



Original

Prevalencia y grado de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres estudiantes de enfermería de Toledo

Patricia Bolado Desiré^a, Zaida Canales Calle^b, Miriam Fernández Oyonarte^c, Antonio Sánchez Masot^a, Alejandro Villarín Castro^{d,*}

^aCentro de Salud Pedro Fuente. Bargas (Toledo). ^bCentro de Salud Santa Barbara. Toledo. ^cCentro de Salud Palomarejos. Toledo.

^dUnidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Toledo.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de febrero de 2023

Aceptado el 31 de agosto de 2023

On-line el 23 de octubre de 2023

Palabras clave:

Anticonceptivos

Anticoncepción postcoital

Enfermedades de transmisión sexual

R E S U M E N

Objetivo. Determinar la prevalencia y características de consumo de anticonceptivos hormonales (ACH) en mujeres jóvenes, incluyendo la anticoncepción de urgencia (AU). Valorar el grado de información sobre mecanismos de acción, efectos secundarios, posología y accesibilidad a dichos fármacos y de métodos barrera, así como la percepción del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS).

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Los sujetos del estudio fueron 200 mujeres universitarias de entre 18 y 25 años. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario *ad hoc*.

Resultados. Un 40 % de encuestadas reconoce estar tomando o haber tomado ACH; el 97 % de estos fármacos habían sido prescritos por un médico. El medio de información más utilizado fue internet (48 %). El método de barrera más utilizado fue el preservativo masculino, aunque solamente el 48,8 % lo usó en todas sus relaciones. El 90,5 % de las encuestadas afirma que los ACH no previenen contraer una ITS. Un 38,9 % ha recurrido al menos una vez a la AU. El 21 % de las que tomaron AU no utilizaron ningún método anticonceptivo para esa relación sexual.

Conclusiones. La prevalencia de mujeres jóvenes usuarias de ACH es elevada. El grado de información de las mujeres acerca de estos medicamentos es aceptable, pero no óptimo. La percepción del riesgo de contraer una ITS es alta, aunque menos de la mitad de la muestra utilizó método barrera en su última relación sexual. Existe una elevada prevalencia de uso de AU.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avillari@sescam.jccm.es (A. Villarín Castro).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.038>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Prevalence and degree of knowledge about the consumption of contraceptives in nursing student women in Toledo

A B S T R A C T

Keywords:

Contraceptive agents
Contraception postcoital
Sexually transmitted diseases

Objective. To determine the prevalence and characteristics of consumption of hormonal contraceptives in young women, including emergency contraception. To evaluate the degree of knowledge about action mechanisms, adverse effects, posology and access to these drugs and barrier methods, as well as the risk perception of being infected with sexually transmitted diseases (STD).

Methods. A descriptive, observational and cross-sectional research was conducted. Subjects were 200 women between 18-25 years old, studying at university. Data collection was accomplished by filling in an *ad hoc* questionnaire.

Results. Analysis of the questionnaire showed that 40% of the subjects admitted being or having been taking hormonal contraceptives. In 97% of the cases, these drugs were prescribed by a physician. Internet was the most consulted resource of information (48%). Male condom was the most frequently used barrier method, despite only 48.8% of the subjects wears it during every sexual encounter. 90.5% of the participants states that hormonal contraceptives do not prevent from being infected from a STD. 38.9% has needed emergency contraception at least once. 21% of those who took the emergency pill had not used a contraceptive method for that sexual intercourse.

Conclusions. Prevalence of young women who take hormonal contraceptives is high. Women's degree of knowledge concerning these drugs is acceptable, although not optimal. Risk perception of contracting a STD is high; however, less than half of the subjects wore a barrier method during their last sexual encounter. Prevalence of use of emergency contraception is elevated.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

Los métodos anticonceptivos son los que reducen de forma significativa las posibilidades de embarazo durante una relación sexual. Según las encuestas nacionales realizadas por la Sociedad Española de Contracepción, durante los últimos años se ha producido en nuestro medio un incremento en el número de mujeres que está utilizando métodos anticonceptivos; el más utilizado es el preservativo, seguido de la píldora anticonceptiva (utilizada por un 8 % de las mujeres en la encuesta de 2014; la cifra se eleva al 18,5 % 5 años después)^{1,2}.

Los anticonceptivos hormonales (ACH) son fármacos utilizados principalmente para evitar embarazos no deseados. Además de con fines anticonceptivos, están indicados como tratamiento de trastornos como la amenorrea hipotalámica, el síndrome de ovario poliquístico (SOP), la dismenorrea o el acné³. Los más utilizados en la actualidad son los preparados de progestágeno en monoterapia y los preparados combinados de un estrógeno y un progestágeno⁴; estos últimos son los de uso más común. Los ACH combinados están basados en esteroides de síntesis que inhiben la liberación de hormona luteinizante (LH) y la hormona foliculoestimulante (FSH) hipofisaria, por acción sobre la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)^{4,5}.

Los anticonceptivos hormonales son medicamentos efectivos. Sin embargo, aún existen mujeres que abandonan el tratamiento en los primeros meses por desconocimiento del correcto uso o la aparición de efectos secundarios, tales como el aumento de peso, pérdidas intermenstruales o *spotting*, retención de líquidos, mastalgia, cefalea, náuseas y vómitos⁶. Otros efectos menos frecuentes, pero más graves, son la trombosis venosa superficial o profunda, la cardiopatía coronaria o el accidente cerebrovascular.

El uso de los ACH disminuye el riesgo de padecer cáncer de ovario, endometrio y colorrectal; así mismo, aumenta la incidencia del cáncer de mama, cuyo riesgo está relacionado con la edad de comienzo del consumo⁷. Por otro lado, aunque clásicamente se ha relacionado la toma de ACH con trastornos depresivos concomitantes, existen estudios en los que no se evidencia relación alguna entre ambos⁸.

La anticoncepción de urgencia (AU) permite evitar el embarazo no deseado después de la práctica de un coito sin la utilización de un método anticonceptivo o en el que se haya producido un fallo en el mismo. En la actualidad, el tratamiento de elección es el levonorgestrel (LNG) en dosis de 1,5 mg por vía oral⁹, aunque están aprobados el acetato de ulipristal y otros métodos más invasivos, como el dispositivo intrauterino de cobre (DIU), los cuales están incluidos en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), así

como en la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina elaborada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social^{9,10}.

La AU con levonorgestrel actúa inhibiendo la LH; su principal mecanismo de acción es el retraso de la ovulación. No obstante, también parece inhibir la implantación tras la fecundación¹¹.

La Organización Mundial de la Salud declaró en 1998 el levonorgestrel como “medicamento esencial”. En 2001 fue aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España como AU poscoital⁶ y en 2009 se modificaron las condiciones de dispensación de la AU en las farmacias: no requiere prescripción médica y su dispensación se autoriza a menores de 16 años sin necesidad del consentimiento de sus proyeñitores¹².

En su actualización de 2019², la Encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre jóvenes españoles recoge en sus conclusiones que el 72 % de los jóvenes encuestados (tanto hombres como mujeres) ha recibido formación sobre sexualidad; sin embargo, el 74,5 % de las mujeres considera que la formación que ha recibido no es suficiente y resulta “aislada”, “no longitudinal” o “escasa”. El 29,7 % de las encuestadas refiere haber tenido que hacer uso de la AU en alguna ocasión. La encuesta, no obstante, no detalla el nivel de información de las jóvenes que utilizan ACH, o que hayan recurrido alguna vez a la AU.

Existen algunos estudios de distribución parcheada y de ámbito local que, sin embargo, obtuvieron interesantes conclusiones: en primer lugar, intervenciones realizadas en farmacias comunitarias señalan que únicamente una de cada tres usuarias de ACH conoce las características y el modo de uso del método anticonceptivo que utiliza⁶; además, la educación ofrecida por personal sanitario parece contribuir a una mejor elección de anticonceptivo en función de las necesidades y preferencias personales de la mujer¹³.

La mayoría de los métodos de barrera protegen del contacto con fluidos durante la relación sexual e impiden la transmisión de ITS. El uso de la anticoncepción hormonal, al prevenir la fecundación, puede dar lugar a una menor utilización de métodos anticonceptivos que eviten las ITS en las relaciones sexuales¹⁴.

La experiencia general sobre la asociación del uso de ACH y el riesgo de ITS es limitada por falta de ensayos aleatorios y estudios prospectivos publicados, amplia variabilidad en las definiciones de variables y grupos de comparación, datos de comportamiento sexual inexactos y diferencias en las poblaciones y sus hábitos. En una revisión sistemática, se objetivó un aumento de la incidencia de infección por herpes virus simplex tipo II (HVS II) en usuarias de acetato de medroxiprogesterona¹⁵; no se obtuvieron más conclusiones estadísticamente significativas.

La revisión bibliográfica efectuada no objetivó estudios en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha sobre el patrón de uso y el nivel de conocimiento de las mujeres jóvenes sobre anticoncepción hormonal y de urgencia, así como de información detallada sobre la percepción del riesgo de padecer ITS. Por este motivo, se ha planteado la conveniencia de realizar este trabajo.

El objetivo principal fue determinar la prevalencia y características de consumo de anticonceptivos hormonales en mujeres universitarias de la Universidad de Castilla-La Mancha; como objetivos secundarios, valorar el grado de información de

las usuarias acerca del mecanismo de acción, efectos secundarios, posología y accesibilidad de dichos fármacos y de métodos barrera, así como la percepción del riesgo de contraer una ITS.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Los sujetos del estudio fueron mujeres universitarias pertenecientes a la Universidad de Castilla-La Mancha, concretamente al Campus de Toledo, ya que se trata de un grupo homogéneo, accesible en nuestra Área de Salud y representativo de la población que más frecuentemente hace uso de estos fármacos. Su edad estuvo comprendida entre 18 y 25 años, además de ser hispanohablantes. Todos los sujetos del estudio aceptaron participar en la investigación (tasa de respuesta del 100 %).

Dado que se trata de un grupo concreto, cuyo tamaño permite estudiar a todos sus individuos, no fue necesario predefinir el tamaño muestral.

Este artículo representa la primera fase del estudio. El planteamiento inicial pretendía recopilar datos de diversas Facultades de la Universidad de Castilla-La Mancha, pero la evolución de la pandemia de SARS-CoV-2 dificultó enormemente el acceso a los centros educativos por la puesta en marcha de la formación en modo telemático. La recogida presencial de datos se realizó en el mes de abril de 2021 en la Facultad de Enfermería del Campus de Toledo mediante un cuestionario *ad hoc* que las alumnas de primero, segundo y tercer curso de Grado en Enfermería autocumplimentaron voluntariamente de forma anónima. El consentimiento informado para la participación en el estudio se incluyó implícitamente en el cuestionario.

Las variables empleadas en el estudio fueron: edad; curso; empleo o no de ACH (actual o en el pasado); tipo de ACH; tiempo de consumo; empleo con prescripción médica; motivo de la prescripción; abandono del tratamiento y motivo; fuentes consultadas para obtener información sobre los ACH y la AU; conocimiento sobre efectos secundarios y posología de los ACH (respuestas de tipo “Verdadero”/“Falso”); conocimiento sobre mecanismos de acción de la AU; uso de AU y número de veces que la ha utilizado; edad de la primera relación sexual; número de parejas sexuales en el último año; administración de vacuna del virus del papiloma humano (VPH); frecuencia de uso de métodos barrera; antecedentes personales de ITS; conocimientos sobre ITS (enfermedades que se consideran como tales, estrategias de prevención) y nivel de concienciación sobre ITS.

Una vez recogidos los datos en los cuestionarios, se realizó un análisis descriptivo con medidas habituales de centralización (media, mediana, porcentaje) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico).

Esta investigación contó con la aprobación previa por parte de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo y la Facultad de Enfermería del Campus de Toledo para presentar los cuestionarios, cumplió la legislación relativa a la protección de datos de carácter personal de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) 5/2018 y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, y fue presentado y aprobado por parte del Comité de Ética de la Investigación de Medicamentos del Complejo Hospitalario de Toledo.

Tabla 1- Características sociodemográficas y resultados principales sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales de las participantes en el estudio (los valores absolutos se dan como media \pm desviación estándar; los valores relativos se dan como porcentaje con intervalo de confianza del 95 %).

Variable	Valor
Edad (años)	19,97 \pm 1,43
Curso	
– Primero	28 % (21,89-34,76)
– Segundo	38 % (31,24-45,11)
– Tercero	34 % (27,46-41,01)
Uso de ACH	
– Actualmente	28,5 % (22,35-35,29)
– En el pasado	11,5 % (7,43-16,75)
– Nunca	60 % (52,85-66,84)
Tiempo de uso de ACH (meses) (n= 80)	31,20 \pm 25,61
Prescripción del ACH por un médico (n= 81)	97,53 % (91,36-99,70)
Motivo de prescripción del ACH (n= 78)	
– Método anticonceptivo	30,76 % (20,80-42,24)
– Tratamiento de patología	69,23 % (57,75-79,19)
Abandono del ACH (n= 80)	33,75 % (23,55-45,19)
Motivo de abandono del ACH (n= 27)	
– Recomendación médica	7,40 % (0,91-24,29)
– Decisión propia (efectos secundarios)	44,44 % (25,48-64,67)
– Decisión propia (miedo a efectos a largo plazo)	18,51 % (6,30-38,08)
– Otros	29,63 % (13,75-50,18)
Antecedentes de relaciones sexuales	85 % (79,28-89,64)
Edad de la primera relación sexual (años)	16,47 \pm 1,59
Vacunación frente al VPH (n= 197)	96,44 % (92,81-98,56)
Uso de anticoncepción de urgencia (alguna vez) (n= 167)	38,92 % (31,48-46,76)
Número de veces de uso de anticoncepción de urgencia (n= 64)	1,66 \pm 0,85

ACHO: Anticonceptivos hormonales. VPH: Virus del papiloma humano.

Resultados

Se evaluó a un total de 200 mujeres participantes, con una edad media de 19,97 \pm 1,43 años. La [tabla 1](#) presenta la descripción de los datos principales de la muestra.

De las encuestadas, un 40 % (IC95 % 33,15-47,14) reconoce estar tomando o haber tomado anticonceptivos hormonales (28,50 % en la actualidad y 11,50 % en el pasado). La mediana de duración del consumo era de 25 meses (rango intercuartílico 12,00-46,50). La presentación más utilizada fue la anticoncepción hormonal por vía oral (98,75 % de las usuarias, IC95 % 93,23-99,96).

En el 97,53 % de los casos, los anticonceptivos hormonales fueron prescritos por profesionales médicos; el motivo más frecuente de esta prescripción (69,23 %) fue el tratamiento de alguna enfermedad. De la totalidad de las usuarias, un 33,75 % refiere haber abandonado el tratamiento en algún momento, bien debido a la aparición de efectos secundarios (44,44 %), o bien por miedo a presentar problemas a largo plazo (18,51 %).

Con respecto a los medios de información más utilizados para conocer el mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales y su posología, los resultados obtenidos se detallan en la [figura 1](#).

Por otro lado, se preguntó sobre los conocimientos acerca de efectos secundarios y posología de los anticonceptivos hor-

monales. Los resultados sobre los efectos secundarios más frecuentes se recogen en la [figura 2](#).

Además, se evaluó específicamente el conocimiento sobre la relación entre el tabaco y el riesgo de padecer trombosis venosa profunda o trombosis pulmonar estando en tratamiento con anticonceptivos hormonales. El 77,72 % (IC95 % 71,18-83,38) de las encuestadas eran conocedoras de dicha información.

Un 95,78 % (IC95 % 91,87-98,16) de las encuestadas acertó al afirmar que los anticonceptivos orales se toman una vez al día y siempre a la misma hora; un 89,41 % (IC95 % 84,13-93,41) opinó, también correctamente, que el tratamiento con ACH orales debe ser ininterrumpido durante 21 días generalmente, tras lo que debe producirse un descanso de una semana. De igual manera, un 88,48 % (IC95 % 83,08-92,63) estuvo en lo cierto al creer que, en caso de olvido de dosis, no deben ingerirse varios comprimidos a la vez. Sin embargo, el 86,7 % (IC95 % 80,99-91,20) consideró erróneamente que estos fármacos no pueden iniciarse cualquier día del mes.

El 85 % (IC95 % 79,28-89,64) de las participantes afirmó haber mantenido relaciones sexuales, con una media de edad en la primera relación de 16,47 \pm 1,59 años.

El 67,83 % (IC95 % 60,27-74,76) de las mujeres que tuvieron relaciones refirió haber estado con una única pareja en los últimos doce meses; un 11,69 % (IC95 % 7,29-17,48) ha tenido dos parejas; un 6,43 % (IC95 % 3,25-11,21) tres parejas y un 5,84 %

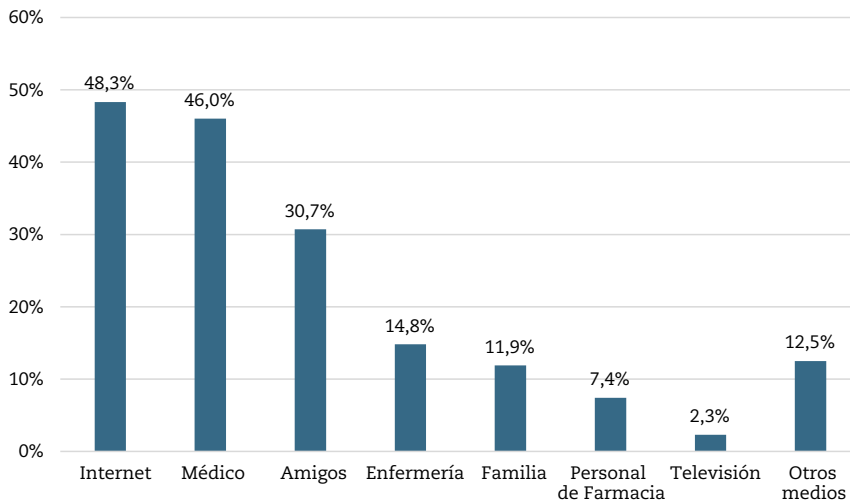


Figura 1 – Medios utilizados para obtener información sobre la anticoncepción hormonal.

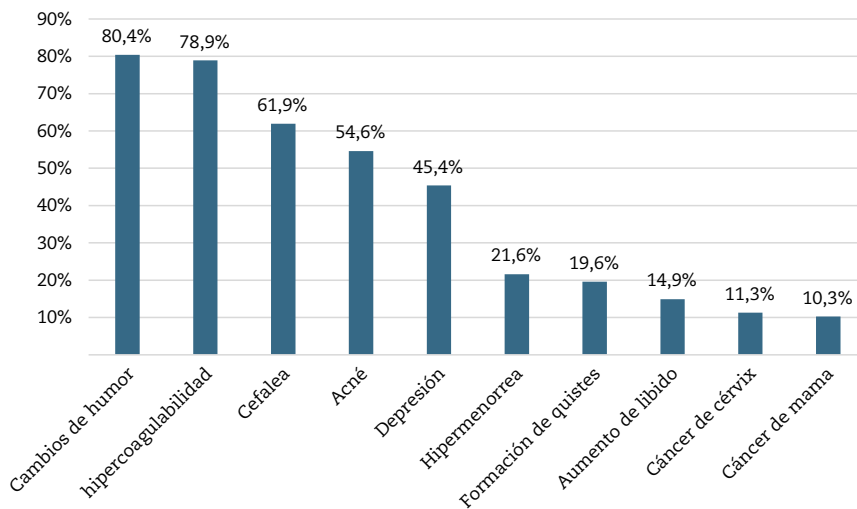


Figura 2 – Efectos adversos más frecuentes de los anticonceptivos hormonales según las encuestadas.

(IC95 % 2,84-10,49) afirma haber estado con cuatro o más en el último año. Un 8,18 % (IC95 % 4,54-13,35) niega haber tenido encuentros sexuales en el último año.

Se preguntó sobre el estado actual de vacunación frente al VPH. Un 96,44 % (IC95 % 92,81-98,56) contestó haber recibido la vacuna.

Un 48,82 % (IC95 % 41,09-56,59) señaló que siempre utilizan métodos anticonceptivos de barrera en sus relaciones sexuales, mientras que un 18,82 % (IC95 % 13,24-25,52) los utilizan casi siempre, un 11,17 % (IC95 % 6,86-16,90) de vez en cuando, un 6,47 % (IC95 % 3,27-11,28) no los utilizan casi nunca y, finalmente, el 14,7 % (IC95 % 9,74-20,93) refiere no utilizarlo nunca.

El método de barrera más utilizado en la última relación sexual fue el preservativo masculino (67,44 %; IC95 % 59,89-74,37); el 0,58 % (IC95 % 0,01-3,19) hizo uso del preservativo femenino y otro 0,58 % (IC95 % 0,01-3,19) de otros métodos de barrera. Además, el 15,11 % (IC95 % 10,11-21,35) utilizó anticonceptivos hormonales. Un 16,27 % (IC95 % 11,09-22,66) de las participantes refirió no emplear ningún método anticonceptivo en su última relación sexual.

La figura 3 recoge las respuestas de las participantes acerca de qué infecciones se consideran como ITS. El 96,48 % (IC95 %

92,88-98,57) considera que las ITS son frecuentes en nuestro medio; el 90,5 % (IC95 % 85,56-94,18) coincide en que los anticonceptivos hormonales no previenen contraer una ITS. Se preguntó acerca de antecedentes personales de ITS. El 4 % (IC95 % 1,74-7,72) habían sido diagnosticadas en algún momento de una ITS (herpes simple o gonorrea). De igual forma, se evaluó el nivel de conocimientos de las participantes sobre los métodos para evitar una ITS. Los resultados se muestran en la figura 4.

Por último, se encuestó sobre la AU. Se evaluó la frecuencia de uso y el motivo, así como los conocimientos sobre su mecanismo de acción y sus efectos sobre la concepción. El 38,92 % (IC95 % 31,48-46,76) asegura haber usado al menos una vez la AU a lo largo de su vida. La media de uso es de $1,66 \pm 0,85$ veces por usuaria; la mayoría (54,68 %; IC95 % 41,74-67,17) la ha utilizado una única vez; las usuarias que la usaron dos veces representan un 29,68 % (IC95 % 18,91-42,41), mientras que las usuarias que la usaron tres veces y cuatro o más veces fueron el 10,93 % (IC95 % 4,51-21,24) y 4,68 % (IC95 % 0,97-13,09), respectivamente. Los motivos referidos para usar la AU fueron: rotura del preservativo (84,61 %; IC95 % 73,52-92,36), ausencia de método de barrera (21,53 %; IC95 % 12,30-33,48), olvido de toma de ACH (3,07 %; IC95 % 0,37-10,67) y otras razones (1,53 %;

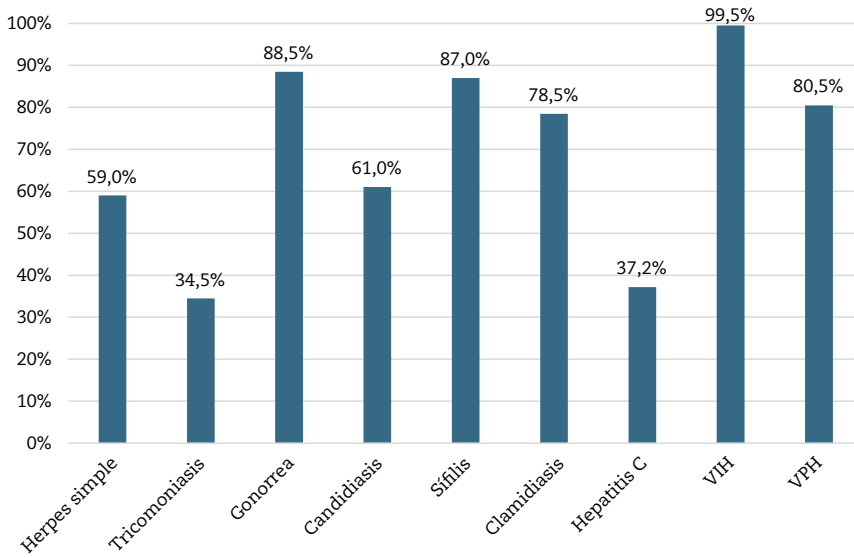


Figura 3 – Respuestas de las participantes acerca de cuáles de las infecciones mencionadas se consideran infecciones de transmisión sexual.

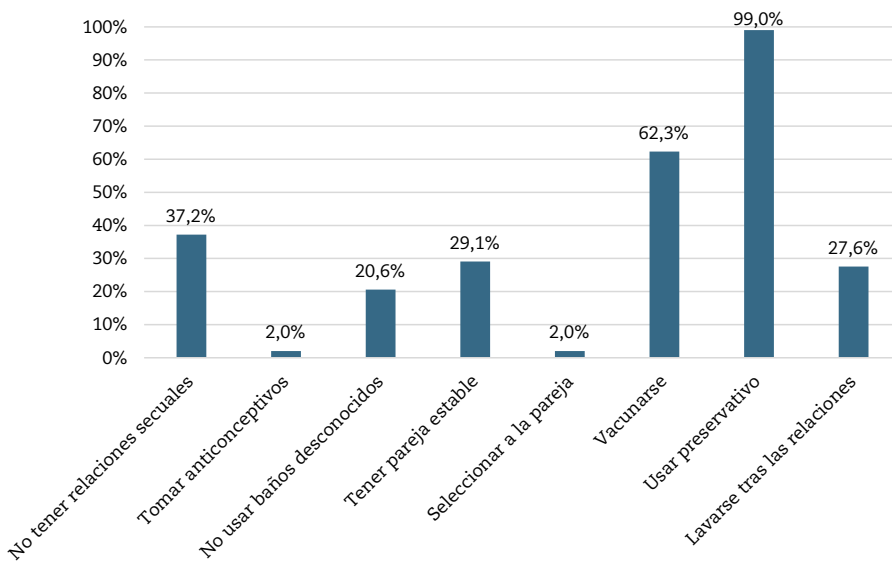


Figura 4 – Respuestas de las participantes acerca de los métodos para evitar contraer una infección de transmisión sexual.

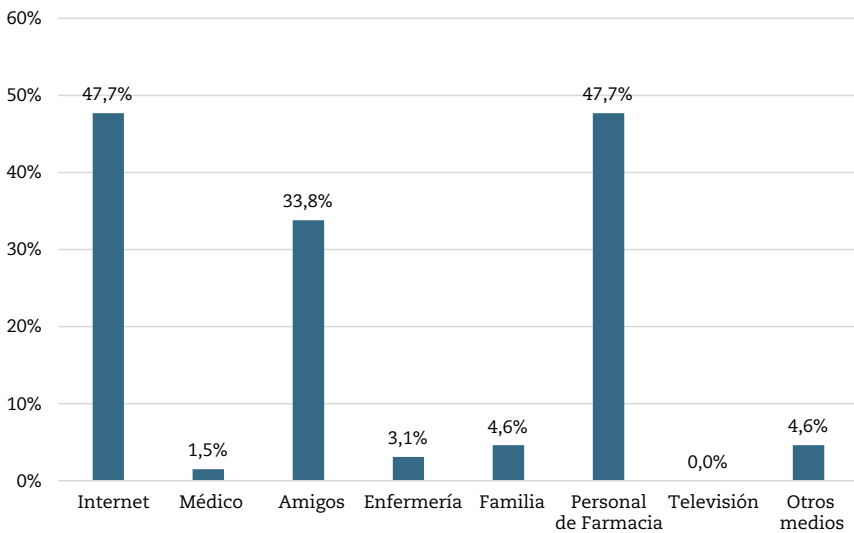


Figura 5 – Medios utilizados para obtener información sobre la anticoncepción de urgencia.

IC95 % 0,03-8,27). Con respecto a los medios de información más utilizados para conocer el mecanismo de acción de la AU, los resultados obtenidos se detallan en la [figura 5](#).

Todas las encuestadas opinan que la AU no debe ser considerada como un método anticonceptivo alternativo habitual; asimismo, la mayoría (87,69 %; IC95 % 82,24-91,95) estima que no elimina completamente el riesgo de embarazo, aunque un 9,23 % (IC95 % 5,56-14,19) asegura no conocer la respuesta.

Acerca de los posibles mecanismos de acción de la anticoncepción de urgencia, las respuestas obtenidas fueron las siguientes: inhibición de la implantación (62,05 %; IC95 % 54,84-68,88), retraso de la ovulación (29,74 %; IC95 % 23,42-36,69), espermicida (13,33 %; IC95 % 8,89-18,92) y abortivo (5,12 %; IC95 % 2,48-9,22). El 21,53 % (IC95 % 15,98-27,97) de las estudiantes manifestaron no conocer el mecanismo de acción de la AU.

Comentarios

La utilización de métodos anticonceptivos es una práctica generalizada entre los jóvenes de vida sexual activa; el preservativo masculino es el medio más utilizado. Los datos de uso de este método en España en 2020 sitúan en un 31,3 % las mujeres en edad fértil que emplearon el preservativo como método anticonceptivo habitual¹⁶; en el presente estudio, aproximadamente dos tercios de las encuestadas lo utilizó en su última relación sexual.

En segundo lugar, se encuentra la anticoncepción hormonal oral, utilizada según datos de la SEC por un 18,5 % de dichas mujeres, y alcanza sus valores más elevados en las de 20 a 24 años (hasta un 30,9 % de las mismas)¹⁶. Sobre el 15 % de las encuestadas en este estudio estaba utilizando la píldora como método anticonceptivo en su última relación sexual y hasta un 40 % reconocen estar tomándola o haberla tomado, si bien no todas con finalidad exclusivamente anticonceptiva. Como se puede observar, los datos de consumo actual de ACH obtenidos en nuestro estudio apenas difieren en España.

Resulta razonable que, al igual que con el uso de cualquier otro fármaco, se requiera que las usuarias de ACH dispongan de una correcta información acerca de su mecanismo de acción, correcto modo de utilización y posibles efectos secundarios de estos. Entre las entrevistadas en este estudio, casi siete de cada diez lo utilizan por motivo de enfermedad. En España solo un 23,9 % de las consumidoras de ACH lo hacen por recomendación médica (por ejemplo, tratamiento concomitante con retinoides o SOP) y un 19,8 % para el control de trastornos de la menstruación¹⁶. La diferencia observada con nuestro estudio es notable, aunque no se puede determinar si esto es debido a que la muestra utilizada presenta un rango de edad más estrecho y homogéneo, o bien mayores conocimientos sanitarios que predisponen a consultar más.

La inmensa mayoría de las mujeres del estudio que consumen ACH lo hacen bajo prescripción de su médico, ya sea por enfermedad o como método anticonceptivo. Este hecho haría esperar que la fuente de información principal acerca de estos fármacos fuera el propio médico de familia, así como que dicha información fuera lo más completa posible; sin embargo, podemos observar que las jóvenes acudieron para documentarse casi a partes iguales a internet y al médico de familia.

Por otro lado, entre las consumidoras parece existir un inadecuado conocimiento acerca de efectos secundarios de

los anticonceptivos hormonales: el más llamativo, al evaluar el conocimiento sobre el riesgo de trombosis mientras se consumen ACH, la quinta parte de las encuestadas afirmó no conocer este aumento del riesgo, con otro tanto que afirmó desconocer el mayor incremento del riesgo debido al consumo concomitante con tabaco, la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España^{17,18}. Llamamos la atención los datos obtenidos, dado que las participantes en el estudio pertenecen al sector sanitario y se les presupone un nivel de conocimientos mayor en este sector.

Por otra parte, hubo una tasa de aciertos superior al 85 % en todas las cuestiones acerca del correcto modo de utilización de estos medicamentos, excepto en lo referente al inicio del tratamiento con ACH orales, lo que pone de manifiesto que el conocimiento de las entrevistadas en este ámbito presenta aún margen de mejora. Habrá que tener en cuenta para nuestra práctica habitual que la información que el médico no da sobre el medicamento que prescribe difícilmente la obtendrán los pacientes de otras fuentes.

La prevalencia de uso en este estudio de la AU fue similar a la de ACH, casi idéntica a los datos nacionales según la encuesta de la SEC sobre anticoncepción del año 2020 (38%)¹⁶. Una de cada cinco mujeres que tomaron AU no habían utilizado ningún método anticonceptivo para esa relación sexual. Dado que no se ahondó en los motivos que llevaron al consumo, se desconoce si este comportamiento se debió a desinformación acerca de los métodos anticonceptivos, desconocimiento de la intensidad de los efectos sobre el organismo de la AU con respecto a otros medicamentos¹⁹, mera irresponsabilidad en la práctica de relaciones sexuales, o si es que el uso de AU como alternativa a otros métodos anticonceptivos se está extendiendo entre los jóvenes. El estudio, asimismo, pone de manifiesto conocimientos deficientes en materia de la AU: apenas un tercio de las encuestadas conoce el mecanismo de acción principal de la misma; además, casi el 40 % ignora que es posible que la AU produzca una inhibición de la implantación una vez producida la fecundación. Nos preguntamos si el hecho de que exista la posibilidad de que este fármaco tenga un efecto antiimplantatorio en lugar de meramente anticonceptivo podría ser decisivo para algunas mujeres a la hora de decidir si consumirlo o no. Se trata de una materia de no poca importancia por las connotaciones éticas y morales que presenta, por lo que todas las mujeres que se planteen recurrir a la AU deberían conocer las posibles consecuencias para poder decidir con la mayor autonomía.

Llama la atención que prácticamente ninguna usuaria preguntó al médico antes de tomar la AU. Menos de la mitad consultó al farmacéutico y ese mismo porcentaje obtuvo información directamente de internet. Estos datos dejan en el aire la pregunta de si puede esto deberse a que se trata de un medicamento de venta libre y si la necesidad de receta médica haría que la información de las consumidoras acerca de estos fármacos fuera más adecuada. De hecho, la venta libre de cualquier medicamento, incluida la AU, pone el peso de la decisión acerca del consumo y de la responsabilidad derivada del mismo principalmente sobre el paciente y el farmacéutico o técnico que lo dispensa, sin mediar en el proceso ningún profesional médico que compruebe que el usuario de estos fármacos tenga los conocimientos y aptitudes necesarias para tomarlos adecuadamente. Es más, puede surgir el interrogante de por qué la AU no está sujeta a prescripción médica cuando alguno de los principios activos utilizados (levonorgestrel) está presente

también en la anticoncepción hormonal de pauta continua, que sí precisa de receta médica para su dispensación²⁰. Este hecho puede deberse, por ejemplo, a que los efectos secundarios de los progestágenos en monoterapia suelen ser menos frecuentes y de menor gravedad que en combinación con estrógenos²¹. No obstante, en la ficha técnica del levonorgestrel se indica que existen casos reportados de eventos tromboembólicos utilizando este fármaco en monoterapia¹⁹. Además, se supone que la toma de AU va a ser aislada, por lo que es esperable un menor impacto clínico de sus efectos adversos al no tratarse de una administración continuada²². La SEC defiende la seguridad de este fármaco incluso tratándose de un consumo repetido¹⁰. No obstante, también específica que no ha de utilizarse como método anticonceptivo primario y que deben ofrecerse otras opciones disponibles para evitar mal uso del mismo¹⁰. Tal vez esta decisión de no regular la venta pueda responder a motivos de índole político-social más que a la teórica seguridad del fármaco. Esta posibilidad abre un debate sobre si, de ser esto cierto, debería prevalecer la seguridad del paciente y el balance riesgo-beneficio del consumo de estos medicamentos frente a cuestiones políticas o ideológicas.

Otro tema sin resolver es que, al no ser necesario acudir a una consulta médica para obtener la píldora de emergencia, no existe un registro del consumo del mismo, al no constar la prescripción en la historia clínica; de esta manera, puede incurrirse en fallos de la seguridad de las pacientes (de igual forma que, cuando una mujer solicita la realización de un aborto, no se permite a los profesionales hacer constar en la historia clínica tal decisión y acto médico, que en ocasiones conlleva la realización de un legrado quirúrgico con sus potenciales complicaciones). Es posible que la regulación de la dispensación pudiera subsanar esta falta de información sobre el modo de consumo de la AU, ya que sería posible detectar a tiempo usos irresponsables de este método.

Por otro lado, la venta libre de la AU hace pensar si esa fácil accesibilidad al fármaco tendrá influencia sobre la incidencia de ITS. Las conclusiones a este respecto son controvertidas, pues organismos como la SEC promulgan que no hay datos de que su uso incremente las conductas sexuales o anticonceptivas de riesgo¹⁰, opinión compartida en otros estudios^{23,24}, mientras que otras investigaciones de menor impacto sugieren la posible relación entre la gratuidad y libre dispensación de la AU y el aumento de incidencia de infecciones como la sífilis²⁵. Se han analizado las conductas sexuales y los conocimientos generales sobre ITS en nuestra población de estudio, comparándolos con los datos nacionales existentes y con los de otros estudios realizados en grupos poblacionales similares.

La edad media de inicio en las relaciones sexuales en la población femenina española es de 18,07 años, y de 15,82 en las que tienen entre 15 y 19¹⁶. Estos datos concuerdan con la edad media de la primera relación de nuestras encuestadas, que se sitúa en torno a los 16 años y medio.

Más de un 80 % de las mujeres de este estudio reconocen como ITS algunas de las más frecuentes y graves, como el VPH y la sífilis, y prácticamente todas ellas engloban el VIH dentro de esta categoría. Sin embargo, otras ITS, como la clamidiasis y la gonorrea, apenas son identificadas por las participantes, a pesar de ser enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Precisamente, son patologías cuya incidencia en nuestro país ha aumentado en los últimos años de manera notable: en 2019 la tasa de infectados por sífilis fue de 13,29 por 100.000 habitantes y la de gonorrea de 28,88. En 2015 se sumó la infección por

Chlamydia trachomatis al grupo de EDO; en 2019 se notificaron 17.718 casos²⁶.

Menos de la mitad de las participantes en nuestro estudio que tienen o han tenido relaciones sexuales afirman utilizar el preservativo en la totalidad de dichos encuentros, y menos del 15 % nunca lo usa. Los datos nacionales conocidos ponen de manifiesto que las mujeres de 20 a 24 años utilizan menos frecuentemente el preservativo de forma habitual (52,8 %) ¹⁶. Se puede afirmar que nuestros jóvenes presentan un nivel de información deficiente acerca de las ITS y participan en gran medida en comportamientos sexuales de riesgo. Así lo evidencia el aumento en las tasas de ITS en los últimos 20 años, que se debe, al menos en parte, a la generalización de conductas sexuales de riesgo, así como a la desinformación acerca de la verdadera efectividad de ciertas medidas preventivas y al desconocimiento de la existencia de determinadas patologías menos populares que la sífilis y el VIH, pero que constituyen igualmente un importante problema de salud pública, según se afirma en el documento Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España de 2019 del Ministerio de Sanidad²⁶.

Encontramos un sesgo de población, debido a la dificultad para la extrapolación de resultados a la población general al tratarse de una población concreta con estudios superiores; en el caso de enfermería, con conocimientos sanitarios. Desconocemos si los resultados hubieran diferido si se hubiese entrevistado a jóvenes de otros entornos.

Por último, es posible que el cuestionario no se cumplimentase correctamente o que las respuestas obtenidas fueran falsas, lo que nos llevaría a un sesgo de respuesta de encuesta. Tratamos de reducir al máximo dicho sesgo acudiendo los propios investigadores a explicar los motivos del estudio y a solucionar las dudas que pudieron surgir.

A pesar de las limitaciones mencionadas, los datos obtenidos suponen un punto de partida para futuras investigaciones, con el objetivo de plantear mejoras en el abordaje de la educación para la salud sexual y reproductiva.

Agradecimientos

A los responsables de la Facultad de Fisioterapia y Enfermería de la Universidad de Castilla-La Mancha (Campus de Toledo), por las facilidades prestadas para la realización del estudio. A las estudiantes de Enfermería por su inestimable colaboración.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta Nacional 2014 sobre la Anticoncepción en España. [Visitado: diciembre 2021]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/EN_Web_SEC_2014.pdf
2. Sociedad Española de Contracepción. Estudio sobre Sexualidad y Anticoncepción: jóvenes españoles. Julio 2019. [Visi-

- tado: diciembre 2021]. Disponible en: hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf
3. Sancho B, Guerra-Tapia A. Contracepción hormonal oral en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100: 445-55.
 4. Aguilles P. Efecto abortivo de los anticonceptivos hormonales: una revisión. *Cuadernos de Bioética.* 2015; 26(86): 69-110.
 5. Rodríguez MJ. Hipercolesterolemia derivada del uso de anillo anticonceptivo, detectado en farmacia comunitaria mediante seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp.* 2016; 18(4): 181-6.
 6. Petruta A, García-Jiménez E, Martínez F, Moreno A. Grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Zaragoza. *Ars Pharm.* 2009; 50(1): 1-7.
 7. Ji LW, Jing CX, Zhuang SL, Pan WC, Hu XP. Effect of age at first use of oral contraceptives on breast cancer risk. *Medicine.* 2019; 98: 36.
 8. McKetta S, Keyes KM. Oral contraceptive use and depression among adolescents. *Ann Epidemiol.* 2019; 29: 46-51.
 9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019.
 10. Sociedad Española de Contracepción. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción de Urgencia. 2013. [consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjO4q3clr7qAhVLDWM-BHbOpBIsQFjAAegQIBBAB&url=http%3A%2F%2Fhosting.sec.es%2Fdescargas%2FAPS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf&usg=AOvVaw3pNJ64QPXefQ2YVMisXQsd
 11. Saldanha N. Use of Short Acting Reversible Contraception in Adolescents: The Pill, Patch, Ring and Emergency Contraception. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2018; 48: 333-44.
 12. Gobierno de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011
 13. Severino-Vergara A, Velásquez-Muñoz A, Rivera-Marín J, González-Araya E. Anticoncepción en la adolescencia: motivaciones, elecciones y educación sanitaria en un centro de medicina reproductiva de Chile. *Matronas Prof.* 2017; 18(4): 144-51.
 14. Saura S, Fernández MJ, Vicens L, Puigvert N, Mascort C, García J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria.* 2010; 42(3): 143-8.
 15. Deese J, Pradhan S, Goetz H, Morrison C. Contraceptive use and the risk of sexually transmitted infection: systematic review and current perspectives. *Open Access J Contracept.* 2018; 9: 91-112.
 16. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta Nacional 2020 sobre la Anticoncepción en España. [Visitado: diciembre 2021]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2020_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf
 17. Pomp ER, Rosendaal FR, Doggen CJ. Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use. *Am J Hematol.* 2008; 83(2): 97.
 18. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021.
 19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Levonorgestrel. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2016.
 20. Cardo E, Baixauli VJ. Dispensación de anticonceptivos orales según el consenso de atención farmacéutica. *Offarm.* 2004; 23(11): 76-85.
 21. Sociedad Española de Contracepción. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción solo gestágenos. 2013 [consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjYpjm8g_P0AhWrxoUKHdNjBvsQFnoECAYQAQ&url=http%3A%2F%2Fhosting.sec.es%2Fdescargas%2FAPS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf&usg=AOvVaw2Z16opEjv6njpaFkoiG1RQ
 22. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Suiza, departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2012.
 23. Cameron ST, Li HWR, Gemzell-Danielsson, K. Current controversies with oral emergency contraception. *BJOG.* 2017; 124: 1948-56.
 24. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; 2: CD005497.
 25. Guerra-García M, Barreales-Cardin C. Cambio en la accesibilidad a la píldora poscoital y análisis de la influencia sobre la incidencia en las infecciones de transmisión sexual. *Pharm Care Esp.* 2009; 11(4): 157-62.
 26. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública; 2021.