

Perfil de la usuaria
demandante de
anticoncepción de
urgencia en el Centro de
Salud Sexual y
Reproductiva “La Cagiga”
(Santander).

Alejandra García Izquierdo
Enfermera en Mutua Fraternidad Muprespa (Santander, Cantabria)

AGRADECIMIENTOS

Antes de empezar, me gustaría dar las gracias al Centro de Salud Sexual y Reproductiva “La Cagiga” de Santander por cedermé los datos necesarios para la realización de este trabajo y especialmente a María de Vierna, enfermera del centro, quien además de orientarme en la elaboración del mismo, colaboró en la realización de mis prácticas ejerciendo de tutora.

INTRODUCCION

El término anticoncepción de urgencia, o anticoncepción poscoital, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. Se estableció para situaciones de urgencia creadas por una relación sexual sin protección, el fallo o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de una píldora anticonceptiva o la rotura de un preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas ⁽¹⁾ .

La anticoncepción de urgencia solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual, antes de la salida del óvulo del ovario y antes de que ocurra la fertilización por un espermatozoide. Las píldoras anticonceptivas de urgencia no pueden interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo ⁽¹⁾ .

La historia de la AU se remonta a los años veinte con la experimentación de dosis altas de estrógenos en monos. A mediados de los años sesenta comenzaron a usarse en humanos ⁽²⁾ . En los setenta se emplearon anticonceptivos orales combinados a base de etinilestradiol y levonorgestrel en 2 dosis, la primera administrada antes de que hubieran transcurrido 72 h desde el coito desprotegido, y la segunda 12 h después de ésta (método Yuzpe). Por esta misma época se analizaron los primeros ensayos con levonorgestrel y en 1976 se dio a conocer por primera vez la inserción poscoital de un dispositivo intrauterino (DIU) con fines de anticoncepción de urgencia. En 1998 un grupo de investigación de la Organización Mundial de la Salud publicó un ensayo aleatorizado en el que se puso de manifiesto la mayor efectividad del levonorgestrel (2 dosis administradas con un intervalo de 12 h) frente al método Yuzpe ⁽²⁾ .

En la actualidad las investigaciones se centran en la administración de danazol (esteroide semisintético similar a la progesterona), mifepristona a dosis bajas y levonorgestrel en una sola dosis. Sin embargo, los métodos disponibles con fines de AU continúan siendo en la actualidad los anticonceptivos orales combinados a base de etinilestradiol y levonorgestrel, píldoras de levonorgestrel exclusivamente y la inserción del DIU ⁽²⁾ .

La OMS recomienda la píldora de levonorgestrel para la anticoncepción de urgencia. Lo ideal es que la mujer tome una sola dosis de esta píldora de progestágeno solo (1,5

mg) en los cinco días posteriores (120 horas) a la relación sexual sin protección. Otra posibilidad es que tome dos dosis de levonorgestrel (de 0,75 mg cada una, con un intervalo de 12 horas) ⁽¹⁾ .

Toda mujer en edad fértil podría necesitar anticoncepción de urgencia en algún momento, para evitar un embarazo no deseado ⁽¹⁾ .

Por ello conocer el perfil de las solicitantes y su percepción de la AU como una demanda urgente puede ayudar a decidir sobre futuras acciones educativas, preventivas o de otra índole en temas de anticoncepción.

Por este motivo se realizó este trabajo con el objetivo de conocer el perfil de la usuaria que solicita la AU y la percepción del coito desprotegido como una urgencia (tiempo transcurrido en demandar la AU).

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, realizado a partir de los datos recogidos en la consulta de enfermería del centro de Salud Sexual y Reproductiva “La Cagiga” en Santander (Cantabria). Los datos se han obtenido a través de la cumplimentación de un breve cuestionario realizado a las usuarias que acudieron a la consulta solicitando la píldora postcoital. Siempre de carácter anónimo.

Los datos han sido recogidos durante un periodo de un año (de Mayo del año 2014 hasta Mayo del año 2015).

Los datos se introdujeron en una tabla excel. Para la descripción de los resultados se emplearon la media y los porcentajes.

Se trata de un estudio descriptivo transversal durante un período de un año. La población de estudio estuvo constituida por mujeres que acudieron demandando AU tras un coito no protegido al centro de salud sexual y reproductiva “La Cagiga”.

Todos los casos fueron registrados por la enfermera, dentro del horario de funcionamiento de este centro (de 08:00h a 15:00h, de lunes a viernes).

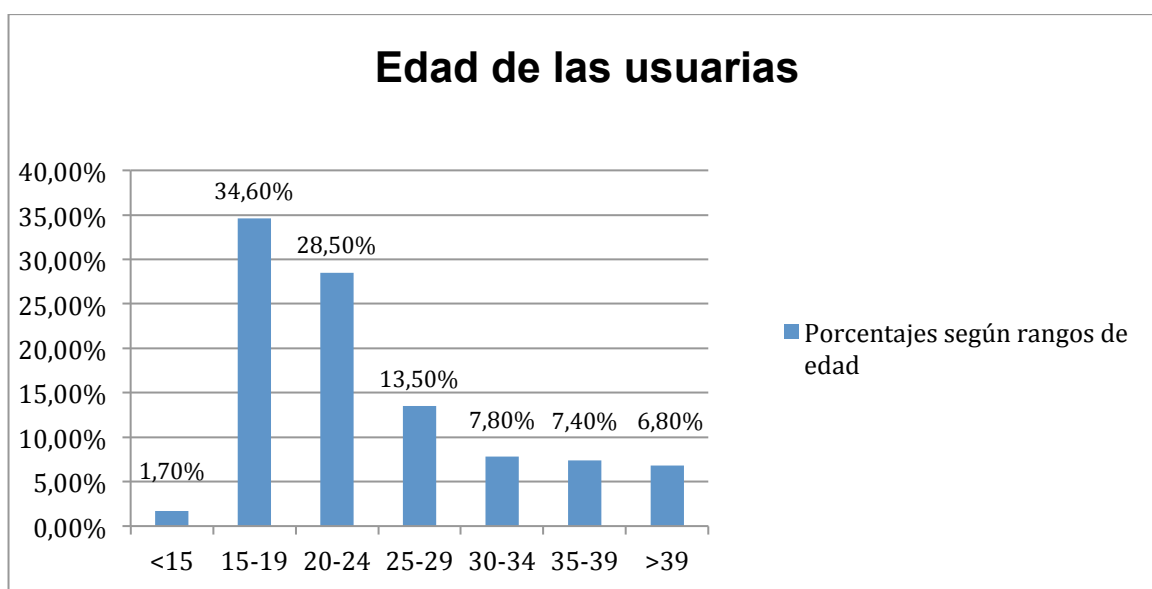
La obtención de datos se llevó a cabo mediante una breve encuesta que respondieron todas las mujeres que acudieron a estos centros demandando AU.

Se midieron las siguientes variables: a) edad de las usuarias; b) tipo de ciclo; c) día del ciclo; d) tiempo transcurrido hasta la solicitud de la AU tras el coito desprotegido; e) uso anterior de AU; f) motivo de solicitud más frecuente (mal uso o rotura de preservativo, uso incorrecto de otros métodos, relaciones sin protección); g) existencia o no de pareja estable; h) si viene acompañada o no; i) por qué medio ha conocido la AU; j) nacionalidad de las usuarias.

RESULTADOS

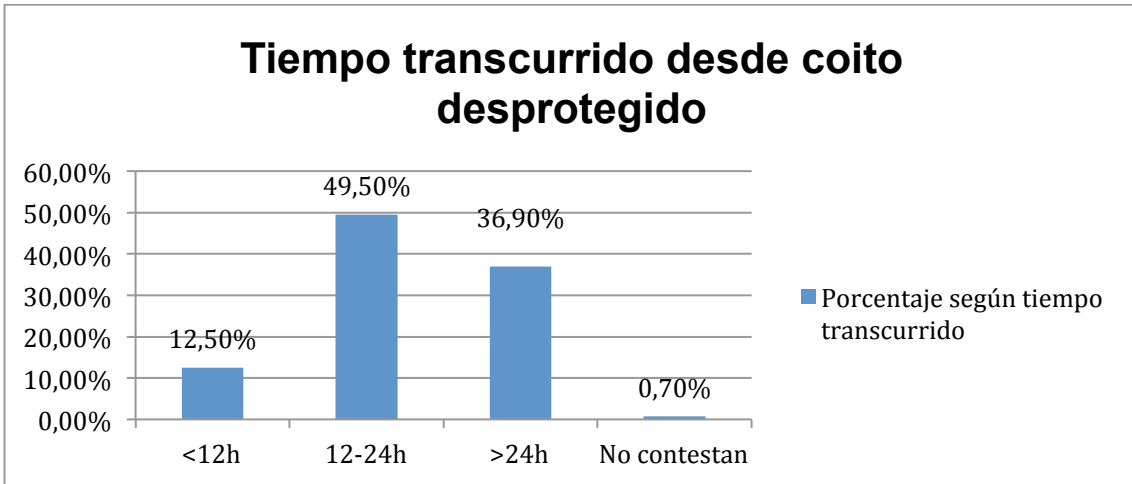
Se obtuvieron 295 cuestionarios. Contestaron la encuesta todas las mujeres que acudieron al centro solicitando AU y a todas ellas se les prescribió la medicación. En cuanto a las características de la muestra, se trata de mujeres de edades comprendidas entre los 13 y los 50 años, siendo la media de edad de 24 años.

El 63,1% tenía edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, el 1,7% era menores de 15 años, el 13,5% tenía edades comprendidas entre 25 y 29 años, el 15,2 % corresponde a las usuarias con edades comprendidas entre los 30 y 39 años y el 6,8% de las mujeres encuestadas eran mayores de 39 años.



Gráfica 1. Edad de las usuarias

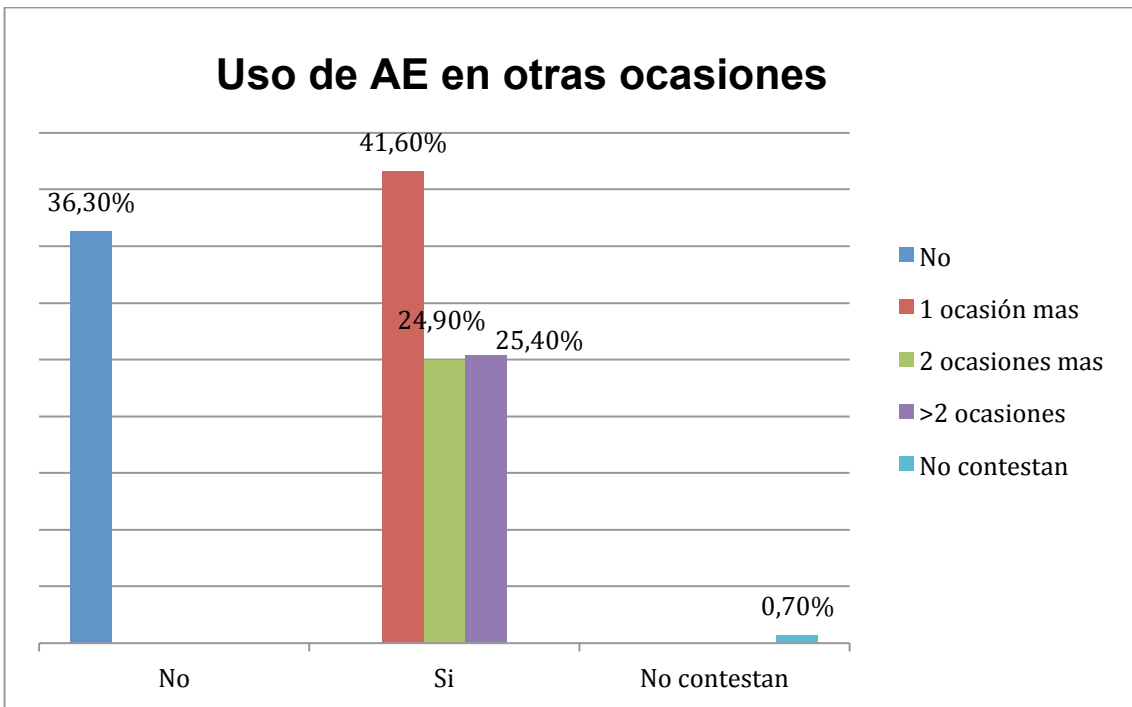
El 12,5% acudió antes de las 12 horas postcoito; el 49,5%acudió entre las 12 y las 24 horas posteriores al coito; el 36,9 % acudió pasadas las 24 horas desde la práctica del coito no protegido y el 0,7 % no contestaron. (Gráfica 2).



Gráfica 2. Tiempo transcurrido desde coito sin protección.

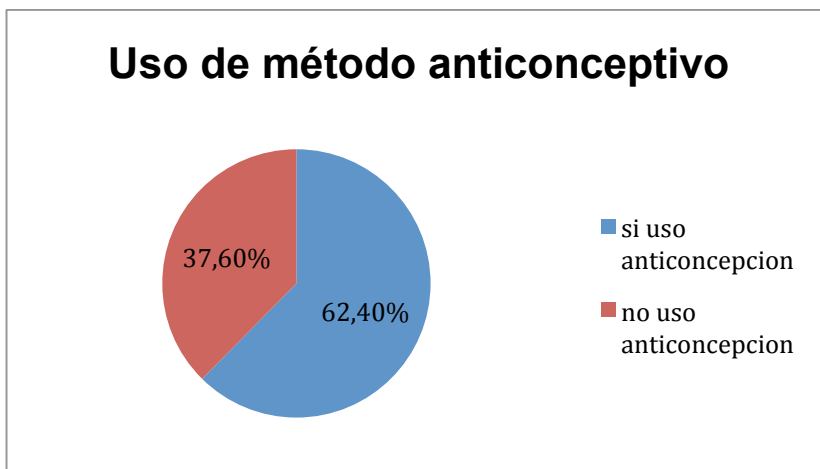
El 36,3% de las mujeres no habían tomado anteriormente anticonceptivos de urgencia, el 62,7% si lo había hecho y un 1% no contestaron.

En cuanto a las que sí lo habían tomado en anteriores ocasiones, diferenciamos entre las que hicieron uso de la AU en 1 ocasión más (el 41,6%); las que lo hicieron en dos ocasiones (el 24,9%) y las mujeres que lo solicitaron en más de 2 ocasiones (el 25,4%). (Gráfica 3).



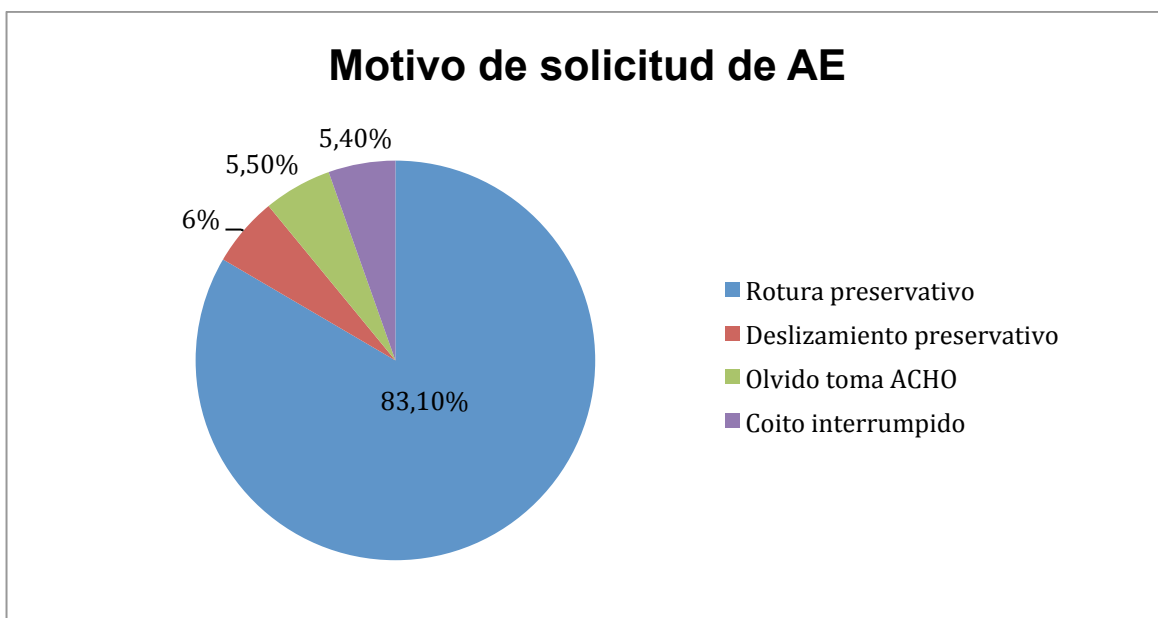
Gráfica 3. ¿Han consumido en más ocasiones anticoncepción de urgencia?

El 62,4% usó algún método anticonceptivo durante la relación sexual y el 37,6% refiere no haber utilizado método alguno de protección.



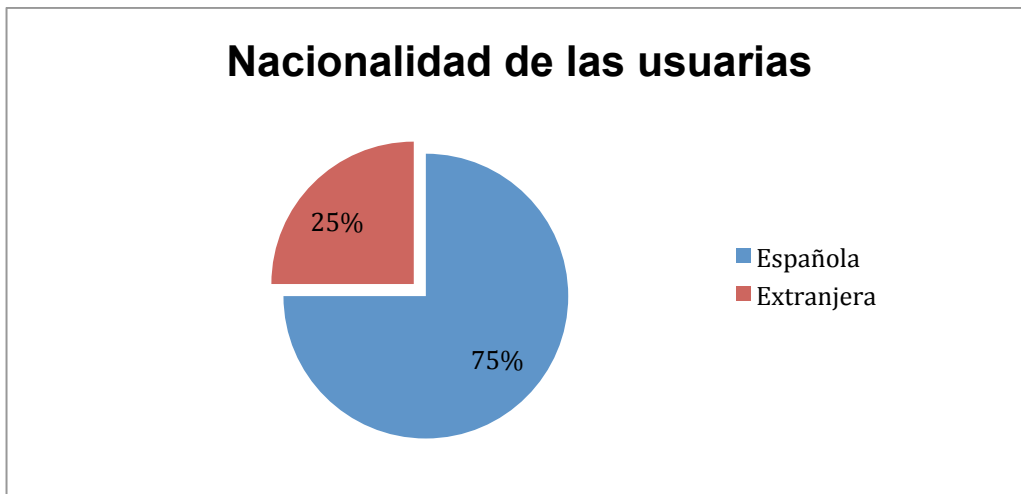
Gráfica 4. ¿Usó algún método anticonceptivo durante la relación sexual?

Entre las mujeres que sí usaron método anticonceptivo, el motivo más frecuente de solicitud fue la rotura del preservativo (83,1%). Otros motivos como, deslizamiento del preservativo, olvido de la toma de anticoncepción hormonal o el *coitus interruptus* representan el 16,9% de las mujeres que utilizaron protección en la relación sexual. (Gráfica 5).



Gráfica 5. Motivo de solicitud de anticoncepción de urgencia.

En cuanto a la nacionalidad de las usuarias, el 75% era española y el 25% extranjera con predominancia de los países de América del Sur. (Gráfica 6).



DISCUSIÓN

Antes de comenzar a discutir los resultados obtenidos, me gustaría aclarar que debe valorarse la posibilidad de sesgos secundarios a los estudios realizados mediante encuesta, en los que las respuestas de las mujeres pueden ser falseadas.

Uno de los datos que más me llamó la atención de este trabajo fue la edad de las mujeres que solicitan la píldora poscoital. Aunque la media de edad sea de 24 años, durante el análisis de los datos pude observar picos de edad que se encuentran muy por encima de la media como son mujeres de edades entre 40 y 50 años.

Creo que el dato más relevante que aporta este estudio es, en contra de mi opinión sobre el perfil de la mujer demandante de anticoncepción de urgencia previa a la realización del mismo, que aunque la mayoría de las usuarias corresponden al rango de edad de la adolescencia, un alto porcentaje de mujeres (35,5%) se encuentra por encima de la media de edad.

Casi todas las mujeres (62%) percibían el coito no protegido como una urgencia y acudían antes de transcurridas 24 h desde la relación sexual y casualmente se encuentra una relación entre el tiempo transcurrido desde el coito sin protección y la demanda de la AU y el número de veces que estas mujeres han solicitado AU. Encontrándose que las mujeres que habían tomado AU en anteriores ocasiones acudían más rápido a la consulta de enfermería de este centro donde se les dispensaba dicha anticoncepción.

El motivo más frecuente de solicitud que las usuarias refirieron fue la rotura del preservativo. Aquí hay bastante controversia ya que posiblemente algunas mujeres por miedo o por vergüenza dirían esta opción cuando verdaderamente, por los motivos que fueran, no habrían utilizado preservativo.

Que durante el periodo de un año hayan habido 295 casos registrados en este centro de salud sexual y reproductiva de mujeres que solicitan AU, me parece un dato bastante alto ya que sin contar sábados, domingos y festivos (que no se trabaja en el centro) nos queda una media aproximada de 1,22 casos al día. Es decir que todos los días hay al menos una mujer que acude solicitando AU. Posiblemente este dato podría modificarse con intervenciones de educación para la salud en colegios e institutos, dirigidas a niños y adolescentes aunque todavía no sean sexualmente activos, para

que así, cuando les llegue el momento, por lo menos tengan la información necesaria. Además, deberíamos mejorar las habilidades de comunicación con este colectivo y favorecer la creación de espacios específicos para atender al adolescente, para permitir una mejor accesibilidad.

Creo que un mayor grado de conocimiento disminuiría tanto el número de embarazos no deseados como las tasas de interrupciones voluntarias de embarazo que como demuestran los datos proporcionados por el INE aumentan anualmente en este grupo de edad. Si los jóvenes tuvieran la información adecuada en cuanto a la AU, el número de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias del embarazo disminuiría ya que este colectivo no tendría miedo de hacer uso de la píldora postcoital tantas veces como fueran necesarias.

Respecto a las actitudes sobre la AU, creo que se confirman las sospechas de que los adolescentes consideran la AU como un método anticonceptivo más, aunque no he podido encontrar otros estudios que confirmen este dato ⁽³⁾. Es por esto que en la consulta de enfermería a toda mujer que acude solicitando AU y sobre todo a aquellas que ya la solicitaron en más ocasiones, se le plantea la posibilidad de empezar a utilizar un método anticonceptivo hormonal además del preservativo, el llamado doble método. Debemos ser y hacer ser conscientes a las mujeres de que la AU no debe reemplazar a la anticoncepción habitual ya que no es un método rutinario y no debe emplearse como tal.

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden prácticamente con los encontrados en distintas publicaciones nacionales e internacionales. En general se trata de mujeres jóvenes (menores de 25 años), solteras o con pareja desde hace poco. Según un cuadro publicado en la guía para la prestación de servicios de la Organización Mundial de la Salud, la razón principal por la que se solicitaría AU sería el haber practicado relaciones sin protección ⁽⁴⁾. Este hecho difiere de lo concluido en este estudio, en el que el principal motivo de solicitud fue la rotura del preservativo. Así, en este trabajo el número de consultas por fallo del preservativo resultó ser del 83,1%.

No se encontró una relación significativa entre una demanda más temprana y el método anticonceptivo habitual, y tampoco con el motivo de solicitud. Esto podría deberse a que el preservativo fue el método más utilizado (60,67%) y a que los problemas con éste representaron el 83,1% de los motivos de solicitud. Estos hallazgos podrían significar grados diferentes de información o inquietud sobre la anticoncepción. Podemos concluir que la mayoría de las mujeres participantes en este

estudio perciben el coito no protegido como una situación urgente, son jóvenes que utilizan el preservativo como método anticonceptivo habitual y consultan por fallos del mismo, y que el 62,3% de los casos habían utilizado AU previamente.

COMENTARIOS

La adolescencia suele marcar el inicio de la actividad sexual basada en la erotización de las relaciones ⁽⁵⁾ .

Los datos reflejan una baja consistencia en la utilización de los métodos anticonceptivos, que lleva a tasas elevadas de embarazos no deseados a estas edades así como de interrupciones voluntarias del embarazo ⁽⁵⁾ .

Las cifras de las últimas encuestas realizadas en nuestro país sobre la utilización de métodos anticonceptivos en los distintos segmentos de edad y las publicadas respecto al número de abortos y su porcentaje sobre el total de gestaciones nos permiten afirmar que los adolescentes carecen de la información o los medios para realizar correctamente su anticoncepción o demandar anticoncepción de urgencia cuando sea necesario ⁽⁵⁾ .

Tener un mejor conocimiento de los métodos anticonceptivos habituales como de los anticonceptivos de urgencia por parte de los/as usuarios/as evitaría en muchos casos los embarazos no deseados y el aborto.

Uno de los derechos básicos de las mujeres en materia de salud reproductiva es el derecho a la información y a decidir libremente. Esto implica ofrecer a las mujeres las alternativas basadas en la evidencia científica para que puedan tomar decisiones acorde a lo que deseen ⁽⁶⁾ .

El Ministerio de Sanidad y Consumo en sus informes sobre la interrupción voluntaria del embarazo en España recoge los datos referidos a la tasa específica de abortividad por mil mujeres en el grupo de edad de 19 años y menos, y se manifiesta la tendencia ascendente de esta tasa (4,22 en 1994; 9,90 en 2003; 11,48 en 2005 y 12,23 en 2013).

En cuanto a los requisitos que debe reunir un método anticonceptivo en la adolescencia son la reversibilidad, salvo caso de deficiencia psíquica o enfermedad grave que contraindique un embarazo, no interferencia con el desarrollo físico, facilidad de uso y adecuación a la actividad sexual ^(1, 2) .

En general, los adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo. Debemos contemplar siempre la abstinencia como una opción posible, explicando otras

opciones, especialmente preservativo y anticoncepción de urgencia.

El *preservativo masculino* resulta un método de gran utilidad en los adolescentes. Pero no es el único, a parte del preservativo masculino existen otros métodos como son el preservativo femenino, la anticoncepción hormonal combinada o de solo gestágenos, los implantes, el DIU y la anticoncepción de urgencia entre otros.

En referencia a la *anticoncepción de urgencia*, aunque no sea un método a recomendar como de continuidad, constituye una valiosa segunda oportunidad para una relación no protegida por las razones que sean. El circuito para su obtención debe presentar las máximas facilidades y de su prestación debe aprovecharse la ocasión para un consejo anticonceptivo posterior. La rotura del preservativo es la principal causa aducida en su solicitud.

Su eficacia disminuye con el paso de las horas. De ahí la importancia de no demorar su prescripción cuando se solicita, ya que de lo contrario se estaría incurriendo en una posible disminución de su efecto.

La píldora postcoital o “del día después” es generalmente uno de los métodos más utilizados de AU. Evita el embarazo, retrasando o bloqueando la ovulación o impidiendo “la anidación” de un posible óvulo fecundado en la pared del endometrio. Anteriormente se utilizaba un combinado de estrógenos y progestágenos, conocido como método Yuzpe, que ha sido sustituido por una pauta con un preparado específico de levonorgestrel (sin estrógenos) que es la recomendada actualmente. La pauta habitual es la toma de una dosis de 1,5 mg de levonorgestrel dentro de las 72 horas siguientes al coito sin protección. Esta pauta evita el embarazo no deseado en el 85% de los casos, siendo de hasta un 95% si es usado dentro de las primeras 24 horas. Estos preparados deben de utilizarse antes de la implantación del óvulo (5º-7º día), siendo más eficaz cuanto antes se utilice ⁽⁷⁾.

En cuanto a lo que las encuestas dicen de la utilización de los diferentes métodos en la adolescencia, en la encuesta del equipo Daphne de 2011, la última realizada, el grupo de edad entre 15 y 19 años presentaba el uso del preservativo como método anticonceptivo más prevalente (46,1%), seguida por la ausencia de método anticonceptivo (35,6%). La píldora tenía un uso muy escaso (11,4%) así como el uso de otros métodos como anillo, parche (3,7%) y el doble método (3,2%) y el coito interrumpido no aparecía en ningún caso.

Para terminar, me gustaría hacer referencia a los principios de bioética en la

prestación de anticoncepción. El *principio de autonomía*, por el que estamos obligados a proporcionar el mejor conocimiento científico del que se disponga en el momento, queda garantizado con una información objetiva de los riesgos y beneficios de cualquier método, alejado de ideologías que corresponden a la esfera de la vida personal. El *principio de beneficencia* nos obliga a primar siempre el beneficio sobre el perjuicio (en este caso, un embarazo no deseado). Finalmente, el *principio de justicia* nos lleva a ofrecer anticoncepción accesible a toda la población, incluyendo la anticoncepción de urgencia en el mínimo tiempo posible ^(8,9).

Desde que en 2001 se autorizó la píldora poscoital nos hemos encontrado con una problemática jurídica más bien teórica que real. Con la Ley 41/2002 podemos afirmar "que el menor de edad no emancipado puede prestar su consentimiento en el tratamiento o utilización de fármacos, en relación con su madurez apreciada objetivamente por el médico" siempre que el profesional actúe con arreglo a lo establecido en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley de Autonomía y anote en la historia clínica los criterios objetivos que le sirvieron para considerar la madurez del menor. Ello salva su responsabilidad jurídica, porque además la ley citada no establece expresamente en qué supuestos concretos se puede considerar maduro al menor de 16 años ⁽⁵⁾.

Finalmente la Ley 41/2002 en su Art. 7.1 reconoce el derecho de las personas a la confidencialidad de los datos referentes a su salud.

Actualmente se está generalizando un concepto integral de salud en el que se incluye, además de la salud física y mental, la salud sexual. Esta última se entiende como una actividad de promoción y prevención para la reducción del número de abortos y embarazos no deseados en los distintos grupos de edad y en particular en adolescentes ^(3,4). En el año 2013, según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, se practicaron 108.690 interrupciones voluntarias de embarazo en 198 centros españoles. La tasa por mil mujeres de 15 a 44 años fue del 11,74 y en mujeres de 19 o menos años, del 12,23. En nuestro ámbito (Cantabria), la tasa de abortos de mujeres de 15 a 44 años en el año 2004 era del 4,51 y en el año 2013 del 9,19.² Estos datos, que revelan el alto número de embarazos no deseados, nos hablan del importante problema de Salud Pública que supone, al que se debe atajar mediante medidas preventivas como la información y accesibilidad a métodos anticonceptivos, dentro de los cuales, evidentemente, se encuentra la anticoncepción de urgencia.

La AU es un tema ampliamente difundido y debatido en los medios de comunicación, debido a un importante incremento de la demanda así como la dispensación gratuita en determinadas comunidades autónomas. El consumo va aumentando paulatinamente y en edades cada vez más tempranas ⁽⁷⁾ .

Desde los centros de salud se tiene la percepción de que se está empleando la AU como método anticonceptivo habitual en vez de excepcional y de urgencia que es su indicación, sobre todo por los adolescentes. Esto se debe, posiblemente, al desconocimiento por parte de los usuarios, así como a la existencia de ideas preconcebidas erróneas, bien por desinformación, bien por falta de intervenciones educativas en materia de sexualidad ^(5,7) .

BIBLIOGRAFIA

1. www.who.com. Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva nº 244. [Actualizado en Julio de 2012; acceso en Septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
2. Vergara Cano J.C., López-Guerrero Almansa A. y López López F. Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria. *Aten Primaria* 2004;34(6):279-85
3. Brasa Andrés J., Celada Pérez M. S., Estepa Jorge A.I., Menéndez Ortiz de Zárate M.M. Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia Emergency contraception: a perspective from the adolescence. *Index Enferm* 2007;16(56).
4. WHO/FRH/FPP/98.1. 19. Emergency contraception: a guide to the provision of services. Washington: WHO/FRH/FPP, 1998.
5. Pérez García I., Pérez Campos EF., Plá Ernst E. Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de urgencia. Aspectos ético-legales. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl 1:S 81-87.
6. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Sanidad 2011.
7. T. Santamaría Rodríguez , Á.V. Crespo del Pozo, A. Cid Prados, M.J. Gontán García-Salamanca, M. González Pérez, C. Baz Collado, R. Sánchez García. Anticoncepción de emergencia: perfil de las usuarias y características de la demanda. *SEMERGEN - Medicina de Familia* 2006; 32(7):321-324
8. Ruiz S., Güell E., Herranz C., et al. Anticoncepción poscoital: características de la demanda. *Aten Primaria* 2002;30:381-7.
9. Clemente Rodríguez C., Puente Palacios I., Puiggalí Ballart M., Laso de la Vega i Artal S., Skaf Peters E., Aranda Aárdenas D. Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias de primer nivel: experiencia de 3 años. *Urgencias* 2010; 22: 40-43.
10. Torres Penella C., Vilaplana Mora D., Sáez Cárdenas S., Pérez Calvo R., Martínez Orduna M. Intercepción poscoital hormonal en un servicio de planificación familiar. *Enfermería Clínica*,15 (5): 257-261.