconsejar y lo que no. Es verdad que, como todas hacemos, si estoy yo por ahí pues: “ay espérate que María José...”. Pero sí, creo que enfermería debería y lo hace. Además, ahora estáis muy formadas vosotras. En mi época no nos formaron con los temas anticonceptivos.

L: Estamos creando un papel más autónomo entonces necesitas más conocimientos. Que sí, que después acabas la carrera y te gustaría tener más aun pero...

M: Sí, sí, claro que sí.

L: ¿Podrías explicarnos en que consiste el asesoramiento? Que bueno, en parte es lo que ya nos has explicado...

M: Pide hora y, si tiene más de 25 años ya la incluimos en el cribaje de cáncer de cuello. Es que vengo por un tema anticonceptivo, tienes más de 25 años, ya te incluyo te hago la citología. En función de una entrevista, encuesta que hacemos para ver si ha tenido una, dos parejas, bastantes... También llevamos el tema y tenemos consultas dedicadas exclusivamente a las enfermedades de transmisión sexual. Entonces claro pues en función de que hacemos todas las pruebas. También hacemos PCR a *Clamidia*, lo que necesitemos... Solamente es el tema anticonceptivo, valoramos antecedentes, factores de riesgo, etc. Y es cuando aconsejamos una pastilla u otra (*Loette*, *Yasmin*) pero yo tengo que saber en qué me baso para recomendar.

L: ¿Crees que actualmente el nivel de abordaje es correcto o crees que podría haber otro más efectivo?

M: Yo lo veo bien, lo veo el adecuado. Si que es verdad que antes, venga pastillas anticonceptivas. Pero ahora no, ahora valoramos mucho. Intentamos valorar también porque un AOC. Hay mujeres que dicen “Ay porque lo toman mis amigas” entonces yo te digo “pues hay esta otra forma, este otro método”. Obviamente, si vemos que se

decanta por el AO pues ya está, lo potenciamos. También es verdad que hay otros métodos a nivel de juventud que no están financiados entonces eso también es algo que realmente... la financiación es importante. De comprarte un paquete de 20 euros o a que valga 3 euros pues hay mucha gente que se decantan por eso.

L: ¿Durante el tratamiento con AO realizáis seguimientos?

M: No. Antes sí, analíticas sanguíneas. Pero hoy en día, con los AO actuales, no se necesita ningún seguimiento a no ser “me siento hinchada”, “tengo pérdidas durante el tratamiento” o “tengo reglas fuera”. Entonces sí que se hace un control pero, si todo va bien, no más que el seguimiento de visita

L: Vale, y ¿Crees que actualmente las mujeres que toman los AOC se implican en el tratamiento?

M: Algunas piensan que va si me dejo... Nosotras les hacemos, es que es a saco “no te dejes ninguna, que, si te dejas que no pasen las horas recomendadas, etc, llámanos”. Les decimos que también que “si han pasado 12 horas usa el preservativo”. Algunas sí que están muy concienciadas, pero sí que es verdad que otras, como en todo en esta vida, si no va con una, es cuando nos viene con el susto.

L: Después de la experiencia de estos años, ¿Cuál crees que es el nivel de conocimiento de las mujeres que toman AO? Porque no todas acuden a consultas...

M: No, la verdad es que, yo que sé. Hoy en día que tenemos tanta información disponible... Es verdad que, fíjate: hay gente que viene y te dice, “ay estas pastillas que me las tomo cuando estoy con la relación” en pleno siglo XXI, por eso, no tenemos que dejar nunca, nunca, nunca de hacer educación sanitaria y es muy importante. Nosotras creemos que en la prevención es donde está el kit de la cuestión. Aquí, cuanto más acudan a la consulta a preguntar e informarse, mejor. Nosotras, vamos es enfermería, pero todos tenemos que participar. Hay mujeres que no saben exactamente como...

L: ¿Hay alguna anécdota de mujeres que te haya sorprendido?

M: Pues esta que me viene una mami... Una mujer, perdón... “Ay pero...¿no se toma solamente cuando voy a tener la relación?” “Ay, voy a tener la relación, me tomo la pastilla”. Pensaba que era el momento de la relación cuando se tomaba la pastilla.

Vamos, no se quedó embarazada porque no era su momento. Luego pues sí, hay mucha gente que se la toma mal, muchas mujeres que ahora por la mañana, ahora por la noche... porque no han estado asesoradas... ¡Eh! Porque ellas van a la farmacia y hay mucha gente que no lee ni el prospecto. Van y “Ale, dame un AO”. Algo mal hecho porque tiene que ver mucho en la edad. Una cría de 14 años que te pide un AO... hay que valorar la madurez, está en pleno desarrollo... no le demos un AOC. No, hagamos más hincapié en preservativo o una educación sexual de otra manera... ¿Te estoy contestando lo que necesitas?

L: Sí, sí ¡Claro! Bueno más o menos ya nos has explicado lo que es la “tarde jove” pero más o menos desde cuando se lleva haciendo y bueno ¿Cuáles son los beneficios que tú ves en este tipo de programa?

M: ¡Bufffff! Yo lo veo fundamental. La “tarde jove” es una consulta, son unas horas de consulta que lo lleva una matrona que es joven. Y bueno, vienen los dos, vienen la pareja o las dos o los dos y ahí, se explayan y te explican. Es una burbuja en la que de ahí no sale nada. Es confidencial y no se apunta ni en la historia clínica. Cada vez es verdad que hay más confianza con los padres, pero prefieren tener su... Entonces vamos a los institutos y explicamos esta consulta. Ellos vienen a asesorarse de AO o “Oye, voy a tener la primera relación, ¿Cómo se tiene que hacer?”, “¿Cómo se tiene que preparar?”, “¿Con anticonceptivo tengo que usar el preservativo?”. Esto lo hacemos también en los institutos. Problemas de género... nos vienen unas visitas que...

L: Ósea todas las dudas que tengan que les daban miedo o pudor...

M: Hoy no tienen vergüenza, pero igual en la clase no se han atrevido a decir “Es que a mí, me gusta un chico o; a mí, me gusta una chica; a mí, me gustan las dos”. Entonces vienen aquí te lo explican y se puede hacer orientación. También tenemos psicosexóloga. La “tarde jove” se basa en eso, el AO sobre todo; el refuerzo del preservativo; el evitar relaciones de riesgo; detectar ETS; les sacamos sangre; les hacemos la PCR a Clamidia, Gonorrea, Tricolomas, el Virus del Papiloma... Si, es muy completa.

L: Como profesional, ahora ya es una opinión más personal ¿Cuál es tu opinión sobre los AO?

M: Los AO bueno, no es mal. No dejan de ser unas hormonas que ya segregamos, pero bueno, es a otro nivel y lo único que hace es evitar la ovulación. Lo que pasa es que eso conlleva a una serie de efectos como, por ejemplo, disminuye la libido. Ya no es tan natural como el preservativo. Lo encuentro necesario antes esto que un embarazo no deseado, pero, sí que hay que antes hablar y ver si no existe otro sistema el que puedan elegir que no sea con hormonas. Porque existen otras cosas como el preservativo, el preservativo femenino. Existen otras cosas, pero pienso que están bien porque es una cosa con que los embarazos no deseados no lleguen. Es muy triste, también tratamos nosotras la prevención de embarazo y es muy triste. Porque “total una pastilla” o “a mí no me pasa”. Es muy triste que venga una persona y te diga quiero abortar por no haber utilizado un AO, por no haber venido a pedir consejo... Entonces cuando viene a una IVE automáticamente ya se va de la consulta con un AO preinscrito desde aquí. La mayoría ya ponemos el implante ¿Por qué? Porque cuando ha habido un IVE hay que utilizar algo que no dependa de ti y el AO vemos un poco el perfil de la mujer. Si es una mujer despistada...

L: No muy regular...

M: Hay que ser muy regular y constante. Entonces les ofrecemos el implante que son géstagenos.

L: Por lo que has comentado ¿Muchas mujeres conocen este tipo de métodos que no sean las pastillas, tipo el anillo o el parche?

M: Sí y no. Es verdad que hoy en día la juventud está muy metida en las redes, pero otra parte no. Es verdad que desconocen. Ahora hay mucha magrebí, sudamericanas que si controlan el implante o el DIU pero, las magrebís no. Tienen una cultura que quieren evitar el embarazo, pero no con tratamientos a largo plazo...Entonces, se inclinan mucho por el de un solo gestágeno, que no es vuestro tema. Pero, poco a poco, hemos notado un cambio brutal, hasta se ligan las trompas... Una magrebí se ponen implantes, un DIU... Poco a poco, poco a poco...Hay poca información, bueno, si tienen poca es porque no la buscan o no les interesa, porque nosotros desde las consultas hacemos muchísima labor de anticonceptivos y prevención.

L: ¿Cuál es tu opinión sobre la formación que recibe enfermería acerca de AO? Ya sea en tu época o ahora.

M: En mi época cero, pero “cero patatero” pero, ahora yo me imagino que sí. Yo me imagino a M^a José de profesora que no se le escapara nada ¿no? Yo creo que sí porque hacéis una asignatura de gestación y materno - infantil. ¿Quién os la da?

L: Bueno, M^a José nos dio de ciclo reproductivo.

M: Yo creo que ahora estáis muy bien formadas. Enfermería estáis súper formadas, lo único que cada una se dedica un poco al ámbito. Es como en las plantas, la que está en maternidad pues igual desconoce la sonda, yo que sé, o, la que está en trauma pues... luego te especializas en lo que tu trabajas. Bueno salís formalísimas, yo os admiro. En mi época no... En mi época eran los 3 años y luego yo matrona sí, pero vosotras ahora son 4.

L: ¡SÍ! Y el último de prácticas que viene fenomenal. A nivel personal y como enfermera: ¿Qué estrategia propendías para, en todo se puede mejorar, para mejorar el asesoramiento o para que la gente acuda más a las consultas?

M: Bueno lo estamos haciendo, mucha propaganda. Nosotros ahora con la ASSIR, estamos en todos los foros, haciendo blogs, en Instagram... Nosotros tenemos una asociación, “La Asociación Catalana de Llevadores” en la que damos información a todos los niveles. Empezando en los centros cívicos; en escuelas, que empezamos en tercero de la ESO pero, igual tendríamos que empezar un poco antes por la afectividad, luego en los institutos; a nivel de población, se va a la radio... Quiero decir, la población sabe que puede acudir a un sitio donde le van a dar información de este tipo pero que la enfermera de su CAP también. Ellos pueden pedir cita hora y día con su enfermera porque esto funciona así, entonces te vienen: “Quiero tomar AO”. Eso de “¿Dónde pido hora?” “¿Dónde me dirijo?”, Esto ya no... Y luego el tema de las redes, cada vez está mejorando más. ¿Cuándo nos íbamos a pensar hace un año que íbamos a estar todos conectados? Esto hace que sea todo mucho más extensible. Yo así veo que no es que me estoy tomando una pastilla de menta, sino que me estoy tomando un medicamento y tengo que tener un consejo de una persona, un profesional que me la está recomendando. Que la farmacéutica es profesional, sí pero no le está preguntando los factores de riesgo, entonces es un poco la suerte, si me va bien, bien y sino...

L: Bueno pues aquí ya está la entrevista.

M: ¿No me preguntas porque soy matrona? ¡Es que lo pone en la entrevista y me hace mucha ilusión decirlo!

L: ¡Claro, te lo pregunto! ¿Por qué eres matrona?

M: Porque mi madre era matrona.

L: ¿Sí? Entonces, ¿Te inculcó ella el espíritu matrona?

M: Entonces cuando te preguntan cuándo eras matrona... Yo desde pequeña ya tenía clarísimo que quería ser enfermera, no matrona ni médico. Una amiga mía quería médico y es médico, pero yo quería enfermera. Y mi madre matrona, claro mi madre matrona en Tecla. Había un parto y yo me iba con ella. Entonces en mi vida, no podía haber otra profesión que no fuese matrona. Hombre claro, hubiese sido enfermera, pero yo tenía que ser matrona.

L: Lo llevabas ya de vocación desde pequeña.

M: Sí, lo llevaba ya empapado con mi madre.

L: Eso está bien claro, porque hay veces que.. no sabes que quieres...

M: Es que no tengo ni conocimiento desde cuándo, yo desde siempre. Vamos lo tenía clarísimo. ¿En qué más te puedo ayudar?

L: Bueno en cuanto a las preguntas nada... Yo, en cuanto más así, de espontánea... ¿Crees que los médicos hacen caso a la opinión de enfermería en cuanto a la asesoría anticonceptiva? Por ejemplo, si tú dices, yo creo que esta chica, un Yasmin o Sibilla ¿Hacen caso?

M: Ahora sí, hace unos años no. Nosotras prescribimos, es decir, yo doy la orden por ejemplo Sibilla y entonces el ginecólogo que está allí ya cree que he hecho todo lo que tengo que hacer y me lo valida. Hace un tiempo no, ahora poco a poco ya van viendo que... yo no te voy a dar un Sibilla si tu fumas, tienes sobrepeso o unas varices. Ellos poco a poco sí que van...

L: Bueno confían ¿no? Saben que tienes criterio suficiente y conocimiento.

M: Y que tenemos una profesión, vamos no soy una zapatera. Somos profesionales. Tu enfermera, yo enfermera y tenemos conocimiento para aconsejar. Poco a poco se va notando mucho más. Poco a poco iremos...iremos cogiendo terreno. Somos muy hormiguitas. Porque esta conversación hace 40 años no tiene nada que ver. Hemos conseguido mucho gracias a formación por nuestra parte y luego que, poco a poco, se han ido dando cuenta.

L: Yo creo que también mucho interés en el conocimiento y en el saber. En buscar, en aprender... Ese es el kit de la cuestión. Tú puedes saber una teoría pero cada día vas aprendiendo cosas y si no te implicas y le pones ganas...

M: El tema AO ha cambiado. Hace 30 años el AOC tenían que descansar un mes porque eran súper agresivos, en cambio, hoy en día nada, no tienen que descansar...

L: Bueno pues ya, ya está... Voy a cerrar la grabadora.