

III Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

Universidad de Alcalá de Henares, febrero-diciembre 2013

Análisis de los métodos anticonceptivos usados por las mujeres que demandan IVE en la Red Pública en Cantabria

¿Se usa correctamente la Anticoncepción de
Urgencia?

AUTORAS: Virginia Verna Fierro

María Dolores de Vierna Pita

INTRODUCCIÓN:

El registro estatal español de IVE's se inició en 1989; en ese momento la Comunidad de Cantabria estaba entre las Autonomías con la tasa más alta, por encima de la media española. Este hecho hizo que se pusiera en marcha una estrategia encaminada a reducir el número de embarazos no deseados, especialmente en adolescentes.

El embarazo no deseado se consideró un problema de salud y desde el Centro de Orientación Familiar "La Cagiga" como centro coordinador del Programa de la Mujer se diseñó un programa de Prevención Primaria actuando en tres niveles: educativo, social y sanitario. A nivel educativo se trabajó con profesores, madres y padres y en las aulas con adolescentes entre 15-16 años así como con agrupaciones y prensa universitaria. A nivel social se trabajó con asociaciones y grupos que se ocupan de personas especialmente vulnerables para las que el embarazo no deseado pudiera ser un problema añadido. Por último en el Sistema de Salud se desarrollaron programas de formación y sensibilización del personal sanitario, principalmente de Atención Primaria, para, entre todos, prevenir las conductas de riesgo y hacer accesibles los métodos anticonceptivos.

Se hizo especial hincapié en la información y accesibilidad de la anticoncepción postcoital (Método Yuzpe) como "segunda oportunidad" lo que permitió la captación de las mujeres y parejas expuestas al riesgo y su orientación hacia una anticoncepción de uso regular.

El hecho de que Cantabria sea una Autonomía pequeña y uniprovincial hace que cualquier estrategia de prevención que se lleve a cabo llegue bien a toda la población y pronto se observen los cambios en la tendencia de la tasa de IVEs tanto en el conjunto de la población femenina en edad fértil como en el grupo de adolescentes

Esta estrategia se pone en marcha y se mantiene a lo largo del tiempo con algún altibajo hasta el 2007-2008 en que se disminuye la actividad y los recursos a favor de la Atención Primaria y se desmorona rotundamente a partir del 2009.

Volvemos a tener unas cifras preocupantes de IVEs especialmente en el grupo de adolescentes lo que nos lleva a preguntarnos si las parejas de Cantabria están usando

correctamente los métodos anticonceptivos y si han dejado de usar la anticoncepción de urgencia

OBJETIVOS:

- Analizar los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres que demandan IVE en la Red Pública en Cantabria.
- Estudiar el impacto de la anticoncepción de urgencia sobre la tasa de abortos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizan los registros de demanda de IVE en el CSSyR La Cagiga a donde deben acudir todas las mujeres que solicitan IVE en la Red Pública en Cantabria independientemente de que el procedimiento se realice en centros públicos o privados concertados.

Criterio de selección: Se descartan los cuestionarios realizados por profesionales en formación (médicos/as y enfermeras/os residentes) para eliminar sesgo de subjetividad.

Se analizan 532 cuestionarios de un total de 829 lo que supone el 64,17% del total. En ellos se registran: edad, nacionalidad, fecha de última regla, edad gestacional, historia obstétrica, método usado desde la última regla, conocimiento y uso de la AU y método que le gustaría usar después de la IVE.

Se contabilizan los tratamientos de AU administrados en el CSSyR y en los Centros de Atención Primaria (registros del Centro y “Programa OMI”, motivo de consulta: W10).

El dato de AU (Levonorgestrel y Acetato de Ulipristal) dispensada en Oficinas de Farmacia se obtiene de los datos facilitados por los Centros de Distribución.

Los datos de IVEs se obtienen de la publicación anual del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales y los datos de partos del Instituto Nacional de Estadística

Se revisan los datos de las memorias anuales del CSSyR La Cagiga para valorar comportamiento y fuentes de información de la AU y evolución de la tasa de IVEs por edades.

El análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios se realizó mediante el vaciamiento de los mismos en hojas de cálculo Excell convertibles en gráficos y

mediante la obtención de datos porcentuales. Esto nos ha permitido hacer una comparativa de los distintos métodos anticonceptivos utilizados por estas mujeres antes de la IVE desde su última regla. También incluimos el porcentaje de aquellas mujeres que no usaron ningún método.

Analizamos separadamente la edad de estas mujeres y calculamos la proporción de IVEs por edad en nuestra Comunidad en base a los datos registrados en nuestro Centro.

Posteriormente evaluamos el método utilizado por las mujeres en función de su nacionalidad separando españolas de extranjeras.

Se estudió al subgrupo de mujeres, creado a partir de los datos del cuestionario, que eran subsidiarias de recibir anticoncepción de urgencia. Por un lado, porque no usaran anticoncepción alguna o bien porque hicieran mal uso de la misma o tuvieran algún problema durante su utilización. Dentro de este subgrupo de mujeres se analizaron en porcentajes quienes usaron efectivamente la AU y quiénes no.

RESULTADOS:

MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO:

Método usado desde la última regla. Nacionalidad			
Método usado	Española	Extranjera	TOTAL
No usó	100	34	134
Preserv bien utilizado	46	16	62
Preserv inconsistente	51	25	76
Preserv roto/deslizado	47	23	70
AH bien utilizada	6	4	10
Problemas AH	47	25	72
Coito interrumpido	36	25	61
Calenda/ritmo/lactancia	26	6	32
Vasectomía	1	0	1
No consta	7	7	14
TOTAL	367	165	532

Tabla1: Análisis de 532 registros (64,17% del total de IVEs demandadas) y método utilizado en el mes de la concepción

En nuestro estudio realizamos el análisis del método anticonceptivo utilizado desde su última regla por mujeres que demandan aborto obteniendo los siguientes resultados:

Entre aquellas mujeres que usaron algún método anticonceptivo los problemas con el preservativo (mala utilización, roto o deslizado e incluso bien utilizado) constituyen el mayor volumen de casos (51,05%) siendo su mala utilización la causa más documentada (18,9%). Aunque la teórica buena utilización sorprendentemente también está presente en un porcentaje no desdeñable de casos (14,67%) al igual que el preservativo roto o deslizado (17,48%). Una proporción equiparable a éstos últimos métodos lo componen los problemas con la anticoncepción hormonal oral (18,2%) y el coito interrumpido (16,17%).

Es importante el número de mujeres que refieren un uso consistente del método (17,3%) [preservativo (14,67%) + anticoncepción hormonal combinada (2,3%)]. A pesar de ello, en nuestro estudio la anticoncepción hormonal bien utilizada se corresponde con un porcentaje muy bajo de embarazos no deseados, uno de los más bajos, por detrás únicamente de la vasectomía de la pareja (0,18%).

Un 31,58% de mujeres no usaron método anticonceptivo en el mes de la concepción en una o en varias ocasiones.

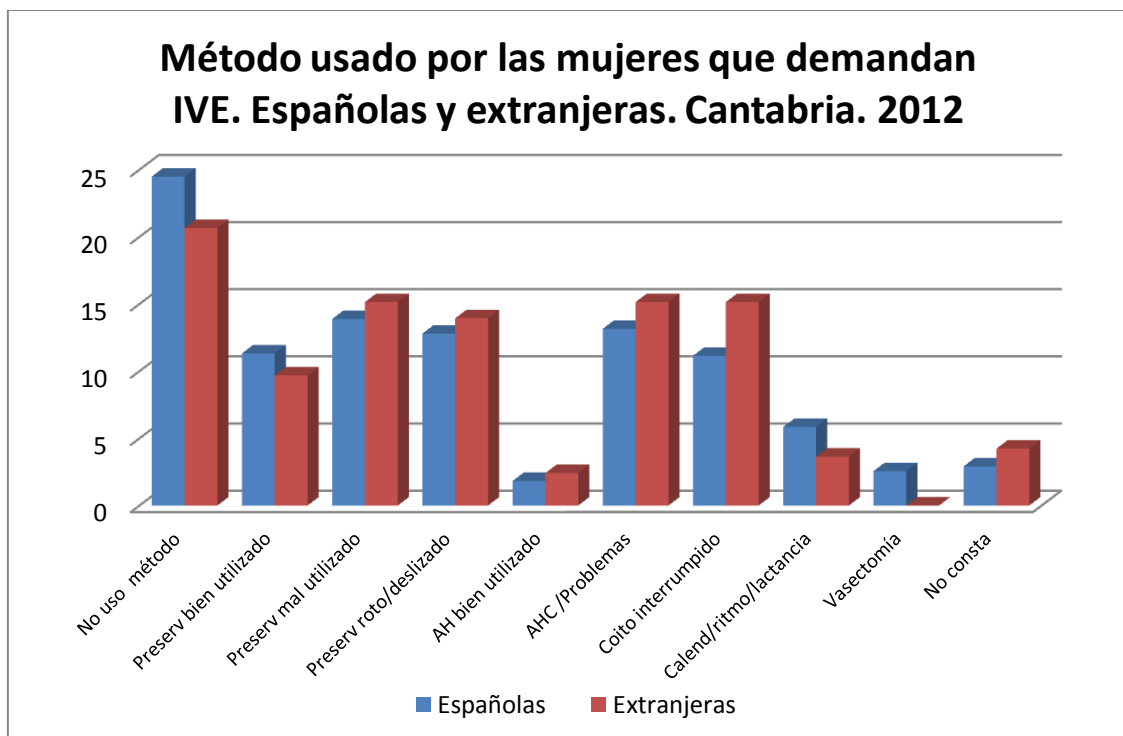


Gráfico 1

Comparando los métodos usados por las mujeres españolas y las mujeres extranjeras llama la atención que más mujeres españolas no usan método en alguna o en varias ocasiones (el 27,24% frente al 20,60% de las extranjeras) así como más mujeres españolas tratan de controlar días fértiles (7,08% frente al 3,63% de las extranjeras). Por

el contrario, más mujeres extranjeras refieren problemas con la AHC (2,42% frente al 1,63% de las españolas), más mujeres extranjeras usan el coito interrumpido (el 15,15% frente al 9,80% de las españolas).

EDAD:

En cuanto a la edad, el mayor porcentaje de mujeres que demandan aborto corresponde a la franja de edad comprendida entre 25-29 años (22,93%). El menor porcentaje a las mujeres entre 45-49 (1,13%). Diversos factores pueden estar implicados en estos resultados aunque no son analizados en nuestro estudio.

Es de destacar, sin embargo, el elevado número de mujeres entre 15-19 años (15,03%).

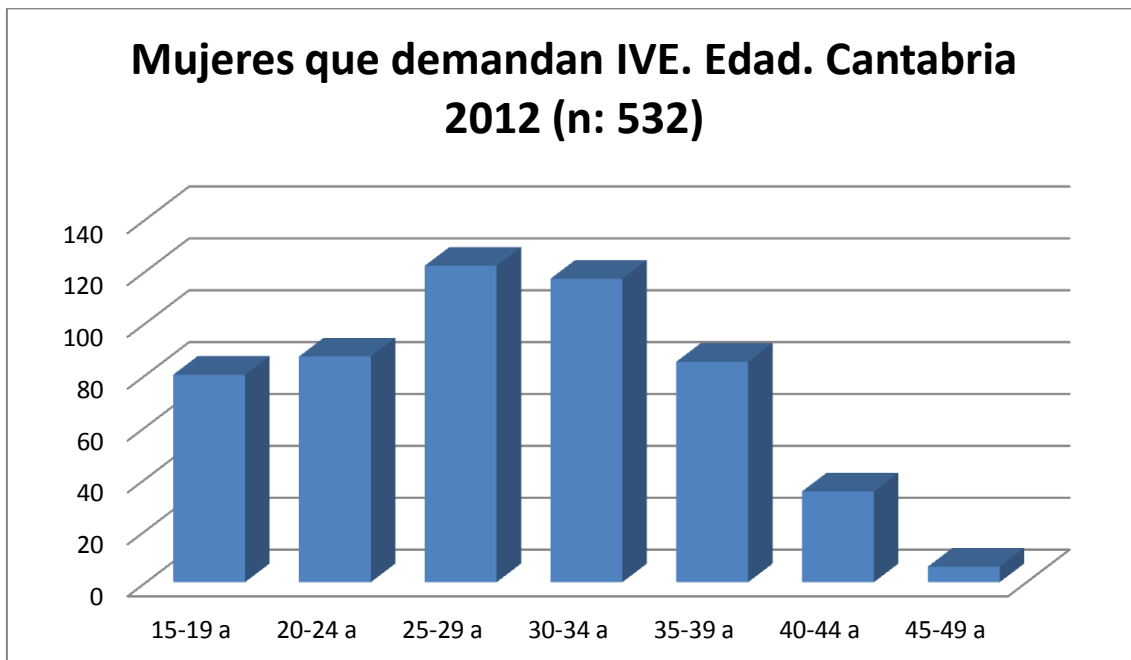


Gráfico 2

CONOCIMIENTO Y USO DE LA AU POR PARTE DE LAS MUJERES QUE SOLICITAN IVE.

Un 51,87% de mujeres (n=276) que solicitan IVE eran candidatas a recibir anticoncepción de urgencia previamente, y disminuir, por tanto, su riesgo de embarazo. De éstas, sólo 7,24% recurrió a su uso. Las mujeres que no usaron ningún método en el mes previo a la concepción, sólo en un pequeño porcentaje, a pesar de ser el subgrupo más amplio, recibió anticoncepción de urgencia (1,81%). La proporción mayor corresponde a las mujeres que tuvieron problemas con el preservativo (roto, deslizado) las cuales utilizaron AU en un 7,24%.

De forma llamativa la práctica totalidad de las mujeres que demandan IVE (99,4%) son conecedoras de la existencia de la anticoncepción de urgencia, sin embargo esto no se correlaciona con su uso, si comparamos estos datos con los obtenidos en la tabla previa.

Al preguntarles por qué no recurrieron a ella las razones fueron: porque no consideraron estar en situación de riesgo real, porque creían que tenían que pagarla o porque ya la habían tomado varias veces y creían que usarla de nuevo podría ser un riesgo para su fertilidad futura

UTILIZACIÓN DE AU (n:276)			
MÉTODO	MUJERES	USO AU	%
No usó	134	5	3,73%
Preserv roto/deslizado	70	13	18,57
Problemas AH	72	2	2,77
TOTAL	276	20	7,24
CONOCE LA AU			
SI	529		99,43
No	3		0,56

Tabla 2: Utilización de AU por las mujeres que debían haberla utilizado.

INFLUENCIA DE LA AU EN LA TASA DE IVEs:

El gráfico 3 muestra como antes del año 2004, la mayor parte de la anticoncepción de urgencia era suministrada por el entonces COF “La Cagiga” con un escaso número de unidades correspondientes a los centros de salud de Atención primaria. A partir del año 2004, cuando se autoriza la comercialización de un preparado con indicación específica de AU, empieza a equipararse de forma progresiva hasta que en el año 2007 el número de unidades de AU suministrada en el conjunto de centros de Atención Primaria ya es superior a la del CSSyR “La Cagiga”.

A partir del año 2009 se liberaliza la AU y las oficinas de Farmacia pueden proporcionar anticoncepción de urgencia a las usuarias sin prescripción facultativa. En dicho gráfico se muestra claramente cómo se invierten los datos iniciales en favor de una llamativa mayor dispensación de este método de urgencia en las farmacias. En los últimos datos recogidos observamos cómo se facilitan en 2010 más de 9000 tratamientos en Oficinas de Farmacia y en nuestro Centro una cifra muy inferior (829), lo que contrasta claramente con los datos del período 2000-2004.

En el gráfico observamos en las barras la proporción de AU administrada en centros de salud, oficinas de farmacias y nuestro Centro, objetivando la tendencia que comentamos

anteriormente. Hemos superpuesto sobre este gráfico la tasa de abortos advirtiendo un aumento exponencial de ésta coincidiendo con una disminución marcada de la dispensación de AU en nuestro Centro y un aumento de la dispensación sobre todo en farmacias. Hemos analizado la relación de estas dos variables y se observa un coeficiente de correlación de $-0,84$ lo que muestra una asociación significativa ($p < 0,001$). Esta asociación se mantiene si analizamos por separado los períodos hasta 2003 y desde 2003.

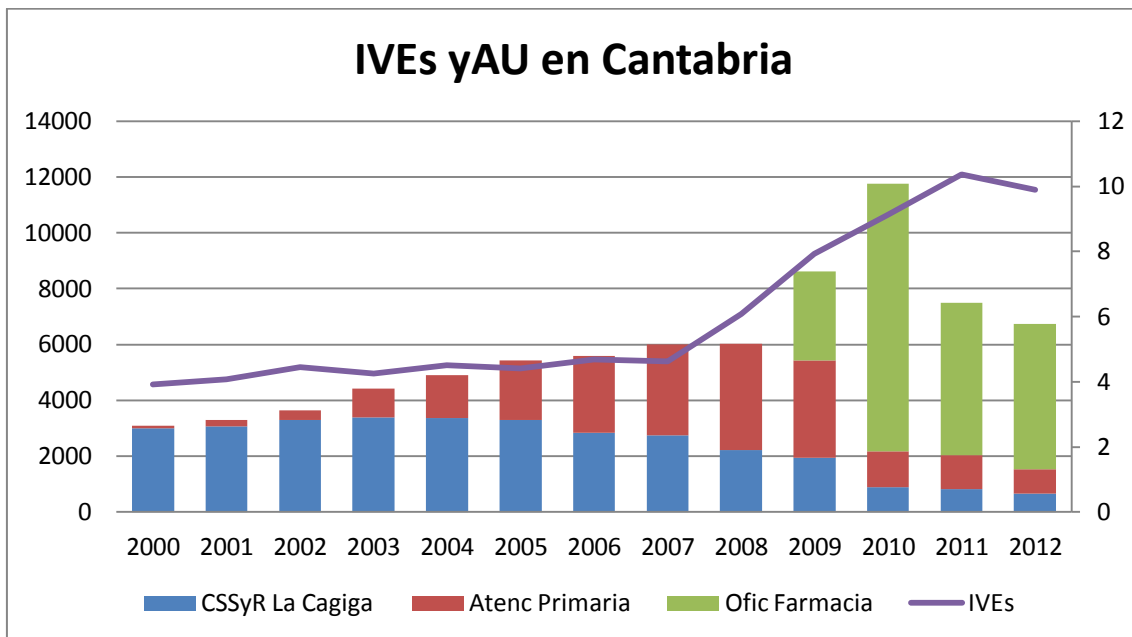


Gráfico 3

Si analizamos la evolución de la tasa de IVEs como principal indicador de la eficacia de la

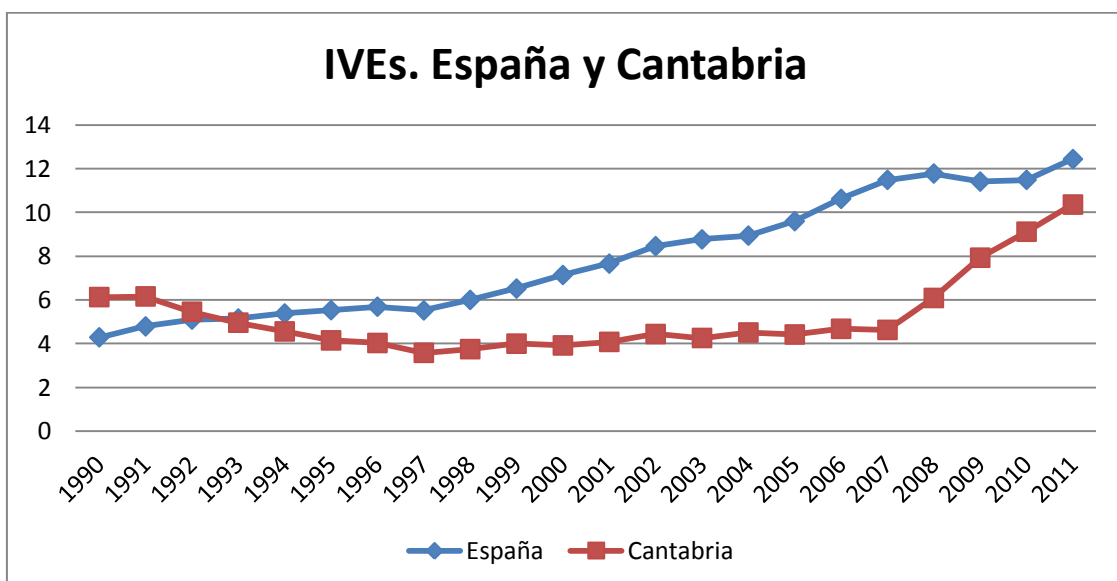


Gráfico 4

estrategia puesta en marcha vemos que se consigue disminuir la tasa pasando 6,13‰ en 1990 a 3,92‰ en el año 2000, estabilizándose al inicio de la década a pesar de la llegada de mujeres inmigrantes (que suponen un 30% del total de demanda de IVEs) al contrario de lo que ocurre en el conjunto del Estado Español pero de nuevo se invierte la curva cuando “se baja la guardia” y deja de hacerse la labor preventiva de forma coordinada dentro de un programa de salud.

Si analizamos los embarazos en <20 años (sin cuantificar los abortos espontáneos) vemos como el fenómeno se repite pasando la tasa de IVEs de 3,4‰ al inicio de la década a 10,96‰ en 2011.

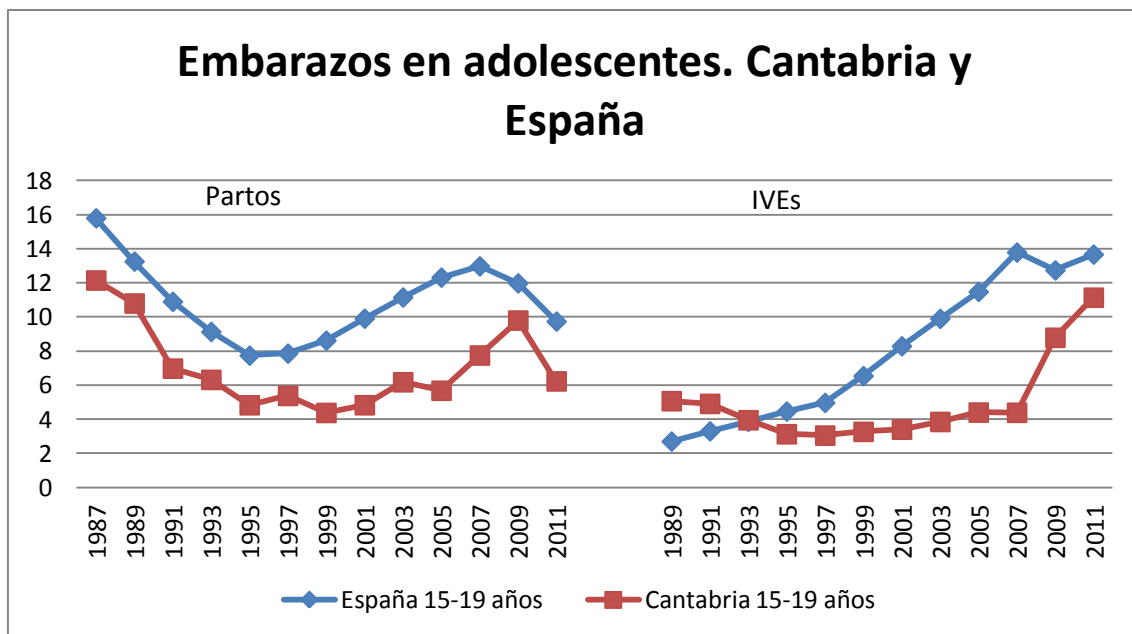


Gráfico 5

DISCUSIÓN

El hecho de que la mayor parte de las mujeres de nuestro estudio valoradas dentro de una situación de embarazo no deseado, no fueran usuarias de ningún método anticonceptivo o que su uso fuera inconsistente o incorrecto, debe llevarnos a la reflexión sobre si las políticas actuales en cuanto a prevención y difusión en materia de anticoncepción y sexualidad son suficientes. Tanto en nuestro trabajo como en los de Jones RK y colaboradores en 2002 y Young LK y colaboradores en 1994 el antecedente previo más común en este grupo de mujeres fue el no uso de anticoncepción y las dificultades técnicas durante el uso del preservativo, seguido de problemas con la anticoncepción hormonal. Estos datos posiblemente estén en relación con una carencia en la labor de educación sexual y consejo anticonceptivo que tradicionalmente se realiza en Centros de Salud Sexual y Reproductiva como el nuestro.

Esta reflexión no es nueva y aparece en varios estudios desde el año 94-96 (Rosenfeld JA & Everett KD 1996, Savonius H et al 1995, Ingelhammar E et al 1994, Young LK et al 1994) y más recientes (Frost JJ & Darroch JE 2008, Moos MK et al 2003, Jones RK et al 2002) en los cuales se analiza los métodos utilizados por este grupo de mujeres y se enfatiza la importancia de la educación sexual y la necesidad de informar de forma precisa y correcta a las mujeres sobre sus ciclos fértiles y el riesgo de embarazo cuando no se usa contracepción o es usada de forma incorrecta.

Los resultados de nuestro análisis con respecto al rango de edad nos muestra cómo el 15% de las solicitudes de aborto corresponde a mujeres entre 15 y 19. Nosotros no hemos analizado las causas específicamente en este grupo de edad pero se trata de un porcentaje considerable. Basándonos en estos datos es factible considerar una falta de conocimientos sobre anticoncepción y sexualidad subyacentes en la población adolescente de nuestra comunidad. Existe un estudio reciente que aunque correspondiente a comunidades americanas ya nos alertan sobre este fenómeno (Frost JJ et al 2012).

En el año 2009 se publicó el primer artículo que encontró una asociación estadísticamente significativa entre el aumento en la distribución de anticoncepción de emergencia con levonorgestrel y la disminución de la tasa de abortos (Turok DK et al 2009). Previamente se han publicado otros estudios evaluando esta relación sin encontrar impacto alguno entre el incremento en el acceso a la píldora postcoital y los embarazos no deseados (Raymond EG et al 2007, Glasier A et al 2004, Tydén T et al 2002).

En nuestro trabajo observamos un aumento de la tasa IVE`s a pesar de la liberalización de la distribución de la anticoncepción de emergencia en nuestra país. Hallamos una relación inversa estadísticamente significativa entre la disminución de la dispensación en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva (en favor de las oficinas de farmacia y centros de salud) y la tasa de abortos. Este resultado nos hace ver que la distribución a gran escala de contracepción de emergencia no parece ser un modo efectivo de reducir la incidencia de embarazos no deseados y por tanto de IVE`s (Glasier A et al 2004). Al contrario parece que cobra mayor importancia el acceso a la AU en Centros específicos de Salud Sexual y Reproductiva dónde se pueden evaluar conductas de riesgo y ofrecer una adecuada información y anticoncepción segura y de uso regular evitando futuros embarazos no deseados (Homco JB et al 2009, Frost JJ & Darroch JE 2008).

El conocimiento de la AU por parte de las mujeres de nuestro estudio no es extrapolable a su utilización posterior. En nuestro análisis prácticamente la totalidad de las mujeres encuestadas eran conocedoras de la píldora del “día siguiente” (99,4%) y sin embargo su uso se reduce a un escaso 7,24%. Estos datos son muy similares a los obtenidos en un estudio del año 1995, aunque en nuestro trabajo el porcentaje de mujeres con información sobre la AU es un 20% mayor (Young L et al, 1995). Existen artículos más recientes respecto a este tema (Aneblom G et al 2002). En este último atribuyen este

fenómeno a la falta de conciencia de riesgo de embarazo por parte de las mujeres y eso posiblemente sea lo que está limitando su uso también en nuestro estudio.

CONCLUSIONES:

- Sólo el acceso libre a la AU no consigue evitar de forma eficaz el número de embarazos no deseados.
- Es necesaria la atención anticonceptiva dentro de una estrategia de prevención primaria en un programa de Salud Sexual y Reproductiva en el que tienen que implicarse los sistemas Sanitario, Educativo y el conjunto de la sociedad
- Es imprescindible perseverar en la estrategia para que los buenos resultados se mantengan a lo largo del tiempo de forma eficiente.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Confidencialidad de los datos: Las autoras declaran que en este estudio no aparecen datos que puedan identificar a las usuarias

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alvarez González, JD. Intercepción postcoital, prevención primaria. Libro de ponencias y comunicaciones del V Congreso de la SEC. Marzo 2000; 103-110. www.sec.es
2. Aneblom G, Larsson M, Odland V, Tydén T. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for induced abortion. BJOG. 2002 Feb;109(2):155-60
3. Homco JB, Peipert JF, Secura GM, et al. Reasons for ineffective pre-pregnancy contraception use in patients seeking abortion services. Contraception. 2009 DEC;80(6):569-74.
4. Frost JJ, Darroch JE. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. Perspect Sex Reprod Health. 2008 Jun;40(2):94-104.

5. Frost JJ, Lindberg LD, Finer LB. Young adult's contraceptive Knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health.* 2012 Jun;44(2):107-16
6. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S et al. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception* 2004 May;69(5):361-6.
7. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health.* 2002 NOV-DEC;34(6):294-303.
8. Raymond EG, Trussell J, Polis CB. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2007 Jan;109(1):181-8.
9. Rosenfeld JA, Everett KD. Factors related to planned and unplanned pregnancies. *J Fam Pract.*1996 Aug;43(2):161-6.
10. Savonius H, Pakarinen P, Sjöberg L, Katanoja P. Reasons for pregnancy termination: negligence or failure of contraception? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995 Nov;74(10):818-21.
11. Turok Dk, Simonsen SE, Marshall N. Trends in levonorgestrel emergency contraception use, births, and abortions: the Utah experience. *Medscape J Med* 2009; 11(1):30.
12. Tydèn T, Aneblom G, von Essen L, et al. No reduced number of abortions despite easily available emergency contraceptive pills. *Studies of women's knowledge, attitudes and experience of the method.* *Lakartidningen.* 2002 Nov 21;99(47):4730-2.
13. Young L, McCowan LM, Roberts HE, Farguhar CM. Emergency contraception—why women don't use it. *N Z Med J.* 1995 Apr 26;108(998):145-8.
14. Young LK, Farguhar CM, McCowan LM et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *N Z Med J.* 1994 May 25;107(978):189-92.