

Cristina Launes García

Noemí Urpí Vidal

**L'ÚS DE "SHARECONTRACEPT" POT MODIFICAR
EL PERFIL D'UTILITZACIÓ DELS MÈTODES
ANTICONCEPTIUS?
UN ESTUDI DESCRIPTIU**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: M^a Inmaculada de Molina Fernández

Facultat d'infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

SEU BAIX PENEDÈS 2019

Índex

1. INTRODUCCIÓ	5
2. OBJECTIUS	9
Objectius generals:.....	9
Objectius específics:.....	9
3. MARC TEÒRIC	11
3.1 L'ANTICONCEPCIÓ EN L'ACTUALITAT	11
3.1.1 Ús dels mètodes anticonceptius.....	11
3.1.2 Anticoncepció hormonal a debat	12
3.1.3 Legislació de l'avortament a Espanya	13
3.1.4 Tendència de les IVE	15
3.2. MÈTODES ANTICONCEPTIUS	17
3.3 L'ÚS SEGUR DELS ANTICONCEPTIUS HORMONALS.....	33
3.4 EINES D'AJUDA EN LA PRESA DE DECISIONS	34
4. METODOLOGIA	37
5. RESULTATS	41
6. DISCUSSIÓ	49
7. CONCLUSIONS	53
8. BIBLIOGRAFIA	55
Annex 1. Modalitat de correu electrònic enviat a les estudiants de la URV del grau d'infermeria i educació infantil (versió català i castellà).....	61
Annex 2. Qüestionari per a l'obtenció de dades	63
Annex 3. Taules comparatives dels resultats	69

1. INTRODUCCIÓ

Tant a Espanya com a la resta d'Europa s'ha constatat que els joves inicien les relacions sexuals cada vegada més aviat. És per aquest motiu que la realització de campanyes d'educació sexual en els adolescents on es promouen l'ús dels mètodes anticonceptius com el preservatiu, és molt important en la prevenció tant d'embarassos no desitjats com en el contagi de malalties de transmissió sexual (MTS)¹. Segons sembla, aquest fet ha creat conscienciació entre els adolescents, ja que se sap que el nombre de joves que utilitza el preservatiu en la seva primera relació sexual ha augmentat².

Tot i la promoció dels mètodes anticonceptius, les interrupcions voluntàries d'embaràs (IVE) no han disminuït significativament en els últims anys. L'any 2016 es van dur a terme un total de 93.131 IVE a l'Estat Espanyol, en el qual el grup més nombrós de dones que van avortar va ser el d'entre 20 i 29 anys³. Una dada que crida l'atenció, és que la major part de les dones que realitzen una IVE, són dones que havien estat utilitzant un mètode anticonceptiu, ja fos hormonal o de barrera⁴.

Actualment, la major part de les dones que es troben en edat fèrtil (15-49 anys) i que són sexualment actives utilitzen mètodes anticonceptius (72,1%) mentre que un 22,7% de dones no n'utilitzen. El mètode anticonceptiu més utilitzat per les dones a Espanya és el preservatiu (29,6%), segons la Societat Espanyola de Contracepció (2018), principalment utilitzat en dones d'entre 15 i 29 anys (65,7%). A aquest, li segueix la píndola d'anticoncepció hormonal combinada (17,3%), utilitzat majoritàriament en dones d'una franja d'edat entre els 20 i 39 anys (71%)².

El preservatiu, tot i ser el mètode anticonceptiu més utilitzat, no compta amb una efectivitat suficientment alta. Té un 85% d'eficàcia real, de manera que el risc de patir un embaràs no desitjat és considerable. Pel que fa als mètodes hormonals, concretament a les píndoles d'anticoncepció hormonal combinada, l'efectivitat es troba en el 92%. Ambdós mètodes són els més utilitzats i encara que puguin evitar gran part d'embarassos, existeixen altres mètodes hormonals que són més efectius: els mètodes Long Acting Reversible Contraception (LARC). Dins d'aquest grup hi trobem l'implant subcutani i el DIU de levonorgestrel, que disposen d'una eficàcia real del 99,8%⁵.

L'efectivitat dels mètodes anticonceptius són directament proporcionals a la intervenció de la persona. El mal estat en el que es conserva, la seva mala utilització o col·locació així com l'ús en el moment inadequat són factors que alteren l'efectivitat del preservatiu. En

l'anticoncepció hormonal oral combinada, els factors que influeixen negativament en l'eficàcia són l'oblit en la presa, problemes d'absorció gastrointestinals, etc. Els LARC, en tractar-se de mètodes independents de la participació de la persona, tenen una efectivitat molt alta (eficàcia real del 99,8%), de manera que són els mètodes més útils per a evitar embarassos no desitjats^{2,5}.

Malauradament, els mètodes més efectius són els menys utilitzats² i el seu ús no ha augmentat en els últims anys¹. Segons la Societat Espanyola de Contracepció (SEC), a l'any 2018 el percentatge de dones que utilitzava mètodes LARC era al voltant del 5%². Aquest fet podria ser explicat per les falses creences i els mites entorn l'anticoncepció hormonal així com la por a patir els seus efectes secundaris. Però no només són les falses creences les que perjudiquen el poc ús d'aquests mètodes, sinó que també ho són la falta de coneixements per part de les dones i la falta d'assessorament i suport en la decisió d'escollir un mètode anticonceptiu o un altre per part dels professionals⁷.

Les eines d'ajuda a la presa de decisions (EAPD) són instruments digitals, en paper, etc. que poden utilitzar els professionals sanitaris per involucrar als pacients en la presa de decisions quan existeixen múltiples opcions a escollir. Es tracta de presentar a la persona informació sobre les diferents decisions que pot prendre amb el màxim d'evidència científica. D'aquesta manera, el pacient/usuari no només pren una decisió més raonada, sinó que també se sent més recolzat pel professional sanitari.²⁸

A Internet, existeixen diverses publicacions amb informació envers els diferents mètodes de contracepció hormonal, encara que no totes segueixen els criteris d'elaboració que es demanen per ser considerades EAPD, és a dir, no compleixen els criteris IPDAS, que estableixen normes sobre el contingut que han d'oferir, el procés de desenvolupament i l'avaluació de la seva eficàcia.²⁸

L'any 2018 la Generalitat de Catalunya va donar accessibilitat a través de la seva web *Decisions Compartides*, a una EAPD en anticoncepció hormonal. Aquesta va ser creada per un grup d'investigadores dels Departaments d'Infermeria i Medicina de la Universitat Rovira i Virgili (URV) i és coneguda amb l'acrònim "Shareconcept". És una eina que ofereix informació de tots els mètodes hormonals comercialitzats a Espanya, i que permet a la dona la possibilitat d'escollir un mètode segons el seu estat de salut i les seves preferències, a partir d'un algoritme de decisió.⁵

La utilització de mètodes anticonceptius més efectius suposaria una reducció en el nombre d'IVE a Espanya, ja que suposa un problema que el nombre d'IVE no disminueixi i que la utilització d'anticonceptius no ajudi a millorar aquestes dades^{2,9}. L'ús d'una EAPD milloraria els coneixements en matèria d'anticoncepció hormonal i ajudaria a les dones a prendre decisions més encertades i enraonades així com més personalitzades d'acord amb les seves preferències.^{1,28}

Pensem que, en general, els coneixements sobre anticoncepció hormonal no són suficients, de manera que les dones no opten, habitualment, mètodes hormonals efectius. Creiem que és necessari que les dones en edat fèrtil i sexualment actives disposin de tota la informació envers l'anticoncepció hormonal per tal d'evitar la propagació de mites i falses creences que tenen. A més, pensem que les dones estarien més disposades a canviar l'anticonceptiu actual per un de més efectiu gràcies a la informació aportada per una EAPD. El propòsit d'aquesta investigació és, doncs, per una banda identificar els coneixements que tenen un grup d'estudiants de la URV envers els mètodes de contracepció hormonal i, per altra banda, valorar si la utilització de "Sharecontracept", EAPD en contracepció hormonal, pot motivar, en les dones que la utilitzen, un canvi de mètode contraceptiu cap a mètodes més efectius.

2. OBJECTIUS

Objectius generals:

1. Identificar els coneixements que tenen les estudiants d'entre 18 i 49 anys del Grau d'infermeria i del Grau d'educació infantil de la Universitat Rovira i Virgili (URV) en relació als mètodes d'anticoncepció hormonal.
2. Valorar si la utilització de "Sharecontracept", EAPD en contracepció hormonal, pot motivar, en les estudiants d'entre 18 i 49 anys del Grau d'infermeria i del Grau d'educació infantil de la URV, un canvi en l'ús de mètode contraceptiu.

Objectius específics:

1. Establir les diferències de coneixement sobre anticoncepció entre les estudiants del grau d'infermeria i d'educació infantil.
2. Conèixer quins són els motius pels quals es plantegen o no un canvi de mètode anticonceptiu un cop utilitzada l'eina d'ajuda a la presa de decisions.

3. MARC TEÒRIC

3.1 L'ANTICONCEPCIÓ EN L'ACTUALITAT

L'inici de les relacions sexuals en els joves és cada vegada més temprà. Així ho corrobora la Enquesta Nacional sobre l'anticoncepció a Espanya realitzada el 2018 per la Sociedad Española de Contracepción (SEC), que afirma que l'inici de les relacions sexuals en els joves es troba en els 16,37 anys, mentre que en generacions més grans, com ho són les dones d'entre 45 i 49 anys, les van iniciar als 19,4 anys.⁸

Tot i això, són més els joves d'avui dia els que han utilitzat anticonceptius en la seva primera relació sexual en comparació amb la generació dels seus pares (96,7% i 85,1%, respectivament). Aquestes últimes dades podrien indicar una major conscienciació sobre aquest fet.⁸

3.1.1 Ús dels mètodes anticonceptius

L'any 2016, el 70,4% de les dones utilitzaven algun mètode anticonceptiu⁹. Al 2018, la xifra ha augmentat a 72,1%. Així doncs, el percentatge de dones que no utilitza anticoncepció ha disminuït del 24,8% al 22,7%⁸, dada que suposa que unes 1.950.000 dones, aproximadament, a Espanya estan exposades a un embaràs no desitjat, com afirma l'Equip Daphne en l'Enquesta Bayer d'Anticoncepció.¹⁰ Dins d'aquest grup, però, s'hi engloben aquelles dones que no desitgen anticoncepció, com són les que volen quedar embarassades o les que ja tenen la menopausa. D'aquesta manera, només un 5,67% representa les dones que tenen relacions sexuals sense desig de quedar-se embarassades i que, per tant, tenen un alt risc de patir un embaràs no desitjat. El rang d'edat de les dones que no utilitzen anticonceptius i tenen relacions sexuals independentment de si tenen desig o no d'anticoncepció són, principalment, dones menors de 19 anys (49,1%) i dones d'entre 35 i 39 anys (26,7%).⁸

A Espanya, l'ús de mètodes anticonceptius s'ha consolidat i el més utilitzat per les dones és el preservatiu (29,6%) utilitzat, principalment, en la població d'entre 15 i 29 anys (65,7%). A aquest, li segueix la píndola (17,3%), usat majoritàriament en dones d'una franja d'edat entre els 20 i 39 anys (71%). L'ús d'aquests dos mètodes anticonceptius ha anat augmentant favorablement en els últims anys. Així mateix, els anticonceptius menys usats són el DIU (coure i hormonal) amb un 4,3%, l'anell vaginal amb un 2,9% i l'implant amb un 1%. Els mètodes anticonceptius hormonals de llarga durada (LARC) tenen una eficàcia real superior al 98%. Aquesta diferència respecte als altres mètodes esmentats anteriorment, es

deu que no depenen de la intervenció de la persona. És per aquest motiu, que els LARC són molt més útils per a evitar embarassos no desitjats. Malauradament, són els mètodes menys utilitzats per les dones.⁸

Pel que fa a les usuàries del preservatiu, només un 58,4% afirma fer-ho de forma consistent, és a dir, utilitza el preservatiu en cada relació sexual. Tanmateix, el 29,1% de les dones que utilitzen preservatiu es col·loquen l'anticonceptiu un cop ja s'ha iniciat la relació sexual, fent per tant, un ús incorrecte del mateix. Tot i que el preservatiu és l'únic anticonceptiu que protegeix contra les malalties de transmissió sexual (MTS), la inconsistència i l'ús incorrecte d'aquest, es dona amb molta freqüència en les relacions sexuals, implicant una disminució en la seva eficàcia i, per tant, generant més risc de patir un embaràs no desitjat.⁸

3.1.2 Anticoncepció hormonal a debat

Se sap que l'anticoncepció hormonal és més efectiva que els mètodes barrera, però el seu ús no augmenta malgrat comptar amb aquest avantatge. Espanya es segueix diferenciant de la resta d'Europa per l'ús majoritari del preservatiu i pel manteniment de falses creences sobre els mètodes hormonals com la píndola. Tot i ser un dels mètodes anticonceptius que més ha evolucionat i dels millors valorats per les usuàries de l'Enquesta Daphne, un alt percentatge de població no l'utilitza pels efectes secundaris que provoquen.¹⁰

Des de la seva primera comercialització fins ara, els anticonceptius hormonals han anat patint disminucions de la dosi d'estrògens amb la finalitat de reduir els seus efectes secundaris alhora que es mantenia la seva eficàcia. Tot i que s'han millorat la freqüència en la qual es presenten efectes secundaris, no s'ha aconseguit difondre el seu ús entre la població de dones fèrtils. A més, patir efectes secundaris és un dels principals motius que genera abandonament en mètodes anticonceptius hormonals, tal com ho afirmen diversos estudis¹¹⁻¹³. Algunes usuàries, però, també reconeixen els beneficis que aporta l'ús d'aquests, com és la millora del control del cicle, l'alleugeriment dels símptomes premenstruals o la millora de la pell i el cabell. Tanmateix, alguns mites encara es donen entre alguns professionals mèdics que continuen recomanant que es realitzin descansos entre la presa de la píndola, fet injustificable que implica un factor de risc important que en molts casos pot conduir a un embaràs no desitjat.¹⁰

A Espanya els metges i ginecòlegs són els únics professionals que poden receptar mètodes anticonceptius hormonals, però són també les llevadores i les infermeres les responsables

d'aportar informació a les dones en matèria d'anticonceptius hormonal i no hormonal. Resulta indispensable informar a les usuàries dels beneficis d'utilitzar anticonceptius hormonal per la seva eficàcia i informar sobre els efectes secundaris que poden provocar, ja que això implicaria una disminució en l'abandonament o canvi de mètode, així com erradicar els mites negatius envers l'ús d'hormones.¹²

3.1.3 Legislació de l'avortament a Espanya

Fins a l'any 1985 l'avortament era penalitzable a Espanya. L'accessibilitat a centres destinats per a aquest fi era restringit i les dones que fins aquell moment volien avortar, s'havien de sotmetre a pràctiques insegures i clandestines que suposaven un risc per a la seva salut física sense que la taxa global d'avortaments disminuís. Però, el 5 de juliol d'aquell mateix any, es va aprovar la llei orgànica 9/1985 del Codi Penal en la que afirmava que ja no seria punible el fet de realitzar un avortament practicat per un metge en un centre públic o privat i amb consentiment de l'embarassada quan es donin 3 de les següents situacions:

- a) Quan és necessari interrompre l'embaràs pel risc vital greu que pot suposar en la dona en la seva salut física o psíquica sempre que sigui dictaminat per un metge en l'especialitat corresponent.
- b) Quan l'embaràs sigui conseqüència d'una violació que hagi estat denunciada prèviament i l'avortament es practiqui dins de les primeres 12 setmanes de gestació.
- c) Quan es tingui coneixement que el fetus naixerà amb greus problemes físics o psíquics, sempre que l'avortament es dugui a terme en les primeres 22 setmanes de gestació.¹⁴

25 anys més tard, s'aprova la llei que actualment regula l'avortament: la Llei Orgànica 2/2010 de 3 de març de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària d'embaràs, que dicta que l'embaràs es podrà interrompre dins de les primeres 14 setmanes de gestació a petició de la dona embarassada sempre que compleixi els següents requisits:

- a) Que a la dona se l'hagi informat sobre els drets, prestacions i ajudes públiques en suport a la maternitat.
- b) Que des que es brinda la informació de l'apartat anterior fins que es produeix l'avortament hagin passat almenys 3 dies.¹⁵

En aquesta llei, a més, s'especifica la responsabilitat de l'àmbit sanitari a oferir serveis integrals i de qualitat destinats a la salut sexual, la garantia de la incorporació

d'anticonceptius d'última generació i la incorporació de formació en salut sexual i reproductiva en el sistema educatiu.¹⁶

El Govern d'Espanya vigent l'any 2013, presidit pel Partit Popular, va plantejar un avantprojecte pel qual volia regular d'una manera més estricta l'avortament. Per aquest motiu, el desembre de 2013, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat va publicar les xifres corresponents a la interrupció voluntària d'embaràs des del 1990 fins al 2012. Això va permetre estudiar l'evolució de les taxes d'avortament d'ençà que estava implantada la Llei de 1985, fins que es va produir el canvi per la Llei d'Avortament del 2010.¹⁶

La LO 2/2010 permetia avortar a totes aquelles dones que estaven dins del temps estipulat i que fossin majors d'edat, entenent la majoria d'edat a partir dels 16 anys. Totes aquelles embarassades menors d'entre 16 i 17 anys podien avortar amb l'única condició d'informar a un dels seus progenitors. L'any 2015, però, es va aprovar una reforma d'aquesta llei en la qual es menciona la necessitat del consentiment dels pares per a dur a terme la interrupció de l'embaràs, provocant així una disminució de l'autonomia de les menors d'edat en matèria d'avortament.²⁴

La regulació de forma legal de l'avortament va suposar un augment de la taxa d'IVE tal com s'observa en la *Figura 1*. La legalització d'aquesta pràctica va suposar que es produís un registre de les IVE que es duïen a terme i, per tant, a partir del 1985 la taxa d'avortaments augmentés. Amb l'arribada de la llei del 2010, però, no es va poder apreciar un augment significatiu dels avortaments, ja que l'augment percentual entre els anys 2010 i 2011 no va ser superior al d'anys anteriors.¹⁶

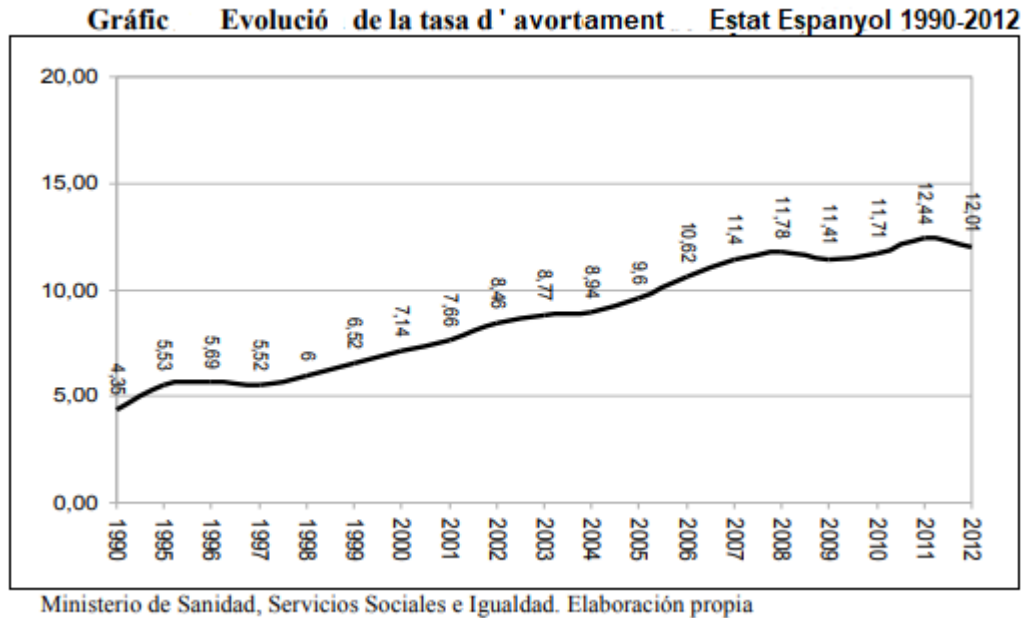


Figura 1. Evolució de la taxa d'IVE des de l'any 1990 fins a l'any 2012. [Internet] [Data de consulta 18 de Març 2019] Disponible a:

https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/estudios_documentos_archivos/0782fb_a13474c42dc80daad65886c4eb.pdf

Al contrari del que es creia, el fet d'establir i aprovar lleis més permissives en la regulació de l'avortament, no va suposar un augment de les IVE, és més, es va arribar a apreciar una reducció del 5%. Per tant, a l'hora d'evitar les IVE, tal com es menciona en l'anàlisi de la legislació europea i espanyola sobre salut sexual i reproductiva, les polítiques eficaces són aquelles que garanteixen no solament el fet de decidir a les dones i els homes pel que fa a la seva reproducció, sinó de garantir una educació sexual de qualitat, amb més seguretat en matèria de salut, i per tant, poder evitar embarassos no desitjats, i per tant, un menor nombre d'avortaments.¹⁶

3.1.4 Tendència de les IVE

L'any 2012, es van produir 85 milions d'embarassos a tot el món. El 40% d'aquests, però, es van estimar que eren no desitjats, dels quals la meitat va acabar amb una interrupció voluntària d'embaràs.¹⁷ Segons l'informe de 2016 sobre interrupcions voluntàries d'embaràs (IVE) del Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, Catalunya és la Comunitat Autònoma amb més taxa d'IVE en dones entre 15 i 44 anys. En 2016 es van realitzar un total de 93.131 d'IVE el que va suposar una lleugera disminució respecte als anys anteriors; tal com s'ha mencionat anteriorment amb l'aplicació de la Llei Orgànica 2/2010 al 2010, es van produir 113.031 IVE, seguint al 2011 amb 118.359, disminuint al 2012 amb 112.390, el

2013 amb 108.690, continuadament del 2014 on van baixar a 94.796 i finalment el 2015, amb 94.188. Per tant, el nombre d'IVE a Espanya descendeix lleugerament a partir del 2012, tot i que des del 2014 fins al 2016 s'han mantingut xifres semblants.⁹

El grup d'edat amb més IVE és el que es troba entre els 25-29 anys (21,56%), seguit dels 30-34 anys (21,24%), continuant amb el grup entre 20-24 anys (20,35%), en quart lloc entre els 35-39 anys (18,3%), en cinquena posició entre els 15-19 anys (10,06%) i per últim els 40-44 anys (7,34%). El grup que correspon a dones en edat universitària, 20-29 anys aproximadament, representa el 41,91%, el que suposa gairebé la meitat de les IVE.⁹

En relació al nivell d'estudis, es va analitzar que les dones que tenien estudis de secundària eren les que més taxes d'IVE tenien amb un 38,21%. Seguidament dels cicles de FP i batxillerat amb un 27,34%. En tercer lloc continuaven els estudis de primària amb el 16,25%. En quarta posició les universitàries amb el 14,83%, i en última posició, les dones sense estudis amb el 1,61%. Per tant, la tendència ha anat a l'alça en les dones que tenen estudis secundaris, batxillerat/cicles i en universitàries, sent aquest últim grup el que més considerablement ha augmentat en relació a anys anteriors, ja que en 2011 hi havia un 11,67% d'IVE en aquest conjunt, l'any 2012 va augmentar al 12,82%, el 2013 va continuar pujant fins al 13,12%, al 2014 va ascendir al 14,12%, fins que finalment ha incrementat fins al 14,83% en el 2016.⁹

En general, podem dir que la taxa d'IVE ha anat disminuint al llarg dels anys. Tot i això, a Espanya segueixen sent altes malgrat la consolidació de l'ús d'anticonceptius en les dones. Un 35,9% de les dones que han avortat no utilitzaven mètode anticonceptiu en les seves relacions, però el 42% de les dones que han interromput el seu embaràs estaven utilitzant un mètode anticonceptiu, sent el més utilitzat el preservatiu i, seguidament, els anticonceptius hormonal orals combinats. Ja no només les dones sexualment actives que no utilitzen anticonceptius tenen el risc de patir un embaràs no desitjat, sinó que també en tenen aquelles que utilitzen mètodes anticonceptius hormonal o de barrera en els quals l'eficàcia real depèn de l'ús i l'adherència al mètode de la usuària. És per aquest motiu, que el nombre d'IVE està influenciat no només per la no utilització de mètodes anticonceptius, sinó per l'ús incorrecte d'aquests.⁹

Davant aquesta problemàtica, resulta necessari promoure aquells mètodes contraceptius que, per una banda, siguin d'alta eficàcia i que, per l'altra, requereixin de poca implicació per part de la usuària. Els mètodes LARC, com són el DIU hormonal i l'implant, compten amb aquests punts forts: són d'alta eficàcia i no necessiten cuidatges especials. Així i tot, són

mètodes generalment poc coneguts i estigmatitzats per la connotació negativa que té la societat envers l'ús d'hormones. És per aquest motiu que resulta necessari difondre informació veraç sobre l'anticoncepció hormonal i remarcar els avantatges que suposa l'ús de mètodes de llarga duració. És fonamental promoure l'ús d'aquests mètodes des de l'adolescència a través dels programes d'educació sexual que s'imparteixen en els centres d'educació i així també, en les consultes dels professionals sempre que accedeixin al sistema sanitari impulsant programes de planificació familiar.¹

3.2. MÈTODES ANTICONCEPTIUS

Anteriorment s'ha demostrat la rellevància de l'anticoncepció, per tant, és important conèixer més a fons cada un dels tipus d'anticonceptius dels quals disposem en l'actualitat. Els mètodes anticonceptius es classifiquen en:

3.2.1. Mètodes no hormonals:

- a) Barrera
- b) Basats en el coneixement de la fertilitat
- c) Mètode de l'amenorrea de lactància (MELA)
- d) DIU de coure

3.2.2. Mètodes hormonals:

- a) Anticoncepció hormonal combinada (AHC)
 - Anticonceptius hormonals combinats orals (AHCO)
 - Pegat transdèrmic
 - Anell vaginal anticonceptiu
- b) Anticoncepció hormonal sol amb gestàgens
 - Píndola de Desogestrel
 - Inyectable de Medroxiprogesterona
 - Implant subdèrmic
 - DIU d'alliberació de Levonorgestrel

3.2.3. Irreversibles:

- a) Vasectomia
- b) Lligadura de trompes
- c) Bloqueig tubàric
 - Essure®
 - Adiana®

3.2.1. Mètodes no hormonal

a) Mètodes barrera

Els mètodes barrera són aquells anticonceptius en que el seu mecanisme d'acció consisteix a aturar físicament l'entrada d'espermatozoides a l'úter. Dins d'aquest grup hi trobem el preservatiu masculí, el preservatiu femení i el diafragma.^{18,19}

- Preservatiu masculí

És una funda prima allargada de làtex que es col·loca al penis quan aquest està erecte. El seu mecanisme és el d'evitar l'entrada de semen per la vagina mentre es produeix el coit. La seva eficàcia teòrica se situa en el 97%, encara que l'eficàcia real és del 86%. La disminució de la seva eficàcia es relaciona amb el mal ús que se'n fa. Tot i això, és un mètode efectiu per a evitar malalties de transmissió sexual (MTS).¹⁹

Per a fer un bon ús del preservatiu, s'ha de tenir en compte, primerament, les condicions de l'envàs així com la data de caducitat. S'ha de comprovar que l'embolcall es conserva íntegrament i no està malmès el seu interior. S'ha d'evitar obrir-lo amb les dents o objectes punxants o tallants. Es recomana obrir-lo per la vora i amb els dits. La seva col·locació s'ha de fer amb el penis erecte i abans de qualsevol contacte físic amb els genitals de l'altra persona. És important assegurar-nos que ha estat ben col·locat i cobert fins a la base del penis. Un cop es produeix l'ejaculació, es recomana sostenir el preservatiu per la seva base per evitar la sortida del semen. Finalment, s'ha de comprovar que el preservatiu no s'ha foradat fent un nus i estirant-lo per verificar que no s'escapa el líquid.¹⁹

Pel que fa als seus avantatges, és un mètode poc invasiu, accessible, de baix cost i que protegeix enfront les MTS. No té efectes secundaris i en cas de persones al·lèrgiques al làtex, existeixen preservatius fabricats amb altres materials no al·lèrgògens. Pel que fa als seus inconvenients, els usuaris solen relacionar el preservatiu com a un mètode que no ofereix un plaer complet per la disminució en la sensibilitat que provoca dur preservatiu. A més, és un mètode que no és del tot eficaç en la prevenció d'embarassos no desitjats pel seu mal ús.¹⁹

- Preservatiu femení

Es presenta com a una estructura tubular fina feta de poliuretà en el qual cada extrem s'hi troba un anell; un d'ells està tancat i és estret (correspon a la part més interna de la vagina) i l'altre està obert i és més ample (correspon a la part externa de la vulva i per on s'introduirà el penis). El seu mecanisme d'acció és la d'evitar el contacte físic entre el semen i els

genitals femenins, de manera que també ofereix protecció enfront les MTS. La seva eficàcia teòrica és del 95%, mentre que la seva eficàcia real se situa en el 79%.^{18,19}

Per a una bona utilització d'aquest preservatiu, s'han de comprovar l'estat en el qual es troba l'embolcall així com, també, la seva data de caducitat, tanmateix que en el preservatiu masculí. S'ha d'obrir per la vora i amb els dits, evitant utilitzar altres objectes afilats que puguin malmetre el preservatiu. Es recomana que per a la seva inserció, la persona es renti les mans per afavorir la higiene íntima i es col·loqui en una posició còmoda (acotada, estirada, asseguda, etc.). Amb una mà s'ha d'agafar l'extrem tancat del preservatiu i amb l'altra s'han d'obrir els llavis majors per a facilitar la seva introducció. S'ha d'introduir l'extrem tancat del preservatiu per la vagina ajudant-se amb els dits fins que quedin entre 2-3 cm i l'altre anell fora de la vagina. Per a retirar-lo, s'ha d'agafar el preservatiu per l'anell extern, rotar-lo per evitar que surtin els fluids, i extreure'l de la vagina.¹⁹

Un dels principals avantatges d'aquest mètode és que també protegeix enfront a les MTS. La col·locació del preservatiu es pot fer fins 8 hores abans de la relació sexual, de manera que no cal interrompre el moment per a la seva col·locació. Al no ser de làtex, no produeix al·lèrgies i no està contraindicat per a cap dona. A més, algunes usuàries refereixen que no es perd la sensibilitat utilitzant aquest preservatiu a causa de la lubricació que aporta.¹⁹

Pel que fa als seus inconvenients, l'ús correcte d'aquest mètode requereix pràctica i entrenament, ja que és fàcil que quedi mal col·locat o que es realitzi una mala tècnica en la retirada. El seu preu és lleugerament superior al del preservatiu masculí.¹⁹

- Diafragma vaginal

És un caputxó de forma arrodonida i còncava feta de làtex o silicona que es col·loca dins la vagina cobrint el cervix. Hi ha diverses talles i són els professionals sanitaris qui la recomanen. El seu ús s'ha de fer conjuntament amb el d'un gel o crema espermicida. El seu mecanisme d'acció per una banda és la de fer barrera física per a impedir l'entrada d'esperma pel cervix i per una altra banda és la d'inactivar els espermatozoides gràcies a l'acció de l'espermicida. La seva eficàcia teòrica és del 94% mentre que en el seu ús real l'eficàcia es troba en el 80%.^{18,19}

Per a utilitzar-lo, s'ha de comprovar, en primer moment la conservació correcta de l'anticonceptiu: comprovar que no estigui fissurat o trencat. La seva col·locació es pot dur a terme 6 hores abans de la relació sexual. Per començar, es recomana un rentat de mans.

Seguidament, s'ha d'aplicar espermicida per ambdues cares del diafragma i mentre una mà entreobre els llavis majors i la vagina, amb l'altre s'introdueix el diafragma fins al cèrvix. Per a la seva retirada, han d'haver passat entre 6 i 8 hores després del coit, ja que una retirada abans de temps augmenta el risc de concebre un embaràs no desitjat fent que s'hagi de recórrer a contracepció d'emergència. De manera que, un cop passat aquest temps, el diafragma es pot retirar introduint el dit índex i traccionant d'ell per la part anterior. Després del seu ús, s'ha de rentar amb aigua i sabó, assecar i guardar-lo en el seu envàs.^{18,19}

L'ús del diafragma presenta una sèrie d'avantatges. Un d'ells és que, tal com passa amb el preservatiu femení, la seva col·locació pot dur-se a terme hores abans del coit, concretament 6 hores abans. Un altre avantatge és que no és d'un sol ús, de manera que es pot seguir reutilitzant fins a 2 anys. No té contraindicacions absolutes, tot i que no es recomana en dones que tinguin risc més alt de contagiar-se de VIH.¹⁹

Pel que fa als inconvenients, és un anticonceptiu que tot i ser mètode de barrera no protegeix de MTS. Igual que en el preservatiu femení, per a un bon ús i col·locació és necessària la pràctica de la dona que l'ha de dur a terme.¹⁹

El preu del diafragma es troba entre els 30 i 60 euros.¹⁸

b) Mètodes basats en el coneixement de la fertilitat (MBCF)

També coneguts com a mètodes naturals, inclou mètodes anticonceptius que es basen en l'abstenció de relacions sexuals en els períodes on la dona és fèrtil. És necessari que la dona conegui quins són aquests dies, de manera que existeixen 4 mètodes: el mètode d'Ogino, el mètode de Billing, el mètode de temperatura basal i el mètode sintotèrmic.¹⁸

- Mètode d'Ogino: S'ha de controlar la duració del cicle durant un any abans de començar a utilitzar aquest mètode. Consisteix en calcular el període fèrtil de la dona per tal d'establir els dies en els que no es podrà mantenir relacions sexuals.
- Mètode Billing: Identificar els dies fèrtils per mitjà de la secreció. En aquest cas, es consideren fèrtils els dies de la menstruació i els dies que es produeix moc. La producció de moc va en augment fins que es produeix l'ovulació.
- Mètode sintotèrmic: Aquest mètode consisteix a identificar els dies fèrtils a través de la temperatura basal, els canvis en les secrecions vaginals i l'obertura i posició del cèrvix.¹⁸

c) Mètode de l'amenorrea de lactància

Aquest mètode consisteix a estar protegida enfront un embaràs mentre la dona que està en fase de puerperi està oferint una lactància materna exclusiva o gairebé exclusiva al seu nadó, està en amenorrea i no hagin passat més de 6 mesos després del part. Quan qualsevol d'aquests criteris no es compleix, aquest mètode deixa de ser segur, moment en el qual es recomana a la dona que n'utilitzi un altre de més segur.¹⁸

d) DIU de coure

El dispositiu intrauterí (DIU) de coure és una peça de plàstic que sol ser de múltiples formes, on la més comuna és la forma de T, que està recobert per un filament de coure i s'instaura dins l'úter a través del conducte vaginal. En el seu extrem s'hi troben dos fils que ajuden a identificar on es troba el DIU i facilita el procediment en el moment de la retirada d'aquest. El seu mecanisme d'acció es deu a l'acció del coure, que afecta principalment als espermatozoides; tenen efecte citotòxic sobre l'esperma, de manera que el DIU actua com a espermicida. A més, l'acció del coure produeix canvis en el moc cervical, convertint-lo en un moc més hostil on difícilment puguin ascendir els espermatozoides.^{18,19}

L'eficàcia real i teòrica del DIU és molt similar, ja que el seu ús no depèn de la usuària. Pel que fa a l'ús teòric, l'eficàcia és superior al 99% mentre que en l'ús real l'eficàcia es troba entre el 98 i 99%.¹⁹

El DIU pot ser utilitzat per la majoria de dones. La nul·liparitat o l'adolescència no són contraindicacions de l'ús d'aquest mètode, però sí que s'ha de valorar en dones amb problemes relacionats amb l'anèmia, ja que amb el DIU de coure els sagnats solen ser més abundants. Segons els criteris mèdics d'elegibilitat, no es recomana l'ús del DIU de coure en dones que tenen diagnòstic de càncer d'ovari, malalties de transmissió sexual, o bé que han passat més de 48h després del part i menys de quatre setmanes. Les contraindicacions absolutes per a l'ús d'aquest mètode són l'embaràs confirmat, la sèpsia puerperal, l'hemorràgia vaginal no diagnosticada, el càncer cervical i endometrial i l'al·lèrgia al coure entre d'altres.¹⁹

La col·locació del DIU la realitza el ginecòleg. No són necessàries proves diagnòstiques per a la inserció del DIU. Aquesta, pot ser dolorosa, però calma amb antiinflamatoris no esteroïdes (AINE). Un cop inserit, es recomana realitzar controls periòdics per a verificar que no s'han produït complicacions i comprovar la correcta posició del DIU. La duració de l'efectivitat del DIU depèn de la càrrega de coure que porti. Habitualment, duren entre 3 i 5

anys, encara que, si porten altes càrregues de coure, poden arribar a durar entre 10 i 12 anys.¹⁹

Tot i no ser freqüent, les complicacions que poden aparèixer amb la inserció del DIU són la perforació uterina, l'hemorràgia, la infecció, patir efectes vagals, dolor durant i després del procediment i l'expulsió accidental del DIU.¹⁹

Un dels principals avantatges d'aquest mètode és l'eficàcia real així com la seva duració; la usuària no ha de preocupar-se i només ha d'assistir als controls periòdics. Pel que fa als inconvenients, estem parlant d'una tècnica que és més invasiva i que pot causar dolor. L'augment dels sagnats vaginals és una de les causes principals pel qual les usuàries abandonen aquest mètode. A més, no protegeix enfront de les MTS.¹⁹

3.2.2. Anticoncepció hormonal

Els mètodes anticonceptius hormonal contenen un estroge i un gestagen (anticoncepció hormonal combinada) o només un gestagen. El seu mecanisme d'acció funciona a través de la inhibició del pic de l'hormona luteitzant (LH), fent que s'inhibeixi l'ovulació per l'efecte del gestagen, per tant, al no haver òvul, no es produeix la fecundació. També s'inhibeix l'hormona estimuladora del fol·licle (FSH), amb això disminueix el desenvolupament folicular; s'impedeix el creixement endometrial, disminuint la mida, així mateix, es dificulta la seva implantació, ja que s'altera la motilitat i secreció tubàrica. A més, es dificulta el transport i nutrició dels espermatozous, ja que canvien les característiques del moc cervical, degut que aquest es torna més espès i impedeix el pas dels espermatozous.

L'etinilestradiol (EE), derivat de l'estradiol, és actualment l'estroge més utilitzat a la gran majoria de preparats comercialitzats a Espanya.¹⁸

a) Anticoncepció hormonal combinada (AHC)

Principalment els preparats hormonal combinats més utilitzats a Espanya són els orals, però també hi ha altres presentacions com són: el pegat, l'anell vaginal i l'injectable.¹⁸

- Anticonceptius hormonal combinats orals (AHCO)

Aquests tipus d'anticonceptius contenen etinilestradiol en quantitats entre 50 i 15 micrograms (µg). Solen tenir quantitats iguals o menors a 35 µg, ja que s'ha demostrat que

disminueix la incidència de nàusees, mastàlgia i retenció hidrosalina. Una dosi major a 35 µg té un major risc de tromboembolisme. Per contra, en cas de que la quantitat sigui menor a 20 µg, augmenta el risc de patir alteracions en el patró del sagnat.¹⁸

Actualment es comercialitzen diferents preparats, la gran majoria són monofàsics; és a dir, totes les càpsules contenen la mateixa dosi de principi actiu. No obstant això, també hi ha preparats bifàsics, on la quantitat d'estrògens o gestàgens augmenta durant la segona meitat del cicle. Aquestes càpsules es poden diferenciar, ja que tenen color distint.¹⁸

Principalment, aquest tipus d'anticonceptiu hormonal ve preparat amb 21 comprimits, que s'han de prendre cada dia, recomanant la seva presa a la mateixa hora. Un cop s'acaben els 21 comprimits, comença la setmana de descans i serà aquest el període on es produirà el sagnat. Un cop realitzat el descans es comença el següent blíster.¹⁸

Tanmateix, hi ha molts tipus de preparats i en l'actualitat existeix la de 28 comprimits, la qual està formada per 21 comprimits hormonals i 7 sense càrrega hormonal. D'aquesta manera és una forma recurrent de prendre la píndola cada dia i s'evita l'oblit. Els comprimits sense càrrega hormonal solen situar-se al final del blíster i són de diferent color. Els preparats que contenen una menor dosi d'etinilestradiol solen tenir 24 comprimits actius i 4 sense càrrega hormonal.¹⁸

En relació a la eficàcia teòrica dels ACHO, es troba en un 99,7%. Tanmateix, quant a l'eficàcia real, es troba en el 91%.⁵

Els anticonceptius hormonals orals també tenen efectes beneficiosos per a les dones que els utilitzen, atès que disminueixen el sagnat menstrual, reduint el risc d'anèmia. D'aquesta manera, regulen i redueixen el dolor de la regla. A més, poden disminuir el risc de patir un càncer d'ovari o d'úter. Un altre avantatge és que alguns tipus milloren l'aspecte de la pell i del cabell.²⁰

Per contra, un dels desavantatges d'aquest anticonceptiu és que s'ha de prendre cada dia, ja que en cas de no fer-ho pot haver un embaràs no desitjat.⁵

Respecte als efectes secundaris, la probabilitat de tenir-ne algun depèn de la dosi i el tipus d'hormona que porten els diferents preparats. En general, els possibles efectes adversos que es poden donar van relacionats amb un augment del risc vascular i problemes circulatoris, especialment en dones fumadores, amb obesitat, hipertenses o amb problemes de coagulació hereditaris. Es pot presentar mal de cap i sensació de pesadesa de cames i

l'aparició de taques més fosques a la pell. També es podria referir una disminució del desig sexual o malestar estomacal.^{5,20}

Pel que fa a les contraindicacions, no es recomana el seu ús en cas de ser fumadora i tenir més de 35 anys, patir hipertensió, si es tenen complicacions derivades de la diabetis, patir alteracions al fetge i/o vesícula biliar, tenir Lupus, patir migranya, haver tingut un ictus, infart o coàgul de sang; ja que augmenta el risc de patir un accident cardiovascular.²⁰

Tampoc es recomana la seva presa mentre s'està donant el pit; ja que el cos encara s'està regulant hormonalment després de la fase del puerperi, anomenada quarantena, i es podria reduir el volum de llet materna.²¹

Així mateix, tampoc es recomana si es té o s'ha tingut càncer de mama en els últims 5 anys, ja que un dels inconvenients que té és que pot augmentar mínimament el risc de tenir càncer de mama, especialment si es pren abans dels 20 anys.⁵

Cal tenir especial precaució en la presa d'aquest anticonceptiu atès que la primera dosi hauria de ser el primer dia de regla i s'hauria de prendre cada dia a la mateixa hora. En relació a això, en cas d'oblit, s'haurà de prendre l'abans possible a les 12 primeres hores perquè aquest continuï sent eficaç. No obstant això, si passen més de 12 hores, es perdrà l'eficàcia anticonceptiva i, per tant, els 7 dies restants es necessitarà un mètode anticonceptiu de barrera addicional. Així mateix, si es tenen vòmits i nàusees també es pot veure alterada l'eficàcia pel qual, també es necessitarà un mètode anticonceptiu de barrera addicional.²⁰

Pel que fa al cost, aquest varia entre els 4 i els 18 euros. Tot i que n'hi ha alguns que són finançats.²¹

- Pegat transdèrmic

Tracta d'un pegat adhesiu que conté 6 mg de norelgestromina (NGMN) i 600 micrograms d'EE. Diàriament s'allibera una dosi de 203 µg de NGMN i 33,9 µg d'EE. En relació a les concentracions d'EE dels altres mètodes anticonceptius hormonals combinats, el pegat és el que presenta les dosis més altes.¹⁸

El seu ús consisteix en l'aplicació d'un pegat cada 7 dies. Cada setmana es retirarà el pegat vell i se'n col·locarà un de nou a una altra part del cos. Un cop hagin passat 3 setmanes o,

el que és el mateix, s'hagi fet ús de 3 pegats, es retirarà el pegat i durant una setmana es farà un descans on es produirà el sagnat menstrual. Un cop passada la setmana de descans, es reiniciarà el mateix procediment: un pegat per setmana fins a utilitzar-ne 3. El pegat s'ha d'aplicar sobre la pell neta i seca de l'abdomen, la part superior externa del braç, els glutis o l'esquena. Les zones on va el pegat s'han d'anar alternant en cada nova aplicació i no han d'anar sobre el pit.²¹

Referent a la farmacocinètica, la seva eficàcia no es veu afectada per les alteracions gastrointestinals com poden ser els vòmits o la diarrea. En aquest propòsit, la seva eficàcia teòrica és del 99,7% i la seva eficàcia real és d'un 92%, o el que és el mateix, el seu índex de Pearl és de 0,9; el qual mesura l'eficàcia dels mètodes anticonceptius a través del nombre de dones que es queden embarassades a l'any utilitzant un determinat mètode. En aquest cas és baix, el que indica que és més segur.¹⁸

En relació als avantatges, l'eficàcia del pegat no es veu alterada en cas de vòmit o diarrea, tal com s'ha comentat anteriorment. A més, ajuda en la millora de l'acne, regula la regla i fa que sigui menys abundant i dolorosa, evitant d'aquesta manera, el risc d'anèmia.⁵

Per contra, un dels inconvenients del pegat transdèrmic és que s'ha d'aplicar el mateix dia de la setmana, ja que, en cas contrari, perd eficàcia anticonceptiva i augmenta el risc de produir-se un embaràs no desitjat. De la mateixa manera, s'ha d'estar pendent de posar-lo i treure'l en el moment pertinent. Pot perdre eficàcia en dones amb obesitat i alguns fàrmacs també poden disminuir-la. A propòsit, en un baix percentatge de població, el pegat pot moure's o, fins i tot, caure.⁵

En relació als efectes secundaris, aquests són molt pareguts als de l'anticoncepció hormonal combinada, ja que com s'ha mencionat anteriorment poden aparèixer sagnats entre períodes, mal de cap, nàusees i taques a la pell, tot i que la probabilitat és baixa. També es pot donar una petita irritació a la pell a la zona on es col·loca el pegat.²²

Tal com s'ha vist en les contraindicacions de l'anticoncepció hormonal combinada, el pegat transdèrmic tampoc estaria indicat en els casos nomenats amb anterioritat.⁵

S'ha de tenir especial precaució en posar-lo el dia que toca i vigilar que no es desenganxi. Si no es col·loca bé o es desenganxa abans de les primeres 24 hores, se'n col·locarà un de nou, o en el cas d'haver-se desenganxat es pot col·locar el mateix en la mateixa zona, mantenint igualment l'eficàcia contraceptiva. En canvi, si passen més de 24 hores que ja no s'ha portat el pegat, caldrà enganxar-ne un de nou al mateix lloc i començar un nou cicle de

4 setmanes. De la mateixa manera, caldrà un mètode anticonceptiu de barrera addicional durant 7 dies, ja que s'haurà perdut l'eficàcia anticonceptiva.⁵

El seu preu ronda entre els 15-20 euros al mes.⁵

- Anell vaginal anticonceptiu

És un anticonceptiu en forma d'anell, flexible i translúcid fet d'etilvinilacetat (EVA). En la seva composició té etonogestrel i etinilestradiol, els quals s'alliberen en petites dosis, entre 120 y 15 micrograms. Pel que fa al seu funcionament, aquest actua inhibint l'ovulació i augmentant la viscositat del moc cervical, tot i que no crea una barrera física total a la penetració espermàtica. Pel que fa a l'eficàcia, el seu índex de Pearl és de 0,65.¹⁸

Fins que l'anell no és utilitzat, s'ha de conservar a la nevera, però, en cas de no ser possible, es pot conservar fins a 4 mesos per davall de 30°C. Pel que fa a la col·locació del dispositiu, cal ajuntar els costats de l'anell amb els dits i aplicar-lo suaument dins la vagina. S'ha de mantenir durant tres setmanes seguides, i treure'l el mateix dia de la setmana que va ser inserit. La quarta setmana és de descans i serà quan es produirà el sagnat menstrual. Després d'aquesta setmana, s'haurà d'utilitzar un nou anell.^{18, 23}

Respecte a l'eficàcia teòrica, aquesta representa el 99,8%, no obstant això, l'eficàcia real és d'un 91%.¹⁸

En relació als beneficis, aquest mètode té un ús senzill. Les dosis hormonals que allibera contínuament són baixes de manera que no es produeixen fluctuacions, fent que tingui un bon control del cicle. A més, el fet d'administrar-se per via vaginal, evita el pas hepàtic, pel qual no es produeixen problemes de malabsorció per diarrea o vòmits.¹ El sagnat sol ser més regular, lleuger i menys dolorós que les regles sense ús de cap mètode anticonceptiu. I no és necessari recordar-se cada dia de prendre'l, com passa amb els ACHO.²³

En canvi, s'ha d'estar molt pendent de posar-lo i treure quan toca perquè es pot veure alterada la seva eficàcia. Així mateix, s'ha de vigilar que no s'expulsi.⁵

Tal com s'ha dit en l'anticonceptiu hormonal combinat i en el pegat, els efectes secundaris que pot produir l'anell són molt similars. Amb un baix risc, hi hauria la possibilitat de patir coàguls en sang, pulmons o venes de les cames, nàusees i vòmits, problemes a la pell;

taques, pell greixosa, creixement de pèl, acne, dolor de pit, canvis anímics, mal de cap, picors vaginals o infeccions d'orina.⁵

A propòsit, com s'ha vist en les contraindicacions de l'anticoncepció hormonal combinada, l'anell vaginal tampoc estaria indicat en els casos nomenats anteriorment.^{5, 23}

En relació a les precaucions a tenir en compte, s'ha de col·locar a la vagina el primer dia de regla i mantenir-lo durant 3 setmanes fins a la setmana del descans. Si accidentalment l'anell surt i no passen més de 3 hores, es pot reintroduir, ja que continuarà sent eficaç. Altrament, si l'anell porta fora més de 3 hores, caldrà posar-ne un de nou i utilitzar un mètode de barrera addicional els 7 dies següents.²⁰

En referència al seu cost, aquest se situa en uns 11-20 euros al mes.⁵

b) Anticoncepció hormonal només amb gestàgens

Existeixen molts tipus de gestàgens utilitzats en els anticonceptius hormonaals. Al llarg dels temps han anat canviant el tipus de gestàgens empleats per tal d'evitar els seus efectes secundaris, però actualment, els més utilitzats són els derivats de la progesterona. A més, en evitar l'ús dels estrògens, es redueix el risc de patir tromboembolisme. Tanmateix, el seu mecanisme d'acció és el d'evitar que es produeixi l'ovulació, a causa de l'acció del gestagen, i modificar les condicions uterines per a dificultar la implantació de l'òvul. Existeixen diferents formes de presentació: la minipíndola, l'injectable de medroxiprogesterona, l'implant subdèrmic i el DIU de levonorgestrel.^{18, 24}

- Minipíndola

L'anticoncepció hormonal sense gestàgens que s'administra de forma oral és la coneguda com a minipíndola. Pot estar formada per dos compostos diferents: per levonorgestrel o per linestrenol. Es presenta en forma de comprimits igual que en l'anticoncepció hormonal oral combinada, que s'han de prendre diàriament sense cap descans entremig.¹⁸

La particularitat d'aquest mètode anticonceptiu és que les dones que estan alletant poden accedir a aquest mètode, ja que ni la quantitat ni la composició de la llet es veurà alterada amb la presa de la minipíndola. El mètode seguirà sent eficaç mentre la dona realitzi un alletament exclusiu del seu fill i encara no hagi menstruat. Quan qualsevol d'aquestes dues situacions es produeix, disminueix l'estímul que mantenia inhibit l'eix hormonal femení, fent

que el mètode anticonceptiu perdi eficàcia i s'hagi d'optar per un altre. D'aquesta manera, podem concloure que és un mètode exclusiu per a dones que estan alletant.²⁴

La presa de la minipíndola és molt semblant a la de l'ACHO, ja que consisteix a prendre un comprimit al dia i a la mateixa hora. Un cop acabat el blíster, sigui de 28 o 35 comprimits, s'ha de reiniciar la seva presa sense descans entremig.²⁴

L'eficàcia teòrica d'aquest mètode és més del 99%, però en l'ús habitual, la seva eficàcia es troba en el 92%.^{5,24}

L'avantatge d'utilitzar aquest mètode és per a aquelles dones que estan alletant i desitgin estar protegides enfront l'embaràs, però l'inconvenient d'aquest mètode és que s'ha de seguir un estricte compliment amb l'horari de la presa del comprimit.⁵

Els efectes secundaris més freqüents de la minipíndola són els sagnats irregulars en el cas de les dones que conserven la menstruació, nàusees, vòmits, falta de desig sexual, cefalea, mareig, mastàlgia i dolor abdominal.²⁴

Segons els criteris mèdics d'elegibilitats de l'OMS, no es recomana la presa de la minipíndola en dones que estan en lactància materna i no han passat més de 6 setmanes des del part, dones amb problemes relacionats amb un tromboembolisme, dones amb cefalees greus durant la presa de la minipíndola, dones amb antecedents de càncer de mama, problemes hepàtics i haver patit la malaltia del Lupus. El seu ús està contraindicat en dones que estan actualment patint un càncer de mama.^{5,24}

La presa de la minipíndola ha de ser constant i sempre a la mateixa hora. Quan l'oblit de la presa no supera les tres hores, s'ha de prendre immediatament però no cal prendre mesures addicionals. Quan l'oblit supera les tres hores, s'ha de prendre el comprimit immediatament i utilitzar mètodes barrera durant els pròxims 7 dies. En cas que la dona no s'hagués pres el comprimit del dia anterior, haurà de prendre dos comprimits i també utilitzar mètodes barrera durant els pròxims 7 dies.⁵

Algunes de les presentacions de la minipíndola són finançades a Espanya. El seu preu oscil·la entre els 4 i 15 euros al mes.⁵

- Injectable de medroxiprogesterona

L'injectable és a base d'un progestagen anomenat medroxiprogesterona, que requereix la seva aplicació cada 3 mesos. El seu mecanisme d'acció és la inhibició de l'ovulació. El seu ús és apte per a totes les dones, estiguin o no alletant, sempre que no compleixin els criteris de no recomanació o contraindicació segons els criteris d'elegibilitat de l'OMS (categoria 3 i 4). Així i tot, es recomana que aquest mètode l'utilitzin dones majors de 21 anys, ja que s'ha observat una disminució de la densitat òssia. Un cop s'abandona el mètode, però, la densitat òssia recupera els nivells inicials.²⁴

La seva aplicació es fa mitjançant una injecció intramuscular trimestral. Aquesta, es pot iniciar en qualsevol moment del cicle menstrual:

- Quan s'inicia en el primer dia de menstruació, no cal utilitzar mesures addicionals de protecció.
- Quan s'inicia en qualsevol altre moment del cicle, és convenient utilitzar protecció durant 7 dies posteriors a la injecció.²⁴

La següent administració ha de realitzar-se al cap de 90 dies o el que equival a 13 setmanes. Tot i això, es pot administrar amb dues setmanes d'antelació a la data o amb dues setmanes de retard. Si l'administració no es fa efectiva dins d'aquesta franja de temps, s'ha d'administrar en qualsevol moment tenint en compte que la dona estarà desprotegida i que, per tant, haurà d'estar utilitzant protecció.²⁴

Pel que fa a l'eficàcia, és un mètode que en condicions ideals evita el 99% dels embarassos, però que en l'ús habitual, és a dir, l'eficàcia real és d'entre el 94% i el 97%.^{5,24}

Pel que fa als avantatges, aquest mètode permet que l'eficàcia no depengui de la usuària, ja que només consisteix en l'administració de l'injectable convertint-lo en un mètode senzill i pràctic. A més, de vegades, pot millorar l'acne i el berriscol. Per altra banda, un dels inconvenients que més destaca de l'injectable, és que la recuperació de la fertilitat en la majoria d'usuàries d'aquest mètode no és immediata. És probable que un cop s'abandoni el mètode no es produeixin regles i que no es sigui fèrtil. La infertilitat i l'amenorrea, però, constitueixen dos processos reversibles, de manera que al cap d'uns mesos s'acaben recuperant.^{5,24}

Els canvis en la regla són un dels efectes secundaris més freqüents en les dones usuàries d'aquest mètode. El 70% de les dones apreciaran regles irregulars i menys abundants, que al cap d'un any poden arribar a desaparèixer. Altres efectes secundaris d'aquest mètode

són: cefalea, mareig, molèsties abdominals, augment de pes, canvis d'humor, disminució del desig sexual i pèrdua de la densitat òssia.^{5,24}

Les condicions de salut que no recomanen la utilització d'aquest mètode anticonceptiu són les mateixes que en la minipíndola, però a més, no es recomana en dones amb hipertensió arterial (HTA), en dones amb antecedents d'accident cerebrovasculars (ACV) o cardiopaties isquèmiques, dones que presenten un sagnat vaginal d'origen desconegut i dones amb diabetis de més de 20 anys d'evolució que presentin complicacions derivades de la malaltia. L'injectable està contraindicat si la dona pateix un càncer de mama en l'actualitat.²⁴

El preu de l'injectable és d'uns 2,5 euros cadascun, sent un mètode anticonceptiu molt assequible.⁵

- Implant subdèrmic

Aquest mètode està format per una vareta de plàstic flexible de no més de 4 cm de llarg i 2 mm d'amplada que un cop inserit a la capa interna de la pell allibera un gestagen anomenat etonogestrel. Hi ha diverses presentacions però a Espanya només n'hi ha una de comercialitzada.^{5,24}

El mecanisme d'acció de l'implant és la inhibició de l'ovulació així com l'augment del gruix del moc cervical dificultant l'accessibilitat dels espermatozoides pel seu pas pel coll del cèrvix.^{5,24}

La seva inserció és duta a terme per un professional amb experiència, on realitzarà una petita incisió en la part interna i superior del braç no dominant de la dona. Aquesta tècnica es realitza amb anestèsia local. Les complicacions d'aquest mètode anticonceptiu no són freqüents, però una d'elles pot ser la infecció fins dos mesos després de l'inserció o la sortida de l'implant pel punt d'incisió.²⁴

La seva eficàcia és del 99,95% tant en l'ús ideal com l'habitual i dura fins a 3 anys. L'implant, igual que el DIU, és considerat un anticonceptiu reversible de llarga durada, el que en anglès es denomina LARC.^{5,24}

Els beneficis vénen determinats per la comoditat que proporciona l'ús d'aquest mètode, ja que no cal que la dona es preocupi de l'anticonceptiu durant 3 anys. Pel que fa als

inconvenients, és que la inserció pot ser dolorosa malgrat l'ús de l'anestèsic local. La inserció de l'implant deixarà una petita cicatriu al braç.⁵

Els efectes secundaris són molt semblants als dels altres mètodes anticonceptius: cefalea, mareig, canvis d'humor, tensió mamària, millora o empitjorament de l'acne, entre d'altres. Pel que fa a la regla, durant el primer any es poden experimentar menstruacions irregulars i més endavant, es pot arribar a tenir amenorrea sense importància clínica.^{5,24}

L'ús de l'implant no es recomana tampoc a les dones que compleixen les mateixes condicions de no recomanació en l'injectable de medroxiprogesterona. En aquest cas, però, la HTA no és un criteri de no recomanació. Es contraindica el seu ús en dones que estan patint actualment un càncer de mama.²⁴

El preu per unitat oscil·la entre els 150 i 200 euros, el que equivaldria a un cost entre 2,5 i 3,3 euros al mes. Així i tot, en algunes comunitats autònomes, com a Catalunya, és finançat.^{5,25}

- Dispositiu intrauterí de levonorgestrel (DIU)

Existeixen dos tipus de dispositius intrauterins (DIU) el de coure i el de levonorgestrel. El de coure no es considera un mètode d'anticoncepció hormonal, ja que el seu mecanisme d'acció té a veure amb l'alliberació del coure, creant una reacció inflamatòria estèril que dificulta la motilitat dels espermatozoides. El DIU de levonorgestrel actua convertint el moc cervical en més espès, canvia les característiques de l'endometri i dificulta l'acció dels espermatozoides gràcies a l'alliberació de progestàgens. A més, pot arribar a inhibir l'ovulació en els primers cicles.²⁴

El DIU és un dispositiu de plàstic que sol presentar-se en forma de T (vegeu imatge 1) que s'insereix dins l'úter a través de l'orifici cervical intern. Aquest dispositiu conté un dipòsit de levonorgestrel que es va alliberant progressivament. A l'extrem del dispositiu, es troben els fils que s'utilitzaran tant com per tenir localitzat el DIU com per la seva posterior retirada.²⁴

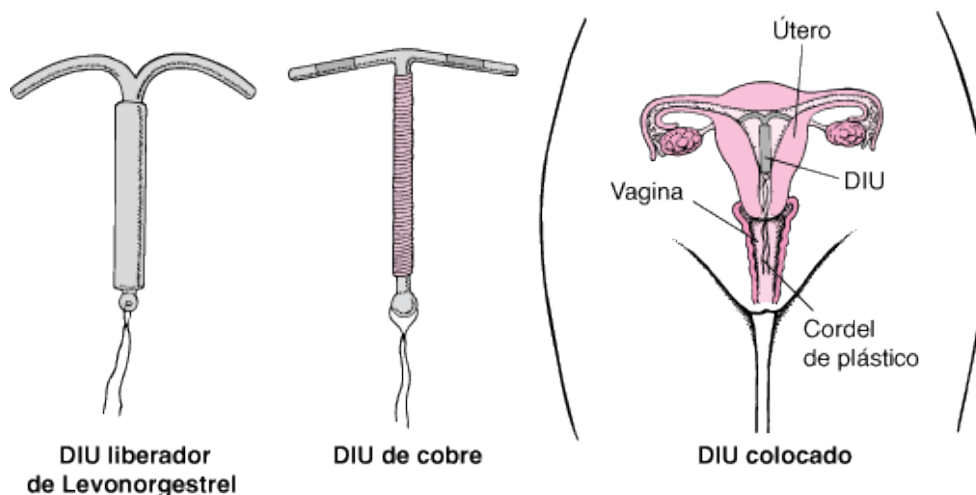


Figura 2. Dipositius intrauterins: de levonorgestrel i de coure. Font: Merckmanuals.com [Internet]. [data de consulta 28 Gen 2019]. Disponible a: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/dispositivo-intrauterino>

La col·locació del DIU la duu a terme el ginecòleg i pot ser realitzada en qualsevol moment del cicle menstrual sempre que s'asseguri que la dona no està embarassada. El moment més recomanable, és fer-ho durant la menstruació, ja que l'orifici cervical intern es troba més dilatat i elàstic, facilitant així la seva inserció i disminuint el dolor d'aquesta. A més, el sagnat que es pot produir després de la col·locació del DIU, es confon amb el sagnat de la regla, fent que la dona no s'angoixi per símptomes que s'inclouen dins la normalitat. S'ha de tenir en compte que el DIU començarà a ser efectiu 7 dies posteriors a la seva inserció.^{5,24}

La usuària del DIU, pot interrompre l'ús del mètode en qualsevol moment. Per a la seva retirada, es durà a terme un procés similar al de la inserció del DIU. La dona recuperarà la fertilitat un cop abandoni el mètode.^{5,24}

L'eficàcia del DIU és molt alta, es troba en el 99,8% tant com en l'ús ideal com en l'ús real.^{5,24}

Malgrat la invasivitat de la col·locació del DIU, és un mètode anticonceptiu que està dotat d'altres avantatges a part de la seva gran eficàcia anticonceptiva. Amb l'ús del DIU, els sagnats menstruals solen ser menys abundants i, per tant, menys dolorosos. També redueix el risc de patir embarassos ectòpics, malaltia pèlvica inflamatòria i l'aparició de tumoracions d'endometri. Però, tanmateix com ocorre en l'implant subdèrmic, la inserció del DIU pot ser dolorosa.^{5,24}

Pel que fa als efectes secundaris, en una part de les dones les regles es tornen menys abundants, arribant a l'amenorrea al cap dels mesos. És un efecte secundari que no és d'importància clínica, de manera que és important informar a la dona de la possibilitat de patir aquest efecte i explicar que no implica haver perdut la fertilitat per tal que no abandoni el mètode. Un altre efecte advers que genera inquietud i afavoreix l'abandonament del mètode quan no s'ha informat la usuària, és el degoteig persistent de sang els primers mesos d'ús. Altres efectes secundaris són la cefalea, el mareig, els canvis d'humor, la tensió mamària i l'acne.^{5,24}

La majoria de dones poden gaudir de l'ús d'aquest mètode, ja siguin adolescents, nul·lípare, mares en fase de lactància, fumadores, etc. Tot i això, existeixen situacions clíniques en les quals no es recomana, o bé, es contraindica l'ús d'aquest mètode, totes elles recollides en els criteris d'elegibilitat de l'OMS. A l'existir cert risc d'infecció, les dones que presenten o poden presentar patologies que empitjoren les condicions immunològiques de l'organisme (com quimioteràpia, tractaments immunosupressors, tractaments amb corticoides, etc.) són candidates en les quals s'ha d'avaluar si és possible o no l'ús del DIU.²⁴

El DIU de levonorgestrel no és finançat pel Sistema Nacional de Salut (SNS). El seu preu se situa entre els 150 i els 180€ la unitat, el que equivaldria a un cost entre 2,5 i 3€ al mes, sent més barat que l'AHCO.^{5,25}

3.3 L'ÚS SEGUR DELS ANTICONCEPTIUS HORMONALS

Per a crear la màxima seguretat en l'ús de cada mètode anticonceptiu en relació a les condicions mèdiques i de salut de la dona, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va crear un recull basat en totes les recomanacions de l'evidència científica.²⁶

Per a fer-ho, va elaborar dos documents que actuen com a directrius pilars amb l'objectiu d'oferir la màxima evidència entorn l'anticoncepció i, per tant, millorar l'atenció que es dona en planificació familiar. Aquests documents són: els *Criteris mèdics d'elegibilitat per a l'ús d'anticonceptius* (CME) i les *Recomanacions per a pràctiques seleccionades per a l'ús d'anticonceptius* (RPS) i van dirigits a les persones encarregades d'elaborar polítiques relacionades amb la planificació familiar.^{26,27}

La primera edició es va publicar l'any 1996 i actualment, l'edició més actualitzada és la cinquena, l'any 2015. Es realitza una revisió dels continguts cada quatre anys per tal d'estar actualitzats.²⁶

En aquest document es donen recomanacions sobre els següents anticonceptius: anticonceptius orals combinats, pegat transdèrmic combinat, anell vaginal combinat, anticonceptius injectables combinats, anticonceptius orals de només progestagen, injectable de medroxiprogesterona, implants de levonorgestrel i etonogestrel, enantat de noretisterona, píndoles anticonceptives d'emergència, dispositius intrauterins (DIU) de coure, DIU de levonorgestrel, anell vaginal de progesterona, mètodes barrera, mètodes basats en el coneixement de la fertilitat, mètode d'amenorrea de lactància, coït interromput i l'esterilització masculina i femenina.²⁶

Per a estratificar el risc que té l'ús de cada anticonceptiu en relació a les condicions mèdiques que presenta la persona, l'OMS utilitza 4 categories:

- Categoria 1: Situació que no implica una restricció en l'ús de l'anticonceptiu.
- Categoria 2: Situació en la qual els avantatges de l'ús de l'anticonceptiu són majors que els riscos demostrats.
- Categoria 3: Situació en la qual els riscos demostrats superen els avantatges de l'ús de l'anticonceptiu.
- Categoria 4: Situació en la qual l'ús de l'anticonceptiu implica un risc per a la salut.²⁶

Per tant, les categories 1 i 2 recomanarien l'ús de l'anticonceptiu en qüestió mentre que les categories 3 i 4 no recomanarien i contraindicarien l'ús de l'anticonceptiu en qüestió, respectivament.²⁶

Per una altra banda, tenim el document RPS que recull una sèrie de recomanacions sobre com utilitzar cada anticonceptiu perquè el seu ús sigui eficaç, consistent i correcte, un cop sabem quins són els anticonceptius són els més segurs per a la usuària. Aquest document també està sotmès a revisions i noves actualitzacions; actualment les RPS es troben en la seva tercera edició, elaborades l'any 2018. Tanmateix ocorre amb els CME, aquest document també està destinat a les persones encarregades d'elaborar polítiques per a la millora dels serveis de planificació familiar.²⁷

3.4 EINES D'AJUDA EN LA PRESA DE DECISIONS

Actualment, estem immersos en un model sanitari on l'atenció per part dels professionals segueix sent, encara, paternalista. Els pacients no solen disposar de tota la informació

referent a les opcions que poden prendre, de manera que és el facultatiu qui, en molts dels casos, acaba prenent decisions pel pacient. Però per una altra banda, també ens trobem en situacions en les quals és el pacient el qui ha de prendre una decisió sense l'ajuda del professional i, com a conseqüència, és el pacient qui assumeix una responsabilitat sense comptar amb suficient informació vàlida i el suport per a prendre la millor decisió. Un exemple en són les dones quan han de decidir sobre quin és el mètode anticonceptiu més adequat per a elles dins de la diversitat de mètodes contraceptius que actualment estan disponibles.²⁸

És per aquest motiu que es van desenvolupar les EAPD, les quals són definides com unes intervencions creades per ajudar a les persones a participar en la presa de decisions de diferents opcions diagnòstiques i terapèutiques, amb l'objectiu de promoure la decisió entre pacients i professionals sanitaris. Aquestes eines proporcionen al pacient informació útil sobre cadascuna de les alternatives que hi ha, amb la finalitat d'ajudar a contribuir, aclarir i comunicar una sèrie de valors associats al seu perfil. Les EAPD no aconsellen a les persones triar entre una única opció, ni substitueixen la consulta del professional sanitari sinó que la seva funció en promoció d'una guia estructurada de passos a seguir en la presa de decisions i d'aquesta manera, prepara al pacient per prendre decisions informades amb el professional, en relació a les seves característiques.²⁸

Les EAPD s'utilitzen dins del model de la Presa de Decisions Compartides (PDC) que té per objectiu prendre una decisió conjuntament entre el pacient i el professional on s'aporta el màxim nivell d'evidència i es discuteixen sobre les millors opcions que pot prendre el pacient en funció de les seves característiques i el seu perfil. En certs aspectes, de vegades, l'evidència científica no aporta suficient informació per prendre una decisió clara. En aquests casos, les EAPD són molt útils perquè ajuden a determinar les millors opcions d'acord amb les preferències del pacient, sempre recolzat pel professional sanitari.²⁸

Aquest és un dels models de presa de decisions més útil en el que defineix l'aproximació entre professionals i pacients i l'acció de prendre decisions conjuntament, ja que es fa a través de la millor evidència científica disponible. Aquest model es fa a través del respecte per l'autonomia del pacient i impulsa la capacitat i fortaleza dels pacients, així com la seva implicació en la futura presa de decisions. D'aquesta manera, aquest model guia en la presa de decisions entre múltiples opcions en les quals, de vegades, l'evidència científica és limitada i l'elecció depèn dels riscos i beneficis que el pacient estigui disposat a prendre.

Per tant, la meta d'aquest propòsit és la millora de la qualitat de decisió del pacient, fent que siguin capaços de decidir utilitzant valors propis i tenint en compte les diferents opcions i les seves característiques.²⁸

Per a la creació d'una EAPD va ser necessària la creació d'un grup de persones que s'encarregarien de marcar les directives i els estàndards internacionals que haurien de tenir aquestes eines per tal que fossin de qualitat i efectives. Aquest conjunt de persones és el que s'anomena IPDAS (de l'anglès International Patient Decisions Aid Standards) i està format per investigadors i professionals de la salut, entre d'altres. El seu objectiu és el d'establir els criteris en matèria de continguts, desenvolupament, implementació i avaluació que han de seguir les EAPD per tal que siguin vàlides.²⁸

Sorgeix la necessitat de crear estàndards per al desenvolupament de noves EAPD perquè amb el fàcil accés a Internet van augmentar el nombre d'aquestes però que no esdevenien un recurs fiable ni útil per a ajudar a la presa de decisions. Amb la finalitat d'establir normes i criteris guia en l'elaboració de noves EAPD, es van elaborar uns estàndards a escala internacional.²⁸

Les EAPD són útils dins del camp de l'anticoncepció hormonal. Aquestes eines s'han de basar en els criteris mèdics d'elegibilitat de l'OMS i en les recomanacions sobre pràctiques seleccionades per a l'ús d'anticonceptius, també de l'OMS.²⁰

Una de les EAPD que s'utilitzen en aquest treball és la de "Decisions Compartides", una eina creada l'any 2018 per una sèrie de professionals sanitaris i que s'hi pot accedir des de la web de la Generalitat de Catalunya. Aquesta eina ajuda a decidir sobre l'ús de mètodes anticonceptius hormonals, que inclou principalment els anticonceptius orals combinats, l'anell vaginal, el pegat transdèrmic, la mini píndola, l'injectable de gestagen, l'implant subdèrmic i el DIU.⁵

4. METODOLOGIA

Amb la finalitat d'aconseguir els objectius marcats, es va realitzar un estudi observacional descriptiu de tall longitudinal durant el mes de març de 2019.

En la primera fase de l'estudi es va realitzar una revisió bibliogràfica sobre la situació en l'actualitat de l'anticoncepció, els embarassos no desitjats que es van produir en l'àmbit Estatal, les diferents lleis espanyoles sobre l'avortament que s'havien creat des de 1985 fins a l'actualitat, les dades més recents sobre interrupcions voluntàries d'embaràs a Espanya i les descripcions i característiques dels diversos tipus d'anticonceptius, tant de barrera com hormonal. Així mateix, es van definir les eines d'ajuda en la presa de decisions i com aquestes eren útils a l'hora d'escollir un mètode d'anticoncepció d'acord amb el perfil que s'havia obtingut.

Posteriorment, es va realitzar un estudi quantitatiu, la població d'estudi va ser seleccionada mitjançant una tècnica de mostreig no probabilístic, concretament, un mostreig de conveniència: els individus van ser seleccionats pel seu fàcil accés i per la voluntat a participar en l'estudi. La mostra seleccionada van ser dones d'entre 18 i 49 anys universitàries que estaven cursant un grau d'infermeria o d'educació infantil, a la Universitat Rovira i Virgili (URV) durant el curs de 2018-2019.

Taula 1. Criteris de selecció de la mostra.

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
<ul style="list-style-type: none">- Dones entre 18-49 anys. (edat fèrtil)- Estudiants de la URV que cursaven un grau d'infermeria o d'educació infantil durant el 2018-2019.- Consentiment de participació en l'estudi.	<ul style="list-style-type: none">- Persones que no complien criteris d'inclusió.

Per a la captació de les participants en l'estudi, es van sol·licitar els correus electrònics corresponents a la universitat dels alumnes dels graus d'infermeria i d'educació infantil de la Seu del Baix Penedès i Campus Catalunya. Es va enviar un correu electrònic a tots ells explicant que demanàvem la col·laboració de les estudiants per a la realització d'un estudi que tracta sobre l'aplicació d'una eina d'ajuda a la presa de decisions en matèria

d'anticoncepció hormonal (vegeu annex 1). Es varen especificar, també, els passos que havien de seguir per a participar en l'estudi:

1. Realitzar el qüestionari que vam enviar al correu de la universitat dels estudiants per emplenar dades sobre els seus hàbits contraceptius i per avaluar els coneixements que tenen sobre l'anticoncepció hormonal.
2. Dins el mateix correu, se'ls va adjuntar un enllaç pel qual accedien a la web http://decisionscompatides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio_hormonal/quines_son_les_seves_preferencies/ i havien de realitzar el test que indicaria quins són els mètodes anticonceptius recomanats pel sistema d'acord amb les seves preferències.
3. Un cop tinguessin el resultat de l'aplicatiu, havien de continuar responnent les preguntes del qüestionari, les quals avaluen la satisfacció d'haver utilitzat l'eina d'ajuda a la presa de decisions.
4. Se'ls va adjuntar la web http://decisionscompatides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio_hormonal/ per tal que pogessin accedir opcional i voluntàriament a més informació sobre els mètodes anticonceptius disponibles un cop acabat el qüestionari.

L'instrument d'obtenció de dades que es va seleccionar per a aquest estudi va ser, doncs, una enquesta ad-hoc, formada per preguntes obertes i tancades, amb opció múltiple de resposta (vegeu annex 2). El qüestionari es va crear a través de l'aplicatiu Google Forms.

En la primera enquesta, hi figurava una primera part on es recaptaven dades de caràcter personal, els estudis i curs que realitzaven en aquell moment, els hàbits contraceptius i els motius pel qual utilitzaven mètodes anticonceptius, així com també qui els havia recomanat el mètode que utilitzaven. En la segona part es mostraven 13 preguntes tipus test amb quatre opcions de resposta, de les quals només n'hi havia una de correcta, basades en la informació que apareixia en l'aplicatiu "Decisiones compartides sobre l'anticoncepció hormonal" per tal d'avaluar els coneixements que tenien les participants abans d'utilitzar l'eina d'ajuda a la presa de decisions.

Després de les preguntes que avaluaven els coneixements, es va adjuntar l'enllaç que permetia a les participants accedir a l'eina d'ajuda a la presa de decisions i, a continuació, es van realitzar preguntes que avaluaven la satisfacció d'haver utilitzat l'eina, la motivació per seguir buscant informació i el replantejament del canvi de mètode que utilitzaven actualment per un altre.

Taula 2. Variables d'estudi que es van analitzar en l'enquesta.

Principals	Secundàries
Mètode anticonceptiu	Edat
Motiu d'elecció del mètode	Curs
Estudis	Parella estable
Coneixements generals envers l'anticoncepció	Temps d'ús
Motius per canviar o no de mètode	Qui l'hi recomana/prescriu
Valoració de l'usuari sobre l'eina de presa de decisions	

Un cop van finalitzar el qüestionari, es va adjuntar l'enllaç de la web de "Decisions compartides sobre l'anticoncepció hormonal" on podien accedir a informació sobre els tipus d'anticonceptius hormonals que existien, la seva eficàcia real, el seu funcionament, la duració, els avantatges, els inconvenients, precaucions a tenir en compte, el preu orientatiu, etc.

Una limitació que es va produir en aquest estudi va ser el nombre de participants que va representar la mostra. Es van recollir un total de 65 respostes, esdevenint una mostra insuficient per a establir significació estadística. Un dels motius pels quals es creu que es va tractar de poca participació, va ser la complexitat de l'enquesta i el temps que requeria emplenar-la. Per altra banda, el nombre de participants del grau d'educació infantil va ser considerablement inferior a la de participants del grau d'infermeria, fent que la mostra fos poc representativa i fent que els resultats fossin poc aplicables.

Una altra de les limitacions d'aquest estudi ha estat la tipologia de resposta. Amb l'opció múltiple de resposta ha estat relativament fàcil per a les participants arribar a la resposta correcta a través de rebutjar opcions incorrectes, fet que no hagués estat possible si el tipus de resposta fós vertader o fals.

En relació a l'anàlisi de les dades, es van utilitzar percentatges analitzant els resultats de les diferents preguntes individualment i finalment agrupant-les, separant les respostes segons la branca (infermeria o educació infantil) que es cursava, per tal de fer una comparativa de coneixements com a resultat final.

5. RESULTATS

Van participar un total de 65 dones entre 18 i 48 anys, sent el grup de 20 a 22 anys el més nombrós (50,8%). La participació va ser més elevada en les estudiants d'infermeria, la qual varen participar un total de 45 estudiants (69,2%), respecte a les 16 estudiants d'educació Infantil (24,6%). Un 6,2% de les participants no va especificar el grau d'estudi. Pel que fa al curs, la participació va ser més alta en estudiants de 4t d'ambdós graus universitaris, les quals representen un 38,5% de la mostra, seguit de les alumnes de 3r curs (35,4%).

5.1 Hàbits sexuals i contraceptius

El 67,7% de participants van referir tenir parella estable, és a dir, mantenien relacions sexuals des de feia més de 6 mesos. L'altre 32,3% afirmava no tenir parella estable actual.

Segons l'enquesta, els anticonceptius més utilitzats per les participants van ser, en primera posició, el preservatiu amb el 50,8%, seguit de la píndola anticonceptiva (ACHO) amb el 41,5%. Altres mètodes anticonceptius utilitzats per les participants però amb un percentatge molt baix d'ús, van ser: el preservatiu femení (1,5%), l'anell vaginal (3,1%), els pegats transdèrmics (1,6%), l'implant (1,6%) i el DIU de progesterona (1,6%). Un 13,8% de la mostra afirmava no utilitzar cap mètode anticonceptiu en les seves relacions sexuals. Només un 13,8% de la mostra utilitzava doble mètode anticonceptiu per a evitar MTS. Pel que fa a l'ús de LARC, només un 3,1% utilitzava mètodes de llarga duració com el DIU o l'implant subdèrmic.

Taula 3. Percentatge de resposta d'utilització del preservatiu i els anticonceptius hormonal orals combinats i la mitjana de temps d'ús en anys.

	Percentatge d'utilització (%)	Mitjana de temps d'ús (anys)
Preservatiu	50,8%	4,53 anys
Anticonceptius Hormonals Orals Combinats	41,5%	2,64 anys

5.2 Motiu d'utilització del mètode anticonceptiu

Més de la meitat de la mostra (70,8%) va afirmar que utilitzava un mètode anticonceptiu amb la finalitat d'evitar un embaràs no desitjat. Altres participants, però, utilitzaven un mètode anticonceptiu no només per evitar patir un embaràs no desitjat sinó que també per:

alleujar problemes mensuals (33,8%), per a tractar problemes dermatològics com l'acne (10,8%) o per altres motius (15,4%).

Segons les enquestades, el mètode anticonceptiu que utilitzen va ser recomanat en un 46,2% per un ginecòleg, sent aquest el professional sanitari que més ha prescrit anticonceptius, seguit de l'opció "altres" amb un 30,8%, els pares amb el 21,5%, recomanat pels amics amb el 13,8%, per la llevadora amb el 10,8%, pel metge de família amb el 10,8% i, per últim, recomanat per la infermeria un 4,6% de les participants.

5.3 Satisfacció en l'ús dels mètodes anticonceptius

La gran majoria de les enquestades van contestar que estaven satisfetes amb el mètode anticonceptiu que utilitzaven (83,1%). No obstant això, un 16,9% de la mostra no acabava d'estar conforme amb el mètode que utilitzava en l'actualitat.

5.4 Coneixement dels mètodes anticonceptius

Del total de la mostra, el 95,5% deia conèixer el preservatiu masculí així com els anticonceptius hormonals orals combinats (píndola anticonceptiva), sent els dos mètodes més coneguts per les enquestades. Seguit d'aquest, es trobava l'anell vaginal amb el 93,8%. A poca distància d'aquests, se situava el preservatiu femení conegut amb un 89,2%, la vasectomia (86,2%), el DIU de coure (83,1%) i el pegat (80%).

Amb un percentatge més baix, eren més coneguts, respectivament, l'implant (67,7%), el DIU de progesterona (64,6%), el diafragma (55,4%), els espermicides (49,2%), l'injectable de gestàgen (46,2%), els anticonceptius hormonals de només gestàgen (43,1%) i l'esterilització tubàrica (43,1%).

Els mètodes anticonceptius menys coneguts van ser: el mètode de l'amenorrea de lactància (MELA) amb un 24,6%, seguit del mètode Ogino (16,9%), el mètode Sintotèrmic (13,8%) i per últim el mètode Billing (7,7%).

Taula 4. Percentatge de resposta d'estudiants d'infermeria i d'educació infantil que coneixien els següents mètodes anticonceptius.

Coneixement dels mètodes anticonceptius		
Mètode anticonceptiu	Infermeria	Educació infantil
Preservatiu masculí	95,5%	100%
Preservatiu femení	91,1%	81,2%
Píndola anticonceptiva	95,5%	100%
Minipíndola	55,5%	6,2%
Injectable de gestgen	53,3%	25%
Implant	77,7%	43,7%
Anell vaginal	93,3%	93,7%
Pegats transdèrmics	88,8%	56,2%
DIU de coure	86,6%	68,7%
DIU de progesterona	66,6%	50%
Diafragma	66,6%	18,7%
Espermicides	60%	25%
Esterilització tubàrica	55,5%	12,5%
Vasectomia	86,6%	12,5%
Coitus interruptus	75,5%	62,5%
Mètode Ogino	24,4%	0%
Mètode Billing	11,1%	0%
Mètode Sintotèrmic	20%	0%
MELA	31,1%	12,5%

En relació al test de coneixements sobre anticoncepció, el 46,2% de la mostra va considerar que el mètode més eficaç per evitar un embaràs era el preservatiu. El seguia amb un percentatge més baix el que tots els anticonceptius eren igual d'eficaços per prevenir un embaràs (24,6%). Un 16,9% creia que era el dispositiu intrauterí hormonal (DIU). Per últim, el 12,3% va marcar l'opció dels anticonceptius hormonaus orals combinats.

Taula 5. Percentatge de resposta d'estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre el coneixement que tenien sobre els mètodes anticonceptius més eficaços.

Quin és el mètode més efectiu per a evitar un embaràs?		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>Anticoncepció hormonal oral combinada (píndola anticonceptiva)</i>	17,7%	0%
<i>Preservatiu</i>	40%	62,5%
<i>DIU</i>	20%	12,5%
<i>Tots per igual</i>	22,2%	25%

A la pregunta de quins eren els anticonceptius de llarga durada (LARC) el 84,6% va contestar que eren el dispositiu intrauterí hormonal (DIU), l'implant subdèrmic i els anticonceptius injectables. Per altra banda, un 10,8% del total va considerar l'anell vaginal i l'anticoncepció hormonal oral combinada com l'opció correcta. Per contra, un 4,6% de la mostra afirmava que el preservatiu era un mètode LARC.

Taula 6. Percentatge de resposta d'estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre quins creien que eren els mètodes LARC.

Quins són els anticonceptius de llarga durada?		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>ACHO i anell vaginal</i>	13,3%	6,25%
<i>DIU, implant i injectable</i>	82,2%	93,75%

<i>Preservatiu</i>	4,4%	0%
<i>Contracepció d'urgència</i>	0%	0%

Respecte a l'anticoncepció hormonal, el 70,8% considerava que durant la lactància s'havien de prendre anticonceptius que no tinguessin estrògens, ja que es podrien transmetre al nadó a través de la llet. Tanmateix, el 13,8% creia que les píndoles anticonceptives feien engreixar. Amb poc percentatge de diferència, el 12,3% va marcar com a correcta que un cop se suspenia la presa d'anticonceptius hormonaus, es tardava fins a 9 mesos en recuperar la fertilitat. Per finalitzar, solament el 3,1% pensava que els anticonceptius de llarga durada prevenien les malalties de transmissió sexual.

El 95,4% considerava que els beneficis d'utilitzar anticonceptius hormonaus combinats era que aquests ajudaven a regular la regla i les feia menys abundants. Tot i això, un 4,6% referia que reduïa el risc de càncer de mama.

En el cas d'oblidar-se de prendre la píndola anticonceptiva el dia anterior en passar 24h, el 63,1% creia que s'havia de prendre un comprimit i utilitzar protecció durant 7 dies. Tanmateix, el 18,5% opinava que s'havien de prendre 2 comprimits al mateix dia i utilitzar protecció en els següents 5 dies. Amb un 13,8%, es creia que s'havia de prendre 1 comprimit i utilitzar protecció durant 3 dies.

Sobre el coneixement del pegat anticonceptiu, el 86,2% afirmava que el pegat s'havia de canviar cada setmana i portar-lo durant 3 setmanes consecutives cada mes, llavors en l'última es descansava i era quan venia la regla. Per contra, un 7,7% creia que s'havia de canviar el pegat cada dia, mentre que un 6,2% va contestar que s'havia de retirar a l'hora de la dutxa per evitar que es mullés.

En referència a la pregunta sobre què era l'anell vaginal, un 72,3% de la mostra va marcar com a certa l'opció que ho descrivia com un plàstic flexible que es col·locava dins de la vagina i alliberava unes hormones (estrògens i gestàgens) que evitaven l'embaràs. Per l'altra banda, un 16,9% creia que totes les opcions eren falses. El 6,2% creia que l'anella vaginal era un petit dispositiu en forma de T que es col·locava a través del coll uterí dins de l'úter i que anava alliberant petites quantitats d'una hormona (levonorgestrel) durant 3 o 5 anys. El 4,6% restant però, va marcar l'opció que ho definia com una vareta flexible de

plàstic de la grandària d'un llumí, la qual alliberava, de manera continuada i en dosis molt baixes, una hormona (el progestagen).

Sobre el dispositiu intrauterí hormonal (DIU), el 10,8% suposava que aquest mecanisme no es podia posar en dones que no havien parit mai. Un 9,2% va marcar l'opció que augmentava el risc de perdre la fertilitat un cop es deixava d'utilitzar, i un 4,6% creia que incidia en un augment del 80% del pes corporal. D'altra banda, el 75,4% va contestar que totes aquestes opcions eren falses.

Dirigint-se a l'eficàcia real del dispositiu intrauterí hormonal (DIU), es va produir un empat amb un 41,5% entre les opcions que indicaven un 96 i un 99,8% d'eficàcia. Amb menys percentatge (13,8%) es trobava una eficàcia real del 92%. Un 3,1% de la mostra creia que es trobava en el 86%.

Concretant en contracepció postcoital o d'urgència, gairebé el percentatge total de la mostra (95,4%) considerava com a certa l'opció que deia que aturava el procés d'ovulació, dificultant la fecundació de l'òvul pels espermatozoides i/o, en cas de produir-se, evitava que l'òvul s'implantés a l'úter. Amb una minoria (1,5%) es trobaven les següents respostes: "Es pot utilitzar com un mètode contraceptiu de forma regular", "en cas de vòmit, les 3 hores posteriors a l'administració del medicament, no cal tornar-lo a prendre" i "el seu preu es situa entre els 5 euros".

Per últim, pel que fa als coneixements sobre anticoncepció, es va plantejar quin era el mètode que prevenia de les infeccions de caràcter sexual, el total de la mostra (100%) va indicar que l'opció correcta era el preservatiu.

Per a la resta de taules comparatives, vegeu annex 3.

5.5 Eina d'ajuda en la presa de decisions (Decisions Compartides)

Després que es realitzés el test a la web de Decisions Compartides del Gencat, en la qual segons les teves característiques es recomanava uns tipus d'anticonceptius concrets, el que més va sortir d'acord amb el perfil de les participants va ser l'anell vaginal amb un 61,5%, seguit del pegat anticonceptiu (53,8%) i els anticonceptius orals combinats (50,8%). Amb un percentatge més baix, es recomanava l'implant subdèrmic (30,8%), el dispositiu intrauterí hormonal (26,2%), l'anticonceptiu injectable de gestagen (23,1%) i els anticonceptius orals de sol gestagen (18,5%).

Segons els resultats, a un 55,4% no li va coincidir l'anticonceptiu que utilitzava amb el que li recomanava l'aplicació, no obstant això, al 44,6% restant si li coincidia els resultats obtinguts amb l'anticonceptiu que utilitzava en aquell moment.

Del total de la mostra, el 70,8% no es plantejava un canvi a un altre tipus d'anticonceptiu i un 18,5% dubtava en si canviar o no de mètode després de realitzar el qüestionari. A propòsit d'això, un 10,8% sí que es plantejava un canvi d'anticonceptiu.

Taula 7. Principals motius per a canviar o no de mètode anticonceptiu.

Motius per a NO canviar de mètode	Motius per a canviar de mètode
<ul style="list-style-type: none"> - Comoditat - Por als efectes secundaris de l'ús d'hormones - Desconfiança dels mètodes hormonals - Poca fiabilitat de l'eina virtual per la desconexió de l'historial clínic de la persona i altres factors (parella estable, relacions esporàdiques, etc.) - Disconformitat a utilitzar mètodes anticonceptius invasius - Poc interès al canvi de mètode 	<ul style="list-style-type: none"> - Pot anar millor al que s'utilitza en aquell moment. - Descobriments de nous mètodes anticonceptius. - Pot ser més còmode d'acord amb el perfil. - Pot aportar beneficis. - Menys efectes secundaris en comparació a l'anticonceptiu utilitzat anteriorment. - La web de "Decisions Compartides" mostra nova informació que abans no es coneixia de manera que proporciona més seguretat a l'hora d'utilitzar un altre mètode anticonceptiu.

Així mateix, un 61,5% considerava que després de conèixer quins eren els anticonceptius que s'haurien d'utilitzar en relació a les característiques, podrien prendre una decisió més encertada en canviar de mètode anticonceptiu. Tanmateix, un 38,5% no creia que el canvi portés cap a una decisió millor.

Un 81,5% va respondre que recomanaria l'ús d'aquesta eina a l'hora d'escollir un mètode anticonceptiu millor a diferència del 18,5% que no ho faria.

En referència a la informació que proporcionava la web, un 47,7% estava totalment d'acord que aquesta podia millorar els coneixements mentre que el 35,4% estava bastant d'acord.

Per l'altra banda, un 15,4% no ho tenia del tot clar si podria haver-hi un increment del coneixement.

6. DISCUSSIÓ

Pel que fa al nivell de coneixements sobre anticoncepció hormonal, el percentatge d'encert de tota la mostra ha estat del 71,8%, sent del 73,14% en les estudiants d'infermeria i del 70,46% en les estudiants d'educació infantil. Tot i que les estudiants d'infermeria tenen un petit percentatge més alt d'encert respecte a les estudiants d'educació infantil, sorprèn que els coneixements en anticoncepció siguin semblants a les estudiants d'una altra facultat que no és de ciències de la salut. S'esperava que les estudiants d'infermeria tinguessin més coneixements en anticoncepció hormonal que les altres estudiants, ja que són elles les qui en un futur proper hauran d'impartir educació sanitària als pacients en molts àmbits de la salut, un d'ells, en l'àmbit de planificació familiar. Tot i això, en un estudi que es va fer l'any 2015 amb alumnes dels mateixos graus i també de la Universitat Rovira i Virgili, els resultats també van coincidir.²⁹

Així i tot, en un estudi realitzat a una Universitat de Bogotà on s'avaluaven els coneixements en anticoncepció d'estudiants d'infermeria i de medicina, van poder demostrar que un 32,4% de tots els estudiants tenien coneixements insuficients en matèria d'anticoncepció. El percentatge d'error de les estudiants d'infermeria respecte a les d'aquest estudi és similar, encara que en l'estudi esmentat no avaluen els coneixements sobre l'eficàcia dels diferents mètodes anticonceptius, creant diferències respecte al nostre.³⁰

Les estudiants d'infermeria demostren conèixer més varietat d'anticonceptius respecte a les d'educació infantil, on destaquen per conèixer de més els mètodes com la minipíndola, el diafragma i els espermicides. En un estudi de la Universitat de Huelva de 2003, s'obtenen resultats pareguts pel que fa al coneixement dels mètodes més habituals com són el preservatiu o el DIU de coure. Malgrat això, no s'arriba al mateix grau de coneixement quan es parla d'altres anticonceptius, en aquest cas comú als dos estudis, el diafragma. Per tant, un cop més s'afirma que tot i el pas del temps encara hi ha anticonceptius que no s'han arribat a conèixer del tot en la societat.³¹

S'ha pogut observar que hi ha poca divulgació informativa pel que fa a l'eficàcia dels mètodes anticonceptius quan gran part de la mostra (46,2%) ha contestat que el preservatiu és el mètode més eficaç per evitar l'embaràs. Tanmateix, un estudi de 2015 sobre els coneixements i ús dels mètodes anticonceptius de la Universitat Nacional Autònoma de Mèxic ja ressaltava la carència d'orientació i coneixements sobre aquest tema.³²

Com s'ha mencionat anteriorment, actualment els mètodes de llarga duració són els més eficaços, però tal com s'indica, sol un 3,1% els utilitza. Segons un estudi de 2015 de la Universitat Nacional Autònoma de Nicaragua, les raons per les quals no es fa tant ús del DIU es deu a les falses creences en les quals el dispositiu pot produir un augment del dolor i del sagnat menstrual, estigui format per material cancerigen i produeixi molèsties durant l'acte sexual. No sorprèn, doncs, que el mètode anticonceptiu més utilitzat per la mostra sigui el preservatiu, seguidament de la píndola anticonceptiva i els menys utilitzats en siguin els de llarga duració.³³

Per altra banda, cal destacar que la totalitat de les dones del nostre estudi coneixen quin és el mètode per a evitar infeccions de transmissió sexual. Suposa un punt a favor que les dones coneguin i tinguin en compte la importància d'utilitzar mètodes per a evitar infeccions. Tot i això, en l'estudi de C. Santín, crida l'atenció que un 41,8% de la mostra considerava vàlids tots els mètodes anticonceptius per la prevenció de la transmissió de malalties sexuals (MTS). Cal tenir en compte que l'estudi era de 2003, per tant, amb el pas dels anys s'ha indagat i millorat en la importància de la prevenció de MTS.³¹

En un estudi realitzat a la Universitat d'Alacant l'any 2007, es va voler analitzar les conductes sexuals dels universitaris i l'ús que feien dels anticonceptius. Segons els enquestats, un 4,3% no utilitzaven mètodes anticonceptius i el 30,4% utilitzaven habitualment la marxa enrere, sent aquests dos col·lectius de persones els exposats a un embaràs no desitjat. A diferència del nostre estudi, el percentatge de dones que no utilitzen anticonceptiu es troba en el 10%. Cal destacar també, que en comparació amb els universitaris d'Alacant, les dones del nostre estudi utilitzen en més percentatge els mètodes hormonal, en aquest cas, la píndola anticonceptiva (37,4% i 41,5%, respectivament).³⁴

Per altra banda, cada vegada hi ha més persones que opten per utilitzar mètodes anticonceptius, tal com ho recullen els estudis realitzats per la SEC l'any 2016 i 2018; les dones que no utilitzaven anticonceptius va passar del 24,8% al 22,7% l'any 2018.^{1,2}

S'ha vist que gran part de les dones que han participat en aquest estudi manifesten satisfacció amb el mètode anticonceptiu que utilitzen actualment, fet pot dificultar la predisposició a fer un canvi ja que aquest hauria de suposar més avantatges i menys inconvenients. Motius que també coincideixen amb un estudi realitzat a Colòmbia, on els principals factors de canvi van ser la comoditat, la regulació del cicle menstrual i els pocs efectes secundaris.³⁵

Les raons que refereixen les dones que no estan disposades a canviar de mètode anticonceptiu van en relació a la por a patir efectes secundaris o a la desconfiança que generen. Aquesta dada pot representar la prevalença de l'estigma envers l'ús d'hormones i es podria justificar amb la falta de coneixements sobre el tema. Cal destacar, però, que el principal motiu per a no canviar de mètode és la comoditat que ja ofereix el que utilitzen actualment, que segons els resultats d'aquest estudi i d'altres com els de la SEC els més utilitzats són el preservatiu i la píndola anticonceptiva. Aquest fet ens fa pensar, que tot i que es coneixen altres mètodes anticonceptius, es desconeixen els beneficis i les facilitats que aporten respecte a l'utilitzat actualment.^{2,35}

Amb l'objectiu d'avaluar l'impacte que tindria un canvi en l'elecció del mètode anticonceptiu, un estudi a Colòmbia l'any 2015 va sotmetre a un conjunt de dones a una consulta personalitzada on se'ls oferia informació sobre els diferents mètodes anticonceptius hormonals combinats que existeixen. En aquest estudi, es corrobora que l'aportació de coneixements va implicar un augment del nombre de dones partidàries a altres mètodes anticonceptius que no coneixien prèviament, sent un d'ells l'anell vaginal. Es va poder observar com va disminuir el nombre de dones que optaven pels ACHO i com va augmentar el nombre de dones partidàries de l'anell vaginal després de ser informades d'altres mètodes.³⁵

Gran part de la mostra del nostre estudi (70%) creu que aquesta eina ajudaria a millorar els seus coneixements, però gairebé la meitat de la mostra creu que no prendria una millor decisió o una decisió més raonada després d'utilitzar aquesta eina, fet que fa pensar que escollir un mètode o un altre no només depèn dels coneixements que es tinguin sobre els anticonceptius, sinó que també d'altres factors, com podria ser l'assessorament presencial amb un professional sanitari, entre d'altres. Tal com es reflecteix en un estudi realitzat a Granada (Espanya), els pacients tendeixen a preferir que el seu metge prengui decisions per ell en processos de malaltia i releguen la decisió final al professional sanitari. Valoren positivament el fet d'expressar la seva opinió i de ser informats, però li donen més importància en ser escoltats que el prendre un rol actiu en la presa de decisions.³⁶

7. CONCLUSIONS

Podem constatar que es tenen coneixements bàsics sobre els diferents mètodes anticonceptius hormonals disponibles però no es té una informació clara sobre l'ús i les mesures que s'han de prendre amb cadascun dels mètodes anticonceptius, tal i com passa amb els mètodes LARC, i que justifiquen el seu baix percentatge d'ús.

A més, persisteix l'estigma sobre l'ús de les hormones, fet que dificulta un replantejament de canvi de mètode anticonceptiu per un de més eficaç.

Per altra banda, s'ha vist que els coneixements que tenen les estudiants d'infermeria sobre anticoncepció és deficient per a poder garantir una bona atenció i assessorament a les dones que desitgin rebre informació per part de la infermera, tenint en compte que la majoria de les participants eren estudiants de 4t curs i que, per tant, en un futur molt proper esdevindran infermeres. Les infermeres també desenvolupen un paper important en l'àmbit de la planificació familiar i és per això que creiem que la formació en anticoncepció impartida en el grau d'infermeria hauria d'augmentar-se.

A tot això, la utilització de l'EAPD de *Decisions Compartides* no ha generat una motivació significativa per a un canvi de mètode anticonceptiu hormonal, fet que podria estar influenciat per la majoria de dones que ja estan satisfetes amb el mètode anticonceptiu que utilitzen, ja que creuen que és segur i còmode.

Gran part de les dones mostra desinterès per l'ús d'anticonceptius hormonals i només canviarien de mètode si aquests aportessin més comoditat i beneficis dels que ja els proporciona l'actual, els hi provoqués menys efectes secundaris i s'adaptés més al seu perfil. És per això, que la falta de coneixements sobre anticonceptius hormonals suposa una baixa utilització de mètodes efectius per a evitar IVE.

Per tant, es necessaria una promoció d'informació sobre els mètodes anticonceptius hormonals eficaços per tal que les dones coneixin com s'utilitzen i els avantatges que comporten així com també la desmitificació els efectes secundaris que actualment són tan temuts per les dones, així com també la seva eficàcia real, principal punt a favor per a canviar de mètode per tal d'evitar embarassos no desitjats.

8. BIBLIOGRAFIA

1. OMS: Organizació Mundial de la Salut [Internet]. Ginebra: OMS. 2014 [Data de consulta 15 Nov 2018]. Comunicado de prensa de la OMS [aprox. 4 pantalles]. Disponible a: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>.
2. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta Nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España [Internet]. 2018 [data de consulta 15 Nov 2018]. Disponible a: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>
3. Interrupción Voluntaria del Embarazo 2016. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social [Internet]. [Data de consulta 15 Nov 2018]. Disponible a: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2016.pdf
4. Serrano I, Doval JL, Dueñas JL, Lete I, Pérez Campos E, Martínez Salmeán J, Coll C. Estudio Haya: Hábitos Anticonceptivos y Aborto. Equipo DAPHNE. [Internet] Zaragoza 2010 [Data de consulta 15 Nov 2011]. Disponible a: <http://www.sidastudi.org/ca/registro/d25f08043443ca12013443d249ba01cf>
5. Decisions Compartides. Generalitat de Catalunya. [Internet]. [Data de consulta 5 Nov 2018]. Disponible a: <http://decisioncompartides.gencat.cat/ca/inici>
6. Cristóbal Garcia, I. Anticoncepción con métodos reversibles de larga duración. Matronas Prof [Internet]. 2015 [Data de consulta 15 Nov 2018]; 16(2): 50-52. Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/articulo-especial-anticoncepcion.pdf>.
7. Gutierrez Ramos, M. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. Rev Peru ginecol obstet [Internet]. 2017 [Data de consulta 17 Gen 2019]; 63 (1): 83-88. Disponible a: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322017000100011&script=sci_arttext.
8. Encuesta Nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España. Sociedad Española de Contracepción. [Internet]. 2018 [Data de consulta 15 Nov 2018]. Disponible a: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>.

9. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social [Internet]. 2016 [Data de consulta 15 Nov 2018]. Disponible a: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2016.pdf
10. VII Encuesta Bayer de Anticoncepción en España. Equipo Daphne. Asociación de clínicas para la interrupción del embarazo. [Internet] 2011. [Data de consulta 15 Nov 2018] Disponible a: <https://www.acaive.com/vii-encuesta-bayer-de-anticoncepcion-en-espana-equipo-daphne/>.
11. García Sevillano L, Arranz Madrigal E. Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. Pharm Care [Internet]. 2014 [Data de consulta 21 Mar 2019]; 16(3): 98-109. Disponible a: <https://pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/175/155>.
12. González Hernandoa C, Souza de Almeida M, Martín Villamora P, Cao Torijaa MJ, Castro Alijaa MJ. La píldora anticonceptiva a debate. Enfermería Universitaria [Internet]. 2013 [Data de consulta 21 Mar 2019];10(3):98-104. Disponible a: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n3/v10n3a5.pdf>.
13. Hincapié García JM, Quintero Agudelo M, Gaviria J, Estupiñan Cabrera H, Amariles P. Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. CES Medicina [Internet]. 2013 [Data de consulta 21 Mar 2019]. Disponible a: <https://www.redalyc.org/html/2611/261129825003/>.
14. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. BOE; 1985 [Data de consulta 18 Mar 2019]. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>.
15. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. BOE; 2010 [Data de consulta 18 Mar 2019]. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria de embarazo. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>.
16. Nogueira Domínguez J. Consecuencias de la reforma LO 2/2010 de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria de embarazo. Análisis de la legislación europea y

- española sobre salud sexual y reproductiva. [Internet] 2014 [Data de consulta 18 Mar 2019] Disponible a: https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/estudios_documentos_archivos/0782fba13474c42dc80daad65886c4eb.pdf.
17. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2014 [Data de consulta 21 Mar 2019]; 45 (3): 301-314. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25207494>.
18. Margaix Fontestad L, Martínez Villarejo L. Curso online de actualización en Anticoncepción para matronas. Módulo 2: Anticonceptivos y criterios de elegibilidad de la anticoncepción. Martínez, C. 2016 [Data de consulta 20 Gen 2019].
19. Provenzano B, Chera S. Métodos anticonceptivos: guía para profesionales de la salud. [Internet]. Amorín Eva. Argentina; 2012 [Data de consulta 25 Gen 2019]. Disponible a: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/M%C3%A9todos-Anticonceptivos.-Guia-Pr%C3%A1ctica-para-Profesionales-de-la-Salud.pdf>.
20. Anticoncepción hormonal combinada. Sociedad española de contracepción. [Internet] 2014. [Data de consulta 25 Gen 2019] Disponible a: <http://enanticoncepcionvivetuvida.es/home/metodos-anticonceptivos/anticoncepcion-hormonal-combinada/>
21. Sociedad Española de Contracepción. Documentación del grupo de revisión bibliográfica. En: Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. 2005. p. 29-157 [Data de consulta 25 Gen 2019] <http://hosting.sec.es/descargas/LibroConfCons2011.pdf>.
22. Como debo usar el parche anticonceptivo. Planned Parenthood Federation of America. [Internet] 2019. [Data de consulta 25 Gen 2019] Disponible a: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/parche-anticonceptivo/como-se-usa-el-parche-anticonceptivo>.
23. L'anell vaginal anticonceptiu. CAP Llibertat. Blog del centre d'Atenció Primària Llibertat de Reus. Institut Català de la Salut. [Internet] 2019 [Data de consulta 25 Gen 2019] Disponible a: <https://capllibertatics.wordpress.com/anticoncepcio/lanell-vaginal-anticonceptiu/>.

24. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. BOE; 2010 [Data de consulta 18 Mar 2019]. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria de embarazo. Disponible a: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10141.pdf>.
25. El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE).[Internet]. Madrid;2016 [Data de consulta 26 Gen 2019]. Disponible a: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2017/02/DEF_Acceso-Anticoncepc-CC.AA_.pdf.
26. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organizació Mundial de la Salut (OMS). [Internet] 2015. Cinquena edició [Data de consulta 18 Feb 2019]. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?sequence=1.
27. Adanu R, Amaral E, et al. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Organizació Mundial de la Salut (OMS)[Internet]. Tercera edició. Suiza;2018 [Data de consulta 18 Feb 2019]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1>.
28. Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, Rivero Santana A, Carballo González D, Serrano Aguilar, P. Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (Basado en los criterios de The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration Quality Dimensions: checklist y manual).Línea de desarrollos metodológicos de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. 2013. [Data de consulta 18 Feb 2019]. Disponible en: http://ipdas.ohri.ca/SESCS_2013_HATD.pdf.
29. Piñol Güell, S. Trabajo de Fin de Grado: ¿Qué saben los estudiantes de la Universitat Rovira i Virgili sobre sexualidad, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual?. Seu Baix Penedès. 2015 [Data de consulta 8 Abr 2019].

30. Arteaga Correa MS, Daza Arias SM, Gómez Robles NM, Raga Ruíz N. Asociación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad El Bosque. Rev Colomb Enf [Internet]. 2006 [Data de consulta 23 Abr 2019]; 1 (1): 65-73. Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10080.pdf>.
31. Santín Vilariño C, Torrico Linares E, López López M^aJ, Revilla Delgado C. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. [Data de consulta 23 Abr 2019] Vol 19 n^o1. Junio 2003. Disponible a: https://www.um.es/analesps/v19/v19_1/08-19_1.pdf
32. Sánchez Meneses M C, Dávila Mendoza R, Ponce Rosas E.R. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. [Data de consulta 23 Abr 2019] Vol 22- num 2. Junio 2015. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-conocimiento-uso-metodos-anticonceptivos-adolescentes-S140588711630044X>
33. Ruiz Guido JD, Lindo Martínez CL, De los Ángeles Martínez Saavedra E. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diu como metodo de planificacion familiar, en mujeres adolescentes que acuden a su atención al centro de adolescentes en salud reproductiva en el Hospital Bertha Calderón Roque [Data de consulta 23 Abr 2019]. 2015. Disponible a: <http://repositorio.unan.edu.ni/4581/1/96684.pdf>
34. Luengo Arjona P, Orts Cortés MI, Arcángel Caparrós González R, Arroyo Rubio OI. Comportamiento sexual, prácticas de riesgo y anticoncepción en jóvenes universitarios de Alicante. Enf Clinic [Internet]. 2007 [Data de consulta 27 Abr 2019]; 17 (2): 85-9. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862107717746>.
35. Gómez Sánchez P, Lozano F, Velásquez A, Marrugo M, Torres L. Impacto de la asesoría sobre anticoncepción en la selección de métodos hormonales combinados en Colombia. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2015 [Data de consulta: 16 Abr 2019]. 37 (6). Disponible a: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n6/395-401/es>.
36. Delgado A, et al. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. Gac Sanit [Internet]. 2010 [Data de consulta 23 Abr 2019]; 24 (1): 66-71. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v24n1/original10.pdf>.

9. ANNEXOS

Annex 1. Modalitat de correu electrònic enviat a les estudiants de la URV del grau d'infermeria i educació infantil (versió català i castellà).

Hola a tots,

Som dues estudiants de 4t d'infermeria de la Seu del Baix Penedès i ens agradaria demanar la teva col·laboració per a la realització del nostre treball de fi de grau (TFG). Estem fent un estudi sobre l'eficàcia de l'ús d'una eina virtual que podria ser molt útil per ajudar-te a decidir quin mètode anticonceptiu hormonal és el més ideal per a tu. És per això que demanem la col·laboració de totes les **dones** que estúdieu a la URV. Pensa, que participant en aquest estudi, no només ens ajudes a nosaltres, sinó que també pot ser una oportunitat per a que coneixis en què consisteixen realment aquestes mètodes i et replantegis un canvi d'anticonceptius. Et recomanem que, encara que puguis no ser partidària de l'anticoncepció hormonal, hi participis igualment.

Per a participar en aquest estudi només has de seguir els següents passos:

1. Realitza el següent quèstionari: <https://goo.gl/forms/MIZiVeXXkdbDAEze2>. Volem saber quins anticonceptius utilitzes actualment i què en saps sobre l'anticoncepció hormonal.
2. Per respondre les últimes preguntes del quèstionari entra a: http://decisionscopartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio_hormonal/quines_son_les_seves_preferencies/ (el trobaràs dins del quèstionari). És un aplicatiu que t'anirà fent preguntes per tal de recomanar-te els mètodes anticonceptius hormonals que poden ajustar-se més a tu. Respon les preguntes i esbrina quins mètodes et recomanen. Finalment, escriu-nos el teu resultat i acaba de respondre el quèstionari.

Si estàs interessada en el tema i t'has quedat amb més ganes de saber sobre l'anticoncepció hormonal, t'animem a que accedeixis a aquesta web de la Generalitat de Catalunya: http://decisionscopartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio_hormonal/.

Entra als apartats de "Informació general", "Mètodes", "Compara les teves opcions" i "Preguntes freqüents". Et recomanem que te'ls llegeixis tots, però sabem que estàs enfeinada amb exàmens i entregues, així que llegeix tots aquells que el teu temps et permeti.

Volem agrair-te la teva participació i animar-te a col·laborar, també en treuràs profit! Per a qualsevol dubte o incidència, contacteu amb nosaltres.

Atentament,

Cristina i Noemí

cristina.launes@estudiants.urv.cat

noemi.urpi@estudiants.urv.cat

Hola a todos,

Somos dos estudiantes de 4º de enfermería de la Seu del Baix Penedès y nos gustaría pedir tu colaboración para la realización de nuestro trabajo de fin de grado (TFG). Estamos haciendo un estudio sobre la eficacia del uso de una herramienta virtual que puede ser muy útil para ayudarte a decidir qué método anticonceptivo hormonal es el más ideal para ti. Es por este motivo, que pedimos la colaboración de todas las **mujeres** que estudiáis en la URV. Piensa que, participando en este estudio, no solo nos ayudas a nosotras, sino que también puede ser una oportunidad para que conozcas en qué consisten realmente estos métodos y te replantees un cambio de anticonceptivos. Te recomendamos que, aunque puedas no ser partidaria de la anticoncepción hormonal, participes igualmente.

Para participar en este estudio sólo tienes que seguir los siguientes pasos:

1. Realiza el siguiente cuestionario: <https://goo.gl/forms/MiZiVeXXkdbDAEze2>. Queremos saber qué anticonceptivos utilizas actualmente y qué sabes sobre la anticoncepción hormonal.
2. Para responder a las últimas preguntas del cuestionario, deberás entrar en: http://decision compartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio_hormonal/quines_son_les_seves_preferencies/ (lo encontrarás dentro del cuestionario). Es una aplicación que te irá haciendo preguntas para recomendarte los métodos anticonceptivos hormonales que pueden ajustarse más a ti. Responde las preguntas y averigua qué métodos te recomiendan. Finalmente, escríbenos tu resultado y acaba de responder el cuestionario.

Si estás interesada en el tema y te has quedado con más ganas de saber sobre la anticoncepción hormonal, te animamos a que accedas a esta web de la Generalitat de Catalunya: http://decision compartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio_hormonal/quines_son_les_seves_preferencies/

[sobre/anticoncepcio hormonal/](#). Entra en los apartados de "Información general", "Métodos", "Compare sus opciones" y "Preguntas frecuentes". Te recomendamos que los leas todos, pero sabemos que estás ocupada con exámenes y entregas, así que lee todos aquellos que tu tiempo te permita.

Queremos agradecerte tu participación y animarte a colaborar, también le vas a sacar provecho! Para cualquier duda o incidencia, contactad con nosotras.

Atentamente,

Cristina y Noemí

cristina.launes@estudiants.urv.cat

noemi.urpi@estudiants.urv.cat

Annex 2. Qüestionari per a l'obtenció de dades

Anticoncepció hormonal, què en sabem?

Ens agradaria saber què coneixes sobre l'anticoncepció hormonal. Primer, has de respondre unes preguntes de caràcter personal i, a continuació, hauràs de contestar 12 preguntes sobre els anticonceptius hormonals. A continuació, has d'accedir al link que apareixerà i realitzar un test de la pàgina web de "Decisions compartides sobre l'anticoncepció hormonal". Finalment, hauràs de respondre 7 preguntes per saber què t'ha semblat l'eina virtual.

Et demanem que responguis amb la màxima sinceritat i, en cas que desconexis la resposta, triis la que trobis més encertada. No trigaràs més de 10 minuts en respondre aquest qüestionari. Moltes gràcies per la teva col·laboració!

1.- ESCRIU LES PRIMERES 4 XIFRES DEL TEU DNI (LLETRA INCLOSA):

2.- Edat:

3.- Grau universitari que curses:

4.- Curs:

En el cas que estiguis cursant assignatures de dos cursos, selecciona el curs més alt.

1r

- 2n
- 3r
- 4t

5.- Actualment, tens una parella sexual estable (més de 6 mesos)

- Sí
- No

6.-Quin/s anticonceptiu/s utilitzes actualment?

Pots triar més d'una opció.

- Preservatiu masculí
- Preservatiu femení
- Anticonceptius hormonals orals combinats
- Anticonceptius hormonals de només gestàgens (minipíndola)
- Inyectable de gestagen
- Implant
- Anell vaginal
- Pegats
- DIU de coure
- DIU de progesterona
- Diafragma
- Espermicides
- Esterilització tubàrica
- Coitus interruptus (marxa enrere)
- Mètode Ogino
- Mètode Billing
- Mètode Sintotèrmic
- MELA (mètode amenorrea de lactància)

7.- Per quin motiu l'utilitzes?

Pots triar més d'una opció.

- Desig d'anticoncepció
- Problemes menstruals: dismenorrea (regla dolorosa), amenorrea (falta de regla), irregularitats, etc.
- Acne
- Altres

8.- Quant temps fa que l'utilitzes? (en mesos i/o anys)

9.- Qui te l'ha prescrit o recomanat?

Pots triar més d'una opció.

- Ginecòleg
- Llevadora
- Metge de família
- Infermera
- Amics
- Pares
- Altres

10.- Estàs satisfeta amb el mètode anticonceptiu que utilitzes?

- Sí
- No

11.- Quins mètodes anticonceptius coneixes?

Pots triar més d'una opció.

- Preservatiu masculí
- Preservatiu femení
- Anticonceptius hormonals orals combinats
- Anticonceptius hormonals de només gestàgens (minipíndola)
- Inyectable de gestagen
- Implant
- Anell vaginal
- Pegats
- DIU de coure
- DIU de progesterona
- Diafragma
- Espermicides
- Esterilització tubàrica
- Vasectomia
- Coitus interruptus (marxa enrere)
- Mètode Ogino
- Mètode Billing
- Mètode Sintotèrmic
- MELA (mètode amenorrea de lactància)

10.- Quin és el mètode anticonceptiu més eficaç per a evitar un embaràs?

- Anticonceptius hormonals orals combinats (píndola)
- Preservatiu
- Dispositiu Intrauterí hormonal (DIU)
- Tots per igual

11.- Quins són els anticonceptius de llarga durada?

- L'anticoncepció hormonal oral combinada (píndola) i l'anell vaginal
- El dispositiu intrauterí hormonal (DIU), l'implant subdèrmic i anticonceptius injectables
- Preservatiu
- Contracepció d'urgència

12.- En relació a l'anticoncepció hormonal, senyala la correcta:

- Els anticonceptius de llarga durada prevenen les malalties de transmissió sexual.
- En general, les píndoles anticonceptives fan engreixar.
- Un cop s'ha suspès la presa d'anticonceptius horminals, es tarda fins a 9 mesos a recuperar la fertilitat.
- Durant la lactància s'han de prendre anticonceptius que no continguin estrògens, ja que es pot transmetre al nadó a través de la llet.

13.- En relació als beneficis d'utilitzar els anticonceptius horminals combinats (píndola anticonceptiva), senyala l'opció correcta:

- Disminueixen el risc de càncer de mama
- Ajuden a regular la regla i les fa menys abundants
- No cal ser constants en la seva presa
- Cap medicació altera la eficàcia i no m'he de preocupar

14.- Si m'oblido de prendre la píndola anticonceptiva el dia anterior i han passat 24h, què he de fer?

- Prendre'm 2 comprimits en el dia d'avui i utilitzar protecció en els pròxims 5 dies.
- Prendre'm 1 comprimit i utilitzar protecció durant 3 dies.
- Prendre'm 1 comprimit i utilitzar protecció durant 7 dies.
- Deixar de prendre-les fins que arribi la menstruació i començar de nou a prendre-les.

15.- Com funciona el pegat anticonceptiu?

- S'ha de canviar el pegat cada setmana i portar-lo durant 3 setmanes consecutives cada mes. En l'última setmana es descansa i ve la regla.
- S'ha de canviar el pegat cada dia. En l'última setmana es descansa i ve la regla.
- S'ha d'alternar setmana sí, setmana no.
- A l'hora de la dutxa s'ha de retirar per a que no es nulli.

16.- Què l'anell vaginal?

- Un petit dispositiu en forma de T que es col·loca a través del coll uterí dins de l'úter i que va alliberant petites quantitats d'una hormona (levonorgestrel) durant 3 o 5 anys.
- És un plàstic flexible que es col·loca dins de la vagina i allibera unes hormones (estrògens i gestàgens) que eviten l'embaràs.
- És una vareta flexible de plàstic de la grandària d'un llumí, aquesta va alliberant, de manera continuada i en dosis molt baixes, una hormona (progestagen). Té una durada de 3 anys.

17.- L'ús del DIU...

- Implica un augment del pes corporal en el 80% de les dones
- Augmenta el risc de perdre la fertilitat quan es deixa d'utilitzar
- No es poden posar en dones que no han partit mai.
- Totes són falses.

18.- Quina creus que és l'eficàcia real del dispositiu intrauterí hormonal (DIU)?

- 92%
- 99,8%
- 96%
- 86%

19.- Quina és la correcta sobre la contracepció postcoital o d'urgència?

- Atura el procés d'ovulació, dificulta la fecundació de l'òvul pels espermatozoides i/o, en cas de produir-se, evita que l'òvul s'implanti a l'úter.
- Es pot utilitzar com un mètode contraceptiu de forma regular.
- En cas de vòmit, les 3 hores posterior a l'administració del medicament, no cal tornar-lo a prendre
- El seu preu es situa entre els 5 euros.

20.- Quins dels següents mètodes prevé infeccions de transmissió sexual?

- Anella vaginal
- Preservatiu
- DIU
- Tots

Vés a http://decisionscopyartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio_hormonal/quines_son_les_seves_preferencies/ i realitza el test.

Comença clicant el botó vermell de l'esquerre que diu "¿Comenzamos?". L'aplicatiu et recomanarà que llegeixis informació sobre els anticonceptius hormonals disponibles a la web i que realitzis un test de coneixements. No és necessari que el facis; en aquest cas, segueix clicant al botó "Continua".

Un cop l'aplicatiu t'hagi recomanat uns anticonceptius, respon les següents preguntes.

21.- Després de fer el test a la web "Decisions Compartides" del Gencat, quins anticonceptius has obtingut d'acord amb el teu perfil?

- Anticonceptius orals combinats
- Pegat anticonceptiu
- Anell vaginal
- Anticonceptius orals (només gestagen)
- Anticonceptiu injectable de gestagen
- Implant subdèrmic
- Dispositiu intrauterí hormonal (DIU)
- Cap

22.- L'anticonceptiu que t'ha recomanat l'aplicatiu coincideix amb el que utilitzes?

- Sí
- No

23.- Un cop utilitzat l'aplicatiu de "Decisions Compartides sobre l'anticoncepció hormonal", et planteges un canvi de mètode anticonceptiu?

- Sí
- No
- Potser

24.- Per què?

25.- Creus que després d'haver utilitzat aquesta eina podries prendre una decisió més encertada?

- Sí
- No

26.- Recomanaries l'ús d'aquesta eina per a decidir sobre quin és el millor mètode anticonceptiu a utilitzar?

- Sí
- No

27.- Creus que aquesta web podria millorar els teus coneixements en anticoncepció?

- Totalment d'acord
- Bastant d'acord
- No ho tinc clar
- Bastant en desacord
- Totalment en desacord

Annex 3. Taules comparatives dels resultats

Taula 8. Percentatge de resposta d'estudiants d'infermeria i d'educació infantil que van escollir com a opció correcta les següents afirmacions.

<i>En relació amb l'anticoncepció hormonal, senyala la correcta...</i>		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>Els anticonceptius de llarga durada prevenen les MTS</i>	2,2%	0%
<i>En general, les píndoles anticonceptives fan engreixar</i>	11,1%	25%
<i>Un cop s'ha suspès la presa d'anticonceptius hormonaus, es tarda fins a 9 mesos a recuperar la fertilitat</i>	15,5%	6,25%

<i>Durant la lactància s'han de prendre anticonceptius que no continguin estrogen, ja que es pot transmetre al nadó a través de la llet.</i>	71,1%	68,7%
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------

Taula 9. Percentatge de resposta de les estudiants d'infermeria i educació infantil sobre quins eren els beneficis dels anticonceptius hormonals orals combinats.

En relació als beneficis d'utilitzar la píndola anticonceptiva, assenyalat l'opció correcta:		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>Disminueixen el risc de càncer de mama</i>	6,6%	0%
<i>Ajuden a regular la regla i les fa menys abundant</i>	93,3%	100%
<i>No cal ser constants en la seva presa</i>	0%	0%
<i>Cap medicació altera la seva eficàcia i no m'he de preocupar</i>	0%	0%

Taula 10. Percentatge de resposta d'estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre que s'havia de fer en l'oblit d'una presa de la píndola anticonceptiva.

Si m'oblido de prendre la píndola anticonceptiva el dia anterior i han passat 24h, què de fer?		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>Prendre'm 2 comprimits en el dia d'avui utilitzar protecció en els pròxims 5 dies</i>	17,8%	18,7%
<i>Prendre'm 1 comprimit i utilitzar protecció durant 3 dies</i>	15,5%	12,5%

<i>Prendre'm 1 comprimit i utilitzar protecció durant 7 dies</i>	66,6%	50%
<i>Deixar de prendre-les fins que arribi la menstruació i començar de nou aprendre-les</i>	0%	18,7%

Taula 11. Percentatge de resposta d'estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre com funcionava el pegat anticonceptiu.

Com funciona el pegat anticonceptiu?		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>S'ha de canviar el pegat cada setmana i portar-lo durant 3 setmanes consecutives cada mes. En l'última setmana es descansa i ve la regla.</i>	86,6%	81,2%
<i>S'ha de canviar el pegat cada dia. En l'última setmana es descansa i ve la regla.</i>	6,6%	12,5%
<i>S'ha d'alternar setmana sí, setmana no.</i>	6,6%	6,25%
<i>A l'hora de la dutxa s'ha de retirar perquè no es mulli</i>	0%	0%

Taula 12. Percentatge de resposta de les estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre els coneixements que es tenien sobre les característiques de l'anell vaginal.

Què és l'anell vaginal?		
Respostes	Infermeria	Educació infantil

<i>Un petit dispositiu en forma de T que es col·loca a través del coll uterí dins de l'úter i que va alliberant petites quantitats d'una hormona (levonorgestrel) durant 3 o 5 anys</i>	4,4%	12,5%
<i>És un plàstic flexible que es col·loca dins de la vagina i allibera unes hormones (estrògens i gestàgens) que eviten l'embaràs</i>	71,1%	68,7%
<i>És una vareta flexible de plàstic de la grandària d'un llumí, aquesta va alliberant, de manera continuada i en dosis molt baixes, una hormona (el progestagen). Té una durada de tres anys</i>	4,4%	6,2%
<i>Totes són falses</i>	20%	12,5%

Taula 13. Percentatge de resposta de les estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre els coneixements generals que es tenien del DIU.

L'ús del DIU...		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>Implica un augment del pes corporal en el 80% de les dones</i>	4,4%	6,25%
<i>Augmenta el risc de perdre la fertilitat quan es deixa d'utilitzar</i>	6,6%	18,75%
<i>No es poden posar en dones que no han parit mai</i>	13,3%	6,25%

<i>Totes són falses</i>	75,5%	68,75%
-------------------------	-------	--------

Taula 14. Percentatge de resposta d'estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre l'eficàcia del DIU.

Quina creus que és l'eficàcia real del DIU?		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
92%	13,3%	18,75%
99,8%	42,2%	37,5%
96%	40%	43,75%
86%	4,4%	0%

Taula 15. Percentatge de resposta d'estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre la contracepció postcoital o d'urgència.

Quina és la correcta sobre la contracepció postcoital o d'urgència?		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>Atura el procés d'ovulació, dificulta la fecundació de l'òvul pels espermatozoides i/o, en cas de produir-se, evita que l'òvul s'implanti a l'úter.</i>	96%	94%
<i>Es pot utilitzar com un mètode contraceptiu de forma regular.</i>	0%	6%
<i>En cas de vòmit, les 3 hores posteriors a l'administració del medicament, no cal tornar-lo a prendre.</i>	2%	0%
<i>El seu preu es situa entre els 5 euros.</i>	2%	0%

Taula 16. Percentatge de resposta de les estudiants d'infermeria i d'educació infantil sobre els coneixements que tenien en relació a la prevenció de les ITS.

<i>Quins dels següents mètodes prevé infeccions de transmissió sexual?</i>		
Respostes	Infermeria	Educació infantil
<i>Anella vaginal</i>	0%	0%
<i>Preservatiu</i>	100%	100%
<i>DIU</i>	0%	0%
<i>Tots</i>	0%	0%