

Perfil de la mujer demandante de anticoncepción de emergencia

Mercedes Febles Borges, Luis Gijón García

Introducción

Podemos definir la Anticoncepción de Emergencia (AE) como "la utilización de un fármaco o dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida"¹. Debemos incluir como relación desprotegida, tanto la ausencia de utilización de métodos anticonceptivos (MAC), como el fallo puntual de un método anticonceptivo, situación de la que la rotura del preservativo sería el mejor exponente.

La Comunidad de las Islas Baleares presenta la tasa de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE) más alta de toda España. Igualmente, también presenta esta Comunidad una tasa preocupante de embarazos en adolescentes².

La AE representa la última opción para prevenir el aborto y el embarazo no deseado³ que, sobre todo en mujeres jóvenes supone una carga emocional, social y económica muy grave.

En el Área de Urgencias del Hospital Son Dureta, se atiende a las pacientes demandantes de AE y se les facilita este método anticonceptivo. El objetivo del estudio que presentamos, es describir el perfil de las usuarias que demandan AE en nuestra Área de Urgencias, conocer las causas por las que lo demandan y evaluar las medidas que tomamos tendentes a garantizar la correcta utilización de un método anticonceptivo con posterioridad, por parte de estas pacientes.

Material y métodos

El estudio ha sido realizado entre el día uno de marzo y el treinta y uno de Mayo de 2003. La población objetivo la constituían las mujeres en edad fértil que solicitaban anticoncepción de Emergencia en el área de Urgencias del Hospital Son Dureta, en las que

se había cumplimentado el cuestionario previo a la administración de la AE. Este cuestionario, facilitado por el Institut Balear de la Salut, es el que hemos utilizado como hoja de recogida de datos (Fig.1).

Una vez cumplimentado el cuestionario y tras comprobar que no existía contraindicación alguna, se proporcionaba a la mujer demandante dos dosis de 0,75 mg de Levonorgestrel, en forma de comprimidos orales, que debería ingerir con un intervalo de 12h, dentro de las 72h siguientes al coito desprotegido, informándole de los posibles efectos secundarios, en particular el vómito.

Antes de abandonar el Área de Urgencias, se les orienta sobre seguridad en métodos anticonceptivos y

Annex 2

Full de recollida de dades

Data: ___/___/___ Inicials de la pacient:

Població: _____ Centre: _____ Edat: _____ anys

Fons d'informació: Mitjans de comunicació

Entorn sanitari

Entorn social

Nivell d'estudis: Sense estudis Situació laboral: Estudiant

Primaris Activa

Secundaris Mestressa de casa

Superiors En atur

Hores que han passat des del coit sense protecció: _____

Data de la darrera menstruació: ___/___/___

Ús d'AE anteriorment: Sí No Nombre de vegades: _____

Motiu de la sol·licitud: No utilitza mètode anticonceptiu

Rotura de preservatiu

Preservatiu retingut

Altres causes

Anticoncepció habitual: Cap

Preservatiu

Anticonceptius orals

DIU

Altres

S'ha sol·licitat anteriorment l'AE? Sí No

On? Hospital/Urgències PAC

UBS

Farmàcia

Centre de salut

Motiu de la no administració de l'AE: Fora de termini terapèutic

No indicada

Altres

Prescripció d'AE: Levonorgestrel

Es facilita informació sobre el seu ús

S'orienta i facilita informació sobre els recursos relacionats amb l'orientació familiar i l'atenció a la joventut

Professional que administra tractament: Metge de família

Ginecòleg

Altres

Observacions:

La complimentació per part del clínic d'aquest registre per efectuar estudis epidemiològics, no obvia la necessitat de la seva constància en la història clínica del pacient.

Fig.1. Hoja de recogida de datos.

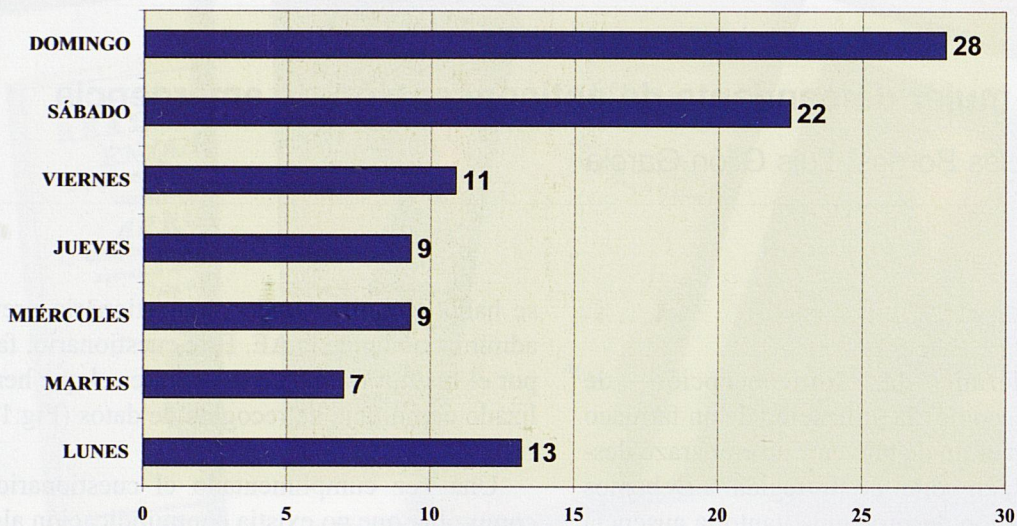


Fig.2. Porcentaje de demandantes según día de la semana.

se les informa de Centros y Servicios en donde pueden recibir orientación y controles sanitarios.

Todas las pacientes han sido atendidas por médicos especialistas y residentes del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Son Dureta o por residentes de Medicina de Familia integrados en el equipo de guardia de Ginecología.

Resultados

El cuestionario ha sido cumplimentado por 129 mujeres.

La edad media de las pacientes de nuestro estudio fue de 22,45 años, con una DE de 5,92. De ellas, un 39 % tenían menos de 20 años cumplidos. El conjunto de mujeres jóvenes, con menos de 25 años cumplidos, representaba un 71 % del total (91 casos). El otro 29 % correspondía a mujeres entre 25 y 44 años cumplidos (37 casos). No tuvimos ninguna solicitud de AE de mujeres de 45 ó más años cumplidos.

El día de la semana en el que acudieron, se representa en la Fig. nº 2

La fuente de información se recoge en la Tabla I. El porcentaje es superior a 100 porque en 3 casos se manifestaron dos fuentes de información distintas.

El nivel de estudios en el 31,15 % de los casos fue Superior (38 mujeres), un 47,54 % refirieron estudios Secundarios (58 mujeres) y un 21,31 % estudios primarios (26 mujeres).

La situación laboral se registró como activa en un 43 % del total (50 casos), estudiante en un 49 % (49 casos) y en paro un 6 % (7 casos) ; el total supera el 100 % por que 8 casos definieron una situación laboral doble.

Fuente	Total	%
Comunicación	42	32,56
Sanitario	23	17,83
Social	67	51,94
	129	102,33

Tabla I. Fuente de Información.

Horas	Casos	%
<1 hora	5	3,91
1 a <6 horas	38	29,69
6 a <12 horas	21	16,41
12 a <24	41	32,03
24 a < 48 horas	19	14,84
48 a <72 horas	4	3,13
72 ó +	0	0,00
	128	100

Tabla II. Horas transcurridas tras el coito.

Días	Casos	%
<5	5	4,07
5-7 días	10	8,13
8-14 días	46	37,40
15-28 días	49	39,84
29 ó +	13	10,57
	123	100

Tabla III. Día del ciclo menstrual en el que acuden.

Las horas transcurridas tras el coito, por término medio fueron 12,88, con una desviación estándar de 12,3. En la Tabla II. se recoge una distribución agrupada de horas postcoito.

El día del ciclo en el que acudieron se representa en la Tabla III

Un 29 % (38 casos) de las demandantes del método, referían haber realizado anteriormente anticoncepción de emergencia, y un 71 % (91 casos) ser la primera vez.

El motivo de la solicitud en 15 casos (11,71 %) era no haber utilizado ningún método anticonceptivo; en 95 (74,21 %) casos la rotura del preservativo, en 14 (10,93 %) casos la retención del preservativo y en 4 (3,12 %) casos otros motivos.

El Método Anticonceptivo utilizado habitualmente, era en 112 casos (86,82 %) el preservativo, los anticonceptivos orales en 6 casos (4,65 %) y otros métodos en 4 casos (3,1 %). 7 mujeres (5,43 %) refirieron no utilizar ningún método anticonceptivo.

Se facilitó orientación sobre MAC y posibilidades de obtenerlos en 20 ocasiones (15,63 %) y no se hizo en los otros 109 casos (85,16).

Discusión

Antes de entrar a analizar los resultados, debemos mencionar que en un artículo publicado en la revista *Lancet*⁴, se demuestra que una sola dosis de Levonorgestrel de 1,5 mg tiene la misma eficacia que las dos dosis de 0,75mg, con un intervalo de 12h, que eran administradas hasta el momento. Esta nueva pauta facilita la administración sobre todo a aquellas jóvenes que por motivos laborales o simplemente por descuido retrasaban la ingesta de la segunda dosis. Desde el mes de junio de 2003, nuestro servicio ha comenzado a administrar la nueva pauta, no recogida por tanto en este estudio. El comprimido único facilita que la administración total de la dosis sea en la propia Área de Urgencias, lo que evita la posibilidad de que no sea la demandante la receptora final del tratamiento.

Algunos de los resultados que hemos obtenido, entran dentro de lo que cabría esperar. La mayor parte de las demandantes de AE son mujeres jóvenes, principalmente adolescentes, que utilizan el preservativo como método anticonceptivo habitual. La edad media de las solicitantes y el uso del preservativo,

coinciden con lo informado en el Pla de Salut². Cabría sospechar que muchos de los casos referidos como rotura de preservativo, corresponden en realidad a una no utilización del preservativo, aunque sea el método utilizado habitualmente, y que se "altere" la respuesta que se da al médico por deseo de recibir cuanto antes los comprimidos para AE y evitar una llamada de atención por parte del profesional sanitario.

Tampoco nos sorprende el día de la semana en el que se solicita la AE. Dado que se trata de mujeres jóvenes, es en el fin de semana cuando las relaciones sexuales se tienen con más frecuencia y por tanto más probabilidades hay de fallo en el MAC. Esta única circunstancia ya justifica de por sí que se proporcione AE en los Servicios de Urgencia, tanto Hospitalarios como de Atención Primaria. Podría argumentarse que habría un sesgo condicionado por la accesibilidad: acuden con más frecuencia al Hospital en fin de semana porque los centros de salud están cerrados en esos días. Habría que conocer los resultados de un estudio similar en Centros de Salud. Sin embargo, sospechamos que esa distribución que presentamos corresponde a la realidad, sobre todo porque el lunes, en que los centros de Salud están abiertos, existe una demanda muy superior al del resto de los días de la semana; y esto ya es un poco más preocupante, puesto que esta demanda de los lunes puede corresponder a coitos realizados el viernes o sábado; la AE es tanto más eficaz cuanto más cerca del coito no protegido se realiza⁵, por lo que demorarlo hasta el lunes disminuye su eficacia; probablemente, esta demora se deba a una mala información de la usuaria, que tal vez haya sido advertida erróneamente que la eficacia es similar siempre y cuando se realice dentro de las primeras 72 horas tras el coito, y puede por tanto esperar al lunes.

La última afirmación del párrafo anterior, si fuera cierta, no tendría de todas formas un impacto muy grande, al menos en nuestro grupo de estudio, puesto que el 82 % de nuestros casos han demandado la AE dentro de las primeras 24h.

Respecto a la información sobre el método, llama la atención que en un 10 % de los casos, se demandara en el día 29 o superior de la regla. Quizás se deba a la existencia de ciclos irregulares en esas mujeres; pero no debemos dejar de pensar en la concepción errónea que existe todavía entre muchas personas que piensa que la AE es un método abortivo; por ello, las actuaciones de educación sanitaria y divulgación de este método, deben seguir insistiendo

en que la Anticoncepción de Emergencia no es eficaz si la mujer ya está embarazada.

El nivel de estudios de las demandantes se puede considerar alto; aunque el nivel educativo de nuestra Comunidad también lo es, los datos que hemos recogido deben alertarnos sobre la posibilidad de una barrera de acceso cultural a este método; es decir, las mujeres de nivel cultural bajo tal vez no lo demanden porque desconocen, o bien su existencia, o bien que pueden conseguirlo de una forma tan simple como la de acudir a un Área de Urgencias de un Hospital. El hecho de que la mayor fuente de información sea la social (es decir, el entorno social de las mujeres), en mayor medida que los medios de comunicación o los centros y profesionales sanitarios, nos refuerza en la hipótesis de que las mujeres de nivel cultural más bajo tenderían a demandar menos la AE y por tanto estarían expuestas a mayor riesgo de aborto y embarazo no deseado.

Un aspecto importante relacionado con el acto de proporcionar AE corresponde al conjunto de medidas que se tomen de cara a conseguir la utilización de métodos anticonceptivos eficaces así como altas tasas de cumplimiento. Un 30 % de las mujeres de nuestro grupo de estudio ya habían demandado con anterioridad AE; quiere esto decir que, al menos en esas mujeres, no se consiguió que adoptaran eficazmente un MAC. Si analizamos los resultados en cuanto a Orientación que proporcionamos a las mujeres que demandan AE, vemos que tan sólo se facilitó esta orientación en un 15 % de los casos. Esto es particularmente preocupante, porque quiere decir que estamos solucionando un problema puntual, que no obstante es importante, pero no estamos consiguiendo que el coito no protegido, no vuelva a repetirse en el futuro en la misma mujer. No se puede simplificar al respecto; quizá el área de Urgencias de un gran hospital no sea el lugar adecuado para reflexionar con una adolescente sobre sus relaciones sexuales y la forma de prevenir el embarazo; pero deberían facilitarse a las Áreas de Urgencias mecanismos ágiles y sencillos que permitan al menos un contacto de la mujer, sobre todo la adolescente, con agentes sociales o sanitarios que la puedan orientar, muy en particular con su Centro de Salud.

Bibliografía

1. Alvarez, D.; Arribas, L.; Cabero, L.; Lete, I.; Ollé, C.; De Lorenzo, R. Guía de actuación en Anticoncepción de Emergencia. La píldora del día después. Barcelona. Pulso Ediciones, 2002.
2. Fuente: Servidor web del INE: www.ine.es.
3. Bromham, D.R.; Oloto, E.J. Tratando de prevenir el aborto. Revista Europea de Contracepción y Salud Reproductiva, 1997, 2, 81-87.
4. Von Hertzen, H.; Piaggio, G.; Ding, J.; Chen, J.; Song, S. et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. Lancet. 2002 Dic 7
5. Acoge Practice Bulletin. Clinical Mangement Guidelines for obstetrician-Gynecologists. 25, Marzo 2001.