ESTUDIO SOBRE PERCEPCION DE PROFESIONALES Y USUARIAS Y USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA DURACION EN EL AREA SANITARIA DE MALAGA.

MÁSTER EN ANTICONCEPCIÓN Y SALUD SEXUAL SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

MEMORIA FIN DE MÁSTER 2017.

María Teresa González Lucena

Ana Belén Espejo Martínez.

INDICE: ***Página***

Título	3
Autoras. Centro de trabajo	3
Introducción	4
Objetivos	8
Metodología	9
Resultados	11
Discusión y limitaciones	21
Conclusiones	29
Referencias y bibliografía	31
Anexos	Archivo adjunto

MÁSTER EN ANTICONCEPCIÓN Y SALUD SEXUAL SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

MEMORIA FIN DE MÁSTER

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES Y USUARIAS Y USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA DURACION EN EL AREA SANITARIA DE MALAGA.

AUTORAS:

María Teresa González Lucena.

Ana Belén Espejo Martínez.

CENTRO DE TRABAJO:

Hospital Materno Infantil de Málaga. Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN:

Según los tratados internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, incluida la anticoncepción de buena calidad [1] . Según la OMS, la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijas/os que desean, así como determinar el periodo intergenésico entre los embarazos. La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades, permitiendo que las personas tomen decisiones bien fundamentadas en relación a su salud sexual y reproductiva.

En España, la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo[2] determina que los servicios públicos garantizarán «el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación (. . .) en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud». El acceso a métodos anticonceptivos de calidad y su uso favorece que las personas puedan tomar el control de su sexualidad, su salud y su reproducción, lo que contribuye a lograr una vida sexual satisfactoria [3] con implicaciones especialmente importantes para la vida y la libertad de las mujeres.

Los embarazos no planificados son aún un grave problema en nuestro país. Según la Encuesta Anticoncepción SEC 2016[4], hay un 10% de mujeres en riesgo de embarazo no planificado. Los hábitos anticonceptivos de las mujeres en el estado español incluyen el uso de métodos altamente dependientes de las usuarias, con baja efectividad[5]; el preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más utilizado en España (28.4%); se observa un mayor uso de los métodos hormonales, respecto a encuestas anteriores, ocupando el segundo lugar en preferencia anticonceptiva (anticoncepción hormonal oral: 21.7%). Los denominados *long-acting reversible contraception* (LARC), entre los que se encuentran: el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, el liberador de levonorgestrel y el implante subdérmico siguen teniendo una baja utilización en nuestro entorno (DIU cobre: 3.5%; DIU Levonorgestrel: 3.4% ; Implante: 0.8% según encuesta SEC 2016), a pesar de haber experimentado un discreto y progresivo aumento en relación a encuestas anteriores. Probablemente, la incorporación del DIU liberador de levonorgestrel en nuestra práctica clínica con sus beneficios adicionales , ha contribuido a dicho incremento [6]. Aunque el porcentaje de

mujeres en riesgo de quedar embarazadas por no utilizar anticoncepción eficaz podría parecer bajo (un 10%), observamos que gran parte de los embarazos no planificados son consecuencia del mal uso o derivados de problemas en el cumplimiento con el método elegido.[4, 7]

Los métodos LARC presentan una alta eficacia[8] (Tabla 1), ya que no dependen de la usuaria y no generan fallos por uso incorrecto o inconstante y tienen una alta costoefectividad demostrada.

Anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD)

	Uso típico Tasa fallos %	Uso perfecto Tasa fallos %	Continuidad al año %	Retorno de la fertilidad	Composición	Duración eficacia
Implante subcutáneo	0,05	0,05	84	1 mes	Etonogestrel	3 años
DIU LNG	0,2	0,2	80	Inmediato	Levonorgestrel	5 años
DIU Cu	0,8	0,6	78	Inmediato	Cobre	5-10 años
Inyección trimestral	3	0,3	56	6 meses	AMP*	3 meses

* AMP = Acetato de Medroxiprogesterona LNG = Levonorgestrel. Cu = Cobre DIU = Dispositivo intrauterino

Fuente:Alberto López G, Lorenzo Arribas M, Emilia Bailón M et al [8].

Tabla 1. Tabla de uso de anticonceptivos reversibles de larga duración

A pesar de ser los LARC ampliamente recomendados por sociedades médicas nacionales e internacionales para mujeres que requieran una anticoncepción efectiva y altamente segura, incluidas jóvenes, siguen presentando en España bajas tasas de uso[9].

Entre los factores que contribuyen a la baja utilización de los LARC, figuran en la literatura revisada: la necesidad de intervención médica para su uso y las actitudes de las/os profesionales como barreras generadas por la falta de información actualizada y la existencia de mitos y creencias erróneas tanto en profesionales como en la población general[10]. El consejo anticonceptivo debe contemplar, además de las condiciones médicas, los aspectos relacionados con el estilo de vida de la mujer para mejorar la adherencia al método anticonceptivo más adecuado[11].

La información recibida acerca de la anticoncepción a usar es clave en la adhesión al tratamiento[12]. Sabemos que el rol de las/os profesionales sanitarios en el consejo contraceptivo es esencial; un 40% de la usuarias encuestadas, consideran que el personal sanitario es el factor más deteminante en la elección del método contraceptivo . Según la encuesta SEC 2016, solo a un 31% de las mujeres se les ha ofertado por parte de su médica/o o matrona la posibilidad de utilizar algún método anticonceptivo de larga duración. Resulta llamativa que este porcentaje es aún menor en las mujeres menores de 30 años [4]. Sin embargo, según el estudio CHOICE, si a este grupo de mujeres jóvenes se le ofrece por parte personal sanitario un método anticonceptivo gratuito y educación sobre contracepción reversible y los beneficios de los métodos de larga duración, el 72% eligiría un método de larga duración (dispositivo intrauterino o implante subcutáneo), y el 28% restante otros métodos anticonceptivos. Presentando una menor incidencia de embarazos, nacimientos y abortos inducidos que el global de las mujeres sexualmente activas[13.] . La capacitación de profesionales sanitarios involucrados en asesoramiento contraceptivo es altamente eficiente para el incremento de uso de los LARC[14].

Las estrategias de salud pública para reducir los embarazos no deseados, especialmente entre las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años, deben centrarse en atender las disparidades en el uso de anticonceptivos y la promoción de asesoramiento anticonceptivo. Aproximadamente, la mitad de los embarazos no planeados acaban en interrupción del embarazo. La proporción es mayor entre los 15 a 19 años, aunque va aumentando en el grupo de mayores de 35 años de edad. En las estadísticas de interrupciones voluntarias de embarazo consultadas observamos como método más usado el preservativo, seguido de la anticoncepción hormonal.

La oferta y uso de métodos anticonceptivos viene determinada por múltiples factores, la edad es uno de ellos[15]; también resulta relevante el momento vital, siendo trascendente en el asesoramiento contraceptivo, el periodo postparto[16], con objeto de garantizar un intervalo intergenésico adecuado; tras interrupción voluntaria de embarazo con el fin de evitar la repetición[17] [18] . Otras aspectos sociales de especial vulnerabilidad también deben ser considerados : la migración[19] , violencia de género, prostitución [20], discapacidad física , intelectual[21] y otras situaciones de riesgo de exclusión social [22,23], representan un reto dentro del consejo contraceptivo que debe ser abordado desde la perspectiva biopsicosocial [24.]

Las actividades preventivas en anticoncepción deben estar dirigidas a: planificar y espaciar los embarazos, evitar los embarazos no planificados y reducir el

número de abortos. Estas actividades anticonceptivas deben ofrecerse con criterios de calidad, partiendo de un conocimiento científico actualizado, garantizando una información centrada en la/el paciente, sobre la seguridad y efectividad de los diferentes métodos, en el momento de la demanda y con una servicio eficiente, accesible y con equidad[25]

La tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años de edad en España ha experimentado una tendencia creciente hasta 2014, con un punto de inflexión en el año 2012; la tasa en 2015, último año del que disponemos información, ascendía a 10.40, lo que supone en cifras absolutas 94.188 IVE; siendo la tasa de Andalucía discretamente superior 10.59. En Andalucía el 66% de las interrupciones se producen entre los 20 y los 34 años; y en menores de 20 años un 11.5%. El 56% de las mujeres del estado español que interrumpieron el embarazo en 2015, no usaban método o no aparece registrado; y el 24.8% usaba preservativo; en Andalucía, el 38.8% no usaban método o no aparece registrado y un 31% usaba preservativo[26.] Estos datos ponen en evidencia, la conveniencia de ofrecer los LARC como contracepción de primera linea a todas las mujeres, incluidas las adolescentes, que puedan tener dificultades con métodos que requieran adherencia.

Los LARC son métodos adecuados para las mujeres de nuestro medio interesadas en anticoncepción de larga duración. Presentan un alto perfil de seguridad y muestran un buen grado de satisfacción y tasa de continuidad[27]. Un adecuado asesoramiento permite una elevada aceptación y tasa de continuidad de estos métodos, para garantizarla, es imprescindible evaluar el grado de conocimientos, las actitudes y aptitudes de las/os profesionales implicados en la promoción de la salud sexual y reproductiva de la población.

OBJETIVOS:

1. Conocer las características de la población del área sanitaria donde desarrollamos nuestra labor asistencial y la situación actual de la anticoncepción de larga duración (LARC) en nuestro medio: Oferta, Accesibilidad, Financiación e Indicadores en el Area Sanitaria del Hospital Regional de Málaga .

2. Diseñar un instrumento que nos permita evaluar el grado de conocimientos y las actitudes de las/os profesionales sanitarios del nivel hospitalario en relación a los LARC.

3. Analizar los conocimientos y la percepción de las/os profesionales sanitarios del nivel hospitalario en relación a los LARC en nuestro medio. Explorar los mitos más relevantes en torno a estos métodos anticonceptivos.

4. Diseñar un instrumento para la valoración del grado de satisfacción de las usuarias en el postparto incluyendo en el mismo la evaluación del asesoramiento contraceptivo .

5. Elaborar estrategias de mejora para implementar la potenciación de los LARC en el consejo contraceptivo en nuestra Area Sanitaria.

METODOLOGÍA:

En Junio de 2015, se constituye en el Hospital Materno Infantil de Málaga un grupo de trabajo multidisciplinar e interniveles formado por representantes de diferentes categorías profesionales implicadas en la asistencia contraceptiva de la provincia de Málaga, con objeto de realizar unas jornadas de actualización-reflexión bajo el título "Jornadas Anticoncepción para Profesionales Sanitarios" , que se materializaron el 3-4 Octubre de 2015 .En dichas jornadas, se organizaron cuatro talleres sobre anticoncepción en las distintas etapas de la vida y sobre las habilidades de comunicación en el consejo contraceptivo (Anexo 1). Se concluyó con una sesión de puesta en común y propuestas de mejora; como cierre de dicho encuentro se distribuyó una encuesta (Anexo 2), que nos permitió realizar una primera aproximación a la visión de las/os profesionales en relación a nuestra práctica en el consejo contraceptivo. En la citada encuesta, 42 profesionales sanitarios respondieron a 10 preguntas relacionadas con la anticoncepción .

Analizamos la población de nuestra área sanitaria susceptible de consejo contraceptivo, para ello revisamos el censo de población disponible en el Instituto Nacional de Estadisticas (INE) cuya fuente es el padrón de habitantes a 1 de Enero de 2016. Posteriormente revisamos la población de la base de datos del Distrito sanitario de Málaga, cuya referencia hospitalaria corresponde al Hospital Regional Universitario de Málaga; a modo de aclaración , es de interés señalar que en Málaga capital existen dos centros hospitalarios públicos para atender a la totalidad de la población: El Hospital Universitario Virgen de la Victoria y el Hospital Regional Universitario de Málaga.

Con objeto de evaluar los procedimientos de coordinación entre los niveles de atención primaria y hospitalaria vigentes en nuestra área en el periodo de estudio, se analizan las actas de las reuniones periódicas de coordinación interniveles del área en relación a la Atención en Salud Sexual y Reproductiva y los documentos de coordinación interniveles emitidos en los últimos 4 años. Se objetivan en este periodo la elaboración y edición de tres Documentos de Consenso:

- ✓ PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA, editado en Marzo 2014.

- ✓ DOCUMENTO DE ADECUACION LOCAL DEL CRIBADO CÁNCER DE CÉRVIX. CONDUCTA A SEGUIR ANTE RESULTADOS ANORMALES EN LAS PRUEBAS DE CRIBADO. CRITERIOS DE DERIVACION A CONSULTA DE TRACTO GENITAL INFERIOR (TGI) editado en Mayo 2016.

- ✓ PROCESO OPERATIVO ESTANDARIZADO INTERNIVELES DE ADECUACION LOCAL DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO editado en Octubre 2015.

Seguidamente hemos estudiado los indicadores de atención contraceptiva de larga duración y métodos irreversibles femeninos disponibles en nuestro centro hospitalario. Igualmente, hemos realizado una valoración de los sistemas de registro que sirven de soporte para el diseño de las intervenciones asistenciales en dicha materia.

La parte central de nuestro trabajo consiste en la elaboración de un instrumento para la evaluación de los conocimientos y actitudes de los profesionales del medio hospitalario: Encuesta de opinión sobre Métodos Anticonceptivos de larga duración (DIUs e Implantes subdérmicos) a profesionales de la UGC de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Málaga (Anexo 3). Esta encuesta fue administrada durante un periodo de tres meses (abril a junio de 2017) ; se trata de un cuestionario anónimo, voluntario y autocumplimentado. Muestreo no probabilístico, incidental. Los datos registrados fueron analizados en una herramienta de Google Drive para la explotación de encuestas autoadministradas.

Paralelamente, con un grupo focal formado por cargos intermedios de enfermería y facultativa del área de hospitalización puerperal, se elabora un cuestionario para explorar el grado de satisfacción de las usuarias en el postparto incluyendo en el mismo la evaluación del asesoramiento contraceptivo: Cuestionario Escala COMFORTS modificada con adaptación transcultural [28] (Anexo 4) .

RESULTADOS:

El análisis de los datos obtenidos en la encuesta realizada a profesionales durante las "Jornadas Anticoncepción para Profesionales Sanitarios" , que se celebraron el 3-4 Octubre de 2015 arroja los siguientes resultados :

- Categoría profesional: Médicas/os de Familia: 28,6%, Ginecólogas/os: 28,6%, Matronas/os: 21,5% , Enfermeras/os: 11,9% ,Otros: 8,4%.
- El 88% de los profesionales desarrollaban su labor asistencial exclusivamente en el ámbito público y un 12% tiene actividad pública y privada.
- En relación a la educación afectivo-sexual de los jóvenes, las personas encuestadas consideraron que la responsabilidad corresponde a: la familia : 22% ; el personal sanitario:17%; el profesorado: 5% todos deben participar por igual: 56%.
- El principal obstáculo para la adopción de anticoncepción eficaz es: La falta de información- desconocimiento: 40,4%; mitos y falsas creencias: 31,2%; motivos económicos: 10,3% ; dificultad de acceso: 10,3% y falta de habilidades de comunicación en la pareja: 7,8%.
- En cuanto a la oferta de asesoramiento anticonceptivo manifestaron: sólo ante demanda: 47,5%; siempre (pro-activo): 45% ; nunca (deriva a otra/o profesional): 7,5% .
- Desde el punto de vista de las/os encuestadas/os el asesoramiento contraceptivo debe ser realizado por: medicina de familia: 33,6%; ginecología: 28,7%; matronas/os: 24,1%; enfermería con formación específica: 12,6%.
- Principal responsable en la indicación de métodos anticonceptivos: medicina de familia: 45,6%; ginecología: 38,6%%; matronas/os:15,8%; enfermería con formación específica: 0%.

- Con respecto a quien debe realizar la inserción de DIUs e implantes: ginecología: 55,4%; medicina de familia: 23,3%; matronas/os:17,8%; enfermería con formación específica: 3,5%.

- Acerca de la formación en salud sexual y reproductiva: 67,5% se consideran adecuada y suficientemente formados; el 32,5% no considera su formación adecuada.

- El 100% de entrevistados consideró que la participación en las jornadas había supuesto algún elemento de mejora aplicable a su práctica profesional.

Los resultados obtenidos en estas jornadas y la reflexión sobre la importancia del rol de las/os profesionales sanitarios, nos impulsaron a diseñar un estudio centrado en el uso y accesibilidad de los LARC, donde los profesionales del ámbito hospitalario cobran especial relevancia en nuestro medio.

En el análisis de población de nuestra área sanitaria susceptible de consejo contraceptivo, encontramos que de un total de población en Málaga capital de 571.069 habitantes censados, 296.300 son mujeres (51.8%). De forma gráfica la pirámide poblacional de nuestra ciudad, nos muestra una población en fase de envejecimiento (Figura 1).

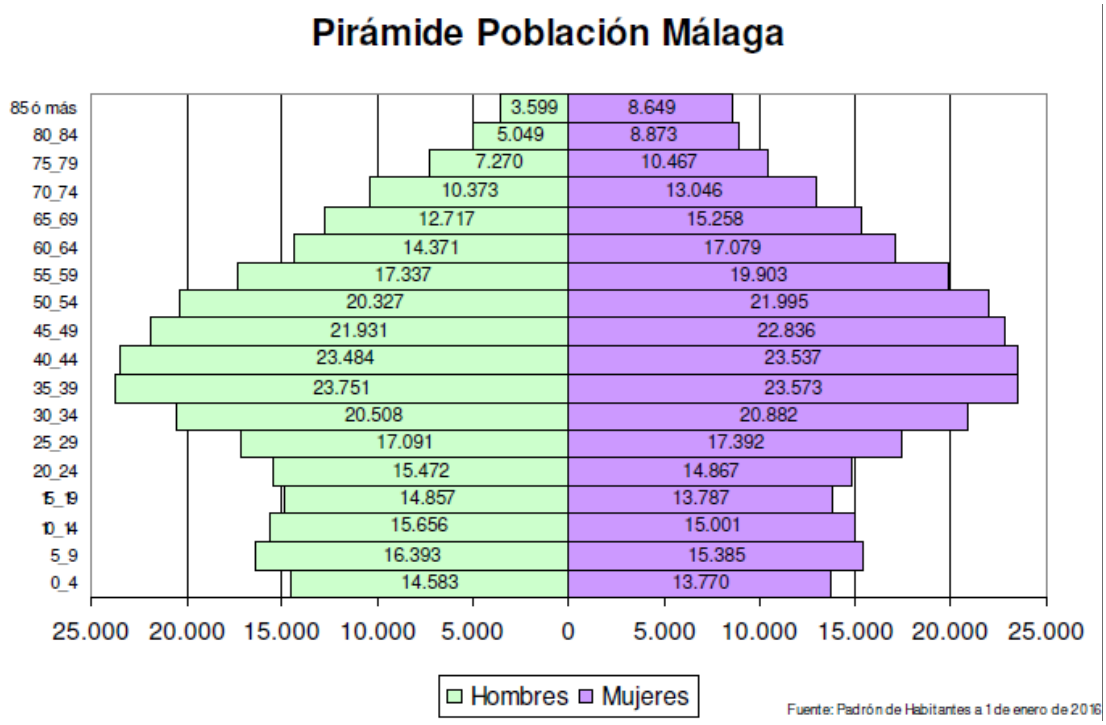

Figura 1. Piramide población Málaga. INE 2017.

Nuestro centro atiende la demanda asistencial de 340.802 habitantes, el 59.7% de la población malagueña censada, de los cuales 177.753 son mujeres (52.16%) y de ellas el 46.5% tienen edades comprendidas entre 15 y 50 años, de forma que la población susceptible de consejo contraceptivo en nuestra área asciende a 82.634 mujeres; cifra probablemente subestimada, si tenemos en cuenta que Málaga es una ciudad fronteriza Norte-Sur con una gran acogida de población migrante no regularizada y no tasada e igualmente recepciona gran cantidad de población flotante, por ser destino turístico, sobre todo en la época estival (Tablas 2 y 3).

Grupo	Hombres	Mujeres	Total
0_4	14.583	13.770	28.353
5_9	16.393	15.385	31.778
10_14	15.656	15.001	30.657
15_19	14.857	13.787	28.644
20_24	15.472	14.867	30.339
25_29	17.091	17.392	34.483
30_34	20.508	20.882	41.390
35_39	23.751	23.573	47.324
40_44	23.484	23.537	47.021
45_49	21.931	22.836	44.767
50_54	20.327	21.995	42.322
55_59	17.337	19.903	37.240
60_64	14.371	17.079	31.450
65_69	12.717	15.258	27.975
70_74	10.373	13.046	23.419
75_79	7.270	10.467	17.737
80_84	5.049	8.873	13.922
85 ó más	3.599	8.649	12.248
Total	**274.769**	**296.300**	**571.069**

Fuente: Padrón de Habitantes a 1 de enero de 2016

Tabla 2. Población según sexo por grupos quinquenales de Málaga

	Población total	Población total hombres	Población total mujeres	Mujeres de 15 a 50
Almogía	2361	1173	1188	600
Benagalbón	1093	560	533	291
Cala del Moral	10052	4882	5170	2531
Capuchinos	17365	8115	9250	4386
Carlinda	8752	4432	4320	2079
Ciudad Jardín (Guadalmedina)	36031	17476	18555	**8528**
El Palo	35170	16803	18367	**8103**
La Roca	13033	6263	6770	3187
Limonar	30461	14330	16131	**7083**
Miraflores de los Ángeles	21425	10204	11221	5032
Moclinejo	1347	683	664	389
Nueva Málaga	23001	10739	12262	5559
Olías	653	344	309	144
Palma-Palmilla	12794	6540	6254	3132
Perchel	27056	12966	14089	6608
Puerto de la Torre	20334	10113	10220	4837
Rincón de la Victoria	28500	13713	14787	**7036**
Torre de Benagalbón	1150	526	624	362
Trinidad Jesús Cautivo	24435	11198	13237	6186
Victoria	25789	11986	13802	6561
	340802	**163046**	**177753**	**82634**
			52.16%	**46.5%**

Tabla 3. Estadística centros asistenciales Area Hospitalaria Regional de Málaga

En el estudio de las Actas de las reuniones periódicas de Coordinación Interniveles del área en relación a la Atención en Salud Sexual y Reproductiva y los documentos de coordinación interniveles emitidos en los últimos 4 años, objetivamos que la Planificación Familiar tiene muy escasa reperesentación ; el lugar central lo ocupa la coordinación en el Proceso Asistencial de Embarazo Parto y Puerperio y el cribado oportunista de Cáncer de Cérvix. La única mención explicita en los documentos citados es en el PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGÍA, editado en Marzo 2014, donde se detallaron los requisitos de derivación para asistencia contraceptiva interniveles (Figura 2).

PLANIFICACION FAMILIAR:

- **DIUs:** Consulta de GINECOLOGIA GENERAL, se citará a la paciente desde el centro de salud coincidiendo con fase menstrual. En cada consulta general se habilitará 1 hueco disponible para inserción o recambio de DIU a primera hora y de revisión ecográfica a última hora. Si la mujer está en amenorrea por lactancia u otra causa, se derivará con anticoncepción segura (hormonal con gestágenos, combinada,…) para poder insertar con seguridad en cualquier momento del ciclo. Sí solo desea retirada se puede citar con menstruación en cualquier hueco de atención primaria, lo deseable, pero no imprescindible, en fase menstrual. ACUDIRÁ con citología de cribado, hemograma y coagulación.

- Se aportará:
  . Valoración de ausencia de contraindicaciones
  . Paciente informada, CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SAS completo
  . Citología cervical (PAI CERVIX)
  . Hemograma y coagulación.

  Tras la inserción la paciente será citada desde la propia consulta para revisión clínica y ecográfica en 1-2 meses. Ante cualquier incidencia que dificulte la inserción, se proporcionará nueva cita desde consulta de ginecología. Y será dada de ALTA en el programa informático DIRAYA.
  Nueva remisión a los 5 años para retirada o recambio de DIU ó antes si cualquier eventualidad derivada del mismo.

- **Ligadura tubárica bilateral:** Remitir a CONSULTA DE GINECOLOGÍA GENERAL. Actualmente, el procedimiento más extendido y de más corta respuesta es el BTB por laparoscopia en régimen de CMA, quedando reservado el Essure para pacientes con especial riesgo quirúrgico.

- Se aportará
  . Valoración de ausencia de contraindicaciones
  . Usuaria informada CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SAS completo
  . Citología cervical (PAI).
  . Y uso de método anticonceptivo no definitivo con seguridad.

Figura 2. Protocolo de derivación desde atención primaria a consultas externas de ginecologia 2014 (fragmento dedicado a Planificación familiar).

Al realizar el análisis de los indicadores disponibles en el nivel hospitalario, encontramos una carencia significativa de sistemas de registro de actividad en relación al uso de anticonceptivos de larga duración. No disponemos de indicadores fiables ni directos, únicamente hemos tenido acceso al número global de citas asignadas en agendas de consultas para la inserción de DIU en nuestra Unidad y al número de DIUs dispensados recogidos en los listados de consumo.

En lo que respecta al número de citas en agenda , en el periodo de Abril 2014- a Abril 2017 (3 años), aparecen registradas un total de 1.399 citas (lo que representa una media anual de 466 citas) para inserción de DIU, sin poder delimitar cuales corresponden a DIUs de cobre y cuales a DIU hormonal, ni la indicación de la inserción (contraceptivo o uso terapeútico). En relación al número de DIUs de cobre dispensados, no existe un sistema de registro contrastado a pesar de la existencia de una plataforma provincial de consumo, por lo que desconocemos el consumo medio anual en los últimos años. Respecto al DIU con gestágenos, al ser un fármaco dispensado por la unidad de farmacia hospitalaria, las cifras de su dispensación se recogen mas exhaustivamente. En el año 2014, se dispensaron en nuestro centro, 145 dispositivos con levonorgestrel; en 2015: 212 unidades y en 2016, un número total de 216 dispositivos ; no disponemos aún de los datos del año en curso.

En relación a la anticoncepción de emergencia en nuestro centro, se suministra de forma regular en el Area de Urgencias; aunque desconocemos las cifras globales anuales al carecer de registros , si sabemos que la totalidad de las prescripciones corresponden a levonorgestrel (LNG), el cual es suministrado de forma gratuita en el mismo momento de la atención. No se utiliza el acetato de ulipristal (UPA) ni el dispositivo intrauterino de cobre.

En cuanto al número de implantes insertados, en ese mismo periodo, Abril 2014 a Abril 2017, sí ha podido determinarse con mayor rigor, al estar recogido en la actividad quirúrgica del centro; hemos encontrado una cifra que nos resulta inquietante, sólo se han insertado 10 implantes (3,3 implantes al año) en ese periodo. Para contextualizar estos datos, nos parece conveniente señalar que entre Abril 2014 a Abril 2017 , se realizaron en el Hospital Regional Universitario de Málaga 214 procedimientos laparoscópicos de esterilización definitiva quirúrgica femenina y 120 procedimientos histeroscópicos; es decir una media de 71 ligaduras laparoscópicas y 40 histeroscópicas anuales; no pudiendo cifrar el número de ligaduras tubáricas en el curso de cesáreas (Tabla 4).

ESTIMACION ANUAL ACTIVIDAD ASISTENCIAL CONTRACEPTIVA HRU DE MALAGA (Periodo analizado Abril 2014- Abril 2017)	
DIU LNG	190
DIU cobre	SD
Implantes subcutáneos	3.3
Esterilización laparoscópica	71
Esterilización histeroscópica	40
Esterilización quirúrgica en cesárea	SD

Tabla 4. Actividad asistencia contraceptiva HRU Málaga. Elaboración propia

A continuación, procedemos a la interpretación de los datos obtenidos en la Encuesta de opinión sobre Métodos Anticonceptivos de larga duración (DIUs e implantes subdémicos) a profesionales de la UGC de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Málaga (Anexo 5) .

Dicha encuesta fue cumplimentada por 70 profesionales . Cabe reseñar que la mayor parte de profesionales sanitarios de nuestra UGC son mujeres, lo cual se refleja también en la proporción de encuestados: un 80% de mujeres. En relación a categoría profesional, el grupo mayoritario lo representaron los FEA (facultativos especialistas de área) en situación de contratación, un 30% y el minoritario MIR (médicas/os internos residentes) un 14.3%. Del total de los encuestados un 58.6% manifiesta realizar habitualmente asesoramiento e indicación de metodos anticonceptivos en su práctica profesional habitual. Mientras que el 41.4% declara no hacerlo con regularidad. En relación al ejercicio profesional, la mayor parte de las/os profesionales preguntados (68.6%) desarrolla su labor profesional exclusivamente en el sector público, el 31.4% compatibiliza actividad pública y privada.

Prácticamente la totalidad considera que el DIU puede indicarse en mujeres que con deseo gestacional inconcluso (95.7%), aunque el 41,4% no lo recomendaría en adolescentes. El 90% de encuestadas/os no ve limitado el uso del DIU en nulíparas o pacientes con cesáreas anteriores. En cuanto al momento más adecuado para la inserción practicamente la mitad (48.6%) consideran que debe realizarse en periodo

menstrual y el 54.3% afirma que fuera de este periodo la inserción se asocia con mayor dolor.

Menos de la mitad de los consultados (47.1%) opinan que las portadoras de DIU no tienen incrementado el riego de infecciones de transmisión sexiual (ITS); persistiendo la creencia errónea en el 52.9%. Ante la sospecha de infección pélvica, un 57.1% retirarían el DIU e iniciarían antibioterapia inmediatamente. Mayoritariamente es conocido , en un 91.4% que el DIU no compromete la fertilidad posterior. Unicamente un 35.7% de profesionales considera que la eficacia de los DIUs es superior a la de los métodos irreversibles; persistiendo en el 64% la idea de mayor eficacia de los métodos irreversibles (vasectomía y ligadura tubárica).

En relación al periodo de recambio del DIU, más de la mitad, 52.9% manifiesta que debe ser sustituido antes de los 5 años. El 37,1% de los profesionales continúa creyendo que el DIU incrementa el riesgo absoluto de gestación ectópica. Y la mayoría (78.6%) es consciente de que el principal incoveniente del DIU de cobre es su impacto sobre el patrón de sangrado menstrual. Respecto a la posible acción del DIU de cobre como cofactor carcinogenético en el cáncer de cérvix, el 85.7% niega dicha asociación.

Un 41.4% piensa que hay riesgo de desplazamiento del DIU con la realización de una resonancia magnética nuclear. El uso de DIU de cobre en la anticoncepción de urgencia es reconocido como más eficaz en solo el 41.4% de los consultados. Un 24.3% contraindicaría el DIU con gestágenos durante la lactancia. Persiste en el 7.1% la idea de que el DIU puede desplazarse con las oscilaciones de peso corporal y un 15.7% reemplazaría inmediatamente el DIU ante la no presencia de hilos palpables; aunque ecográficamente se visulizara normoinserto.

En relación a los items referidos al uso de Implante subdémico, podemos concluir lo siguiente: el 38.6% lo recomiendan unicamente en pacientes con problemas de seguimiento en las que no puedan utilizarse otros métodos. El 60% cree que la paciente presentará amenorrea en el 80% de los casos. Sólo el 18.6% no lo recomendaría por la frecuente aparición de cefaleas. El 68.6% considera erróneamente que el implante es un buen método anticonceptivo en pacientes HIV con tratamiento antiretroviral. El 78.6% no lo recomendaría como primera opción en una paciente con cáncer de mama y algo menos de la mitad (41.4%) manifiesta que el implante requiere para su inserción y retirada de un medio hospitalario. El 62.9% opina que el implante puede ser insertado subdérmico o intramuscular superficial. El 54.3% conoce que la obesidad es un factor que disminuye la eficacia del implante, por

lo que se recomienda retirarlo con mayor precocidad. El 37.1 % manifiesta que la duración del implante es de 5 a 7 años y unicamente el 40% reconoce que el implante es el método con mayor eficacia de los disponibles en la actualidad.

Al desagregar los resultados con objeto de obtener mayor grado de discriminación por grupos susceptibles de intervención, observamos los siguientes resultados:

No hemos encontrado diferencias relevantes en las respuestas en relación al sexo de los encuestados.

En cuanto a los grupos etáreos, hemos valorado de forma independiente las respuestas de los profesionales mayores de 50 años (18 de los encuestados) encontrando algunas diferencias notables con respecto a la opinión de la encuesta general:

- En relación al uso de DIU en adolescentes el 66,7 % lo recomendaría, frente al 58,6% de la encuesta general .
- La mayor parte de los mayores de 50 años (88.9 %) consideran adecuado el uso de DIUs en nulíparas o en cesáreas anteriores, cifras similares al grupo general.
- El 72,3% retiraría el DIU ante la sospecha de EPI (mayor prevalencia de esta falsa creencia en este subgrupo: encuesta general 57,1%).
- Un 66,7% mantendría el DIU durante un periodo superior a 5 años mientras que en la encuesta general sólo lo haría el 47,1%.
- 33,3 % de los mayores de 50 años piensa que el DIU Mirena está contraidicado en la lactancia (encuesta general: 24,3%).

El desconocimiento sobre los implantes es manifiesto en este grupo etáreo:

- El 50% recomienda el uso de implantes sólo en mujeres con problemas de seguimiento en las que no pueda usarse otro método (encuesta general 38,6%).
- Paradójicamente el 55% conoce la relación del implante con la aparición de cefaleas (no conocen otros datos pero sí los efectos secundarios). En la encuesta general este dato es conocido solo por el 18,6 %.

- La mitad de los encuestados de más de 50 años desconoce la duración correcta del implante, en la encuesta general esta cifra es del 37,1%.

Si consideramos las respuestas de los menores de 35 años (23 encuestados) encontramos algunas diferencias de interés :

- El 78% lo recomendarían en adolescentes (frente al 58,6%)
- El 56,5% de los más jóvenes consideran no importante la inserción en periodo menstrual (ligero aumento respecto a general que es del 51,4%).
- Sólo el 34.8% (frente al 53%) cree que debe retirarse el DIU antes de finalizar los 5 años.
- El 47,8% opinan que la eficacia del DIU es mayor a la de los métodos irreversibles (35,7% en general).
- Unicamente un 8,7% de los más jóvenes atribuyen al DIU un posible papel carcinogenético cervical (cifra del 14,3% en la encuesta global).
- El 78,2% saben que el DIU no se desplaza con la RMN (58,6 en general)
- Sólo un 8,7% contraindicaría el DIU hormonal durante la lactancia (frente al 24,3 global).
- Un 13% cree que el DIU puede desplazarse con los cambios de peso (cifra inferior al 27,1% de la valoración general)
- Unicamente el 4,3% sustituiría un DIU por no tocar los hilos (15,7% en global)
- El 21% de los jóvenes recomienda el implante exclusivamente en pacientes con problemas de seguimiento mientras que en la encuesta general lo hacen el 38,6%.
- Desconocen en gran medida la cefalea como efecto secundario frecuente de los implantes (sólo señalada por el 4,3% de los jóvenes frente al 18,6% de la encuesta global), el 64% cree que el implante puede insertarse vía intramuscular (frente 62.9% de la encuesta general) y el 74% opina la duración del implante es de 5-7 años (frente 62.9% de la encuesta general).

Igualmente, desagregamos los datos ofrecidos por personal facultativo (FEAs y Médicos Residentes en formación) los cuales constituyen el grupo más numeroso (42 encuestados) y encontramos algunas diferencias que deben ser reseñadas:

- Resulta llamativo que el 19% de los FEAs y el 20% de los residentes afirma no realizar consejo contraceptivo en su práctica habitual. Nos preguntamos si es realmente posible realizar labor asistencial como ginecóloga/o o estar formándose como tal sin que surjan múltiples ocasiones para ofrecer asesoramiento anticonceptivo.

- De los 8 facultativos que no realizan anticoncepción habitualmente, el 75% (frente al 37 % de la encuesta general) piensa que el DIU incrementa el riesgo absoluto de gestación ectópica y el 75% (41% en general) cree que puede desplazarse si se realiza una RMN.En cuanto al implante, el 75 % de los médicos que no realizan contracepción en su practica habitual, opina que puede ser colocado vía intramuscular superficial (frente al 63% general).

Respecto al diseño de un instrumento para la valoración del grado de satisfacción de las usuarias en el postparto que incluya la evaluación del asesoramiento contraceptivo, tras la elaboración del cuestionario (Anexo 4), nos encontramos en fase de aprobación por el Comité Etico del Centro, para su pilotaje.

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES:

La utilización de anticoncepción de larga duración en España es baja aunque ha ido experimentando un discreto incremento en los últimos años (Tabla 5).

METODOS	1997	1999	2001	2003	2007	2009	2011	2014	2016
DIU	5,7	5,9	4,7	4,6	4,5	4,9	5,2	6,1	6,9
IMPLANTE									0,8
LIGADURA TUBARICA	5,2	4,5	5,3	5,3	4,1	4,3	3,3	5,5	3,3
NINGUNO	50,9	39,3	30,9	28,8	20,1	21	24,8	27,3	24,8

Fuente: Equipo Daphne. Encuesta Bayer Schering Pharma. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC. Encuestas Anticoncepción SEC.

Tabla 5. Evolución de utilización de LARC y esterilización quirúrgica en mujeres de 15 a 49 años en España 1997/ 2015

La evidencia científica actual respalda la anticoncepción reversible de acción prolongada como recomendación de primera línea para mujeres de todas las edades que buscan anticoncepción segura y eficaz.[29]. Esta afirmación es particularmente relevante en el grupo de mujeres más jóvenes y adolescentes, encontrando numerosas publicaciones que lo avalan en la última década [30] [31] [32], ya que este grupo presenta una alta tasa de embarazos no deseados, dificultades para la adherencia al método y uso imperfecto del mismo[33] [34] [35]. En este grupo de mujeres es especialmente relevante, la adopción de anticoncepción de doble método: promover la iniciación y el mantenimiento de LARC y el uso simultáneo del preservativo entre las adolescentes es oportuno y relevante para la prevención del embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual[36]; el acceso a los LARC no compromete el uso del preservativo ni aumenta la incidencia de ITS en las mujeres jóvenes[37].

Otras situaciones de especial riesgo, como mujeres con IVE de repetición, colectivos de mujeres en situación de migración[19] , trabajadoras sexuales [20,] , mujeres

con discapacidad [21 y] mujeres que viven en zonas con necesidades de transformación social[22,23] deberían ser priorizadas en el acceso a los LARC.

Durante el desarrollo del presente trabajo nos hemos acercado a la realidad de uso de LARC en nuestra provincia, constando una baja utilización global de los mismos. En cuanto al dispositivo intrauterino las cifras de uso son progresivamente crecientes, si bien la incorporación del DIU liberador de levonorgestrel en nuestra práctica clínica, por sus beneficios adicionales no contraceptivos ha contribuído a dicho incremento de forma que el análisis de uso de DIU exclusivamente como método anticonceptivo no es realmente tan alentador como pudiera parecer; en cuanto al Implante subdérmico su uso en nuestro medio es practicamente anecdótico.

Podemos determinar tres ejes de ánalisis que nos permiten visibilizar nuestra situación actual , para poder diseñar estrategias transformadoras, tendentes a la incorporación de los LARC como herramientas fundamentales en la oferta contraceptiva.

1. El sistema sanitario como proveedor de servicios en Salud Sexual y Reproductiva.
2. Profesionales sanitarios : mitos y prejuicios.
3. Población susceptible: educación.

1. El Sistema Sanitario como proveedor de servicios en Salud Sexual y Reproductiva y los LARC.

En el marco del Sistema Sanitario Público Andaluz y de la Estrategia Andaluza de Salud Sexual y Reproductiva de la Consejería de Salud, contamos con la Red de Salud Sexual y Reproductiva de Andalucía" como espacio de apoyo y de comunicación para profesionales que trabajan en este ámbito bajo un enfoque de derechos, género y atención a la diversidad.

El modelo actual de atención en Anticoncepción en Andalucía está integrado completamente en la red asistencial de Atención Primaria. En estas unidades se centraliza toda la asistencia en anticoncepción, con la excepción de las derivaciones a atención especializada u hospitalaria para los métodos que lo precisan.

Existe controversia en la literatura sobre los proveedores sanitarios más adecuados para la inserción de dispositivos intrauterinos e implantes; presentándose gran variabilidad territorial.

En nuestra área sanitaria esta actividad es llevada a cabo por ginecólogas/os y en el medio hospitalario; aunque existen algunos Centros de Salud de Atención Primaria, que por sus especiales características, abordan la anticoncepción reversible de larga duración en mujeres en riesgo social; en estos centros, la provisión de DIUs e Implantes es totalmente gratuita.

Uno de los grandes handicaps es la necesidad de una cita programada, habitualmente sujeta a demora, así mismo las agendas de consultas para anticoncepción sufren restricciones en periodos vacacionales, o ante incrementos de demanda en consultas por patología. Además en los últimos años y en relación con la crisis económica se han producido reducciones de personal que han tenido un impacto directo fundamentalmente sobre la actividad preventiva. Todos estos factores influyen negativamente en la accesibilidad a los LARC en nuestro centro.

Por otra parte hemos constatado una falta de indicadores de actividad contraceptiva disponibles a nivel hospitalario, especialmente de sistemas de registro de actividad en relación al uso de anticonceptivos de larga duración.

En relación a la coordinación interniveles observamos que la planificación familiar no es un tema prioritario, abordándose exclusivamente los requisitos exigibles para la transferencia entre niveles asistenciales.

La disponibilidad de un formato de historia digital único en ambos niveles asistenciales constituye una herramienta que puede ser utilizada para facilitar la comunicación y la continuidad asistencial en materia contraceptiva. Sin embargo en la práctica actual la sobrecarga asistencial y la escasez de tiempo disponible en las consultas obstaculizan este objetivo Citamos textualmente el documento de Anticoncepción en Andalucía. I- Representaciones, discursos y prácticas profesionales publicado en 2011: “En 3-5 minutos por paciente, el/la médico tiene que recibir, entrevistar, explorar, diagnosticar, derivar si procede y pedir pruebas complementarias, solucionar si es posible el problema y, por supuesto, registrarlo todo en el ordenador. Cuando, como en el caso de los anticonceptivos, el motivo de la consulta requiere establecer un mínimo de confianza y/ o intimidad para tratar el tema y además aportar información y aclarar dudas, la tarea se complica”[38].

En Andalucía, de los anticonceptivos hormonales combinados sólo están financiados una parte de los orales, el DIU de cobre, la píldora sólo gestágenos, los implantes y la píldora postcoital de levonorgestrel. No financiados, los hormonales combinados vías transdérmica ni vaginal, los DIUs hormonales liberadores de levonorgestrel excepto en algunos Servicios que los financian con indicación médica. En resumen, no todos los métodos están financiados lo que dificulta el acceso y utilización de los mismos y además se produce la paradoja en Andalucía que la financiación varía de unas ciudades a otras e incluso dentro de la misma según el área sanitaria,; un ejemplo claro en nuestro medio es el Implante subdérmico, no disponible en farmacia hospitalaria y que requiere para su dispensación en farmacia comunitaria de una prescripción visada por medica/o especialista en ginecología y un desembolso económico importante por parte de la usuaria. El DIU de cobre y el DIU Mirena se dispensan en nuestro hospital de forma financiada sin ninguna aportación por parte de la usuaria.

En relación a la anticoncepción de emergencia, aunque existe evidencia de que los métodos mas efectivos son el UPA y el DIU de cobre[39] [40], en nuestro centro se utiliza exclusivamente LNG, en concordancia con lo descrito en la literatura en otros contextos.

2. Profesionales sanitarios : mitos y prejuicios en relación a los LARC.

Los obstáculos médicos para la contracepción pueden ocasionar que las mujeres no obtengan, inicien o continúen sus métodos contraceptivos de elección. Las barreras incluyen la falta de un asesoramiento adecuado, el retraso en su inicio por la rmenstruación o por la realización de analíticas, las contraindicaciones o alertas inapropiadas, los clínicos inexpertos y los obstáculos financieros o reguladores que impiden al acceso de las mujeres con bajos recursos, indocumentadas o adolescentes[41].

La evidencia actual pone de manifiesto que los LARC presentan una efectividad superior a los métodos irreversibles (Tabla 7), tradicionalmente considerados como los mas eficientes en cuanto a prevención de embarazos [42] [43].

Método	Fallos %
Esterilización histeroscópica	2.4
Esterilización laparoscópica	2.0
DIU LNG	0.06
DIU cobre	0.52
Implantes subcutáneos	0.05

Tabla 6. Comparativa de la tasa de fallos de Métodos irreversibles femeninos y reversibles de larga duración

En la bibliografía consultada se observa la persistencia de creencias erróneas sobre los efectos secundarios, que inciden negativamente en el uso de los LARC; las barreras identificadas para la anticoncepción intrauterina, desde la percepción de las/os médicas/os, fueron: nuliparidad, dolor en la inserción, riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad posterior. Estas barreras son conceptos históricos que carecen de sustento en la evidencia científica actual, aunque continúan condicionando el consejo contraceptivo, sobre todo en mujeres nulíparas y en adolescentes[44 45].

Tanto las/os profesionales sanitarios como la ciudadanía tienen un conocimiento inexacto y con múltiples conceptos erróneos sobre los LARC lo que contribuye a explicar su bajo uso. Sin embargo, muchas de estos mitos y temores podrían solventarse con una información que incorpore la nueva evidencia científica disponible. Los esfuerzos concertados para capacitar a profesionales sanitarios, junto con iniciativas de creación de demanda, podrían impulsar la popularidad de los métodos.

A la hora de diseñar estrategias de intervención debemos tener claros dos objetivos: La promoción de métodos seguros y altamente eficientes e intervenir en el aumento de adherencia y uso correcto del preservativo no solo para la prevencion de embarazo no planificado sino tambien como recurso para la prevencin de ITS e incorporar en el consejo contraceptivo el mensaje de doble método.

En el análisis de la percepción de las/os profesionales del medio hospitalarios de la Unidad de Obstetricia y Ginecología del HRU de Málaga, se hace patente la persistencia de demasiados mitos y percepciones negativas aceptadas como paradigmas acerca de los dispositivos intrauterinos y de los implantes subdérmicos, que no son sostenibles con la evidencia cientifica actual [46]

En relación a las/os profesionales de nuestro entorno los resultados obtenidos en nuestra encuesta nos conducen a algunas reflexiones de interés:

- No hemos encontrado diferencias relevantes en relación al sexo. Cabe reseñar que la mayor parte de las profesionales sanitarias de nuestra unidad son mujeres, lo cual refleja una realidad patente en atención primaria y ginecología en los últimos años.
- Resulta llamativo que el 19% de las/os FEAs y el 20% de las/os residentes afirman no realizar consejo contraceptivo en su práctica habitual. Nos cuestionamos si es realmente posible realizar labor asistencial como ginecóloga/o o estar formándose como tal sin que surjan múltiples ocasiones para ofrecer asesoramiento anticonceptivo.

- Entre las/os facultativos/as que no realizan contracepción habitualmente, encontramos algunos indicadores de mayor desconocimiento que en el global aunque el grueso de la encuesta presenta una valoración similar por lo que no parece que los médicos especialistas que se dedican a anticoncepción tengan una mayor formación ni capacitación al respecto.

- En cuanto a los grupos etáreos, los mayores de 50 años no presentan grandes diferencias respecto al grupo global, salvo una mayor disposición a recomendar el dispositivo intrauterino en adolescentes y en el uso extendido del dispositivo. El desconocimiento de los implantes es manifiesto en este subgrupo.

- Si consideramos las respuestas de los menores de 35 años encontramos algunas diferencias que podrían ser atribuidas a una supuesta mayor formación en anticoncepción o a que los más jóvenes presenten mayor predisposición a estar libres de mitos y falsas creencias. Es especialmente destacable su recomendación explicita en adolescentes; el uso extensivo y la no asociación del DIU con el cáncer cervical; muestran así mismo, un mayor conocimiento sobre la inconsistencia de diversas complicaciones atribuidas al DIU. Sin embargo, en relación al implante, expresan grandes deficiencias de información y datos erróneos sobre la práctica clínica que están en consonancia con la escasísima utilización del mismo en nuestra UGC.

A modo de resumen, estos resultados indican que los profesionales sanitarios más jóvenes possen mayores conocimientos sobre la anticoncepción intrauterina y

menor número de percepciones negativas; lo que resulta alentador, permitiéndonos tener una visión optimista acerca del futuro del asesoramiento sanitario contraceptivo.

Es evidente la necesidad de una formación especifica sobre uso e indicaciones del implante anticonceptivo, con el fin de potenciar una actitud proactiva de su oferta en nuestro medio. En relación al implante de etonorgestrel, la existencia de mitos y prejuicios y el desconocimiento de sus usos y limitaciones es aún mayor, generando confusión y arraigo de ideas equivocadas que se perpetúan en la práctica asistencial [47] [48] [49] [50].

Es especialmente importante, incidir en profesionales facultativos y de enfermería en formación y trasladarles la trascendencia de erradicar prejuicios e ideologías que generen posicionamientos institucionales o personales que vulneren la autonomía y la libertad de elección de las mujeres.

4. Población susceptible: Educación.

La salud sexual se basa en tres componentes: el reconocimiento de los derechos sexuales, la educación y el asesoramiento en sexualidad; además, los servicios de salud deben ser confidenciales y de alta calidad. La educación en anticoncepción debe incluir la prevención tanto de las ITS como de los embarazos. [51]

Tras la revisión de nuestros datos de población, nuesta Area de asistencia presenta una amplia población censada susceptible de intervención en educación contraceptiva (82.634 mujeres) .

Al analizar los datos de interrupciones voluntarias en los últimos años encontramos que Málaga es la tercera provincia andaluza con mayor tasa de IVE en global y en concreto en el grupo de edad ente 15 y 19 años, con un 11.05, solo superada por Huelva (14.94) y Sevilla (11.29). A pesar de que la cifra de IVE en adolescentes ha experimentado un descenso en el periodo analizado, la tasa de IVE en el distrito Malaga es la más alta de todas las áreas sanitarias de la provincia de Málaga.

En nuestro diseño de trabajo, elaboramos una encuesta con la intención de conocer el grado de conocimiento y de satisfacción de las mujeres atendidas en nuestro centro hospitalario en un momento especialmente oportuno: el periodo postparto. Está es quizá la parte mas inconclusa de nuestro trabajo al haber encontrado limitaciones en su implementación. Queda pendiente el pilotaje de la encuesta y el análisis de sus resultados.

Consideramos que es de suma importancia la intervención educativa estructurada e intersectorial sobre sexualidad y relaciones igualitarias, incluyendo la prevención de

embarazos no planificados con la promoción de métodos LARC junto al uso de preservativos para la prevención de ITS. Las estrategias de promoción de salud en los adolescentes y jóvenes deben acercar a los espacios que habitualmente frecuentan asesorías de información y formación atendidas por profesionales de diferentes sectores y otorgarles, además, un papel activo y central que les ayude a decidir en la elección de las respuestas mas saludables.

Es un reto la incorporación dentro del diseño de la intervención en Salud Sexual del enfoque de género, los profesionales deben formarse en un modelo de educación sexual integral, que promueva la igualdad de género, el respeto a la diversidad y establezca normas sociales equitativas propiciadoras de la autonomía.

Vemos necesaria la implementación de campañas poblacionales incorporando los mismos mensajes entre profesionales de la educación, sanidad y medios de comunicación incluyendo en ellos los nuevos soportes digitales de información y redes sociales.

CONCLUSIONES:

1. Conseguir mejoras en la asistencia contraceptiva supone necesariamente incrementar la utilización de los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) ya que ambos métodos, dispositivos intrauterinos e implantes, son de alta eficacia, no requieren cumplimiento y son los más coste-efectivos. Por ello, la anticoncepción de larga duración debe ofrecerse en los servicios públicos de salud de manera generalizada.

2. Es necesario diseñar estrategias que nos permitan superar los actuales prejuicios negativos y temores de uso de los LARC entre profesionales sanitarios de nuestro entorno: acciones formativas de actualización de profesionales en ejercicio, con especial acento en el medio hospitalario. Es decisiva la formación continuada y la motivación de profesionales directamente implicados en la asistencia contraceptiva, especialmente en relación a los LARC.

3. Resulta prioritario diseñar indicadores de actividad contraceptiva hospitalaria, de funcionalidad de servicios de contracepción en el ámbito hospitalario y sistemas de registros precisos y fiables que permitan el acceso a un conocimiento real del funcionamiento y cumplimiento de las estrategias contraceptivas marcadas en el ámbito provincial.

4. Es preciso potenciar y consolidar una coordinación entre Atención Primaria y las Unidades de Ginecología, con la implicación de la Gerencia y la dirección Médica, que permita una comunicación fluida entre el hospital y la Dirección de los distritos y Centros de Salud y en la que todos los profesionales estén invitados a participar en la constitución de un Grupo de Coordinación para la Asistencia Anticonceptiva.

5. Existen diversos modelos de financiación dentro de nuestra Area Sanitaria que deberían ser unificados para evitar las inequidades y desigualdades entre las mujeres en función de su lugar de residencia.

6. Ante la gran variabilidad en la práctica asistencial contraceptiva, consideramos que sería muy conveniente la creación de un Proceso Asistencial Integrado en

Anticoncepción que diese una respuesta a la demanda acorde a la evidencia científica; eficiente, accesible y equitativa. La anticoncepción es un derecho y no puede negarse por objeción de conciencia, falta de competencia o por otros motivos.

7. Se hace imprescindible en nuestro centro, la actualización de conocimientos y la provisión de las formas más efectivas de contracepción de emergencia entre las que se encuentra el Acetato de Ulipristal y el DIU de cobre.

8. Es importante empoderar a la mujeres en la toma de decisiones con respecto a la anticoncepción. La ciudadanía debe formar parte activa y fundamental en cualquier iniciativa.

9. El objetivo es que realmente estemos en disposición de ofertar todos los métodos anticonceptivos disponibles, que la elección para cada usuaria no esté determinada por falta de información objetiva-formación, por animadversión y falsas creencias ni por dificultades de derivación y acceso.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA:

1 García-Calvente M, Lomas-Hernández V. Editorial: Anticoncepción de urgencia y objeción de conciencia: un debate sin cerrar. Gaceta Sanitaria [serial on the Internet]. (2016, Mar 1); 3091-93. Available from: ScienceDirect.

2 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE N◦ 55/2010 (4 de marzo 2010).

3 Organización Mundial de la Salud. Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones. Ginebra: OMS; 2014.

4 Encuesta Anticoncepción SEC 2016.Sociedad Española de Contracepción (2016). Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los Métodos Anticonceptivos en España. Disponible en: www.sec.es

5 Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011:83;397-404.

6 Martínez F, Haimovich S, Avecilla-Palau A, Bugella I, Giménez E, Yáñez E. ARTÍCULOS ORIGINALES: DIU de levonorgestrel como método anticonceptivo: aceptación, continuidad y asesoramiento en España. Progresos De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2008, Nov 1), 51664-672. Available from: ScienceDirect.

7 Cabrerizo Egea M, Barroso García M, Rodríguez-Contreras Pelayo R. Original breve: Interrupción voluntaria del embarazo y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Gaceta Sanitaria [serial on the Internet]. (2015, May 1); 29205-208. Available from: ScienceDirect.

8 Alberto López G, Lorenzo Arribas M, Emilia Bailón M, José Antonio Baeyens F, Isabel del Cura G, Pablo Alonso C, et al. Actividades preventivas en la mujer. Atención Primaria, Vol 48, Iss S1, Pp 105-126 (2016) [serial on the Internet]. (2016); (S1): 105. Available from: Directory of Open Access Journals.

9 Martínez F, Cristobal I , Andeyro M, Parra I, Velasco E, Quílez J. Jaydess®, una nueva opción anticonceptiva a largo plazo y reversible adecuada para mujeres jóvenes .Medicina Reproductiva y Embriología Clínica 2016;3:37-44 - DOI: 10.1016/j.medre.2015.10.002

10 Protocolo SEGO/SEC Anticoncepción Intrauterina 2013.

11 Lete I, de la Viuda E, Gómez M, Haimovich S, Martínez M. ORIGINAL: Nuevas recomendaciones para el consejo anticonceptivo basadas en el estilo de vida. Resultados de un estudio Delphi. Progresos De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2015, Jan 1); 584-13. Available from: ScienceDirect.

12 Menéndez Robledo E, Deza Moldes J, Torrents Muns M, Tamargo Suárez Á, Touris Nogueira J. Artículos originales: Uso de métodos anticonceptivos en un centro de planificación familiar. Progresos De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2007, Jan 1); 50675-681. Available from: ScienceDirect.

13 Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. N Engl J Med. 2014;371:1316-23.

14 Madden T, Mullersman J, Omvig K, Secura G, Peipert J. Original research article: Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. Contraception [serial on the Internet]. (2013, Aug 1); 88243-249. Available from: ScienceDirect.

15 Lete Lasa I, Dueñas Díez J, Serrano Fuster I, Doval Conde J, Parrilla Paricio J, Bermejo Sánchez R, et al. Artículos originales: Utilización de métodos anticonceptivos en España por grupos de edad: resultados de 4 encuestas nacionales. Progresos De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2007, Jan 1), [cited December 7, 2017]; 50335-339. Available from: ScienceDirect.

16 Tomlin K, Bambulas T, Sutton M, Pazdernik V, Coonrod D. Original Study: Motivational Interviewing to Promote Long-Acting Reversible Contraception in Postpartum Teenagers. Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology [serial on the Internet]. (2017, June 1); 30383-388. Available from: ScienceDirect.

17 Goodman S, Hendlish S, Reeves M, Foster-Rosales A. Original research article: Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. Contraception [serial on the Internet]. (2008, Jan 1); 78143-148. Available from: ScienceDirect.

18 Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Original research article: Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. Contraception [serial on the Internet]. (2010, Jan 1); 82337-344. Available from: ScienceDirect.

19 Paraíso Torras B, Maldonado del Valle M, López Muñoz A, Cañete Palomo M. Trabajando juntos: Anticoncepción en la mujer inmigrante: influencia de los aspectos

socioculturales en la elección del método anticonceptivo. SEMERGEN - Medicina De Familia [serial on the Internet]. (2013, Nov 1); 39440-444. Available from: ScienceDirect.

20 Domingo O, Amalia F, José Antonio V, Carmen L, María Luisa J, María Jesús F, et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias / Knowledge and use of contraceptive methods in female sex workers in Asturias [Spain]. Gaceta Sanitaria [serial on the Internet]. (2008)]; (1): 40. Available from: SciELO.

21 Gallo Vallejo J, Padilla Vinuesa M, Gallo Vallejo F. Formación continuada: Anticoncepción en la paciente disminuida psíquica. Consideraciones médico-legales. Semergen: Medicina General / De Familia [serial on the Internet]. (2006, Jan 1); 32344-348. Available from: ScienceDirect.

22 Morales Martínez C, Tejuca Somoano S, Lamelas Suárez-Pola M. Original: Anticoncepción posparto en grupos vulnerables. Cada mujer cuenta. Progresos De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2015, July 1); Available from: ScienceDirect.

23 Morales Martínez C, Lamelas Suárez-Pola M, Tejuca Somoano S, Álvarez Miranda I. Original: Anticoncepción posparto en mujeres con riesgo de exclusión social. Progresos De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2011, Jan 1); 5416-20. Available from: ScienceDirect.

24 Muñoz Cobos F - Cambio de modelo de atencion sanitaria. Med fam Andal. 2016; 1: 49-64 .

25 Providing Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. Recommendations and Reports. 2014;63(RR04):1-29.6.

26 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]. Madrid: www.msssi.gob.es . Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm.

27 Simon C, Agier M, Béné J, Muller C, Vrignaud L, Jonville-Bera A, et al. Travail original: Profil des effets indésirables de l'implant d'étonogestrel (Nexplanon®, Implanon®) déclarés en France. Journal De Gynecologie Obstetrique Et Biologie De La Reproduction [serial on the Internet]. (2016, Nov 1); 451074-1082. Available from: ScienceDirect.

28 Janssen P, Dennis C, Reime B. Development and psychometric testing of The Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction (COMFORTS) scale. Research In Nursing & Health [serial on the Internet]. (2006, Feb),; 29(1): 51-60. Available from: MEDLINE.

29 Chiles D, Roberts T, Klein D. Original Research: Initiation and continuation of long-acting reversible contraception in the United States military healthcare system. American Journal Of Obstetrics And Gynecology [serial on the Internet]. (2016, Sep 1); 215328.e1-328.e9. Available from: ScienceDirect.

30 Jatlaoui T, Simmons K, Curtis K. Review: The safety of intrauterine contraception initiation among women with current asymptomatic cervical infections or at increased risk of sexually transmitted infections. Contraception [serial on the Internet]. (2016, Dec 1); 94701-712. Available from: ScienceDirect.

31 Diedrich J, Klein D, Peipert J. Systematic Reviews: Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. American Journal Of Obstetrics And Gynecology [serial on the Internet]. (2017, Apr 1); 216364.e1-364.e12. Available from: ScienceDirect.

32 Pritt N, Norris A, Berlan E. Mini-Review: Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology [serial on the Internet]. (2017, Feb 1); 3018-22. Available from: ScienceDirect.

33 Usinger K, Gola S, Weis M, Smaldone A. Original Study: Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review. Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology [serial on the Internet]. (2016, Dec 1); 29659-667. Available from: ScienceDirect.

34 Gibbs S, Rocca C, Bednarek P, Thompson K, Darney P, Harper C. Original article: Long-Acting Reversible Contraception Counseling and Use for Older Adolescents and Nulliparous Women. Journal Of Adolescent Health [serial on the Internet]. (2016, Dec 1); 59703-709. Available from: ScienceDirect.

35 Maravilla J, Betts K, Couto e Cruz C, Alati R. Systematic Reviews: Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. American Journal Of Obstetrics And Gynecology [serial on the Internet]. (2017, Nov 1); 217527-545.e31. Available from: ScienceDirect.

36 Williams R, Fortenberry J. Review article: Dual Use of Long-Acting Reversible Contraceptives and Condoms Among Adolescents. Journal Of Adolescent Health [serial on the Internet]. (2013, Apr 1); 52(Supplement): S29-S34. Available from: ScienceDirect.

37 El Ayadi A, Rocca C, Kohn J, Velazquez D, Blum M, Harper C, et al. The impact of an IUD and implant intervention on dual method use among young women: Results from a cluster randomized trial. Preventive Medicine [serial on the Internet]. (2017, Jan 1), ; 941-6. Available from: ScienceDirect.

38 Gómez Bueno, Carmuca; Bretin, Hélène y Puente Navas, Rocío (2011) Anticoncepción en Andalucía. I- Representaciones, discursos y prácticas profesionales. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. ISBN: 978-84-694-1270-1. Disponible en: http://hdl.handle.net/10481/17742

39 Pio Iván G, Hernando Guillermo G. Dispositivo intrauterino (DIU) como anticonceptivo de emergencia: conocimientos, actitudes y prácticas en proveedores de salud latinoamericanos: Encuesta Intrauterine device (IUS) as emergency contraceptive: knowledge, attitude and practice among health providers in Latin-America: Survey. (2004); Available from: BASE.

40 Batur P, Cleland K, McNamara M, Wu J, Pickle S. Emergency contraception: A multispecialty survey of clinician knowledge and practices. Contraception [serial on the Internet]. (2016); (2): 145. Available from: Academic OneFile.

41 Leeman, L. (2007). "Obstáculos médicos para la contracepción efectiva". Obstet Gynecol Clin N Am, 34:19- 29.

42 Perkins R, Morgan J, Awosogba T, Ramanadhan S, Paasche-Orlow M. Gynecologic Outcomes After Hysteroscopic and Laparoscopic Sterilization Procedures. Obstetrics And Gynecology [serial on the Internet]. (2016, Oct); 128(4): 843-852. Available from: MEDLINE.

43 Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh T. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. Contraception [serial on the Internet]. (2015); (4): 280. Available from: Academic OneFile.

44 Lira-Plascencia J, Marín-Cantú V, Bahamondes L, Martín O, Kosoy G. Anticoncepción intrauterina en nulíparas: de las percepciones a las evidencias. Estudio comparativo entre médicos latinoamericanos. (Spanish). Ginecologia Y Obstetricia De Mexico [serial on the Internet]. (2016, July); 84(7): 403. Available from: Complementary Index.

45 Buhling K, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of

European/Canadian healthcare providers. European Journal Of Obstetrics And Gynecology [serial on the Internet]. (2014, Dec 1); 183146-154. Available from: ScienceDirect

46 Neyro J, Cristóbal I, Celis-González C, Gómez M, Elorriaga M, Lira-Plascencia J. Mitos y realidades de los anticonceptivos reversibles de larga duración. (Spanish). Ginecologia Y Obstetricia De Mexico [serial on the Internet]. (2015, Nov); 83(11): 707. Available from: Complementary Index.

47 Iltemir Duvan C, Onaran Y, Aktepe Keskin E, Yüce E, Yanık B, Ozturk Turhan N, et al. Effects of the etonogestrel contraceptive implant (Implanon®) on bone metabolism during lactation: a prospective study. The Journal Of Family Planning And Reproductive Health Care [serial on the Internet]. (2017, Apr); 43(2): 113-117. Available from: MEDLINE.

48 McCarty E, Keane H, Quinn K, Quah S. Implanon failure in an HIV-positive woman on antiretroviral therapy resulting in two ectopic pregnancies. (2015); Available from: BASE.

49 Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro L, Kaunitz A. Contraception: Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. Fertility And Sterility [serial on the Internet]. (2009, Jan 1); 911646-1653. Available from: ScienceDirect.

50 Tello Huaringa A. Factores asociados a la elección del implante subdérmico (IMPLANON) como método anticonceptivo en usuarias del servicio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre-diciembre 2014. (2015); Available from: BASE.

51 Apter D. 15: Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology [serial on the Internet]. (2017, Jan 1),; Available from: ScienceDirect.