

Nicole López Hernández

Patricia Prats Romero

**ADHERENCIA Y ASESORAMIENTO EN ANTICONCEPTIVOS ORALES
COMBINADOS. UNA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por: Dra. María Inmaculada De Molina Fernández

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

COMARRUGA 2024

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora, Dra. María Inmaculada de Molina Fernández, su esfuerzo, dedicación y paciencia. Gracias por guiarnos en todo momento, ser constante y estar siempre dispuesta a dedicarnos parte de tu tiempo durante la elaboración de nuestro trabajo de fin de grado. Ha sido un placer aprender de ti.

En segundo lugar, al Dr. Francesc Valls Fonayet por ayudarnos con el análisis de los resultados de la investigación.

También queremos agradecer a Delian Marsal Guardiola por facilitarnos todos los correos electrónicos de nuestras compañeras.

Una especial mención a nuestras familias, que nos han acompañado durante todo el proceso.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	8
3. HIPOTESIS	8
4. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	9
CAPÍTULO I: ANTICONCEPCIÓN	9
Historia de la anticoncepción oral combinada	9
Utilización de los métodos anticonceptivos en España según la Sociedad Española de Contracepción	10
CAPÍTULO II: ANTICONCEPCIÓN ORAL COMBINADA.....	11
Mecanismo de acción	12
Eficacia	12
Ventajas de los AOC.....	13
Efectos adversos de los AOC	14
Contraindicaciones de los AOC	16
Mitos de los anticonceptivos orales	17
CAPÍTULO III: ADHERENCIA AL MÉTODO	18
Escala de valoración de la adherencia	19
Factores que afectan a la adherencia	19
CAPÍTULO IV: ASESORAMIENTO.....	20
Fomento de la toma de decisión de la elección del método de forma compartida con el sanitario	21
5. METODOLOGÍA.....	23
5.1. Diseño de estudio.....	23
5.2. Población de estudio.....	23
5.3. Ámbito de estudio.....	23

5.4.	Técnica de muestreo.....	24
5.5.	Muestra.....	24
5.6.	Instrumentos de recogida de información	25
5.7.	Variables.....	25
5.8.	Aspectos éticos	25
6.	RESULTADOS	26
7.	DISCUSIÓN	37
8.	CONCLUSIÓN	39
9.	LIMITACIONES	40
10.	REFERENCIAS	41
11.	ANEXOS	46
	ANEXO I.....	46
	ANEXO II.....	49

RESUMEN

Introducción: El 75,7% de las mujeres españolas utilizan algún método anticonceptivo, siendo la píldora el segundo más común después del preservativo. Los anticonceptivos orales combinados requieren de una toma diaria para garantizar su eficacia y evitar embarazos no deseados. Un asesoramiento individualizado en el que la mujer sea partícipe de la toma de decisiones puede favorecer la adherencia al tratamiento.

Metodología: Este trabajo evaluó la adherencia al método anticonceptivo oral combinado mediante la escala Morisky Medication Adherence Scale 4-item (MMAS-4) y factores que podían influir en ella. El estudio se realizó en 81 estudiantes de enfermería de entre 20 y 24 años de la Seu del Baix Penedès y el Campus Catalunya de la Universidad Rovira i Virgili. Las participantes respondieron de forma voluntaria y anónima a través de una encuesta.

Resultados: Únicamente 13 mujeres resultaron adherentes al tratamiento. Más de la mitad de las participantes no recibió información sobre los diferentes métodos disponibles ni se valoraron sus preferencias. Además, la mayoría se planteó abandonar el tratamiento con píldoras anticonceptivas por los efectos secundarios y los olvidos recurrentes.

Conclusión: Los anticonceptivos orales combinados (AOC) precisan de una gran implicación por parte de la usuaria para garantizar el efecto esperado. Aun así, este método se prescribe sin tener en cuenta si la mujer presenta la condición de cumplidora.

Palabras clave: anticoncepción, anticonceptivos orales combinados (AOC), adherencia, interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), asesoramiento.

ABSTRACT

Introduction: 75.7% of Spanish women use some form of contraception, with the pill being the second most common method after the condom. Combined oral contraceptives require daily intake to ensure their effectiveness and prevent unwanted pregnancies. Individualized counseling, where the woman actively participates in the decision-making process, can promote adherence to the treatment.

Methodology: This study evaluated adherence to the combined oral contraceptive method using the Morisky Medication Adherence Scale 4-item (MMAS-4) and factors that could influence it. The study was conducted among 81 nursing students aged 20 to 24 from Seu del Baix Penedès and Campus Catalunya of Rovira i Virgili University. Participants responded a survey voluntarily and anonymously.

Results: Only 13 women were adherent to the treatment. More than half of the participants did not receive information about the different available methods, nor were their preferences considered. Additionally, the majority considered discontinuing the contraceptive pill due to side effects and frequent forgetfulness.

Conclusion: Combined oral contraceptives (COCs) require significant involvement from the user to ensure the expected effect. Nevertheless, this method is prescribed without considering whether the woman meets the conditions for adherence.

Keywords: contraception, oral combined contraceptive pill, adherence, voluntary termination of pregnancy, counseling.

1. INTRODUCCIÓN

La anticoncepción surgió a raíz de la necesidad de mantener relaciones sexuales sin la preocupación de que se produjera un embarazo (1). Según la Sociedad Española de Contracepción (SEC), el 75,7% de las mujeres en España utilizan alguno de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles. El método más popular es el preservativo masculino con un 35,7%, seguido de los AOCs con un 17% (2). Este último es un método hormonal que precisa de un perfecto cumplimiento para garantizar su eficacia al ser un método usuario dependiente (3).

Se entiende por adherencia la toma diaria del comprimido en el mismo horario por parte de la mujer. Además de considerar las precauciones que lleva a cabo para evitar embarazos en el supuesto de presentar olvidos o estar tomando otros tratamientos que puedan interferir en la eficacia de los AOC (3).

Los problemas de adherencia o de no utilización de métodos durante las relaciones sexuales, son los responsables de los embarazos no deseados y sus consecuencias. Durante el año 2022, en España se registraron 98.316 interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), de las que solo en un 10% de los casos había una causa médica que lo justificase (4). Los problemas de adherencia a los AOCs reducen su eficacia real pasando de un 99%, medida en condiciones ideales, al 92%, que, expresado como Índice de Pearl, equivale a que 8 de cada 100 mujeres se quedan embarazadas durante un año de uso del anticonceptivo (5). El principal motivo de la mala adherencia a los AOCs es por el retraso en la toma del comprimido u olvidar hacerlo (3).

Es fundamental el papel de los profesionales a la hora de brindar un asesoramiento individualizado y fomentar la toma de decisiones compartidas ya que puede mejorar el uso de los anticonceptivos. Según la bibliografía, puede favorecer a la disminución de los casos de IVEs (6,7). El profesional debe conversar con la mujer para conocer cuáles son sus necesidades, considerando su estilo de vida, facilidad para el cumplimiento terapéutico, sus preferencias, rutina diaria, etc. De esta manera, se incentiva a que sean ellas mismas las que tomen una decisión libre, pudiendo favorecer así la adherencia al tratamiento (3,7). No obstante, ante la demanda de prescripción de AOCs, son los profesionales quienes deberían considerar si la mujer podría cumplir con la toma adecuada de los comprimidos. La escala de adherencia Morisky-Green de 4 ítems (MMAS-4) es una herramienta útil que permite valorar si la mujer cumple con la condición de adherente de manera rápida antes de la prescripción del método (5).

Una vez iniciado el tratamiento con AOC, realizar seguimiento es un aspecto clave para vigilar signos de alarma, investigar los problemas que puedan surgir, valorar los efectos secundarios y reforzar la elección (8).

Ante todo lo expuesto, la finalidad principal de esta investigación es estudiar la condición de adherencia de un grupo de jóvenes universitarias de Tarragona y del Baix Penedès a partir de la escala MMAS-4. Conocer las fuentes de información que utilizan estas jóvenes en materia de planificación familiar y, explorar sus experiencias durante el asesoramiento profesional.

2. OBJETIVOS

El objetivo de esta investigación es conocer la condición de adherente/cumplidora de jóvenes estudiantes universitarias de entre 20 y 24 años del Camp de Tarragona y el Baix Penedès, que utilizan anticonceptivos orales combinados.

A partir de este objetivo se han desarrollado los siguientes objetivos específicos:

- a) Estudiar la condición de adherentes/cumplidoras de jóvenes estudiantes universitarias de entre 20 y 24 años del Camp de Tarragona y el Baix Penedès, que utilizan AOCs, con la escala de adherencia Morisky-Green MMAS-4.
- b) Conocer si estas jóvenes estudiantes universitarias de entre 20 y 24 años percibieron que habían recibido asesoramiento de un profesional sanitario (ginecóloga o comadrona) para la elección de un método anticonceptivo.
- c) Analizar las fuentes de información utilizadas por las jóvenes universitarias sobre los métodos anticonceptivos.
- d) Conocer si las jóvenes estudiantes percibieron durante el asesoramiento profesional ante una demanda de contracepción, que se exploró qué método se adaptaba más a ellas y su estilo de vida.
- e) Determinar si les ofrecieron la opción de acudir de nuevo a la consulta para realizar un seguimiento.
- f) Conocer si las jóvenes estudiantes universitarias en tratamiento con AOC han precisado la píldora postcoital.
- g) Identificar si las jóvenes estudiantes universitarias tuvieron olvidos durante el tratamiento y supieron cómo actuar.

3. HIPOTESIS

No se explora la condición de adherencia en las mujeres a las que se les prescribe o utilizan AOC durante el proceso de asesoramiento profesional en la consulta.

4. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

CAPÍTULO I: ANTICONCEPCIÓN

Según la Real Academia Española (RAE), la anticoncepción es la acción que trata de evitar que se produzca la concepción (9). Esto se puede llevar a cabo mediante diferentes técnicas, fármacos y/o dispositivos que impiden la fecundación (10).

Historia de la anticoncepción oral combinada

La sexualidad siempre ha formado parte del ser humano desde sus inicios. Al principio, se consideraba que los embarazos se producían por causas divinas, pero no fue hasta la edad de bronce, en el año 2.000 a.c, que el humano encontró cierta relación entre el coito y la fecundación. Fue entonces cuando empezó a aparecer la necesidad de controlar la natalidad, ya que el exceso de población comenzaba a ser un problema (11), de esta manera surgió la anticoncepción. En cuanto se conoció que el espermatozoides tenía un papel importante en la concepción, empezaron a aparecer algunos métodos que buscaban la eliminación de este o la imposibilidad de que llegara al útero (11).

Más adelante, entre 1897 y 1898, los científicos Beard y Prenat investigaron sobre el funcionamiento del ciclo ovárico concluyendo que era posible suspender la ovulación durante los meses de embarazo gracias a una sustancia producida por el cuerpo lúteo, por lo que se planteó la posibilidad de generar un anticonceptivo hormonal que suspendiera la ovulación (1).

El bioquímico alemán Adolph Butenandt, entre 1929 y 1934 extrajo los primeros esteroides sexuales, mientras que Russel Marker, en 1942, fue capaz de conseguir grandes cantidades de progesterona. Él mismo fundó el laboratorio Syntex donde generaba progesterona sintética, a la vez que los laboratorios Schering, localizados en Alemania, consiguieron descubrir el estradiol y lo adaptaron para poder administrarlo por vía oral (1).

Las investigaciones del científico Min-Chueh Chang se centraron en conocer las dosis necesarias para evitar que se produjera el embarazo. Sus resultados junto con los de otros científicos, hicieron que fuera capaz la experimentación de la píldora en humanos. Esta, fue llevada a cabo por el jefe de obstetricia y ginecología de la universidad de Harvard, John Charles Rock, el cual realizó un ensayo con 50 mujeres a las que les administró gestágenos por vía oral.

Los resultados indicaban que los gestágenos inhibían la ovulación y el estrógeno reducía o incluso evitaba que tuvieran sangrados menstruales irregulares (1).

La organización gubernamental de Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA – Drugs), aprobó en 1957 la comercialización de la píldora anticonceptiva Enovid. Este solamente podía ser prescrito para el tratamiento de abortos espontáneos y trastornos menstruales. En noviembre de 1959 se aprobó como anticonceptivo, pero con una concentración reducida de noretinodrel y mestranol. Fue el primer anticonceptivo hormonal combinado, que finalmente se comercializó en 1960. En España llegó como una opción para controlar las irregularidades del ciclo, pero debido a la gran influencia que en aquel momento se le otorgaba a la iglesia católica, no pudo prescribirse como anticonceptivo hasta que terminó la dictadura de Francisco Franco (1).

Para que tuviera un correcto efecto anticonceptivo, era necesario tomar los comprimidos diariamente, pero debido a un mal cumplimiento, se iniciaron investigaciones para la mejora de la adherencia al tratamiento. Esto hizo que se valoraran otras vías de administración. La FDA comercializó en 2001 el parche transdérmico y en el 2003 ya se encontraba por todo Europa. El anillo vaginal fue estudiado durante cuarenta años hasta su comercialización en España en el 2002 (1).

Utilización de los métodos anticonceptivos en España según la Sociedad Española de Contracepción

La SEC realiza cada dos años una encuesta que revela los hábitos que mantiene la población femenina de entre los 15 y los 49 años de España sobre el uso de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales.

En la encuesta de 2022, la media de edad de inicio de las relaciones sexuales en España es de 18,3 años. El 86,8% de las mujeres de entre 15 a 49 años, afirma haber mantenido relaciones sexuales alguna vez en su vida (12).

Según la Sociedad Española de Contracepción, el uso de métodos anticonceptivos desde el 2020 al 2022 aumentó 5,4 puntos en España. La franja de edad en la que hay una mayor utilización de los métodos anticonceptivos es de 20 a 24 años y medida que aumenta la edad, disminuye su uso.

El 50,4% de las mujeres encuestadas, refiere utilizar un método contraceptivo en sus relaciones sexuales, mientras que el 24,9% refiere no utilizarlos. Esto último es más recurrente en mujeres con pareja estable con la que convive y que son de nacionalidad española (12).

Entre los motivos por los cuales las mujeres menores de 20 años deciden no hacer uso de algún método es por desinterés, incomodidad, desconfianza o por ausencia de relaciones sexuales. En cambio, en la franja de edad entre 25 y 29 años, los motivos que influyen en esta decisión son los relacionados con los efectos secundarios que puedan desarrollar con los diferentes métodos o los problemas de tolerancia (12).

CAPÍTULO II: ANTICONCEPCIÓN ORAL COMBINADA

Los AOCs son preparados que forman parte del grupo de los anticonceptivos hormonales. Estos, se componen de dos fármacos, los estrógenos y los progestágenos, ambos sintéticos. Como bien indica su nombre, este tipo de anticonceptivos se administran vía oral, y su objetivo principal es la supresión de la ovulación (13).

Dentro del grupo de los AOCs, podemos encontrar diferentes formas de preparados según la manera en que se administran o en que se alternan estas hormonas sintéticas. La primera forma y la más común, es la denominada combinada monofásica, la cual trata de administrar un comprimido vía oral combinado con las dos hormonas, de dosis constante, diariamente durante 21 días. Existe otro régimen conocido como formulación bifásica, en este caso los comprimidos que se toman contienen siempre igual dosis de estrógenos, mientras que la dosis de gestágenos aumentará a mitad del ciclo. Otra forma de preparado es la forma combinada trifásica, en estos comprimidos la dosis de las hormonas sintéticas varía a lo largo del ciclo menstrual fisiológico de la mujer, de esta forma se consigue un mayor asemejo a este (14) . Por último, existen dos formas más que actualmente se encuentran en desuso debido a que tienen una eficacia mucho menor. Estas son la forma secuencial y la píldora mensual. En la primera únicamente se administra un comprimido vía oral con estrógenos durante los primeros 10 días, seguidos de 11 días con comprimidos combinados de fármacos. La segunda se basa en la administración de un único comprimido con dosis elevadas de estrógenos y gestágenos el día 26 de cada ciclo menstrual (15).

Mecanismo de acción

El progestágeno actúa a nivel de la hipófisis, provocando la suspensión de la secreción de FSH (hormona foliculoestimulante) y el pico de LH (hormona luteinizante), lo que impide la ovulación porque los niveles de FSH no son los indicados para que el ovario seleccione el folículo dominante. De esta manera, no se puede producir la fecundación. Esta hormona también es la encargada de impedir el crecimiento del endometrio, dificultando la implantación de un blastocisto (1).

Al combinarse, los estrógenos incrementan la acción del progestágeno estabilizando el endometrio, por lo que el sangrado menstrual se reduce en cantidad y el ciclo se regula (1). Además, los progestágenos, tienen acción directa sobre la motilidad de las trompas uterinas y el moco cervical. En las trompas, reduce la función de transportar y nutrir a los espermatozoides, dificultando su llegada al óvulo. En cuanto al moco cervical, se espesa, la cantidad disminuye y se vuelve más ácido dificultando la entrada de los espermatozoides y su transporte (1).

Eficacia

La eficacia de los métodos anticonceptivos se evalúa mediante el índice de Pearl, indicando el número de embarazos en 100 mujeres que utilizan un determinado método anticonceptivo durante un año (15).

Dicho índice, clasifica todos los métodos anticonceptivos según su eficacia de la siguiente forma: un método considerado muy eficaz, sería aquel que se encuentra en un índice de Pearl entre 0 y 0,9 embarazos por cada 100 mujeres, mientras que un índice de 20 o más embarazos por cada 100 mujeres, se consideraría menos eficaz (16).

Para garantizar los efectos esperados de la píldora, es necesario ingerir un comprimido cada 24 horas, se recomienda que la pastilla se tome siempre a la misma hora ya que ayuda a crear un hábito para evitar los olvidos. En el caso de omitir una toma, se debe valorar si el olvido se ha producido hace menos de 12 horas de la toma habitual, o si, por el contrario, han pasado más de 12 horas. En el primer supuesto, bastaría con tomar la píldora en el mismo momento en que se recuerde y seguir con el horario de toma habitual, sin ser necesario adoptar otra medida anticonceptiva.

En cambio, en el segundo supuesto, aparte de tomar la píldora enseguida y continuar con la toma habitual, será necesario el uso de un método barrera durante esta primera semana posterior al olvido (17).

Ventajas de los AOC

Antes de recetar cualquier tipo de fármaco, en este caso cualquier fármaco anticonceptivo, es importante ceñirse a las características de la mujer, estilo de vida y necesidades, para así poder realizar una correcta evaluación de los riesgos-beneficios que comporta la iniciación del tratamiento (18).

Los anticonceptivos orales combinados, además de reducir el riesgo de embarazo no deseado y, en consecuencia, también la disminución del número de abortos, contienen múltiples beneficios no contraceptivos que pueden motivar a las usuarias a iniciar su toma. Estos son los siguientes:

- **Ciclo menstrual:** Los comprimidos pueden regular el ciclo menstrual, haciendo que sean menos duraderos y reduciendo la cantidad de sangrado. Además, son efectivos a la hora de eliminar las molestias menstruales o dismenorrea. En algunos casos, también pueden ocasionar amenorrea debido a las cantidades de progestina (18,19).
- **Embarazo ectópico:** Las mujeres que hagan uso de los AOC, tienen menos riesgo de sufrir un embarazo ectópico, es decir, disminuye la probabilidad de que el óvulo fecundado se implante fuera de la cavidad uterina (14,19).
- **Síndrome premenstrual:** Hablamos de síndrome premenstrual cuando nos referimos a la aparición de algunos síntomas, tanto físicos como psicológicos, que se dan al final de la fase lútea y hasta la menstruación en ausencia de patología orgánica. Cuando estos síntomas premenstruales empiezan a afectar a las actividades básicas de la vida diaria, se denomina trastorno disfórico premenstrual. Tanto el síndrome premenstrual como el trastorno disfórico premenstrual pueden tratarse mediante la inhibición de la ovulación, acción que realizan los anticonceptivos orales combinados (18).

- **Enfermedad inflamatoria pélvica:** La incidencia de la enfermedad es menor en aquellas mujeres que hacen uso de las píldoras anticonceptivas, además, los cuadros clínicos que experimentan estas mujeres con tratamiento activo son de menor severidad, reduciendo consecuentemente el riesgo de hospitalización (14,19).
- **Acné, seborrea e hirsutismo:** El hiperandrogenismo puede ser el causante de acné y de hirsutismo (vello terminal en el rostro), también de exceso de seborrea. Se ha observado que el acné puede reducirse gracias a los anticonceptivos orales, además de provocar una disminución de hirsutismo y de seborrea (14,18).
- **Síndrome del ovario poliquístico:** Los anticonceptivos orales combinados son un tratamiento útil para las mujeres que sufren SOP, debido a que, al reducirse la cantidad de andrógenos, reducen algunos de los síntomas principales que causa dicha afectación (hirsutismo, acné, dismenorrea irregularidad menstrual, etc.) (18).
- **Enfermedad mamaria benigna:** Al utilizar los anticonceptivos orales, se genera cierta protección frente a algunos tumores benignos que pueden aparecer en las mamas (14).
- **Osteoporosis:** El efecto de los estrógenos hace que la densidad ósea aumente, es por ello que, las mujeres que utilizan anticonceptivos orales tienen una mayor densidad ósea. Este tipo de fármacos puede utilizarse para prevenir la osteopenia en aquellas mujeres que tienen riesgo de sufrirla (14).
- **Cáncer ovárico:** La probabilidad de sufrir esta enfermedad disminuye en aproximadamente un 40% gracias al uso de anticonceptivos orales. Cuanto mayor sea el tiempo de uso de estos, mayor es la reducción del riesgo. Es común que sean recetados como quimioprotectores frente a mujeres con alto riesgo de padecer cáncer ovárico (14,19).
- **Cáncer endometrial:** El uso de los anticonceptivos orales reduce también el riesgo de sufrir esta neoplasia alrededor de un 50%. Como en el cáncer ovárico, la protección aumenta con su uso (14).

Efectos adversos de los AOC

Por otro lado, el tratamiento con anticonceptivos orales combinados también produce efectos adversos no deseados en el organismo.

Estos pueden clasificarse como efectos adversos menores (aquellos que no generan un riesgo médico y que probablemente desaparecerán tras los primeros meses de tratamiento) y efectos adversos mayores (los cuales suponen un incremento del riesgo para la usuaria que hace uso del tratamiento). Es realmente importante hacer conocida de estos efectos adversos a las usuarias, para evitar así una discontinuidad del método (13 18).

Efectos adversos menores:

- **Náuseas y vómitos:** Es dependiente de la dosis de estrógenos ingerida, es decir, a mayor dosis, mayor riesgo de padecer náuseas y vómitos (14,19).
- **Cefaleas y migrañas:** A pesar de que este efecto adverso aparece con frecuencia en los prospectos de los AOCs, esta relación no siempre es cierta. Lo que sí se puede afirmar, es que mediante la reducción de estrógenos puede reducirse también la cefalea (14,19).
- **Acné:** De igual manera que podíamos obtener una mejoría del acné mediante el tratamiento, también puede exacerbarse por el mismo. Lo cierto es, que aquellos anticonceptivos poco androgénicos lo mejorarán, mientras que aquellos que tienen dosis altas de andrógenos, pueden favorecer la aparición del acné (14,19).
- **Tensión mamaria o mastalgia:** El dolor mamario a menudo puede ser producido por el exceso de agua acumulado debido a la interrupción de gestágenos durante el periodo de descanso de la píldora (comprimidos placebo) (14,19).
- **Aumento de peso:** No existen evidencias que confirmen que este efecto puede ser debido a los AOCs, a pesar de que se cree que algunos mecanismos pueden estar relacionados, como el aumento de la retención hídrica o la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono (14,19).
- **Cloasma:** Se refiere a una hiperpigmentación amarronada delimitada en el rostro, esta, ocurre durante los primeros 20 meses de inicio del tratamiento. La incidencia aumenta proporcionalmente con el uso (14,19).
- **Alteración en el patrón de sangrado:** Los AOCs provocan un adelgazamiento de la pared del endometrio que puede producir un ligero sangrado durante los primeros meses. Además, el endometrio tiende a volverse más frágil y débil, lo que puede provocar pequeñas roturas en los vasos sanguíneos y sangrados intermenstruales posteriores a los primeros meses (14,19).

- **Cambios de humor:** La depresión o el desinterés sexual se pueden desencadenar en ciertas mujeres por la toma de anticonceptivos orales combinados a altas dosis (14,19).
- **Patologías hepáticas:** En ocasiones, los estrógenos pueden influir en la función hepática. En este caso, las mujeres que hacen uso de los AOCs tienen más riesgo de sufrir una patología hepatobiliar (14).

Efectos adversos mayores:

- **Coagulación y trombosis venosa profunda (TVP):** Los factores de coagulación aumentan con altas dosis de estrógenos, es decir, a mayor dosis estrogénica, mayor estado de hipercoagulabilidad. Es por ello por lo que, el riesgo de sufrir TVP aumenta en las usuarias que hacen uso del tratamiento (14,19).
- **Hipertensión arterial:** El uso de anticonceptivos puede inducir a la hipertensión arterial. Suele ocurrir normalmente durante los primeros meses de tratamiento (14,19).
- **Cáncer de cérvix:** Aquellas mujeres que hacen uso a largo plazo de los AOCs tienen un riesgo aumentado de sufrir cáncer de cérvix. Además, el uso de la píldora se asocia a una disminución de la combinación con métodos barrera, por lo que aumenta el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), pudiendo derivar en cáncer de cérvix (20).
- **Cáncer de mama:** Los estrógenos pueden actuar como promotores del proceso neoplásico, aunque el incremento del riesgo es muy pequeño (14).

Contraindicaciones de los AOC

Los criterios de elegibilidad son un conjunto de normas y recomendaciones que facilitan la elección del método anticonceptivo, los cuales integran el riesgo que supone su uso para la salud de la mujer (21). Son descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se dividen en 4 categorías.

- Categoría 1: no existe ninguna restricción. La usuaria puede utilizar el método en cualquier circunstancia (14,22).
- Categoría 2: en esta categoría los riesgos son menores que las ventajas, con lo cual, en general se aconseja su uso (14,22).

- Categoría 3: el uso del método no se recomienda, pero en el caso de que no haya otras opciones disponibles, se aconseja su manejo con cautela (14,22).
- Categoría 4: el uso está totalmente contraindicado (14,22).

Tabla 1. Precauciones para el uso de AOC (14)

Categoría 3	Categoría 4
<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia a partir de las 6 semanas a 6 meses. - Interacciones farmacológicas. - Mayor de 35 años y fumadora (< de 20 cigarros al día). - Primeros 21 días del posparto. - Colecistopatía. - Presencia de sangrado vaginal o uterino (no diagnosticado). - Haber padecido cáncer de mama, pero sin recaídas en los últimos 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia durante las primeras 6 semanas postparto. - Embarazo. - Mayor de 35 años y fumadora (>= de 20 cigarros al día). - Cáncer de mama. - Hepatopatía. - Cirugía mayor que requiera una inmovilización prolongada. - Hipertensión arterial (>160/100 mm Hg). - Tromboembolismo venoso. - Enfermedad arterial coronaria o cerebrovascular. - Enfermedad estructural cardíaca. - Diabetes con complicaciones. - Cefaleas con síntomas neurológicos focales.

Mitos de los anticonceptivos orales

Son muchas las preocupaciones que surgen de las mujeres españolas a la hora de iniciar un tratamiento con anticonceptivos orales, principalmente por los efectos secundarios. Si bien, es cierto que la píldora que se legalizó en los años sesenta, la cual tenía dosis muy elevadas de estrógenos y causaba los efectos secundarios más graves, no tiene prácticamente nada que ver con la píldora que se comercializa actualmente. Las píldoras de hoy en día contienen la dosis mínima para conseguir un efecto anticonceptivo eficaz, intentando que se reduzcan al máximo estos efectos secundarios.

A pesar de ello, hay muchas mujeres reacias a la idea de iniciar el tratamiento debido a las múltiples preocupaciones que les invaden (23).

Uno de los principales problemas es la falta de comunicación y la poca formación específica en anticoncepción en España. De ahí, surgen diversos mitos e inquietudes por parte de las usuarias acerca de estos fármacos. Los más comunes son los siguientes (23):

- **Los anticonceptivos orales afectan a la fertilidad.** Lo cierto es que no. Las mujeres que abandonen su tratamiento con AOC podrán quedarse embarazadas. Actualmente los anticonceptivos orales tienen una menor dosis de hormonas, por lo que es posible el desarrollo folicular una vez se abandone la toma de los comprimidos (14).
- **Si tomo durante muchos años la píldora, tengo que hacer “descansos”.** No es necesario. Una vez se abandona el método, el ciclo ovárico vuelve a su normalidad independientemente del tiempo de uso de los anticonceptivos orales (14).
- **Si tomo anticonceptivos orales aumentaré de peso.** Es uno de los mitos más comunes, y la realidad es que no hay evidencias acerca de que los AOCs produzcan un aumento en el peso corporal (14).

CAPÍTULO III: ADHERENCIA AL MÉTODO

En España se detectan uno de cada tres embarazos en aquellas mujeres que toman realizan un uso incorrecto de su anticonceptivo. La mitad de esos embarazos, se interrumpen de forma voluntaria (24). El Ministerio de Sanidad, en el año 2022 registró en España una tasa de interrupciones voluntarias del embarazo de 11,68 casos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años, siendo Cataluña la comunidad autónoma con más casos registrados (14,87 casos por cada 1.000 mujeres) (25).

Un estudio refiere que el 18% de las mujeres que tuvieron algún olvido no hicieron uso de un segundo método anticonceptivo (3).

Escala de valoración de la adherencia

Es crucial conocer el nivel de cumplimiento del paciente con su tratamiento, ya que esto afecta directamente la eficacia. Por ello, es necesaria la utilización de herramientas que midan la adherencia (26).

En un estudio se realizó una evaluación de la calidad metodológica y psicométrica de los diferentes instrumentos para la valoración de la adherencia. Una de las escalas más utilizadas fue la MMAS-4, donde obtuvo un nivel moderado de evidencia (27).

La escala Morisky Medication Adherence Scale fue validada por primera vez en tratamientos con fármacos hipertensivos en el año 1986 (28).

Originalmente está compuesta por cuatro ítems con respuestas dicotómicas cuyas opciones son únicamente “sí” o “no”. Se considera que una mala adherencia al tratamiento por omisión de tomas podía estar en las cuatro situaciones que se valoran en cada ítem de la escala (28).

Estos son (26):

- ¿Alguna vez olvida usted tomarse la medicación?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Este instrumento es de gran utilidad gracias a su versatilidad. Se adapta a diferentes enfermedades y tratamientos (29).

Factores que afectan a la adherencia

Muchas mujeres no saben cómo actuar frente a una situación de olvido del comprimido, por lo que tampoco saben cuándo deberían utilizar un método anticonceptivo complementario. Esto es uno de los principales factores que afectan negativamente al cumplimiento del anticonceptivo (3).

Por otro lado, el estatus social es un aspecto presente en este ámbito, y es que hay evidencias de que las mujeres económicamente más privilegiadas tienen mayor adherencia que aquellas que pertenecen a un estatus social más bajo, ya que el coste de los AOC también es un factor influyente (3).

Se ha observado que hay una serie de características comunes en las usuarias que afectan a la condición de cumplidora contribuyendo a una mala adherencia del tratamiento (3). Estas características son las siguientes (3):

- Falta de información acerca del método anticonceptivo.
- Dificultad de comprensión en las instrucciones de este.
- Poco o nulo apoyo por parte de la pareja.
- Falta de rutina y dificultad para recordar tomar el fármaco.
- Indiferencia por quedarse embarazada.
- No participó a la hora de escoger el método.

De igual forma que hay factores influyentes en la mala adherencia, también hay otros que mejoran el cumplimiento. Se ha demostrado que aquellas mujeres que tienen información y conocimiento sobre el método participan en su elección, tienen motivación por empezar el tratamiento y además se sienten apoyadas por su pareja o familiares, presentan mayor continuidad y adherencia al método (3).

Además, aquellas mujeres que hacen uso de los AOC con el objetivo de conseguir aquellos beneficios no contraceptivos, como la reducción del acné, sangrado menstrual, dismenorrea, etc. muestran mayor adherencia al tratamiento (3).

La prescripción AOCs genéricos favorece la condición de cumplidora ya que su coste es menor. Además, se ha evidenciado que la prescripción de varios blísteres mejora la continuidad y con ello la adherencia (3).

CAPÍTULO IV: ASESORAMIENTO

Son múltiples las estrategias que se llevan a cabo para mejorar o reforzar la adherencia al tratamiento anticonceptivo (3).

Se ha demostrado que gracias al asesoramiento aumenta la continuidad del método, la satisfacción de la usuaria y mejora el uso gracias a recibir, por parte del profesional, la información necesaria para ello. Además, favorece la disminución de las tasas de embarazos no deseados (6,30).

En un estudio se concluyó que, en función del anticonceptivo sobre el cual el profesional asesore, aumenta la probabilidad de que la paciente lo escoja (6).

Para ello es necesario garantizar un entorno respetuoso y conseguir una relación de confianza entre el profesional y la paciente (7).

Fomento de la toma de decisión de la elección del método de forma compartida con el sanitario

La elección libre e informada juega un papel importante en cuanto a la planificación familiar se refiere, y es que cada mujer es completamente libre de decidir cuándo y cuántos hijos quiere tener, pero para ello, es importante que tome estas decisiones basándose en información verídica y relevante.

Se ha demostrado que aquellas mujeres que participan en la elección de su método anticonceptivo tienden a utilizar el método de forma más continuada y disminuye el riesgo de abandono de este (8).

Para que la elección del método sea correcta, es conveniente comentarlo con un profesional de la salud que pueda orientar y aconsejar a la usuaria siguiendo tres fases (8):

- **Fase pre-elección:** El profesional evaluará las necesidades de la usuaria, el estilo de vida, los problemas de salud, etc. (8).
- **Fase de elección:** En esta fase el profesional le ofrecerá a la usuaria información esencial, relevante, adecuada y comprensible respecto a los métodos anticonceptivos que más podrían adaptarse a ella. No es necesario que se hable de todos los métodos anticonceptivos existentes, pues esto podría saturarla (8).
- **Fase post-elección:** Una vez escogido el método más conveniente, el profesional deberá asegurarse que la información ha sido comprendida por la usuaria. Además, se le realizará un seguimiento para asegurar la continuidad del método y así brindar un buen servicio ayudando y fomentando a toma de decisiones compartidas (8).

Utilizar el método ACCEDA (atender, comunicar, conversar, elegir, describir y acordar otra visita), garantiza que se esté realizando un buen asesoramiento anticonceptivo. Es un guion que recoge una serie de recomendaciones a tener en cuenta a la hora de aconsejar sobre métodos anticonceptivos. Estas se recogen en una tabla en el apartado de “recursos para profesionales” de gencat. Las recomendaciones son las siguientes (7):

- Reciba a la mujer de manera educada y cálida.
- Pregúntele sobre aquellos aspectos de su vida que podrían condicionar la elección de método (rutinas diarias, vida laboral, cumplimiento terapéutico, etc.).

- Hable con ella sobre si tiene la necesidad de protegerse frente las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sobre sus preferencias contraceptivas en el contexto de su vida sexual y reproductiva.
- Ayúdela a decidir qué métodos pueden ajustarse a sus necesidades contraceptivas en función de sus preferencias y estado de salud.
- Facilítele información adecuada sobre los métodos contraceptivos que mejor se adaptan a su situación para que la mujer pueda tomar una decisión informada.
- Facilitar a la usuaria información completa, adecuada y pertinente, así como ofrecer la posibilidad de acudir de nuevo a la consulta o llamar a un número de teléfono si se presentan dudas.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

5.2. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por jóvenes estudiantes de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili (URV) de entre 20 y 24 años del Campus Catalunya y Seu del Baix Penedès.

La Universidad Rovira i Virgili es la universidad pública de Tarragona, Reus, Vilafranca, Tortosa, Vilaseca y el Vendrell. En el último curso académico 2022/2023, la URV, tuvo 12.279 estudiantes de grado. El 40% eran mujeres, mientras que el 60% restante eran hombres (31). En el año 2022, se registraron en Tarragona 1.711 interrupciones voluntarias del embarazo, de las cuales 320 correspondieron a jóvenes universitarias (4).

El estudio se centró en la población estudiantil femenina de la Universidad Rovira i Virgili del Campus Catalunya y de la Seu del Baix Penedès (31), de esta manera se obtuvo una muestra representativa.

Se determinó que las mujeres que iban a formar parte del estudio debían entrar dentro de la franja de edad comprendida entre los 20 y 24 años, ya que es el grupo que más uso hace de los métodos anticonceptivos y que, a su vez, más tasas de IVE registró en el 2022 según las estadísticas mencionadas de la Sociedad Española de Contracepción y del Ministerio de Sanidad (4,12).

5.3. Ámbito de estudio

El Campus Catalunya, que forma parte de la Universidad Rovira y Virgili, se encuentra en Tarragona. Tarragona es una provincia costera catalana que pertenece a la comarca del Tarragonés. Cuenta con una buena oferta comercial, turística y cultural. Su densidad de población es de 2.330,4 habitante/km², con un total de 134.883 habitantes, de los cuales 65.555 pertenecen al sector masculino, mientras que los 69.328 restantes forman parte de un sector femenino (32).

También se estudió la población de estudiantes universitarias de entre 20 y 24 años de la Universidad Rovira i Virgili de la Seu del Baix Penedès, en el Vendrell. Este, es un municipio en crecimiento que se encuentra en la comarca del Baix Penedès.

Cuenta con una densidad de población de 1.061,7 habitantes/ km². El Vendrell está formado por 39.072 habitantes. No se observa una gran diferencia respecto a los sexos, puesto que ambos grupos se encuentran muy igualados. El total de hombres en la población del Vendrell es de 19.298, mientras que 19.774 son mujeres (33).

5.4. Técnica de muestreo

Se accedió a la muestra de estudio a partir de los emails de las estudiantes matriculadas en el grado de enfermería, que fueron proporcionadas por la oficina de apoyo al decanato de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Se redactó un escrito a la decana, Maria Dolors Burjalés, en el que se solicitaba autorización para enviar el cuestionario a las compañeras, explicando los objetivos del trabajo y asegurando la confidencialidad de los datos recogidos. Una vez se obtuvo el permiso, se envió un correo electrónico en el que se adjuntaba el enlace al cuestionario. Fue enviado tres veces en total con el objetivo de obtener un mayor número de respuestas.

5.5. Muestra

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser estudiante de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili entre 20 y 24 años.
- Que utilizaran o hubieran utilizado los AOCs.
- Que tuvieran acceso a Internet.
- Que voluntariamente aceptaran participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- No cumplir con alguno de los criterios de inclusión.

5.6. Instrumentos de recogida de información

La recogida de información se hizo a partir de un cuestionario ad hoc tipo test, de 18 preguntas, creado con la herramienta de Google, *Google formularios*. En este cuestionario se incluyó la escala de valoración validada *Morisky Medication – Taking Adherence Scale – MMAS (4-item)* (Anexo I).

5.7. Variables

- Variables independientes:
 - Educación sanitaria (categórica nominal)
 - Asesoramiento recibido (categórica nominal)
 - Condición de cumplidora (categórica nominal)
 - Seguimiento durante el primer trimestre (categórica nominal)
- Variable dependiente: Adherencia al tratamiento con AOC (categórica nominal)

5.8. Aspectos éticos

Esta investigación garantizó la privacidad y el anonimato de quienes respondieron el cuestionario, tal como consta en la declaración de Helsinki (2013) (34). No se registraron los datos personales de las participantes, únicamente tuvieron en cuenta sus respuestas.

6. RESULTADOS

Participaron en la encuesta 81 mujeres.

Resultados de la encuesta:

Las mujeres se encontraban principalmente en la franja de edad de entre 20 y 22 años (ver figura 1).

Indica tu edad (si tu edad no se encuentra en las opciones, no es necesario que continúes el cuestionario).

81 respuestas

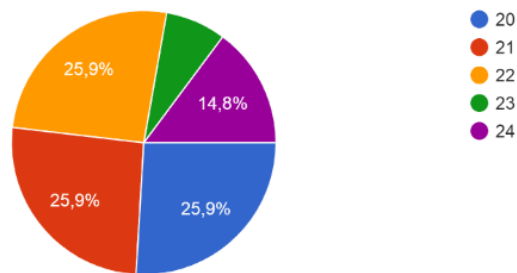


Figura 1. Edad de las participantes. Google Forms

Todas las participantes hacían uso de la anticoncepción hormonal oral combinada (ver figura 2).

¿Utilizas la anticoncepción hormonal oral combinada ("pastillas anticonceptivas")? (si tu respuesta es no, no es necesario que continúes con el cuestionario).

81 respuestas

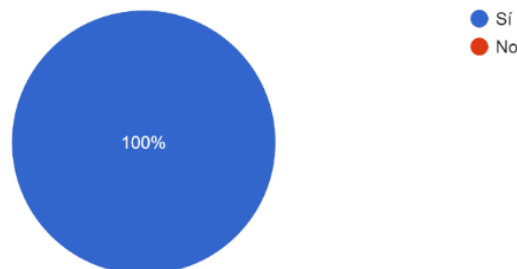


Figura 2: Uso de la anticoncepción hormonal oral combinada. Google Forms

En cuanto a los conocimientos previos sobre el método anticonceptivo antes de iniciar el tratamiento, se reflejó que 14 de las participantes no habían recibido información al respecto (ver figura 3).

¿Recibiste información sobre este método anticonceptivo antes de empezar a utilizarlo?

81 respuestas

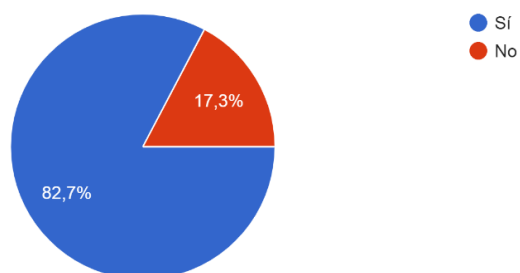


Figura 3: Información previa sobre el método. Google Forms

En esta pregunta las participantes podían seleccionar más de una opción.

Se observó que las mujeres que habían recibido información previa, fue principalmente proporcionada por el ginecólogo, conocidos, amigos o familiares (ver figura 4).

Si la respuesta es afirmativa, ¿De quién recibiste la información?

68 respuestas

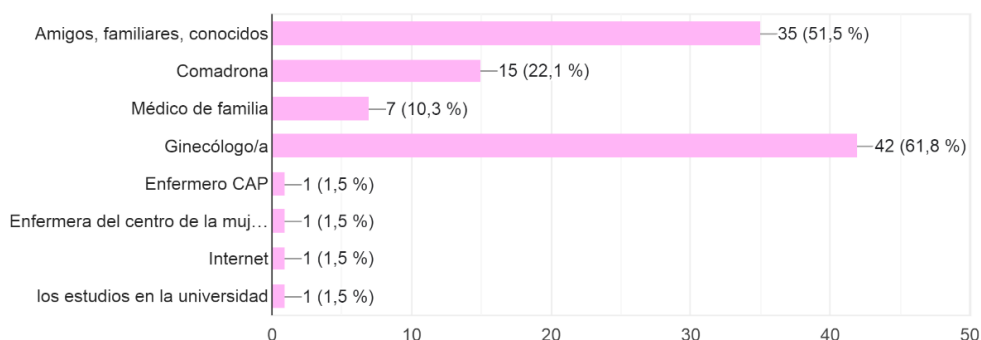


Figura 4: Fuentes de información. Google Forms

Respecto al asesoramiento anticonceptivo, la mayoría de mujeres afirmaron haber acudido a un centro de salud u hospital a solicitarlo (ver figura 5).

¿Acudiste a la consulta de un centro de salud u hospital para pedir asesoramiento anticonceptivo?
81 respuestas

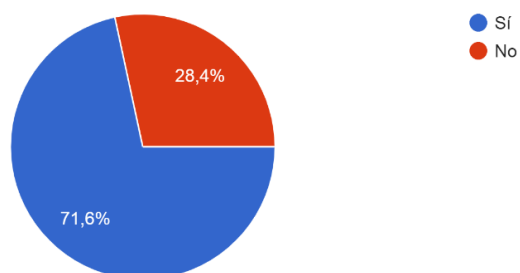


Figura 5: Asesoramiento anticonceptivo. Google Forms

Más de la mitad de las encuestadas (54,3%) no recibió información acerca de los diferentes métodos anticonceptivos. Tampoco se valoró qué método se adaptaba más a sus preferencias y estilo de vida (ver figura 6).

¿Si acudiste a consulta, te explicaron los diferentes métodos anticonceptivos y evaluaron cual se adaptaba más a ti y a tu estilo de vida?
81 respuestas

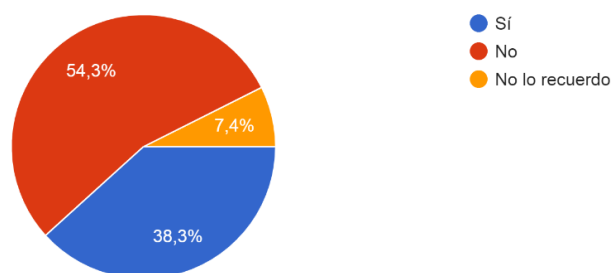


Figura 6: Adaptación del método a la usuaria. Google Forms

De las estudiantes, 19 refirieron haber recibido un seguimiento durante los tres primeros meses por parte del profesional que se las prescribió (ver figura 7).

Después de iniciar el tratamiento ¿Recibiste seguimiento los tres primeros meses por parte del profesional que te las prescribió?

81 respuestas

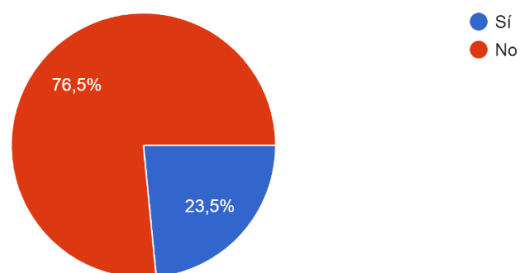


Figura 7: Seguimiento posterior a la prescripción. Google Forms

Más de la mitad de mujeres se planteó abandonar el tratamiento con píldoras anticonceptivas (ver figura 8).

¿Te estas planteando dejar de tomar las píldoras anticonceptivas?

81 respuestas

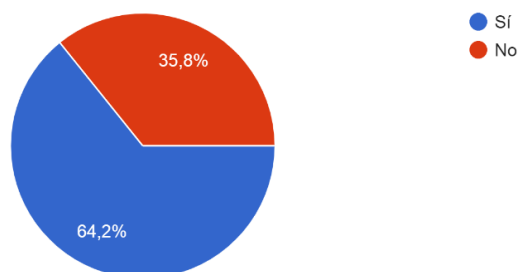


Figura 8: Planteamiento de abandono del método. Google Forms

En esta pregunta las participantes podían seleccionar más de una opción.

Los motivos más comunes por los que las usuarias se plantearon el abandono del método fueron: disminución de la libido, negación ante el tratamiento con hormonas, olvidos recurrentes de la toma del comprimido y aumento de peso (ver figura 9).

Si la respuesta es "sí", ¿Qué te motiva a hacerlo?

52 respuestas

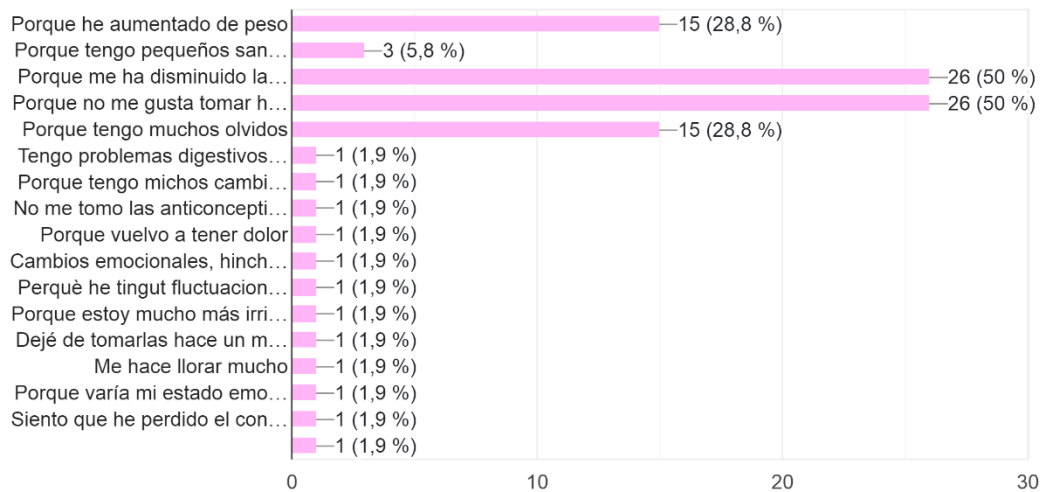


Figura 9: Motivos de posible abandono del método. Google Forms

La mayoría de las participantes afirmó haber olvidado alguna vez tomar el comprimido (ver figura 10).

Las píldoras anticonceptivas requieren de una toma diaria del comprimido para así evitar un embarazo no deseado. ¿Has olvidado alguna vez tomarla?

81 respuestas

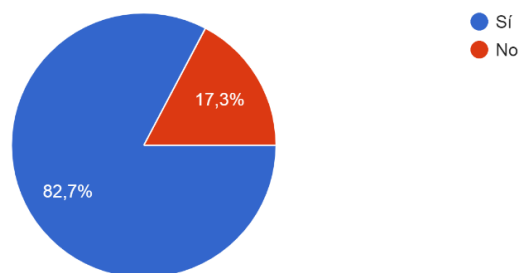


Figura 10: Olvidos de la toma del comprimido. Google Forms

Además, 25 de las estudiantes no sabían cómo actuar ante una situación de olvido de la toma del comprimido (ver figura 11).

¿Sabías cómo actuar cuando olvidaste tomarla?

81 respuestas

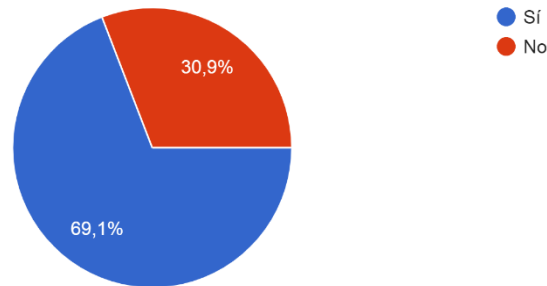


Figura 11: Conocimientos sobre cómo actuar frente al olvido. Google Forms

Las consultas sobre cómo actuar frente al olvido de una toma, fueron principalmente a través de internet. Por otro lado, se observó que otra de las opciones más comunes era preguntar a amigos, familiares y conocidos (ver figura 12).

Si la respuesta es "no", ¿Cómo actuaste?

27 respuestas

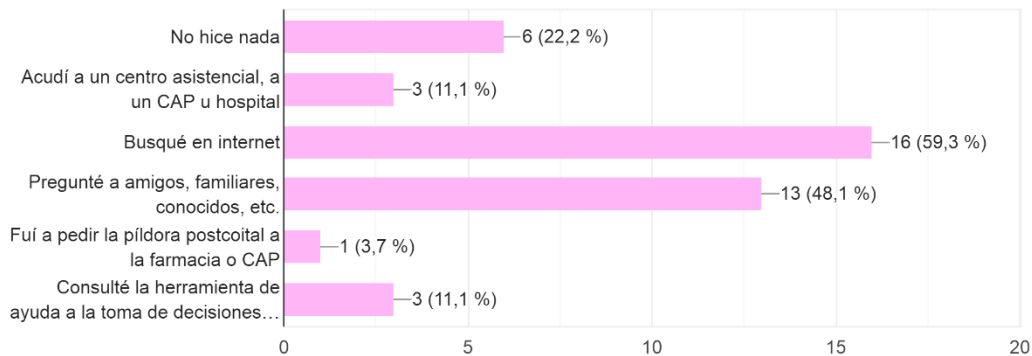


Figura 12: Actuación frente al olvido. Google Forms

Más de un cuarto de las usuarias mantuvo un horario irregular en las tomas (ver figura 13).

¿Tomas la píldora anticonceptiva cada día a la misma hora?

81 respuestas

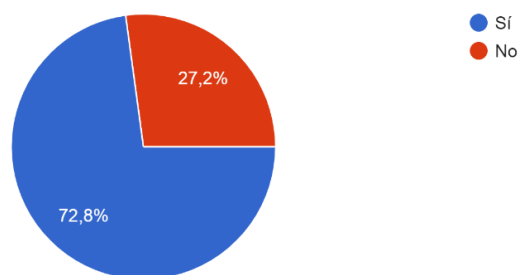


Figura 13: Regularidad en el horario de la toma. Google Forms

El 84% de encuestadas no recurrió a la pastilla del día después por un olvido (ver figura 14).

¿Alguna vez has necesitado tomar la “pastilla del día después” por haberte olvidado alguna dosis de las pastillas anticonceptivas?

81 respuestas

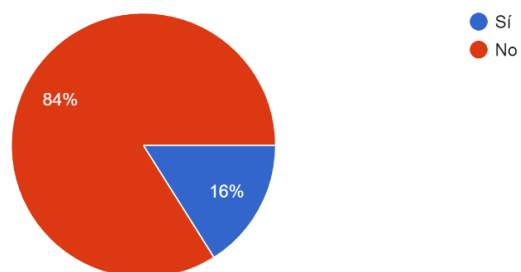


Figura 14: Uso de la píldora postcoital. Google Forms

Cribaje de la condición de adherente/cumplidora:

De las 81 mujeres que respondieron la encuesta, únicamente 13 resultaron ser adherentes, mientras que las restantes no presentaban esa condición.

Los resultados fueron valorados mediante la escala MMAS-4. Las usuarias presentaban la condición de adherente cuando respondían No/Sí/No/No a las siguientes preguntas (26):

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Factores que influyen en la adherencia

Se evaluó el vínculo entre la condición de adherente/cumplidora y la información que recibió antes de usar el método anticonceptivo. El 83,8% de las mujeres no adherentes y el 76,9% de las sí adherentes reportaron haber recibido información, mientras que el 16,2% y el 23,1%, respectivamente, indicaron lo contrario (ver tabla 2).

Tabla 2. Tabla de contingencia. Relación condición adherente con la información recibida antes de usar el método. Jamovi.

Tablas de Contingencia

Tablas de Contingencia		¿Información antes de usarlo?		
		Sí	No	Total
Adherente	Observado	10	3	13
	% de fila	76.9 %	23.1 %	100.0 %
No adherente	Observado	57	11	68
	% de fila	83.8 %	16.2 %	100.0 %
Total	Observado	67	14	81
	% de fila	82.7 %	17.3 %	100.0 %

En segundo lugar, se estudió si había asociación entre la condición de adherente/cumplidora y si la usuaria acudió a la consulta de un centro de salud u hospital para recibir asesoramiento anticonceptivo. En total, 59 mujeres demandó dicho asesoramiento, de las cuales únicamente 10 de ellas resultaron adherentes (ver tabla 3).

Tabla 3. Tabla de contingencia. Relación condición adherente con si recibió asesoramiento. Jamovi.

Tablas de Contingencia

Tablas de Contingencia		¿Pidió asesoramiento?		
		Sí	No	Total
Condición de Adherente	Observado			
	% de fila			
Adherente	Observado	10	3	13
	% de fila	76.9 %	23.1 %	100.0 %
No adherente	Observado	49	19	68
	% de fila	72.1 %	27.9 %	100.0 %
Total	Observado	59	22	81
	% de fila	72.8 %	27.2 %	100.0 %

También se valoró si existía asociación entre la condición de adherente y si el método seleccionado se adaptó a la usuaria. El 41,3% afirmó que le explicaron los diferentes anticonceptivos disponibles y evaluaron cuál se adaptaba más a ella y a su estilo de vida. De estas, solamente 3 mujeres presentaban la condición de cumplidoras (ver tabla 4).

Tabla 4. Tabla de contingencia. Relación condición adherente y si el método seleccionado se adaptó a la usuaria. Jamovi.

Tablas de Contingencia

Tablas de Contingencia		¿Método adaptado a ella?		
		Sí	No	Total
Condición de Adherente	Observado			
	% de fila			
Adherente	Observado	3	10	13
	% de fila	23.1 %	76.9 %	100.0 %
No adherente	Observado	28	34	62
	% de fila	45.2 %	54.8 %	100.0 %
Total	Observado	31	44	75
	% de fila	41.3 %	58.7 %	100.0 %

Por último, se investigó si había vinculación entre la condición de adherente y el seguimiento recibido durante los tres primeros meses por parte del profesional que prescribió el tratamiento. En total, 62 mujeres no recibió dicho seguimiento, de las cuales 55 resultaron no adherentes. Debido a que el valor de $p < 0,05$, podemos afirmar que existe relación entre ambas variables (ver tablas 5 y 6).

Tabla 5. Tabla de contingencia. Relación condición adherente y haber recibido seguimiento. Jamovi.

Tablas de Contingencia

Tablas de Contingencia		¿Recibió seguimiento?		
		Sí	No	Total
Condición de Adherente	Observado			
	% de fila			
Adherente	Observado	6	7	13
	% de fila	46.2 %	53.8 %	100.0 %
No adherente	Observado	13	55	68
	% de fila	19.1 %	80.9 %	100.0 %
Total	Observado	19	62	81
	% de fila	23.5 %	76.5 %	100.0 %

Tabla 6. Resultados χ^2 y test exacto de Fisher. Relación condición adherente y haber recibido seguimiento. Jamovi.

Pruebas de χ^2			
	Valor	gl	p
χ^2	4.44	1	0.035
Test exacto de Fisher			0.067
N	81		

7. DISCUSIÓN

La Sociedad Española de Contracepción indica que la franja de edad que más utiliza métodos anticonceptivos es la de 20 a 24 años con un 84% (2). Por otro lado, el Ministerio de Sanidad, en el año 2022, registró que el grupo de edad que más destaca en número de interrupciones voluntarias del embarazo fue también el de entre 20 y 24 años (25), lo cual muestra una falta de coherencia entre ambas afirmaciones, debido a que, presuntamente, cuanto más gente utilice algún método anticonceptivo, disminuirán los embarazos no deseados y con ello las IVE's. Esto puede estar indicando que no se está haciendo un buen uso de ellos y que existe una falta de adherencia.

Mediante la escala de MMAS-4, se observó que más de la mitad de las jóvenes universitarias que respondieron la encuesta no presentaban la condición de cumplidora. Este dato coincide con los resultados del artículo "Medication Adherence and Contraceptive Counseling", donde se expone que el 60,6% de las mujeres que participaron en el estudio, tenían un cumplimiento deficiente (5). Realizar un buen asesoramiento contraceptivo por parte del profesional podría identificar en primera instancia aquellos perfiles de mujeres que no son posibles cumplidoras del método. El uso de una escala de medición de la adherencia al tratamiento puede ser de ayuda para ello. El test de Morisky – Green de cuatro ítems es una herramienta que se puede incluir de forma rápida y sencilla en la consulta. De esta manera, si las respuestas indicaran una posible falta de adherencia, se podría adaptar el asesoramiento a dicha condición.

En nuestro estudio, el 64,2% de las estudiantes se planteó abandonar el tratamiento, siendo la aparición de efectos secundarios la causa más común de abandono. Un 82,7% de las mujeres, indicó haber tenido algún olvido en la toma del comprimido y, 15 de ellas, se planteaban abandonar el tratamiento por ese mismo motivo. Adarve coincide con los resultados obtenidos, al referir que entre los principales motivos de abandono de los ACOs están la aparición de efectos secundarios y la falta de adherencia (3).

En la investigación realizada también se reflejó que una de las principales formas que tenían las mujeres de obtener información sobre el método anticonceptivo fue a través de amigos, familiares y conocidos, tal y como refiere Adarve (3).

El 71,6% de las estudiantes acudió a un centro de salud u hospital para recibir asesoramiento anticonceptivo. Resultados similares se obtuvieron en el estudio publicado con el título “Medication Adherence and Contraceptive Counseling”, en el que indica que el 64,3% de las mujeres de su muestra acudieron a una clínica para recibir dicho asesoramiento (5). Según la bibliografía aquellas mujeres que participan en la elección del método anticonceptivo tienen una mayor adherencia a este (3).

8. CONCLUSIÓN

El 83,95% de las estudiantes del grado de enfermería de entre 20 y 24 años de la Seu del Baix Penedès y el Campus Catalunya de la URV que utilizaban AOCs, tenían la condición de no cumplidoras. De todas ellas, la gran mayoría (72,8%) afirmó haber recibido asesoramiento de un profesional sanitario para la elección del método anticonceptivo y, tan solo el 41,3% declaró que se habían explorado cuál se adaptaba más a ella y estilo de vida.

Al analizar cuáles fueron las fuentes de información de las estudiantes universitarias sobre los métodos anticonceptivos, se concluye que a pesar de que gran parte de la información fue proporcionada por un profesional sanitario (ginecólogo/a en este caso), muchas de ellas también la obtuvieron de amigos, familiares o conocidos.

Una vez pautado el método anticonceptivo, solamente el 23,5% recibió seguimiento durante los tres primeros meses.

El 16% de las jóvenes estudiantes universitarias participantes, usuarias de AOCs, precisaron de la toma de la píldora postcoital.

El 82,7% de las mujeres presentaron olvidos de forma recurrente y el 30,9% indicaron que no sabían cómo actuar frente a la situación.

9. LIMITACIONES

Algunos de los cuestionarios fueron descartados al presentar incoherencias en sus respuestas.

La muestra de estudio fue limitada, lo que condiciona que los resultados no puedan ser extrapolados a la población en general.

Dentro del apartado de resultados, no se tuvieron en cuenta 6 respuestas ya que estas presentaban sesgo de recuerdo. Es decir, no recordaban con exactitud si al acudir a consulta se les explicaron los diferentes métodos anticonceptivos y se valoraron cuáles eran los que más se adaptaban a ellas.

10. REFERENCIAS

1. Campos EFP, SanAndrés FM, Capdevila CC, Polo IR, Martínez MÁ, Lasa IL, et al. Anticoncepción hormonal combinada. Sociedad Española de Contracepción. Sociedad Española de contracepción [Internet]. :7-105. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/AH_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada.pdf
2. SEC (Sociedad Española de Contracepción). Encuesta SEC de Anticoncepción en España 2022 [Internet]. Vol. 2022, SEC, Sociedad española de contracepción. 2022. p. 9-11. Disponible en: <https://sec.es/encuesta-sec-de-anticoncepcion-en-espana-2022-y-12/>
3. Eva Adarve-Hidalgo, Gemma Falguera GS. Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. Matronas profesión. [Internet]. Vol. 14, Matronas Profesión. 2016. p. 62-6. Disponible en: <https://matronasprofesion.es/investigacion/182/pdf>
4. Ministerio de Sanidad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2022. [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/VE_2022.pdf
5. María Inmaculada de Molina Fernández, Laura Reyes Martí, Miriam De la Flor López, María Jesús Aguarón García, Alba Roca-Biosca, Lourdes Rubio Rico, Rosa Dolors Raventós Torner FVF. Adherencia a la medicación y asesoramiento anticonceptivo [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/9/1304>
6. Lee JK, Parisi SM, Akers AY, Borrero S, Schwarz EB. The Impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use [Internet]. Journal of General Internal Medicine. 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138576/>
7. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recursos per a professionals [Internet]. Decisions Compartides. Anticoncepció. 2021. Disponible en: https://decisionsc compartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio/recursos_professionals/

8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ES. Guía Técnica De Atención En Planificación Familiar. Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar [Internet]. 2008;1-182. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1631.pdf>
9. Real Academia Española. Anticoncepción - Definición - Diccionario de la lengua española - RAE - ASALE [Internet]. Disponible en: <https://dle.rae.es/anticoncepción>
10. GenCat. Información General. Decisiones compartidas. [Internet]. Gencat. 2021. Disponible en: https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/informacio_general_anticoncepcio/#1---que-son-los-metodos-anticonceptivos
11. Reyes-Martí L, Larrosa-Domínguez M, Molina-Fernandez MI. History of contraception and family planning: a narrative review. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2023;27(67):276-88. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/21508>
12. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Anticoncepción. Encuesta de Anticoncepción en España 2022. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. 2022; Disponible en: <https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>
13. Conde DrJCQ, Navarro DrJRS. Protocolo Anticoncepción Hormonal Combinada. Oral, Transdérmica y Vaginal. SEC. 2019;
14. Sánchez R, Martínez O. Guía práctica en anticoncepción oral. Basada en la evidencia. [Internet]. 2003. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/AH_2003_GuiaPracticaAnticOral.pdf
15. Gótiiez HN, Montes JM. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. Ministerio de Sanidad - Servicios a la Ciudadanía - Información Terapéutica. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm

16. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception#:~:text=>
17. Gencat. Anticonceptivos orales combinados. Decisiones compartidas. [Internet]. Vol. 88, Ginecol Obstet Mex. 2021. Disponible en: https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/opcions_tractaments/anticoncepcio_metodes_hormonals/anticonceptius_orals_combinats/index.html#-como-debo-tomarmelos
18. Vincenzo deLleo, María Concetta Musacchio, Valentina Cappelli, Paola Piomboni GM. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307386/>
19. Ramos PR. Enfermería y Planificación Familiar. 2012.
20. Médica SE de O. Cáncer de cérvix [Internet]. 2023. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?start=2>
21. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. [Internet]. 2018. 1-75 p. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1>
22. SEC (Sociedad Española de Contracepción). Criterios De Elegibilidad De La OMS [Internet]. Disponible en: www.hvn.es/servicios...y.../criterios_de_elegibilidad_de_la_oms.pdf%0A%0A
23. SEC (Sociedad Española de Contracepción). Píldora anticonceptiva: verdades y mitos sobre su uso. [Internet]. 2021. Disponible en: <http://sec.es/pildora-anticonceptiva-verdades-y-mitos-sobre-su-uso/>
24. de Molina-Fernandez MI, Reyes-Martí L, De la Flor-López M, Aguarón-García MJ, Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, et al. Medication Adherence and Contraceptive Counseling. Healthcare (Switzerland) [Internet].

- 2023;11(9):1-12. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37174846/>
25. Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad. Datos estadísticos. [Internet]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datos/Estadisticos.htm>
26. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Methods to assess medication adherence. [Internet]. Vol. 59, Ars Pharmaceutica (Internet). 2018. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163
27. Kwan YH, Weng SD, Fang Loh DH, Phang JK, Yi Oo LJ, Blalock D V., et al. Measurement properties of existing patient-reported outcome measures on medication adherence: Systematic review [Internet]. Vol. 22, Journal of Medical Internet Research. 2020. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33034566/>
28. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Innov Pharm [Internet]. 2014;5(3). Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/e663/f04fadce219bd1faab1dbc2b1a1efc772cf2.pdf>
29. Rodríguez Chamorro MA¹, García Jiménez E², Rodríguez Pérez A³, Batanero Hernán C⁴ PME. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. Pharm Care Esp [Internet]. 2020; Disponible en:
<https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572/460>
30. Madden T, Mullersman JL, Omvig KJ, Secura GM, Peipert JF. Structured contraceptive counseling provided by the contraceptive CHOICE project [Internet]. Vol. 88, Contraception. 2013. p. 243-9. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22959396/>

31. Marzal JP. Memòria del curs 2022-23 - Memorias - Conocer la URV - La universidad - Universitat Rovira i Virgili [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.urv.cat/es/universidad/conocer/memorias/curso-2022-23/>
32. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. Tarragona (Tarragonès) [Internet]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/emex/?id=431482&lang=es>
33. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. el Vendrell (Baix Penedès) [Internet]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/emex/?id=431634&lang=es>
34. Asociación Médica Mundial. Declaracion de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

11. ANEXOS

ANEXO I

El cuestionario es el siguiente:

¡Hola! Somos Patricia y Nicole, dos estudiantes de 4º grado de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Nuestro trabajo de fin de grado trata sobre la adherencia a los anticonceptivos orales combinados, comúnmente conocidos como las “pastillas anticonceptivas”. Nuestro objetivo es medir

1. Indica tu edad (si tu edad no se encuentra en las opciones, no es necesario que continúes el cuestionario).
 - 20
 - 21
 - 22
 - 23
 - 24
2. ¿Utilizas la anticoncepción hormonal oral combinada (“pastillas anticonceptivas”)? (Si tu respuesta es no, no es necesario que continúes con el cuestionario).
 - Sí
 - No
3. ¿Recibiste información sobre este método anticonceptivo antes de empezar a utilizarlo?
 - Sí
 - No
4. Si la respuesta es afirmativa, ¿De quién recibiste la información?
 - Amigos, familiares, conocidos.
 - Comadrona
 - Médico de familia
 - Ginecólogo/a
 - Otros (especificar)
5. ¿Acudiste a la consulta de un centro de salud u hospital para pedir asesoramiento anticonceptivo?
 - Sí
 - No

6. ¿Si acudiste a la consulta, te explicaron los diferentes métodos anticonceptivos y evaluaron cuál se adaptaba más a ti y a tu estilo de vida?
 - Sí
 - No
 - No lo recuerdo
7. Después de iniciar el tratamiento ¿Recibiste seguimiento los tres primeros meses por parte del profesional que te las prescribió?
 - Sí
 - No
8. ¿Te estás planteando dejar de tomar las píldoras anticonceptivas?
 - Sí
 - No
9. Si la respuesta es "sí", ¿Qué te motiva a hacerlo?
 - Porque he aumentado de peso
 - Porque tengo pequeños sangrados entre los períodos menstruales
 - Porque me ha disminuido la libido
 - Porque no me gusta tomar hormonas
 - Porque tengo muchos olvidos
 - Otros (especificar)
10. Las píldoras anticonceptivas requieres de una toma diaria del comprimido para así evitar un embarazo no deseado. ¿Has olvidado alguna vez tomarla?
 - Sí
 - No
11. ¿Sabías cómo actuar cuando olvidaste tomarla?
 - Sí
 - No
12. Si la respuesta es "no", ¿Cómo actuaste?
 - No hice nada
 - Acudí a un centro asistencial, a un CAP u hospital
 - Busqué en internet
 - Pregunté a amigos, familiares, conocidos, etc.
 - Fui a pedir la píldora postcoital a la farmacia o CAP
 - Consulté la herramienta de ayuda a la toma de decisiones en anticoncepción "Decisiones compartidas" de gencat.

13. ¿Tomas la píldora anticonceptiva cada día a la misma hora?
- Sí
 - No
14. ¿Alguna vez has necesitado tomar la “pastilla del día después” por haberte olvidado alguna dosis de las pastillas anticonceptivas?
- Sí
 - No

Test Morisky Green MMAS-4

Las siguientes preguntas forman parte de la escala validada Morisky-Green MMAS-4.

Piensa en cualquier medicación al contestarlas, no es específico de la medicación anticonceptiva.

15. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- Sí
 - No
16. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Sí
 - No
17. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Sí
 - No
18. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
- Sí
 - No

ANEXO II

Cronograma

ACTIVIDADES	2023			2024					
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Diseño	■								
Revisión bibliográfica	■	■	■						
Introducción							■		
Objetivos	■	■	■	■			■		
Marco teórico			■	■	■	■			
Metodología	■	■	■						
Elaboración del cuestionario				■					
Envío del cuestionario					■	■	■		
Análisis e interpretación de resultados						■	■	■	
Conclusión y discusión							■	■	
Entregas del borrador	■	■	■	■	■	■	■	■	
Entrega del trabajo final								■	
Elaboración de la presentación								■	■
Defensa									■