ANTICONCEPCIÓN EN LA CONSULTA PRIVADA

Trabajo Fin de Máster

David Cornago Martínez
Obstetricia y Ginecología. Hospital Juaneda Miramar
Palma de Mallorca (Islas Baleares)

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN
Universidad de Alcalá

USO DE ANTICONCEPCIÓN EN LA CONSULTA PRIVADA:

Alumno: David Cornago Martínez [1]

Tutora: Aina Tejedor Mestre [2]

[1] Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, Medicina Privada. Hospital Juaneda Miramar, Palma de Mallorca.

[2] Medico especialista en Obstetricia y Ginecología. Adjunta de Sección de Ginecología del Hospital Son Espases de Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

El consejo anticonceptivo es el proceso de comunicación por el cuál se proporciona información de manera equilibrada y objetiva acerca de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles y que permite la adopción del más idóneo por parte de la mujer para conseguir un estado óptimo de salud sexual y reproductivo. Debe estar adaptado a sus características individuales o de pareja, a sus preferencias y a la presencia de patologías médicas asociadas mediante la aplicación de los criterios de elegibilidad de la OMS.

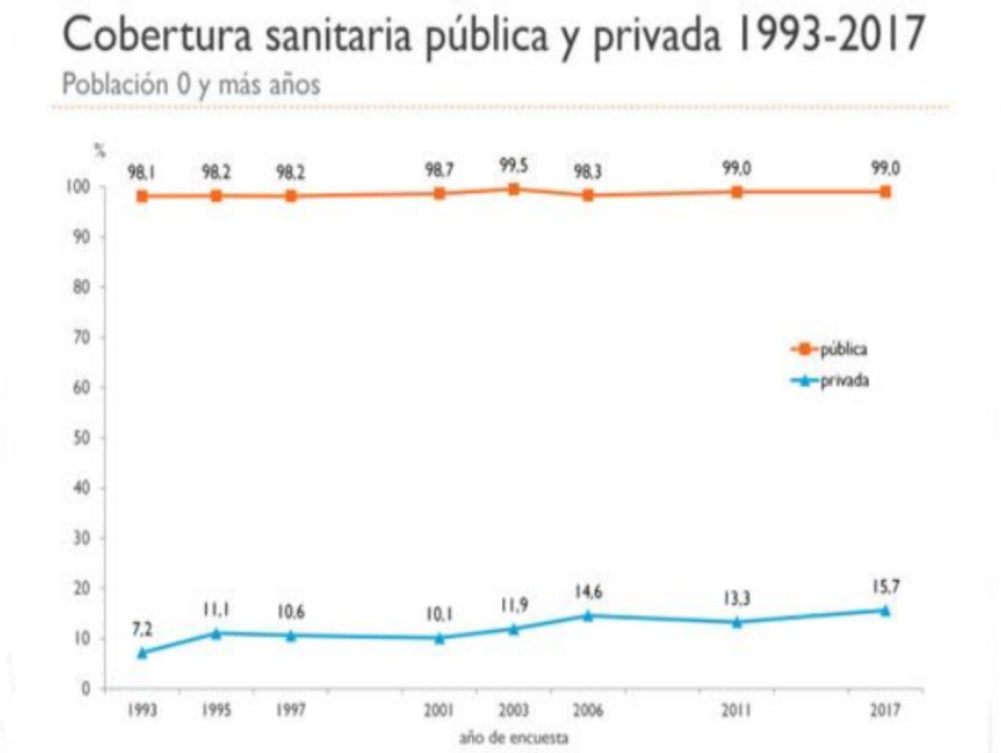
Esta actuación es realizada preferentemente por profesionales sanitarios capacitados para su realización (médicos de familia, ginecólogos, matronas, enfermeras) en el ámbito ambulatorio u hospitalario o bien en otros lugares como colegios o centros de planificación familiar. Algunas otras, por el contrario, prefieren buscar información por otras vías como internet, redes sociales o atendiendo a experiencias, positivas o negativas, de conocidas o allegadas.

El acceso a este consejo anticonceptivo en España se puede conseguir por varias vías, siendo las más extendidas las de la atención pública y privada; la primera de acceso universal financiada por el estado y la segunda costeada por la usuaria. Ambos modelos de sanidad han sido comparados en multitud de ocasiones en términos socioeconómicos, de infraestructura, accesos y listas de espera, tecnología y hasta en planes de actuación. No es el caso del consejo anticonceptivo, el cuál no ha estado en el foco de atención de ningún estudio comparativo hasta la fecha, salvo en el caso de subgrupos muy específicos (adolescentes, menopáusicas, prostitutas, inmigrantes) pero nunca a nivel de población general (1). Aspectos como el nivel socioeconómico de la mujer, la mayor heterogeneidad a la hora de realizar el consejo, ya sea por experiencias o intereses propios del profesional o por la falta de unos criterios protocolarios que en ocasiones rigen la sanidad pública (métodos anticonceptivos financiados), la accesibilidad a dicha información y al método

anticonceptivo, o la dependencia de la cobertura o no del método por parte de la compañía aseguradora, son sólo algunos de los factores distintivos de la atención privada y que también entran a formar parte, de manera indirecta, en el consejo contraceptivo de este perfil de mujeres y que puede hacer decantarlas por uno u otro método diferente.

- *Asistencia privada en España y Baleares*:

La sanidad privada tiene cada vez más presencia en la asistencia sanitaria en nuestro país (2). Así lo demuestran las cifras recogidas por la Encuesta Nacional de Salud en España de 2017 (3) publicado por el Ministerio de Sanidad y en la que se refleja que el 15.7% de la población recibió durante ese año algún tipo de cobertura sanitaria privada (Gráfica 1). De esta misma encuesta se desprende que las mujeres conciertan seguros privados de forma individual con mayor frecuencia que los hombres (13.42% y 11.72% respectivamente) mientras que ocurre lo contrario en el caso de seguros privados concertados por empresas (2.87% y 5.15% respectivamente).



Gráfica 1. Cobertura sanitaria pública y privada entre los años 1993 y 2017. INE (Instituto Nacional de Estadística).

Si desglosamos estos datos por comunidades autónomas observamos que las geografías donde menor peso tiene la atención pública exclusiva son la Comunidad de Madrid y las Islas Baleares (67.69% y 70.20% respectivamente). En las Islas Baleares se ha registrado un incremento en el número de asegurados del 2.5% en el periodo de 2014-2018, alcanzando los 329.214 asegurados según los últimos datos (Gráfica 2)(4). En nuestra comunidad, el porcentaje de población que refiere una atención privada exclusiva es del 1.62% (la más alta de España, sólo superada por Melilla) mientras que el 27.96% de la población utiliza ambos tipos de servicios sanitarios (atención mixta).

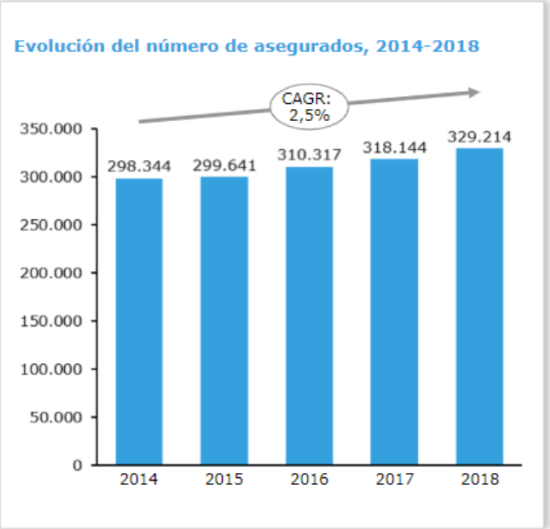


Gráfico 2. Evolución en el número de asegurados en las Islas Baleares 2014-2018

Si nos centramos únicamente en la población femenina estos datos se mantienen fieles a los obtenidos en población general (Tabla 1) y nos encontramos la tasa más alta de atención mixta de todo el territorio nacional.

		At. Pública	At. Privada	At. Mixta	Otros
MUJERES					
TOTAL	100,00	83,53	0,92	15,18	0,37
ANDALUCÍA	100,00	87,32	0,67	11,71	0,30
ARAGÓN	100,00	87,34	0,43	11,78	0,45
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	100,00	89,51	0,49	10,00	0,00
BALEARS, ILLES	100,00	69,51	0,69	29,80	0,00
CANARIAS	100,00	86,77	0,55	11,88	0,80
CANTABRIA	100,00	94,47	0,82	4,71	0,00
CASTILLA Y LEÓN	100,00	91,88	0,81	6,88	0,43
CASTILLA-LA MANCHA	100,00	86,87	1,51	11,62	0,00
CATALUÑA	100,00	76,45	0,83	22,25	0,48
COMUNITAT VALENCIANA	100,00	87,77	1,64	10,46	0,13
EXTREMADURA	100,00	97,65	0,16	2,18	0,00
GALICIA	100,00	92,66	0,26	7,08	0,00
MADRID, COMUNIDAD DE	100,00	68,79	1,67	28,77	0,76
MURCIA, REGIÓN DE	100,00	92,74	0,44	6,48	0,34
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	100,00	88,01	0,69	9,27	2,03
PAÍS VASCO	100,00	85,04	0,40	14,36	0,20
RIOJA, LA	100,00	88,05	0,20	11,59	0,16
CEUTA	100,00	93,15	0,00	6,83	0,02
MELILLA	100,00	88,39	4,19	7,42	0,00

Tabla 1. Distribución del tipo de asistencia sanitaria en mujeres por CCAA en 2017

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es doble:

- estudiar la planificación familiar y la información que sobre los diferentes métodos anticonceptivos tiene una población seleccionada de mujeres que acude a la consulta ginecológica privada en Baleares, atendiendo a las posibles características socioeconómicas diferenciales de este sector y eliminando la financiación de algunos métodos (Anexo 1) por parte de la sanidad pública como factor condicionante a la hora de realizar el consejo anticonceptivo y
- comparar los datos obtenidos con los publicados en la Encuesta Nacional de Anticoncepción de 2018 en población general (5).

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional en el que se entrevistaron a 462 mujeres comprendidas entre 15 y 49 años procedentes de diferentes consultorios ginecológicos privados de Palma de

Mallorca (Anexo 2). La mayoría de las participantes fueron seleccionadas al acudir a su revisión ginecológica anual en la que se realiza el consejo anticonceptivo, mientras que el resto acudieron por otras consultas. Todas las participantes tenían contratado un seguro privado de salud vigente o bien acudieron abonando el importe correspondiente de la consulta médica. Fueron excluidas del estudio mujeres en estado actual de gestación, aquellas con menopausia establecida y todas las mujeres adscritas a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), las cuales presentan mutualidades con convenios con hospitales privados pero están sujetas a las mismas condiciones de financiación de medicamentos que en la sanidad pública.

No se tuvieron en cuenta aspectos como la nacionalidad, la búsqueda de embarazo actual ni la orientación sexual de la mujer con la intención de obtener una muestra más representativa de la población general actual y poder comparar así los resultados obtenidos con los reflejados en la Encuesta Nacional de Anticoncepción de 2018.

Los datos se recogieron en el periodo comprendido entre el 1/Mayo/2019 y el 31/Octubre/2019 mediante encuestas en papel que se entregaban a las mujeres antes/después de que fuesen atendidas en consulta (Anexo 3). Los cuestionarios constaban de 9 ítems con respuesta tipo test que son reflejados a continuación:

1. *Edad*: reflejada en grupos etarios de 5 años.
2. *Paridad*: ningún hijo, uno, dos o más de dos.
3. *Métodos anticonceptivos conocidos*: respuesta múltiple.
4. *Método anticonceptivo actual*: respuesta única.
5. *Satisfacción con el método anticonceptivo actual*: valorando como uno la muy poca satisfacción y como cinco la muy alta satisfacción.
6. *Métodos anticonceptivos utilizados previamente*: respuesta múltiple
7. *Aspectos importantes a considerar a la hora de elegir un método anticonceptivo*: respuesta múltiple, limitada a cinco opciones.
8. *Dudas, miedos y preocupaciones generados por el uso de anticonceptivos*: respuesta múltiple, limitada a cinco opciones.
9. *Fuente de información del consejo anticonceptivo*: respuesta múltiple.

RESULTADOS

- ***Edad***:

El grupo etario de mayor representación entre la población estudiada es el de mujeres mayores de 45 años (99) mientras que el de menor lo constituye el grupo de menores de 20 años (28). Llama la atención la distribución de la muestra, claramente dividida en dos grupos bien diferenciados (Gráfico 3): el primero, el de menores de 30 años, conjunto a priori más susceptible de anticoncepción eficaz, representa únicamente el 22,95% de la muestra; y el segundo, el de mayores de 30 años, representa el 77,05% restante. El total de mujeres mayores de 40 años supone el 41,13%.

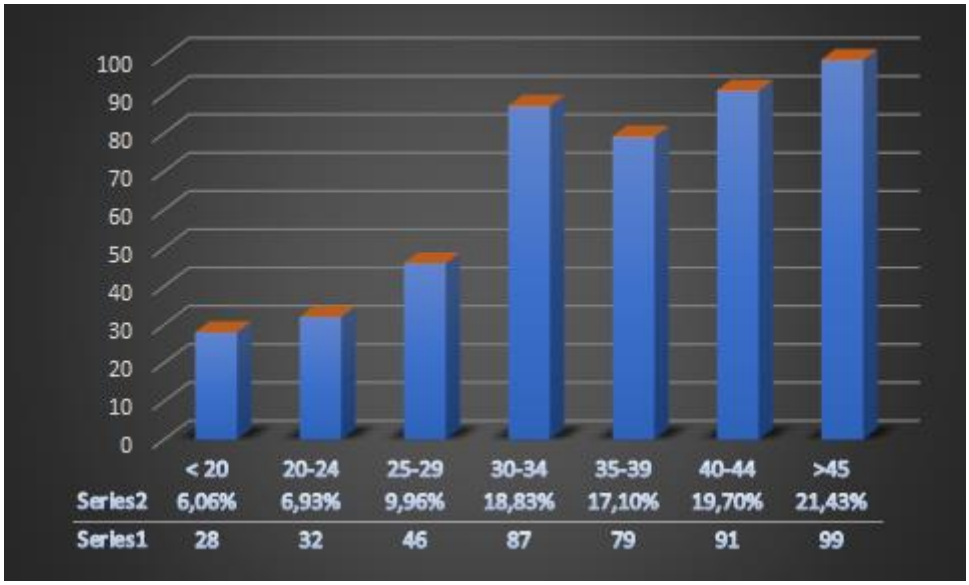


Gráfico 3. Distribución de la muestra por grupos de edad.

- ***Paridad***:

El grupo mayoritario lo representan las mujeres nulíparas (193), las cuales suponen el 43,96% de la muestra. A continuación, tanto las mujeres con uno como con dos hijos presentan una distribución similar (111 y 116 mujeres respectivamente), mientras que aquellas con tres o más hijos suponen únicamente el 4,33% (Gráfico 4).

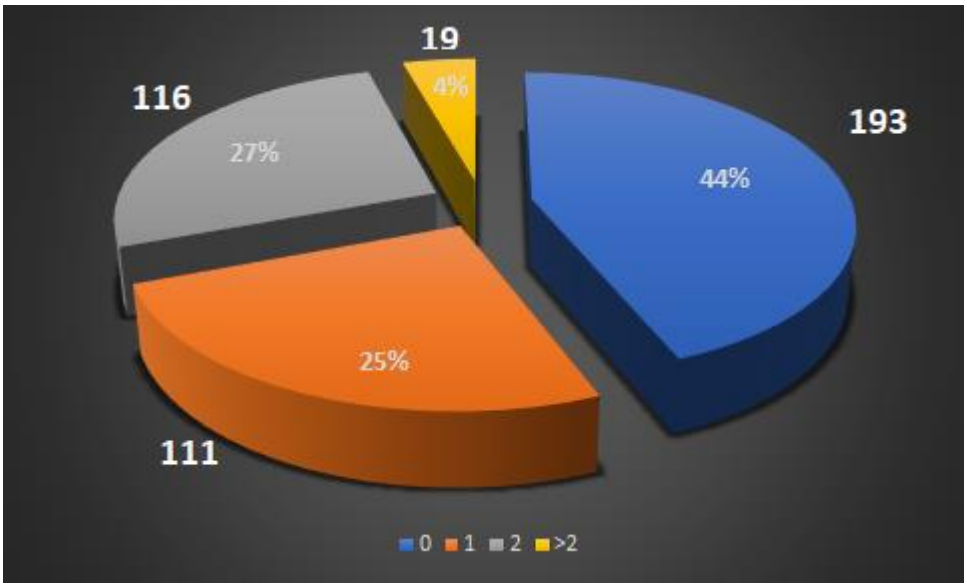


Gráfico 4. Distribución de la muestra según la paridad de las mujeres participantes.

- ***Métodos anticonceptivos conocidos***:

Los métodos anticonceptivos más conocidos por las usuarias entrevistadas son: la píldora combinada (94,81%), el preservativo masculino (91,34%), el DIU (80,09%) y el anillo vaginal (74,89%) (Tabla 2 y Gráfico 5). Por el contrario, desconocen otros métodos como el capuchón cervical (8,44%), el doble método (8,87%), el método basado en la amenorrea de la lactancia o MELA (15,58%) y la píldora con solo gestágenos (17,97%).

Preservativo masculino	422	91,34%
Preservativo femenino	189	40,91%
Diafragma	149	32,25%
Capuchón cervical	39	8,44%
Espermicidas	99	21,43%
Píldora combinada	438	94,81%
Anillo vaginal	346	74,89%
Parche	255	55,19%
Doble método	41	8,87%
Lactancia	72	15,58%
Píldora sólo gestágenos	83	17,97%
Inyectable / Depot	120	25,97%
Implante subcutáneo	161	34,85%
DIU	370	80,09%
Coito interrumpido	240	51,95%
Métodos naturales/Calendario	121	26,19%
LT / Essure	297	64,29%
Vasectomía	294	63,64%
Contracepción urgencia	239	51,73%

Tabla 2. Número y porcentaje de mujeres que conocen cada método anticonceptivo a estudio.

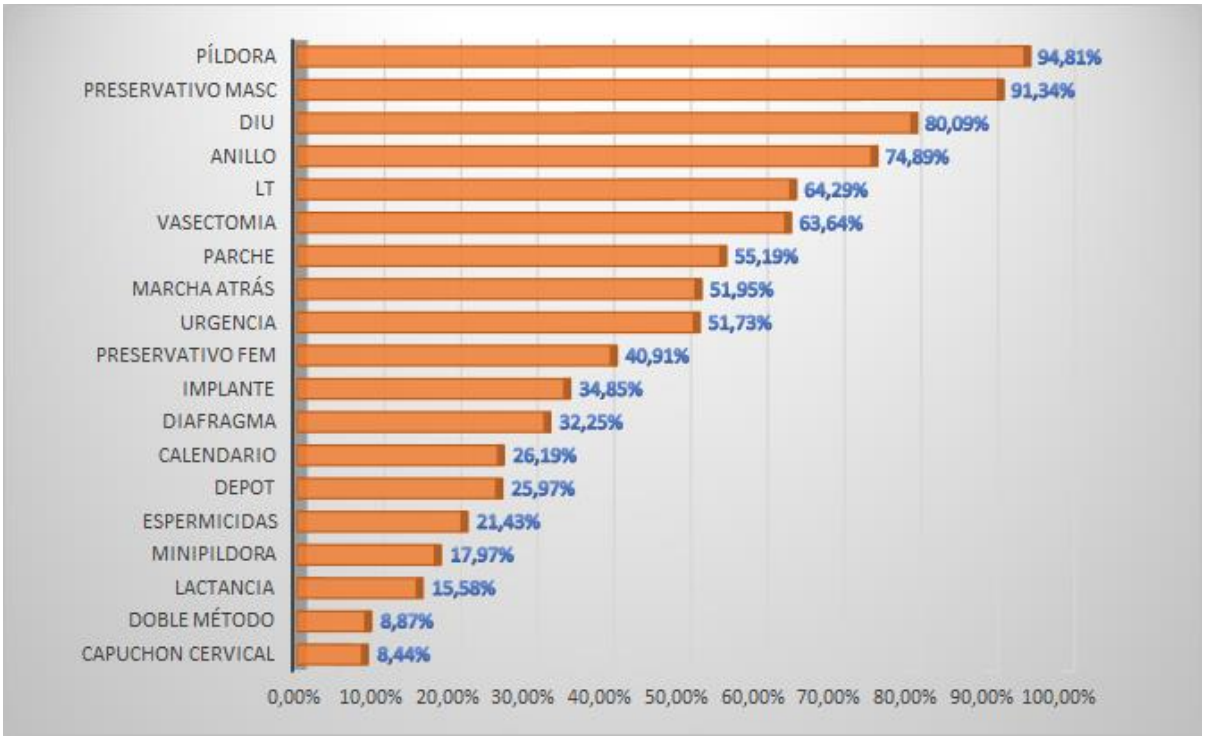


Gráfico 5. Clasificación de métodos anticonceptivos según el conocimiento de la mujer en consulta privada.

- ***Método anticonceptivo actual***:

El preservativo masculino es también el método anticonceptivo más utilizado por las mujeres visitadas en la consulta privada en sus relaciones sexuales (33,26%). Este dato coincide con los todos los estudios de anticoncepción realizados en España en los últimos 20 años (6) y su valor es ligeramente superior al obtenido en la última Encuesta de Anticoncepción de la SEC de 2018 (29,6%) (Tabla 3). A continuación, se encontrarían la anticoncepción combinada oral (ACO - 16,17%) y el DIU (11,16%). El uso de ACO es similar al encontrado en población general (17,3%) y es el gran representante de todos los anticonceptivos hormonales combinados, confirmando la preferencia de las usuarias por la vía oral frente a sus alternativas vaginal (1,59%) y transdérmica (0%). En el caso de los dispositivos intrauterinos se han obtenido cifras de utilización del 11,16% (frente al 8,6% en la encuesta de la SEC) y, si bien no se diferenció entre si aquellos eran de cobre o de LNG, existe una tendencia mayor a la utilización de los segundos.

Especialmente llamativo es el dato que muestra una mayor utilización de métodos naturales de menor eficacia como el coito interrumpido o marcha atrás (5,24% frente al 1,2% en población general) o el método calendario (usado por el 1,14% de usuarias frente al 0,2% de la población general).

El uso del doble método es muy escaso y así lo refleja el hecho de que únicamente el 3,42% de las usuarias entrevistadas añade un método de barrera a su anticoncepción habitual.

En el caso de los métodos irreversibles se observa una clara tendencia a la participación masculina con una tasa del 5,01% de vasectomías frente a sólo el 1,37% de oclusiones tubáricas femeninas (ligadura tubárica, salpinguectomía bilateral o método Essure). En números totales hay una menor utilización de las opciones quirúrgicas irreversibles entre las mujeres privadas (6,38% Vs 9,7%) y una inversión en la elección de la técnica elegida por la población general, donde se observó un mayor número de oclusiones tubáricas que de vasectomías.

Por último, encontramos que el 18,45% de las usuarias no usan ningún tipo de anticoncepción en sus relaciones sexuales (frente al 27,8% reflejado en la encuesta SEC 2018).

	N	%	SEC (2018)
Preservativo masculino	**146**	**33,26%**	**29,6%**
Preservativo femenino	**0**	**0%**	**NC**
Diafragma	**0**	**0%**	**NC**
Capuchón cervical	**0**	**0%**	**NC**
Espermicidas	**0**	**0%**	**NC**
Píldora combinada	**71**	**16,17%**	**17,3%**
Anillo vaginal	**7**	**1,59%**	**2,9%**
Parche	**0**	**0%**	**0,7%**
Doble método	**15**	**3,42%**	**14.3%**
Lactancia	**1**	**0,23%**	**NC**
Píldora sólo gestágenos	**8**	**1,82%**	**0,1%**
Inyectable / Depot	**3**	**0,68%**	**0,2%**
Implante subcutáneo	**2**	**0,46%**	**1%**
DIU	**49**	**11,16%**	**8,6%**
Coito interrumpido	**23**	**5,24%**	**1,2%**
Métodos naturales/Calendario	**5**	**1,14%**	**0,2%**
LT / Essure	**6**	**1,37%**	**5,4%**
Vasectomía	**22**	**5,01%**	**4,3%**
Contracepción urgencia	**0**	**0%**	**NC**
Ninguno	**81**	**18,45%**	**27,8%**

Tabla 3. Uso de anticoncepción en atención privada en Baleares y comparación con Encuesta Nacional de Anticoncepción de 2018.

- *Anticoncepción en función de grupos de edad*:

	< 20		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		> 45	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Preservativo	12	8,22% 48%	8	5,48% 25,81%	18	12,33% 39,1%	30	20,55% 35,7%	31	21,23% 40,8%	27	18,49% 31,4%	20	13,70% 21,98%
Píldora	1	1,41% 4%	13	18,31% 41,93%	14	19,72% 30,4%	21	29,58% 25%	11	15,49% 14,5%	8	11,27% 9,30%	3	4,23% 3,30%
Anillo vaginal	0	0% 0%	1	14,29% 3,23%	1	14,29% 2,17%	2	28,57% 2,38%	2	28,57% 2,63%	1	14,29% 1,16%	0	0% 0%
Doble método	8	53,33% 32%	3	20% 9,68%	0	0% 0%	2	13,33% 2,38%	2	13,33% 2,63%	0	0% 0%	0	0% 0%
MELA	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	1	100% 1,16%	0	0% 0%
Minipíldora	0	0% 0%	0	0% 0%	1	12,50% 2,17%	3	37,50% 3,57%	0	0% 0%	2	25% 2,32%	2	25% 2,20%
Depot	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	1	33,33% 1,31%	1	33,33% 1,16%	1	33,33% 1,10%
Implante	0	0% 0%	1	50% 3,23%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	1	50% 1,10%
DIU	1	2,04% 4%	4	8,16% 12,90%	5	10,20% 10,9%	9	18,37% 10,71%	7	14,29% 9,21%	10	20,41% 11,63%	13	26,53% 14,2%
Marcha atrás	0	0% 0%	0	0% 0%	1	4,35% 2,17%	4	17,39% 4,76%	6	26,09% 7,89%	7	30,43% 8,14%	5	21,74% 5,49%
Calendario	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	2	40% 2,38%	0	0% 0%	2	40% 2,32%	1	20% 5,49%
LT/Essure	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	4	66,67% 4,65%	2	33,33% 2,20%
Vasectomía	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	2	9,09% 2,38%	3	13,64% 3,95%	7	31,82% 8,14%	10	45,45% 10,99%
Ninguno	3	3,70% 12%	1	1,23% 3,23%	6	7,41% 13,%	9	11,11% 10,71%	13	16,05% 17,1%	16	19,75% 18,6%	33	40,74% 36,26%
TOTAL	25		31		46		84		76		86		91	

Tabla 4. Utilización de cada método anticonceptivo según grupos de edad.

Porcentaje en negro: utiliza como denominador el total de usuarias para cada anticonceptivo

Porcentaje en rojo: utiliza como denominador el total de mujeres de cada grupo de edad

El preservativo masculino es el método anticonceptivo más utilizado en todos los grupos de edad excepto en el de 20-24 años, en el que la píldora combinada ocupa el primer lugar (41,93% ACO frente al 25,81% que usan preservativo en este rango) (Tabla4).

En la población más joven el uso del preservativo, ya sea como método único o combinado con otro anticonceptivo hormonal (doble método) es del 80% en el subgrupo de menores de 20 años, aunque hay un 12% de mujeres en este grupo de edad que no usan ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, tasa que desciende al 7,14% si agrupamos a todas las mujeres menores de 25 años.

En el otro extremo de la tabla, en las mayores de 45 años observamos el menor uso de preservativo de todos los grupos estudiados (21,98%) así como una disminución de los métodos hormonales combinados (3,3% de usuarias de ACO), en favor de una mayor presencia de métodos

de larga duración e irreversibles. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que no utilizan anticoncepción en este grupo de edad es alto (36,26%).

A medida que va aumentando la edad de la mujer observamos un menor uso de preservativo y de métodos hormonales combinados y una mayor utilización de medidas irreversibles pero también de otras con menor eficacia (calendario y marcha atrás). El uso de DIU mantiene cifras relativamente estables a partir de los 20-24 con un ligero aumento en los dos últimos grupos de edad. Estas tendencias coinciden casi en su totalidad con los hallazgos de la Encuesta Nacional de Anticoncepción del 2018 (Tabla 5).

	TOTAL	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años
Preservativo	29,6%	46,0%	40,1%	31,4%	31,5%	28,7%	26,3%	16,1%
Píldora	17,3%	21,0%	36,2%	28,5%	15,6%	15,6%	10,8%	6,7%
Mini Píldora o píldora solo gestagenos	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
DIU de cobre	4,3%	1,0%	2,1%	4,2%	4,8%	3,2%	5,7%	6,4%
DIU Hormonal	4,3%	0,0%	2,1%	1,4%	4,7%	4,7%	6,5%	6,6%
Anillo vaginal	2,9%	0,0%	3,4%	8,4%	5,1%	2,9%	0,9%	1,1%
Parche (pegado en la piel)	0,7%	0,0%	1,0%	0,9%	0,4%	1,0%	1,1%	0,3%
Inyectable (inyecciones trimestrales)	0,2%	1,2%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
Implante subcutáneo	1,0%	0,0%	1,6%	1,9%	3,0%	0,7%	0,6%	0,0%
Diafragma	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%			0,3%	0,0%
Coitus interruptus (marcha atrás)	1,2%	0,0%	1,0%	1,1%			1,7%	1,4%
Métodos naturales de control y abstinencia periódica	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%			0,0%	0,3%
Otro	0,7%	0,0%	0,5%	0,0%			1,9%	1,2%
Ligadura de trompas/método Essure (Oclusión tubarica)	5,4%	0,0%	1,0%	0,5%	2,3%	7,1%	9,0%	11,1%
Su pareja tiene la vasectomía	4,3%	0,0%	0,0%	1,5%	1,2%	4,7%	7,4%	9,5%
Ninguno	27,8%	30,7%	10,5%	19,7%	29,8%			
NS/NC	0,2%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%			

Tabla 5. Resultados Encuesta Nacional de Anticoncepción 2018 por grupos de edad (tabla usada con permiso expreso de la Sociedad Española de Contracepción).

- *Anticoncepción en función de paridad*:

	0 HIJOS		1 HIJO		2 HIJOS		3/+ HIJOS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Preservativo	66	45,21% 34,20%	44	30,14% 39,64%	33	22,60% 28,45%	3	2,05% 15,79%
Píldora	48	67,61% 24,87%	16	22,54% 14,41%	6	8,45% 5,17%	1	1,41% 5,26%
Anillo vaginal	3	42,86% 1,55%	2	28,57% 1,80%	2	28,57% 1,72%	0	0% 0%
Doble método	13	86,67% 6,73%	2	13,33% 1,80%	0	0% 0%	0	0% 0%
MELA	0	0% 0%	1	100% 0,90%	0	0% 0%	0	0% 0%
Minipíldora	4	50% 2,07%	2	25% 1,80%	2	25% 1,72%	0	0% 0%
Depot	1	33,33% 0,52%	2	66,67% 1,80%	0	0% 0%	0	0% 0%
Implante	1	50% 0,52%	1	50% 0,90%	0	0% 0%	0	0% 0%
DIU	9	18,37% 4,66%	10	20,41% 9,01%	24	48,98% 20,69%	6	12,24% 31,58%
Marcha atrás	7	30,43% 3,63%	6	26,09% 5,40%	9	39,13% 7,76%	1	4,35% 5,26%
Calendario	2	40% 1,04%	2	40% 1,80%	1	20% 0,86%	0	0% 0%
LT/Essure	0	0% 0%	0	0% 0%	4	66,67% 3,45%	2	33,33% 10,53%
Vasectomía	2	9,09% 1,04%	1	4,55% 0,90%	16	72,73% 13,80%	3	13,64% 15,79%
Ninguno	37	45,68% 19,17%	22	27,19% 19,82%	19	23,46% 16,38%	3	3,70% 15,79%
TOTAL	193		111		116		19	

Tabla 6. Uso de anticoncepción en función de la paridad.

Porcentaje en negro: usa como denominador el total de usuarias para cada anticonceptivo.

Porcentaje en rojo: uso como denominador el total de mujeres en cada rango de paridad.

El preservativo masculino es el método anticonceptivo más utilizado en todos los grupos de paridad (34,20%; 39,64% y 28,45% para ninguno, uno y dos hijos respectivamente) excepto en el de tres o más hijos, donde predomina el DIU con un 31,58%. Conforme aumenta el número de hijos va disminuyendo el uso de métodos de corta duración en favor de aquellos de larga duración y/o irreversibles (Tabla 6).

Casi la mitad de las mujeres que refieren no usar ningún método anticonceptivo actualmente se ubican en el grupo de nulíparas, lo que supone el 19,17% de este subgrupo de población. Sin embargo, esta proporción se mantiene relativamente estable a medida que estas

mujeres van teniendo hijos (19,82% con un hijo; 16,38% con dos hijos; y 15,79% con más de dos hijos).

- ***Satisfacción con el método anticonceptivo***:

El 59% de las pacientes encuestadas referían sentirse muy satisfechas (nivel 4/5) o altamente satisfechas (nivel 5/5) con su método anticonceptivo actual, mientras que el 5,92% mostraban sentirse muy insatisfechas (nivel 1/5) (Gráfico 6).

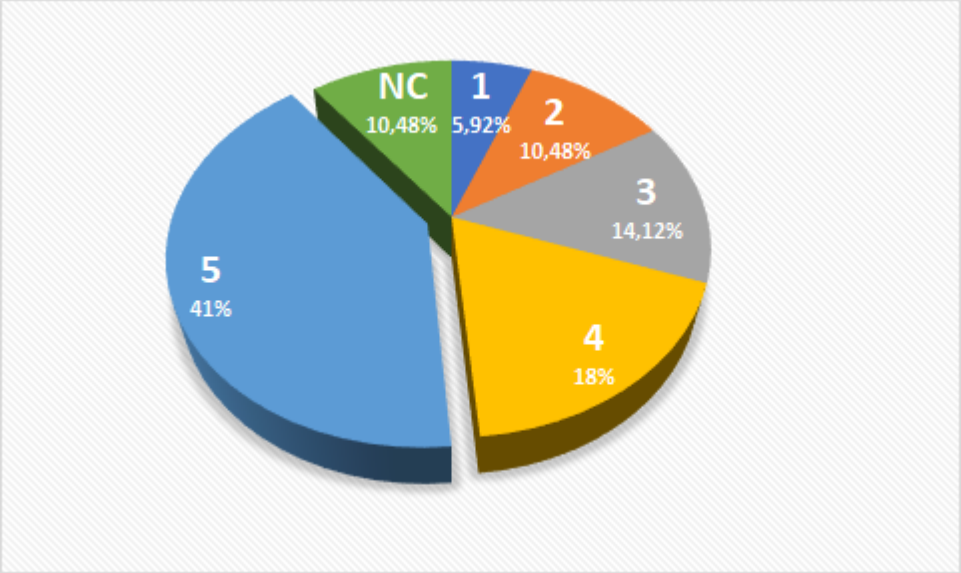


Gráfico 6. Satisfacción global de las usuarias con su método anticonceptivo.

Si analizamos estos resultados en base al método anticonceptivo utilizado nos encontramos una muy alta satisfacción (puntuación 5/5) con el uso del anillo vaginal, DIU, método calendario y con ambas alternativas irreversibles, tanto vasectomía como oclusión tubárica. Los que obtienen peor valoración (categoría 1/5) serían la marcha atrás / coito interrumpido y el uso del preservativo masculino (Tabla 7).

	1		2		3		4		5	
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Preservativo	10	6,85%	29	19,86%	36	24,66%	29	19,86%	42	28,77%
Píldora	4	5,63%	6	8,45%	8	11,27%	22	30,99%	31	43,66%
Anillo vaginal	0	0%	0	0%	0	0%	1	14,29%	6	85,71%
Doble método	0	0%	0	0%	3	20%	4	26,67%	8	53,33%
MELA	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%
Minipíldora	0	0%	0	0%	1	12,50%	2	25%	5	62,50%
Depot	0	0%	0	0%	0	0%	2	66,67%	1	33,33%
Implante	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%
DIU	0	0%	0	0%	2	4,08%	7	14,29%	40	81,63%
Marcha atrás	2	8,70%	2	8,70%	10	43,48%	4	17,39%	5	21,74%
Calendario	0	0%	1	20%	0	0%	0	0%	4	80%
LT/Essure	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	100%
Vasectomía	1	4,55%	1	4,55%	0	0%	0	0%	20	90,91%

Tabla 7. Grado de satisfacción de las usuarias con cada método anticonceptivo.

- ***Métodos anticonceptivos utilizados en alguna ocasión***:

El 86,79% de las mujeres participantes en el estudio refieren haber usado el preservativo en alguna ocasión durante sus relaciones sexuales y el 69,02% comentan haber utilizado la píldora combinada (Tabla 8 y Gráfico 7). Son, con mucha diferencia, los dos métodos anticonceptivos más utilizados por la población seleccionada, seguidos a mucha distancia por el anillo vaginal (22,55%), el coito interrumpido (21,18%) y el DIU (19,82%). El resto de métodos han sido utilizados por menos del 10% de las mujeres estudiadas.

PRESERVATIVO MASC	86,79%	381
PILDORA	69,02%	303
ANILLO	22,55%	99
MARCHA ATRAS	21,18%	93
DIU	19,82%	87
URGENCIA	9,34%	41
MINIPÍLDORA	6,15%	27
VASECTOMIA	5,24%	23
PARCHE	4,33%	19
PRESERVATIVO FEM	4,10%	18
CALENDARIO	2,96%	13
IMPLANTE	1,82%	8
LT	1,82%	8
LACTANCIA	1,59%	7
DEPOT	1,59%	7
OTROS	1,37%	6
DIAFRAGMA	0,91%	4
ESPERMICIDAS	0,23%	1
CAPUCHON CERVICAL	0%	0

Tabla 8. Métodos anticonceptivos usados en alguna ocasión a lo largo de la vida por las mujeres controladas en consulta privada en Baleares.

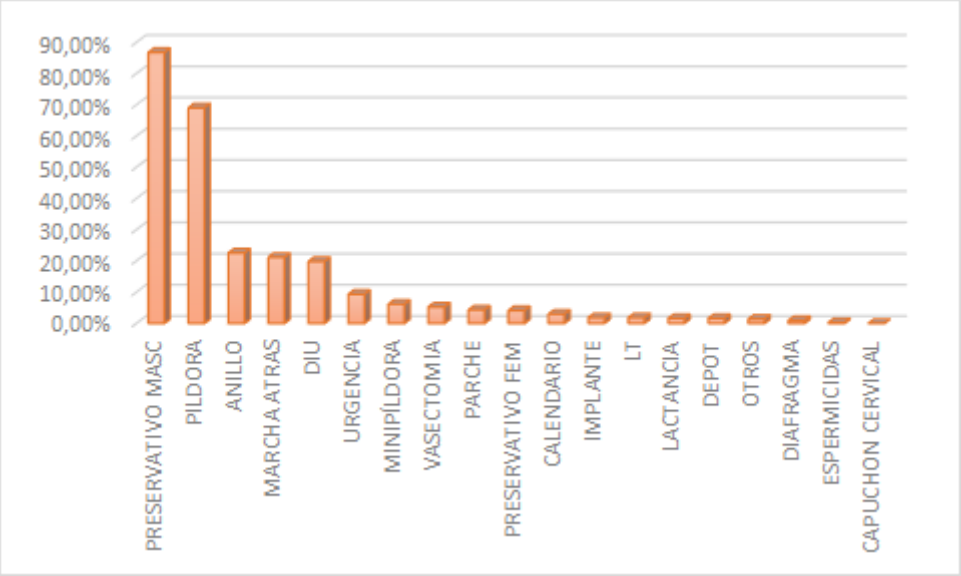


Gráfico 7. Métodos anticonceptivos usados en alguna ocasión a lo largo de la vida por las mujeres controladas en consulta privada en Baleares.

- ***Aspectos importantes en la elección de un anticonceptivo***:

El beneficio más importante que busca la mujer en un método anticonceptivo es la eficacia a la hora de evitar un embarazo no deseado (Tabla 9). Así, el 86,58% de las encuestadas encuentran en este punto el factor más determinante a la hora de elegir su anticonceptivo. Los siguientes aspectos más importantes serían la protección frente a las enfermedades de transmisión sexual (52,16%), que se traten de métodos seguros en su utilización (50,65%) y que no tengan efectos secundarios (50,22%).

Los efectos beneficiosos sobre el ciclo menstrual no se encuentran entre los más significativos en la elección del método, de tal forma que solo un 35,06% busca una regulación del ciclo menstrual, un 26,84% una reducción de la dismenorrea y únicamente un 16,02% una reducción de su flujo menstrual.

Cabe resaltar que solo el 8,66% consideran importante el precio del producto a la hora de decantarse por uno u otro método y existe un 6,06% que tienen en cuenta que su pareja sexual tenga una valoración positiva del anticonceptivo (Gráfico 8).

Eficacia embarazo	400	86,58%
Seguridad	234	50,65%
Sin hormonas	89	19,26%
Sin efectos 2os	232	50,22%
Facilidad uso	183	39,61%
Recomendación médica	104	22,51%
Regulación ciclo	162	35,06%
Dolor menstrual	124	26,84%
Reducir sangrado	74	16,02%
Guste a pareja	28	6,06%
Otros síntomas	32	6,93%
Precio	40	8,66%
Protección ETS	241	52,16%
Fácil acceso	29	6,28%
Otros	2	0,43%

Tabla 9. Factores más determinantes en la elección de un anticonceptivo.

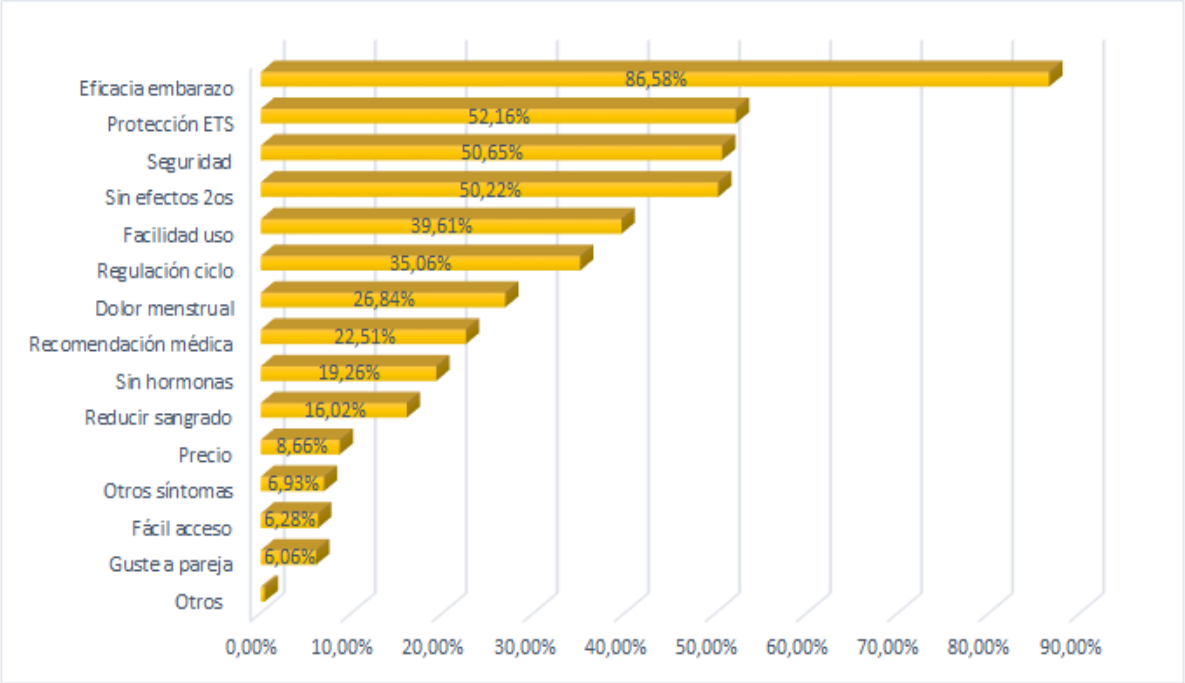


Gráfico 8. Factores más determinantes en la elección de un anticonceptivo.

- ***Miedos, dudas y preocupaciones ante la anticoncepción***:

Siguiendo la tendencia del apartado anterior, cuando se preguntó a nuestra población por la principal preocupación relacionada con el uso de anticoncepción, el 66,88% expresaron su temor a un fallo del método con el consiguiente embarazo no deseado (Gráfico 9). La cancerofobia y el miedo al desarrollo futuro de esta enfermedad a causa del uso de anticoncepción, fundamentalmente hormonal, preocupa al 41,77%. El aumento de peso preocupa

a más de una de cada tres mujeres y la posible aparición de patología ginecológica en forma de sequedad vaginal, infecciones vaginales o cistitis al 31,82%.

Las alteraciones menstruales, fundamentalmente asociadas a los métodos con sólo gestágenos, generan preocupación en el 31,39% de las mujeres, ya sea en forma de amenorrea, spotting inesperados o sangrados prolongados o frecuentes.

El 21,43% tiene miedo a la posible repercusión de la anticoncepción sobre su fertilidad futura mientras que al 19,48% les molesta la posible interferencia que algunos métodos, mayoritariamente de barrera, ejercen sobre su actividad sexual (molestias, pérdida de placer o espontaneidad del encuentro).

Otros aspectos como la hormonofobia, pérdida o disminución de la líbido, aparición de cefaleas, trastornos cutáneos o interacciones con algunos medicamentos tienen menor representación.

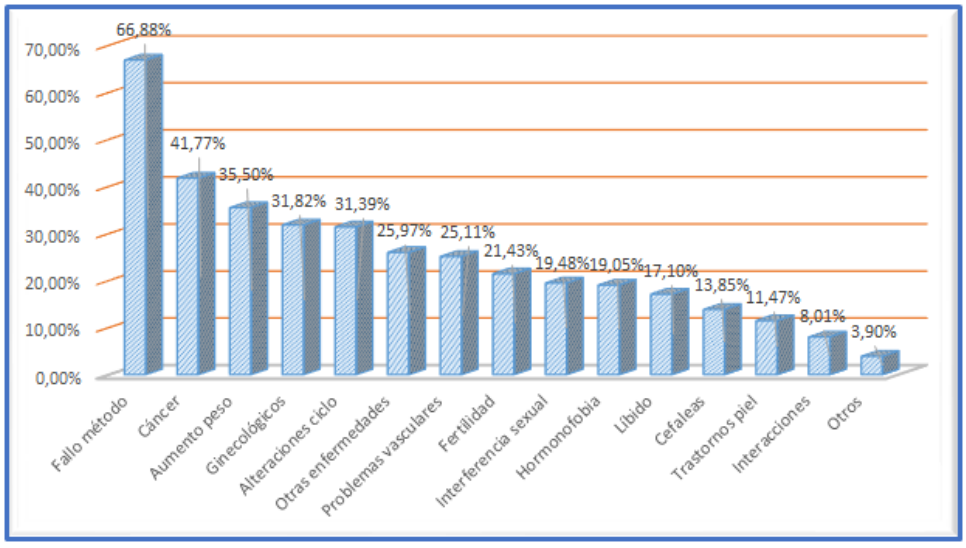


Gráfico 9. Principales miedos en relación con el uso de anticoncepción

- ***Fuente del consejo anticonceptivo***:

Poco más de la mitad de las mujeres que asisten regularmente a la consulta ginecológica privada refieren que es el propio profesional sanitario el que les recomendó su método anticonceptivo actual. Un 20,73% reconocen que fue la recomendación de una amiga o conocida la que las impulsó a la utilización del método mientras que un 10,02% se decidieron tras el recibimiento de consejo anticonceptivo en el colegio, instituto u otro centro de planificación

familiar. Menos de un 3% han recurrido a internet o a las redes sociales para solicitar información (Gráfico 10).

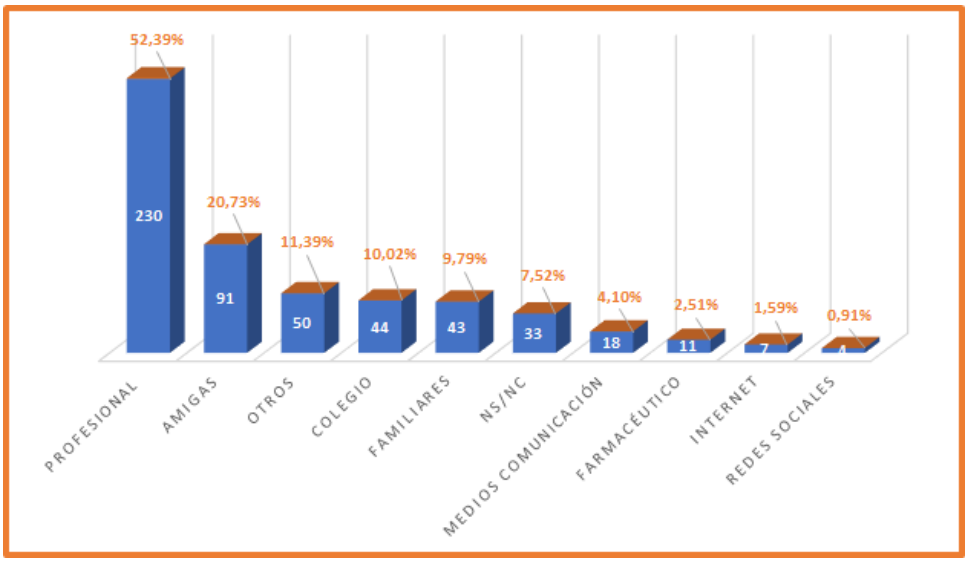


Gráfico 10. Influencia en la elección del método anticonceptivo actual.

DISCUSIÓN

- *Edad y paridad*:

Los datos obtenidos en el estudio nos muestran que el 77,05% de las mujeres que acuden a la consulta privada son mujeres mayores de 30 años. Esta gran diferencia respecto a los subgrupos de menor edad puede tener varias explicaciones. La primera y más lógica es la extrapolación que se hace desde la sanidad pública de iniciar las revisiones ginecológicas a los 25 años y no a menor edad. Es muy frecuente encontrar a mujeres que inician el cribado citológico a los 25 años en el centro de salud y que posteriormente deciden cambiar a un control privado anual en vez de trianual. La segunda explicación está en concordancia con la edad media de primer embarazo en España, que es de 31 años (7), con lo que sería lógico razonar que a esta edad la mujer empieza a preocuparse por aspectos relacionados con su fertilidad y empieza a acudir con mayor frecuencia a revisiones y consultas. La tercera, que afecta fundamentalmente a las mujeres mayores de 40 años, es la mayor aparición de patología ginecológica a esta edad que requiere de un manejo y seguimiento. Es en este subgrupo, fundamentalmente en las

mayores de 45 años, donde encontramos el menor uso de anticoncepción. Aproximadamente una de cada tres mujeres de esta edad no usa ningún método anticonceptivo, quizás por la propia percepción de que no es necesario debido a su baja fertilidad o por presentar ya sintomatología propia de la transición a la menopausia. Es nuestra labor no rendirnos a la falsa tranquilidad de este grupo de mujeres y realizar un adecuado y adaptado consejo anticonceptivo hasta la menopausia establecida.

El otro foco de interés en nuestra atención debería ser el grupo de las mujeres más jóvenes, fundamentalmente ese 12% de jóvenes menores de 20 años que no usan ningún método anticonceptivo. Adoptar medidas como el inicio del cribado citológico o las revisiones ginecológicas en los tres primeros años tras el inicio de las relaciones sexuales como recomienda el grupo de J. Cortés (8) para la población privada puede ofrecernos el escenario ideal para reducir esa tasa.

En cuanto a la paridad, el grupo mayoritario lo componen las mujeres nulíparas con el 43,96%. En ellas encontramos un uso preferente del preservativo y de la píldora anticonceptiva, una baja utilización de los métodos LARC y poco eficaces y un 19,17% que no usan ningún método anticonceptivo.

Conforme aumenta el número de hijos disminuye la utilización de los métodos barrera y hormonales en favor de los LARC y quirúrgicos. Esta viene siendo la tendencia en la mayoría de estudios realizados; la búsqueda de métodos de mayor eficacia es mayor cuando el deseo genésico está cubierto. Este razonamiento es perfectamente válido en el caso de las esterilizaciones quirúrgicas, sin embargo, en el caso de los métodos de larga duración (DIU, implante) no se debería limitar su recomendación únicamente a este grupo de mujeres, ya que se ha demostrado que son alternativas reversibles altamente eficaces y seguras para cualquier grupo de población, independientemente de la edad y de la paridad, y se deberían tener en cuenta a la hora de realizar el consejo anticonceptivo en toda mujer ya sea de manera única o, preferiblemente, junto a un método barrera (doble método). En los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Anticoncepción de 2018 sobre información y planificación, se observó que al 45.6% de las mujeres no se les informó ni ofreció la posibilidad de un método LARC en su asesoramiento anticonceptivo.

- *Conocimiento de métodos anticonceptivos*:

La píldora combinada, el preservativo masculino, el DIU y el anillo vaginal son, en este orden, los métodos anticonceptivos más conocidos por las mujeres encuestadas, seguidos de los métodos quirúrgicos. Sin embargo, hay un desconocimiento muy marcado de otros métodos, entre los cuáles los más reseñables son el doble método (8,87%), el MELA (15,58%) o la anticoncepción de urgencia (51,73%). El método MELA es, de entre los tres, el que puede tener la explicación más lógica de su bajo conocimiento y es el hecho de que casi la mitad de las encuestadas son mujeres nulíparas no susceptibles de este método, mientras que de aquellas con hijos había que descartar a todas las que optaron por lactancia artificial. No obstante, debería ser una opción más en el consejo anticonceptivo en mujeres lactantes siempre y cuando se cumplan los criterios necesarios para su eficacia.

Más grave resulta el hecho de que las mujeres desconozcan la existencia del doble método, el único que protege frente a un embarazo no deseado y una enfermedad de transmisión sexual y que debería encontrarse en primera línea de todo consejo anticonceptivo que se precie, independientemente de la edad de la mujer y haciendo especial énfasis en las edades más jóvenes.

En cuanto a la contracepción de emergencia, el resultado obtenido es muy preocupante si lo comparamos con el 98.7% de mujeres que conocían su existencia en la Encuesta Nacional de Anticoncepción 2018. Es indispensable incorporar información acerca de la anticoncepción de urgencia en todo asesoramiento realizado a aquellas mujeres usuarias de métodos anticonceptivos dependientes de ella o de su pareja, y así darles a conocer su existencia ante la mala utilización del método o fallo del mismo.

- *Método anticonceptivo actual*:

Si comparamos los resultados obtenidos en nuestro estudio con los publicados en la Encuesta Nacional de Anticoncepción de la SEC de 2018 obtenemos las siguientes conclusiones:

  - Una mayor utilización del preservativo (33,26% Vs 29,6%). Es el método anticonceptivo más utilizado en todos los grupos de edad, salvo en el subgrupo de 20-24 años y en todos los grupos de paridad salvo en aquellas mujeres con más de dos hijos. Sin embargo, su uso concomitante con otro método anticonceptivo (doble método) es muy bajo (3,42% frente al 14.3% de la SEC).

- Una menor utilización de los métodos hormonales combinados: píldora (16,17% Vs 17,3%), anillo vaginal (1,59% Vs 2,9%) y parche cutáneo (0% Vs 0,7%). En el caso de la píldora podría justificarse esta menor utilización por el hecho de que se trata del método anticonceptivo mayormente financiado en la sanidad pública (Anexo 1). Sin embargo, esta circunstancia no supone un aumento en la utilización de las otras alternativas hormonales combinadas en la usuaria privada, posiblemente por algunas reticencias a las vías vaginal y cutánea por parte de algunas mujeres y porque la vía oral es igualmente más económica que estas alternativas hasta en los preparados sin financiar.
- Una mayor utilización de la píldora solo gestágenos (1,82% Vs 0,1%) fundamentalmente en mujeres lactantes o con contraindicación para el uso de estrógenos.
- Una mayor utilización del preparado inyectable de acetato de medroxiprogesterona (0,68% Vs 0,2%). A pesar de ello su utilización es baja comparada con otros métodos con sólo gestágenos. Su mayor posibilidad de interferencia metabólica, su variable retorno de la fertilidad y el discutido efecto sobre el remodelado óseo en mujeres jóvenes hacen del AMPd el menos atractivo de su categoría para los propios profesionales y en ocasiones es el gran olvidado del consejo anticonceptivo.
- Una menor utilización del implante subcutáneo (0,46% Vs 1%). El teóricamente anticonceptivo más eficaz a la hora de evitar un embarazo (índice de Pearl 0,05) es uno de los menos utilizados entre las mujeres estudiadas, quizás por el impredecible efecto sobre el patrón de sangrado que aparece en el 20% de las usuarias y que es motivo de abandono del método en el 10.4% de las ocasiones, colocando al implante en desventaja frente a otros LARC debido al rechazo que ocasiona en estas mujeres la aparición de este inconveniente (9).
- Una mayor utilización del DIU (11,16% Vs 8,6%). No se hace distinción en el estudio si se trata de un dispositivo de cobre o de levonorgestrel, pues no era objeto del mismo, aunque la tendencia observada en los diferentes consultorios estudiados es a una mayor utilización del último, en sus variantes de tres o de cinco años. Su uso es mayor, como se ha visto anteriormente, en mujeres de mayor edad y mayor paridad o con deseo genésico cubierto y la mayor parte de las veces forma parte del consejo anticonceptivo en este tipo de mujeres. Poco a poco se van abandonando mitos y reticencias por parte de los profesionales y de las usuarias a la utilización de DIU en mujeres jóvenes o nulíparas, pero las cifras de estos grupos todavía distan mucho de las observadas en los grupos habituales.
- Una mayor utilización del coito interrumpido (marcha atrás): 5,24% Vs 1,2% y de los métodos naturales / calendario (1,14% Vs 0,2%). Se trata de métodos anticonceptivos

de baja eficacia (índice de Pearl 24-27 en uso habitual) con un alto riesgo de embarazo en caso de una mala utilización. Es imperativo facilitar una correcta información acerca de ambos métodos en las mujeres que así lo soliciten, informar sobre otras alternativas anticonceptivas de mayor eficacia así como de la anticoncepción de urgencia en caso de sospecha de fallo.

- Una menor utilización de métodos quirúrgicos (6,38% Vs 9,7%) en general a costa de una menor tasa de oclusiones tubáricas (1,37% Vs 5,4%). Sin embargo, se recurre más a la vasectomía en parejas de mujeres en la privada que en la población general (5,01% Vs 4,3%). Las posibles explicaciones serían la mayor facilidad técnica y anestésica de la vasectomía frente a la LT (sobre todo ahora que se ha retirado el método Essure del mercado) así como la tendencia de muchas mujeres a transferir a sus parejas la responsabilidad anticonceptiva tras finalizar el deseo de descendencia y de esta forma "equilibrar" las obligaciones que sobre la fertilidad han recaído con mucho mayor peso en la mujer a lo largo de su vida.
- Una menor proporción de mujeres que no usan anticoncepción (18,45% Vs 27,8%). Al igual que reflejó la Encuesta Nacional de la SEC, no todas estas mujeres son susceptibles de un embarazo no deseado pues entre ellas encontramos a aquellas con deseo genésico actual, con pareja homosexual o que no mantienen relaciones sexuales en la actualidad. En la encuesta de la SEC se calculó que el 25,1% de todas las mujeres que mantenían relaciones sexuales sin protección eran vulnerables a un embarazo no deseado, lo que supone el 7% de la población. Este dato no fue calculado en nuestro análisis por no formar parte del objetivo inicial del mismo, pero en un estudio posterior sería interesante poder obtenerlo y compararlo con el registrado por la SEC al tratarse de un dato subrogado con mucho impacto sobre el consejo anticonceptivo.

Las revisiones ginecológicas se realizan, en la mayoría de los consultorios privados, de forma anual lo que supone un escenario inmejorable para iniciar, reforzar o reevaluar el consejo anticonceptivo en esta población año tras año. Preguntar acerca de su método anticonceptivo actual, su satisfacción con el mismo, la necesidad de cambio en función de sus necesidades o preferencias o acerca de su deseo genésico debería ser un hecho obligado en cada visita aunque, en ocasiones, la presión asistencial también presente en este ámbito o la prioridad puntual de alguna otra circunstancia de la mujer puede hacer que no se aborde la anticoncepción de forma adecuada.

- *Satisfacción con el método anticonceptivo*:

La satisfacción que la mujer expresa con su método anticonceptivo es tan importante como otros aspectos beneficiosos del mismo. La autopercepción de una correcta calidad de vida, una salud sexual plena y la comprobación de que el método cumple con las expectativas creadas por la usuaria durante el consejo anticonceptivo inicial son cuestiones que hay que valorar de forma periódica en la consulta privada para reforzar su continuidad y buen cumplimiento o bien para plantear un cambio hacia otro que se adapte de mejor manera a sus intereses.

En el estudio encontramos que el 59% de las usuarias habituales de anticoncepción referían encontrarse muy satisfechas o altamente satisfechas con su método, estando el 41% en el escalón más alto de satisfacción. Entre todos los métodos utilizados, los que presentan un mayor índice de satisfacción (nivel 5 sobre 5) son los métodos quirúrgicos (oclusión tubárica y vasectomía) con una valoración superior al 90%, el anillo vaginal con un 85,71%, el DIU con un 81,63% y el coito interrumpido con un 80%. En esta categoría de satisfacción los dos métodos más usados muestran índices mucho menores: 43,66% y 28,77% para píldora combinada y preservativo respectivamente. Existen otros estudios que reportan una mayor satisfacción con la vía vaginal que con la oral combinada a pesar de ciertas reticencias iniciales por parte de algunas mujeres al uso de la primera (10)

En el otro extremo encontramos a un 5,92% de usuarias que refieren encontrarse altamente insatisfechas con su método anticonceptivo. En esta categoría nos encontramos al 8,70% de las que practican la marcha atrás y al 6,85% de las usuarias de preservativo, probablemente por su interferencia con la actividad sexual.

Estos resultados son positivos pero mejorables. Una renovación continua de la información basada en el perfil de cada usuaria así como de las expectativas y necesidades en términos de anticoncepción de cada mujer, mejoraría de forma significativa estos resultados.

- ***Aspectos importantes en la elección de anticoncepción*:**

Son múltiples los factores que pueden condicionar la elección de un método anticonceptivo aparte de su eficacia a la hora de evitar un embarazo no deseado. No todos los métodos sirven para todas las mujeres ni todas las mujeres responden igual a los mismos métodos. Cada una de ellas presenta un perfil único y el consejo anticonceptivo se debe plantear de forma individualizada en base a él, descartando todos aquellos métodos que no se adapten al mismo tras haber informado de forma adecuada y objetiva acerca de sus características. Debe

evitarse el descarte de algunos métodos por prejuicios de la usuaria o del profesional así como por falsos mitos y creencias, pues ese anticonceptivo a priori inaceptable puede resultar adecuado tras ofrecer una información clara y concisa acerca de él.

También existen factores socioeconómicos, culturales y hasta raciales que hacen que la búsqueda anticonceptiva se incline hacia unos u otros métodos. En este estudio se ha buscado analizar cuáles son las preferencias de la mujer atendida en la consulta privada en la elección de su planificación familiar.

El 86,56% de las encuestadas tienen claro que lo que buscan en un método anticonceptivo es precisamente evitar un embarazo no deseado, es decir, buscan un método eficaz. En segundo lugar, el 52,16%, buscan protección frente a enfermedades de transmisión sexual, lo cuál únicamente se consigue de manera eficaz con el uso correcto del preservativo masculino o femenino. Método eficaz + protección ETS = doble método. Entonces nos podríamos preguntar: ¿por qué se usa tan poco? El 3,42% de usuarias de doble método es una cifra que se antoja inaceptable. Añadir un método altamente eficaz como puede ser un LARC o un método combinado al método barrera cumpliría con este objetivo. Muchas mujeres, la mayoría al entablar una relación de cierta estabilidad, desechan el método barrera al iniciar otro método anticonceptivo y es complicado para el profesional hacerles retomar su uso abogando por un beneficio que ellas consideran ya innecesario. Sin embargo, los datos de incidencia de ETS siguen aumentando y es nuestra responsabilidad informar de ello a toda mujer, haciendo promoción activa de su propia salud sin que ello suponga un ataque directo a su estabilidad de pareja. Hagamos caso a lo que nuestras mujeres piden al método: eficacia + protección ETS = doble método.

Aproximadamente la mitad de las encuestadas buscan métodos seguros y sin efectos secundarios. Sabemos que, una vez aplicados los métodos de elegibilidad de la OMS, la aparición de efectos secundarios es baja y frecuentemente transitoria. Una correcta información al respecto puede conseguir una mayor aceptación de los mismos así como una mayor adherencia y menor abandono.

Cerca de un 20% buscan métodos libres de hormonas y en ellas los métodos barrera, el DIU de cobre y los métodos irreversibles (en caso de deseo genésico cubierto) serían las opciones de elección.

Solo un 8,66% consideran muy importante el precio del anticonceptivo y suele tratarse de mujeres más jóvenes, estudiantes o con menores recursos económicos que pueden llegar a elegir métodos que estén financiados para posteriormente acudir a su centro de salud para su prescripción.

- ***Miedos, dudas y preocupaciones ante la anticoncepción***:

Como se ha comentado en el apartado anterior, el asesoramiento anticonceptivo está condicionado en algunas ocasiones por aspectos negativos asociados al uso de anticoncepción, algunos reales y sujetos a consideración y otros absolutamente infundados basados en falsas creencias, mitos o prejuicios que deben ser aclarados pacientemente con la mujer porque, de no hacerlo, ocasionaría el rechazo absoluto de un método eficaz y seguro.

El principal miedo que refieren las mujeres participantes en el estudio es el fallo del método en un 66,88%. Este dato y el obtenido en la categoría anterior que consideraba la eficacia del método como el aspecto más relevante al elegir un anticonceptivo, realzan firmemente la necesidad de informar de métodos altamente eficaces como pueden ser preferentemente los LARC (métodos reversibles de larga duración) o los hormonales combinados. En caso de deseo genésico cubierto también deberían considerarse los métodos irreversibles (vasectomía y oclusión tubárica). En caso de elección de otro método diferente a estos conviene hacer hincapié en un correcto uso del mismo evitando fallos en su utilización que pudieran poner en riesgo de un embarazo no deseado e informar igualmente de la existencia de la anticoncepción de urgencia en estos casos.

El 41,77% relacionan el uso de anticoncepción con la aparición de cáncer en un futuro. Esto ocurre fundamentalmente con los métodos hormonales de cualquier tipo y su existencia es herencia directa de estudios antiguos, sesgados o realizados con preparados de diferente composición a la actual. Actualmente existe gran cantidad de trabajos que no solo no confirman esta creencia sino que demuestran la menor probabilidad de cáncer en general y de mortalidad por esta enfermedad entre las usuarias de anticoncepción frente a las no usuarias en población general. Incluso se ha observado cierto efecto protector de algunos preparados y dispositivos frente a enfermedades neoplásicas ginecológicas como el cáncer de endometrio y cérvix (dispositivos intrauterinos) y ovario (salpinguectomía bilateral y hormonales combinados), mientras que el efecto sobre el cáncer de mama es más controvertido y, si existe aumento de riesgo, este es mínimo. Por supuesto, también hay que señalar el uso del preservativo como método de barrera frente a la infección de transmisión sexual más frecuente que es la del VPH, causante de cáncer de cérvix. Una buena anamnesis que nos permita detectar a aquellas mujeres con mayor riesgo individual de desarrollar un cáncer debe ir acompañada de una información clara y veraz sobre la posible relación de éste con la anticoncepción.

El aumento de peso preocupa al 35,50% de las mujeres preguntadas ya sea en forma de ganancia grasa real o por retención de líquidos y es un motivo frecuente de abandono del método

(fundamentalmente hormonales combinados). Los diferentes estudios realizados no encuentran una relación causal entre el uso de AHC y la ganancia de peso hallando una ganancia de peso similar entre las usuarias y las no usuarias (11). Es conocido que el etinilestradiol (EE) puede favorecer la retención hídrica por estímulo del sistema renina-angiotensina-aldosterona así como el acúmulo de grasa en mamas, caderas y muslos, mientras que algunos gestágenos con mayor perfil androgénico pueden incrementar el apetito y la masa muscular. Muchas de estas situaciones son transitorias los primeros meses de uso y debemos tranquilizar a la usuaria así como fomentar hábitos de vida saludables.

La aparición de sintomatología urogenital como sequedad vaginal (uso de anticonceptivos hormonales orales) o infecciones vaginales o urinarias (en ocasiones en relación con el anillo vaginal) preocupan a un tercio de la población estudiada. La misma proporción considera un problema la aparición de alteraciones en su patrón menstrual, ya sea en forma de spotting, cambios en la cantidad o frecuencia o incluso la amenorrea asociada a algunos métodos solo gestágenos. Ello puede hacerse más tolerable con una información previa a la instauración del método, comentando la posibilidad y probabilidad de aparición de estas alteraciones así como su carácter totalmente inocuo. No obstante, si esto es algo inadmisible para la mujer se deberá ofrecer de primera elección métodos que regulen eficazmente el ciclo (hormonales combinados).

Otras preocupaciones son menos frecuentes (<25%) pero también debe indagarse sobre ellas a la hora de realizar el consejo anticonceptivo para aclarar dudas, desechar mitos y fortalecer la confianza de la mujer en el método elegido.

- ***Fuente del consejo anticonceptivo:***

Al comparar los resultados obtenidos en el presente estudio con los publicados en la Encuesta Nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España observamos una mayor influencia del personal sanitario (ginecólogo/a en la consulta privada) que en población general (ginecólogo/a, matrona, enfermera, médico de familia en salud pública): 52,39% Vs 38,1%. El mayor acceso al sistema sanitario privado en Baleares en forma de revisiones ginecológicas anuales y la mayor posibilidad de continuidad en el seguimiento de la mujer convierten al ginecólogo/a en la principal fuente de información en aspectos anticonceptivos. No obstante, la influencia de amigas, conocidas y familiares también es mayor en este sector y duplica la obtenida en la Encuesta Nacional (30,52% Vs 14,3%). Esto quiere decir que la experiencia anticonceptiva, tanto positiva como negativa, de las personas cercanas influye en casi una de cada tres mujeres a la hora de decidir o solicitar información acerca de un determinado método.

Otros centros, como colegios, institutos o centros de planificación familiar influyeron en el 10,02% de las mujeres, fundamentalmente en los grupos más jóvenes, en los cuáles se hace especial énfasis en el uso de métodos barrera por su doble acción preventiva.

Los resultados obtenidos en cuanto a la influencia de los medios de comunicación, internet y redes sociales resultan bastante parejos en los dos estudios, mostrando números muy inferiores a los del resto de categorías (4,10% Vs 3% en medios; y 0,91% Vs 1,4% para redes sociales). Estas últimas, en gran expansión en los últimos años y con una gran importancia en algunos sectores, podrían convertirse en unas herramientas muy útiles también en el consejo anticonceptivo. Cada vez mayor número de profesionales utilizan las redes sociales para publicitarse, transmitir información, ahondar sobre diferentes cuestiones o resolver dudas, convirtiéndolas en una extensión muy atractiva y accesible de la atención ofrecida por los mismos en sus diferentes gabinetes.

CONCLUSIONES

- Las mujeres baleares cada vez eligen más la medicina privada para atender sus demandas gineco-obstétricas y, entre ellas, el consejo anticonceptivo.
- A priori, diferencias en aspectos económicos, sociales o culturales podrían configurar un perfil de mujer con diferentes expectativas o preferencias anticonceptivas.
- En este consejo anticonceptivo también pueden influir conflictos de intereses por parte del profesional.
- La elección anticonceptiva de la mujer en la consulta privada en Baleares no difiere en gran medida de la observada en población general.
- El perfil mayoritario de mujer usuaria de atención ginecológica privada es aquella mayor de 30 años y nuligesta.
- Se ha encontrado un mayor uso de preservativo, DIUs, píldora solo gestágenos, coito interrumpido y métodos naturales.
- Muy bajo uso y conocimiento del doble método.
- Menor uso de anticoncepción combinada, implante subcutáneo y métodos irreversibles en general, si bien la relación LT/vasectomía está invertida respecto a la sanidad pública con preferencia hacia la opción masculina.
- Menor número de mujeres que no usan anticoncepción.
- Satisfacción alta/muy alta con su método anticonceptivo, sobre todo con LARC e irreversibles.
- La eficacia anticonceptiva y la prevención de ETS son los aspectos más valorados en anticoncepción por las mujeres en la consulta privada.

- El fallo del método y su posible relación con el desarrollo de un cáncer constituyen los principales miedos hacia el uso de anticoncepción.
- El ginecólogo es decisivo en una de cada dos mujeres a la hora de su elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nevot L. Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. Gac Sanit vol.30 nº1 Barcelona ene/feb 2016.
2. Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2019. Instituto para el desarrollo e integración de la sanidad. Accesible en: https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_ansit_idis2019.pdf
3. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Accesible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_MOD2_REL.pdf diapositivas 503-523
4. Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2019: Illes Balears. Accesible en: https://www.fundacionidis.com/wp-content/doc-informe-ccaa/balears_illes_0.pdf
5. Encuesta de Anticoncepción en España, 2018. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Accesible en: http://sec.es/area-cientifica/observatorio/documentos-observatorio/
6. Encuestas Daphne. Accesibles en www.equipo.daphne.es
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Edad Media a la Maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera) de la madre. Accesible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1579
8. Cortés J, Dexeus D, Lopez A.C, Palacios S, Serrano L: La Prevención del Cáncer Ginecológico en la Asistencia Privada. Prog Obstet Ginecol 2017; 60: 160 – 175
9. Blumenthal PD et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008;13 (Suppl 1):29-36
10. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Parche cutáneo y anillo vaginal versus anticonceptivos orales combinados para el control de la natalidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley)
11. Coney P, Contraception. 2001;63:297-302

Anexo 1

Métodos anticonceptivos financiados por la Conselleria de Salut de las Illes Balears:

- ACO: preparados con Levonorgestrel, Dienogest, Drospirenona y Acetato de Ciproterona.
- Píldoras con solo gestágenos (PSG): desogestrel (Azalia® y Cerazet®)
- LARC: dispositivos de cobre alta carga, dispositivos de LNG de alta y baja carga, implante subcutáneo de etonorgestrel, en los siguientes supuestos:
    - Antecedente de interrupción legal del embarazo.
    - Subgrupos en riesgo de gestación no deseada: adolescentes, perimenopáusicas, exclusión social o económica.

Anexo 2

Centros, consultorios y profesionales participantes en el estudio:

- Consultorio OBGIN: Dr. Cornago
- Hospital Juaneda Miramar: Dr. Cornago, Dr. Ruiz
- Hospital Juaneda Muro: Dr. Baltá
- Consultorio Médico Dres. Ferret: Dr. Ferret, Dra. Tejedor
- Ginecología Activa: Dra. Caso, Dra. López, Dra. Frau
- Gineman Salud Mallorca: Dra. Manzano
- Consulta Dra. Moll

Agradecer a todos los compañeros/as que han colaborado en la entrega y recogida de encuestas así como a sus respectivos equipos de secretaría por el tiempo y la paciencia dedicados, con especial mención a Patricia, Carmen, Marga e Inma.

Anexo 2

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

EDAD:

- ❑ Menos de 20 años
- ❑ 20-24 años
- ❑ 25-29 años
- ❑ 30-34 años
- ❑ 35-39 años
- ❑ 40-44 años
- ❑ Más de 45 años

¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCE?

- ❑ Preservativo masculino
- ❑ Preservativo femenino
- ❑ Diafragma
- ❑ Capuchón cervical
- ❑ Espermicidas
- ❑ Píldora
- ❑ Anillo vaginal
- ❑ Parche
- ❑ Doble Método (preservativo + otro)
- ❑ Método Lactancia
- ❑ Píldora solo gestágenos/Minipíldora
- ❑ Inyectable
- ❑ Implante subcutáneo
- ❑ DIU
- ❑ Coito interrumpido/marcha atrás
- ❑ Método calendario
- ❑ Ligadura trompas/Essure
- ❑ Vasectomía
- ❑ Anticoncepción urgencia ("día después")
- ❑ Otros

¿QUÉ ES LO MÁS IMPORTANTE PARA UD. EN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? **Máximo 5 respuestas**

- ❑ Eficaz para evitar embarazo
- ❑ Seguridad
- ❑ No tenga hormonas
- ❑ No tenga efectos 2os (peso, líbido, humor…)
- ❑ Facilidad de uso/comodidad
- ❑ Indicación/recomendación médica
- ❑ Regulación del ciclo menstrual
- ❑ Mejorar dolor menstrual y ovulatorio
- ❑ Reducir sangrado menstrual
- ❑ Que le guste a mi pareja, que sea cómodo para él
- ❑ Tratamiento otros síntomas: acné, exceso vello
- ❑ Precio
- ❑ Protección frente a enfermedades transmisión sexual
- ❑ Fácil acceso
- ❑ Otros

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES MIEDOS-DUDAS QUE TIENE EN RELACIÓN CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS? **Máximo 5 respuestas**

- ❑ Fallo del método (embarazo)
- ❑ Alteraciones menstruales: sangrados inesperados, prolongados, frecuentes
- ❑ Riesgo de cáncer
- ❑ Problemas ginecológicos: sequedad, infecciones vaginales, cistitis
- ❑ Riesgo de otras enfermedades
- ❑ Reducción de la fertilidad
- ❑ Miedo a las hormonas
- ❑ Aumento de peso, hinchazón
- ❑ Trastornos de la piel: acné, manchas
- ❑ Dolores de cabeza
- ❑ Disminución de líbido

- ❑ Interferencia con la actividad sexual: molestias, menor placer, pérdida espontaneidad
- ❑ Problemas vasculares: trombosis, varices
- ❑ Interacción con otros fármacos
- ❑ Otros miedos/efectos 2os

¿CUÁL ES SU MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL?

- ❑ Preservativo masculino
- ❑ Preservativo femenino
- ❑ Diafragma
- ❑ Capuchón cervical
- ❑ Espermicidas
- ❑ Píldora
- ❑ Anillo vaginal
- ❑ Parche
- ❑ Doble Método (preservativo + otro)
- ❑ Método Lactancia
- ❑ Píldora solo gestágenos/Minipíldora
- ❑ Inyectable
- ❑ Implante subcutáneo
- ❑ DIU
- ❑ Coito interrumpido/marcha atrás
- ❑ Método calendario
- ❑ Ligadura trompas/Essure
- ❑ Vasectomía
- ❑ Anticoncepción urgencia ("día después")
- ❑ Otros
- ❑ Ninguno

¿QUÉ OTROS MÉTODOS HA UTILIZADO EN ALGUNA OCASIÓN?

- ❑ Preservativo masculino
- ❑ Preservativo femenino
- ❑ Diafragma
- ❑ Capuchón cervical
- ❑ Espermicidas
- ❑ Píldora
- ❑ Anillo vaginal
- ❑ Parche
- ❑ Doble Método (preservativo + otro)
- ❑ Método Lactancia
- ❑ Píldora solo gestágenos/Minipíldora
- ❑ Inyectable
- ❑ Implante subcutáneo
- ❑ DIU
- ❑ Coito interrumpido/marcha atrás
- ❑ Método calendario
- ❑ Ligadura trompas/Essure
- ❑ Vasectomía
- ❑ Anticoncepción urgencia ("día después")
- ❑ Otros

¿CUÁNTOS HIJOS TIENE?

- ❑ Ninguno
- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3 o más

¿CUÁL ES SU SATISFACCIÓN CON EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL? **1 . Muy poco satisfecha – 5. Muy satisfecha**

- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5

¿CÓMO CONOCIÓ SU MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL?

- ❑ Profesional sanitario: médico, matrona, enfermera
- ❑ Farmacéutico
- ❑ Familiares
- ❑ Amigas/conocidas
- ❑ Redes sociales
- ❑ Colegio/instituto/otros centros
- ❑ Internet: Google, páginas web
- ❑ Medios de comunicación
- ❑ Otros