

# MEMORIA FIN DE MASTER.

4ºMÁSTER EN ANTICONCEPCIÓN, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. AÑO 2015.

Universidad de Alcalá de Henares

“Todas las mujeres conciben ideas, pero no todas conciben hijos. El ser humano no es un árbol frutal que sólo se cultive por la cosecha”.

Emilia Pardo Bazán, 'La mujer española' (1890)



## Agradecimientos:

No quisiera dejar pasar la oportunidad de mostrar mis más sinceros agradecimientos a las personas que de alguna u otra manera me han hecho el regalo más grande que nadie es capaz de hacerme - el regalo de su tiempo –

A Teresa Silvestre Rivas por cada mañana de este verano pasado en las que antes de empezar a trabajar ya había preparado el listado de historiales clínicos que se han revisado en este trabajo.

A Carmen Giménez Alfonso por la difícil tarea de haberme ayudado a gestionar mi agenda de trabajo , elaborando , rectificando , cancelando y en más de una ocasión volviéndola a elaborar con celeridad pasmosa y en ocasiones tan cambiantes . “Parece que hemos sido capaces de haber mediado en un proceso de conciliación que ha requerido su tiempo y que tan evidente como necesario resultaba “

A Dolores Primo Mateo tanto como por su experiencia profesional como Enfermera del Centro de Salud Sexual y Reproductivo como por su calidad humana “Porque la diferencia generacional que nos separa sigue siendo a diario enriquecedora”

A la Psicóloga Clínica y Sexóloga María Ángeles Fonet Gadea con la que tuve el gusto de trabajar tan de cerca ; por cuatro años de amistad; porque siempre que he necesitado su ayuda en lo profesional y en lo personal ha estado a mi lado con pocas preguntas y mucha presencia “espero y deseo haberte correspondido a mi manera “

Al Dr. Ricardo Meneu De Guillerna que con solo citar su inestimable ayuda tan desinteresada lo considere como un eximio hombre de Ciencias

Al Dr J.A Antonio Martín Jurado y a la Enfermera Doña María Fuencisla Vallejo Hernández como ejemplos de una vida dedicada al estudio de la Medicina

A la Sociedad Valenciana de Contracepción, especialmente a los Dres Don Jorge Perpiñà Cano y Don Joaquín García Cervera; por el ánimo que recibí para que realizara este Master; ánimo que me ha servido de acicate para aprender y estudiar sobre Salud Sexual y Reproductiva.

A la Fundación Española de Contracepción, la Sociedad Española de Contracepción y al Departamento de Especialidades Médicas de La Universidad de Alcalá de Henares; a todos y cada uno de los ponentes y tutores por su excelente trabajo y labor docente especialmente quisiera mencionar en este sentido a la Dras Doña Esther de la Viuda García y Doña M<sup>a</sup> Jesús Alonso Llamazares

A la Secretaria Técnica (Geyseco Congresos) a Marta Ortiz, Ruth Ortiz, Elena Bezanilla, Paula Ortiz y a Luis García por haber recibido un trato tan cuidado y tan exquisito tanto en los días presenciales del Máster como en la atención telefónica.

A los laboratorios MSD y particularmente a Ana Isabel Valero Roca por sus colaboraciones en la formación de los profesionales que trabajamos en anticoncepción y que además han permitido que pudiera realizar este Máster.

**TITULO:** DEMANDA ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. ANALISIS DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION FEMENINA DEL CENTRO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE NAZARET (DEPARTAMENTO HOSPITAL CLINICO-MALVARROSA DE VALENCIA)

**AUTOR:** Miguel Ángel Martín i Vallejo

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Nazaret.

**DIRECCION:** Calle Fontilles s/n. 46024 Valencia.

**CORREO ELECTRÓNICO:** [mamartin@comv.es](mailto:mamartin@comv.es).

### **RESUMEN:**

En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva la anticoncepción, “la capacidad de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”, tiene una relevancia primordial. El objetivo de este trabajo es conocer mejor las características, necesidades y patrones de su utilización por la población atendida en nuestro medio, para lo que se elaboró una base de datos específica y rica en contenido cuya explotación permite generar un conocimiento útil para su mejora

### **INTRODUCCION:**

La Salud Sexual y Reproductiva se define como “una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema sexual y reproductivo en todas las etapas de la vida. Implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y a la capacidad de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia (OMS 1994). A tal efecto se desarrollan las actividades asistenciales - Cartera de Servicios en los Centros de Salud Sexual y Reproductivos (CSSyR) que son:

- Educación: información a la población sobre las posibilidades de la anticoncepción, ventajas y beneficios, así como sobre la sexualidad humana y la procreación.
- Anticoncepción: prescripción y control de métodos anticonceptivos hormonales, de dispositivos intrauterinos (DIU) y atención a la anticoncepción definitiva.
- Asesoramiento, orientación y atención a la esterilidad y la infertilidad.
- Atención a la demanda de interrupción de embarazo.

- Consejo prenatal y genético y consulta preconcepcional.
- Diagnóstico, control y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix uterino mediante el cribado oportunista y estudio de las alteraciones citológicas diagnosticadas en los mismos.
- Atención a los problemas en la vivencia de la sexualidad de las personas y/o parejas.

Destacan como objetivos clave en lo referente a anticoncepción, formando parte de los objetivos fundamentales, mínimos y necesarios de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva:

- Dar una información adecuada sobre cada uno de los métodos anticonceptivos para que la paciente pueda hacer una elección informada que mejor se adecue a sus necesidades y/o prioridades personales debiendo valorar además su eficacia y efectividad.
- Anamnesis detallada, una exploración básica que incluya la toma de la presión arterial (PA) y el cálculo del índice de masa corporal (BMI) suficiente para la prescripción de la mayoría de los anticonceptivos. La exploración ginecológica resulta necesaria antes de la inserción del DIU y en ocasiones tras los hallazgos de la anamnesis y la exploración básica.
- La visita sucesiva tras el inicio de la AC se recomienda a los 3-6 meses del inicio con el fin de identificar la adherencia o no al anticonceptivo pautado (visita que puede y debe ser asumida por la Enfermería del Centro). Las visitas sucesivas se recomiendan se realicen de forma anual. Los controles analíticos no difieren de los de la población general y dependen de la edad de la usuaria
- En la prescripción del método anticonceptivo (MAC) además resulta imprescindible aplicar los Criterios de Elegibilidad de la OMS.
- Evitar embarazos no deseados además de la prevención de infecciones de transmisión sexual.

## **ESTADO DEL CONOCIMIENTO APLICABLE**

Los últimos datos estadísticos aplicables al conjunto de España proceden de la VII Encuesta de Anticoncepción en España 2011 realizada por el equipo Daphne desde 1997 y que en esta última entrega entrevistó a 2096 mujeres. Dicha encuesta indica

que el MAC más utilizado fue el preservativo (35,6 %) seguido por la AHOC (16,3%), la vasectomía (5,7 %) , otras presentaciones hormonales como el anillo parche o inyectable ( 5,3 % ) , el DIU ( 5,2 %) y la ligadura de trompas ( 3,3 %). El doble método es utilizado apenas en el 1,35 % de los casos ).

Adicionalmente se dispone de la información procedente del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC, cuya encuesta poblacional de marzo 2014 empleaba un tamaño muestral de 2200 entrevistas validas a mujeres de 14 a 50 años con una distribución aporportional, asignando un número fijo de 300 entrevistas en 6 Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid y Galicia) y 400 para el resto de España. Según este trabajo, el preservativo es el primer método anticonceptivo utilizado por las mujeres españolas (92,9%) seguido de la píldora (5.9 %), situándose el resto de métodos anticonceptivos por debajo del 0,3 %,

Destaca que en mujeres con nivel menor de estudios y en las de mayor edad se eleva el uso de la anticoncepción hormonal como primer método utilizado. La FIGO considera el doble método (double dutch) como método anticonceptivo preferente para población joven adolescente, siendo un método muy implantado en países como Inglaterra, Bélgica y Holanda. Este método, además de la protección para prevención de ITs (double dutch: the double dutch message in prevention. Van Lunsen. 1992) disminuye el riesgo de embarazo por rotura de preservativo - disminuye de 33/1000 a 9/10.000 casos si se utiliza doble método - o por fallos y olvidos en la Anticoncepción Hormonal (Dual Use of Condoms with other contraceptive methods among adolescents and Young women in the United States. Tyler, C. Journal of Adolescent Health. 2013).

En nuestro medio hay un conocimiento generalizado sobre la píldora anticonceptiva de urgencia (PAU) más conocida como píldora del día después (PDD) con 1500 microgramos Levonorgestrel (Postinor® o Norlevo®) .Un 92,2 % de la población femenina tiene conocimiento de la píldora del día después, de libre dispensación en Farmacia (sin necesidad de receta médica), no existiendo diferencias según la edad de la mujer. Sin embargo, aunque no recogido en la encuesta, si no en trabajos complementarios, la población mayoritariamente desconoce la posibilidad de utilizar “ la píldora anticonceptiva de urgencia ( PAU de última generación )“ con 30 mg de Acetato de Ulipristal ( Ellaone® ) que permite un tiempo de uso de hasta 5 días postcoital (aunque cuanto más rápida sea su administración postcoital más efectiva resulta ). Actualmente se puede obtener gratuitamente la PDD con 1500 microgramos de Levonorgestrel en los Centros de Salud Sexual y Reproductivos con el doble

objetivo de además informar del uso de AC o detectar fallos en su uso la de informar y prevenir sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) a las mujeres que la demandan; medida enfocada sobre todo a población joven adolescente.

El 71.7 % de mujeres que usan métodos anticonceptivos utilizan métodos eficaces preservativo (31,1 %), anticoncepción hormonal (12.7 %), anticoncepción mecánica de larga duración AMLD –DIU o anticoncepción quirúrgica definitiva de ellas o sus parejas (12.7 %). Un 27.3 % no usan ningún método anticonceptivo, sumando el 11,4 % que no mantienen relaciones sexuales y el 15,9 % que si lo hace sin AC. Menos de un 1 % utilizan métodos poco eficaces, como los métodos naturales, la abstinencia periódica o el coito interruptus.

A la hora de elegir el método anticonceptivo por las mujeres, la comodidad es el principal motivo alegado ( 32.8 % ); la recomendación médica es la segunda razón (16,4 %), seguidas de la preferencia por aquellos MAC que no perjudiquen la salud (13,3 % ) , que no produzcan efectos secundarios ( 11,3 % ) o relacionadas con efectos secundarios derivados de las hormonas ( 6,9 % )

Un 2,5 % del total de mujeres en edad fértil se encuentran en situación de riesgo de embarazo no deseado fundamentalmente en mujeres mayores de 30 años ; el riesgo en mujeres menores de 20 años se estima en un 0,9 % (mantienen relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo pudiéndose quedarse embarazadas y no deseándolo en ese momento .

El 95.7% de las mujeres portadoras de dispositivo intrauterino (tanto DIU en T de Cu como del SLIU-L 0,02 mg/24 h) son las mujeres con MAC que más acuden a consulta de forma periódica para control.

En la Tabla 1 se adelanta la comparación de los principales resultados de los datos para la Comunidad Valenciana de la “ENCUESTA DE ANTICONCEPCION EN ESPAÑA (MARZO 2014) Observatorio de Salud Sexual y Reproductivo de la SEC (Encuesta Sigmados), con los recogidos en nuestro medio mediante la revisión de todos los historiales clínicos de las consultas del Centro de Salud Sexual y Reproductivo de Nazaret entre mayo de 2014 y mayo de 2015.

**Tabla 1**

<b>METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO</b>	<b>ENCUESTA ANTICONCEPCION EN ESPAÑA (COMUNIDAD VALENCIANA MARZO 2014)</b>	<b>REVISION CLINICOS DE NAZARET MAYO 2014 - 2015</b>	<b>HISTORIALES DE LA USSyR</b>
NO UTILIZAN NINGUN METODO ANTICONCEPTIVO	27,3 %		23,8 %
UTILIZAN ALGUN METODO ANTICONCEITIVO	72,7 %		76,2 %
PRESERVATIVO	31,3 %		22,9 %
ANTICONCEPCION HORMONAL COMBINADA	16,2 %		36,5 %
ANTICONCEPCION SOLO GESTAGENOS	0,3 %		6,7 %
ANILLO VAGINAL	3,2 %		14,5 %
COITUS INERUPTUS –MARCHA ATRÁS	0,8 %		0,3 %
DIU EN T DE Cu	3,6 %		22.4 %
SLIU-L DIU MIRENA	2,5 %		4,6 %
PARCHE HORMONAL	1,3 %		4.4 %
IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBCUTANEO	0,5 %		4,4 %
INYECTABLE TRIMESTRAL DEPOPROGEVERA	0,1 %		2.5 %
METODOS NATURALES	0,1 %		0,2 %
NIGUNO PERO PAREJA VASECTOMIA	7,2 %		0 % (*)
LIGADURA TROMPAS –ESSURE	5,5 %		0% (*)
ACUDE A CONTROLES PERIODICOS DIU en T De CU	96,3 %		98,5 %
ACUDE CONTROLES PERIODICOS SLIU-L DIU HORMONAL-MIRENA	94,8 %		98,9 %
(*) Verosímilmente estas mujeres no acuden a planificación			



## **OBJETIVOS:**

Identificar los motivos actuales de la demanda asistencial de un centro de Salud Sexual y Reproductiva de Valencia en relación al método anticonceptivo usado en el momento de la consulta y la actuación o el procedimiento que se genera de la misma.

## **METODOLOGIA:**

Estudio descriptivo observacional y transversal. Se definió como “muestra” el universo de consultas durante un año del centro objeto de análisis, asumiendo que su limitada validez externa resulta compensada por el conocimiento local que permite su exhaustividad registral.

La validez externa del estudio es lógicamente muy limitada. En cualquier caso se consideró una alternativa enriquecedora frente a las estrategias empleadas en la recogida de los principales valores disponibles, dado que tampoco una encuesta a proporcional o con número fijo y limitado de registros por CCAA resultan informativas ni del entorno local ni del territorio de referencia (Comunidad Autónoma)

### **Recogida de datos y variables.**

Se revisaron de manera sistemática todos los episodios asistenciales registrados en la historias clínicas de las/os pacientes a través del sistema informático autonómico de gestión en Atención Primaria (SIA-Abucasis), aunque en el presente estudio se explotan únicamente los registros de aquellos episodios que aportaban información relevante sobre la materia a estudiar.

Para preservar la confidencialidad en el manejo de los registros, se diseñó una tabla de datos para la recogida manual de las variables sociodemográficas que incluyeron sexo, nacionalidad, Centro de Salud de adscripción y procedencia, entendida esta como el origen de la demanda asistencial.

Además se recogieron los datos referentes a:

- Si estaban vacunadas frente al VHP ( independientemente si lo estaban por el Programa Vacunal de Consellería de Sanitat o de forma particular )

- Si se realizó citología en nuestra Unidad como parte cribado oportunista en el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix y el resultado la misma ; y
- Si tenían antecedentes de Demanda de Interrupción Voluntaria de Embarazo.

De los diferentes episodios asistenciales se registró:

- Método anticonceptivo utilizado en el momento de la consulta.
- El motivo por el cual consultaban, quedando especificado el tipo de Anticoncepción pautada en el casos de “ inicio de anticoncepción y revisión de método anticonceptivo “ y
- Actuación médica resultante de la consulta.

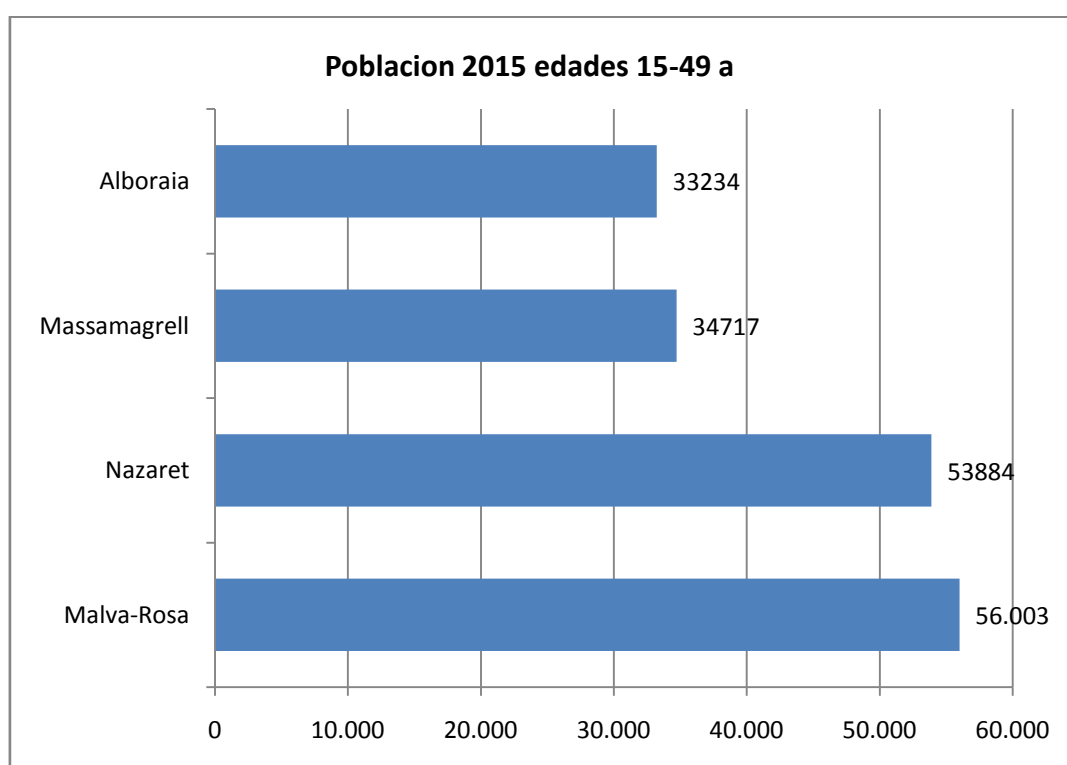
No se recogen datos referentes de los episodios asistenciales propios de la Consulta de Enfermería si bien estos fueron claramente útiles y en ocasiones determinantes:

- En la decisión conjunta médico-paciente del inicio y/o revisión de la AC pautada ( actuación médica resultante ) por el asesoramiento individualizado según las características y preferencias de cada usuaria recibido en la Consulta de Enfermería así como por el registro sistemático de los datos de antropométricos y toma de TA a todas las pacientes
- En el apoyo recibido y en la información sobre el artículo 14 de Ley Orgánica 2/2010 de las mujeres que solicitaban interrupción voluntaria de su embarazo e información sobre el proceso de tramitación y posibles actuaciones ante la demanda del mismo.

## **Ámbito**

El estudio se realizó en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Nazaret dependiente del Departamento del Hospital Clínico-La Malva-Rosa durante los meses de mayo 2014 a mayo 2015 ambos inclusive. El Departamento del Hospital Clínico-Malva-Rosa cuenta con una población total de 345.055 habitantes (82.214 mujeres y 82.726 hombres en edades comprendidas entre los 15 y 49 años) y con cuatro Centros de Salud Sexual Y Reproductivos (CSSyR) con la siguiente distribución poblacional.

- Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Nazaret con 26.633 mujeres y 27251 hombres
- Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Malva-Rosa con 28186 mujeres y 27817 hombres
- Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Alboraiá con 16597 mujeres y 16637
- Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Masamagrell con 17265 mujeres y 17452 hombres ( Figura 1 )

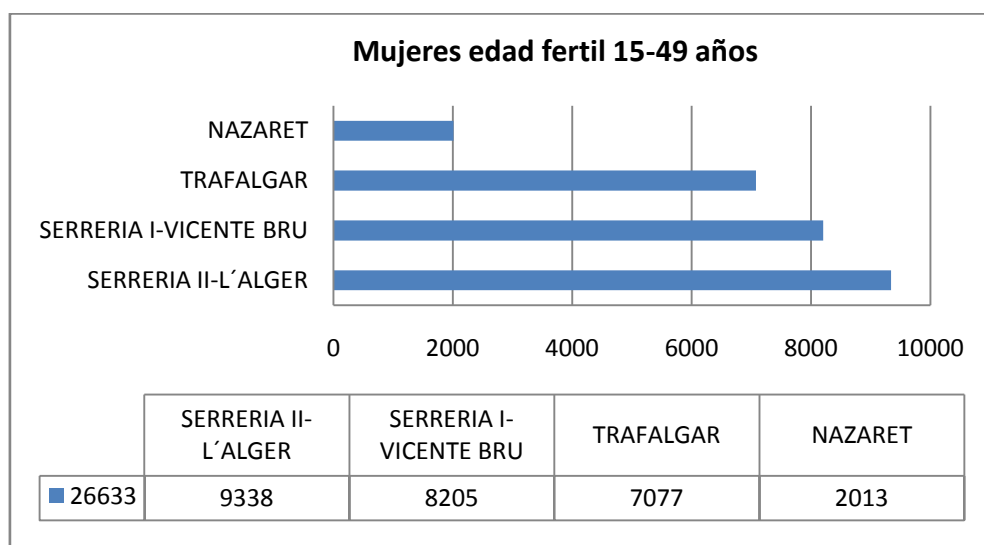


**Figura 1**

El CSSyR Nazaret da cobertura asistencial a los Centros de Salud de: Nazaret Serrería 1-Vicente Bru (auxiliar), Serrería 2- L'Alger (auxiliar) y Trafalgar con la siguiente distribución poblacional:

- Centro Salud de Nazaret con una población total de 8831 habitantes (2013 mujeres y 2179 hombres en edades comprendidas de 15-49 años )
- Centro Salud Serrería 1 y Auxiliar Vicente Bru con una población total de 35301 habitantes (8205 mujeres y 8392 hombres en edades comprendidas de 15-49 años)

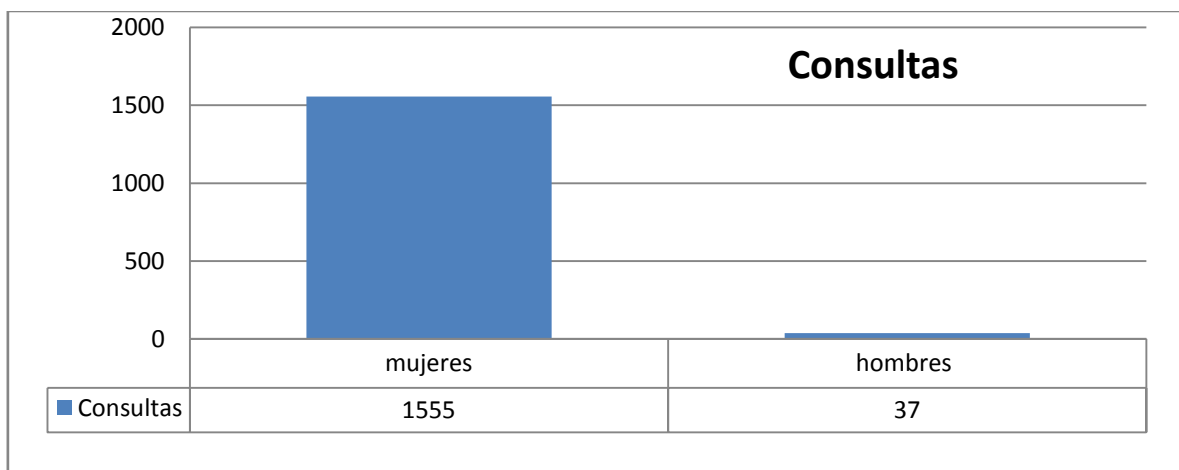
- Centro Salud Serrería 2 y Auxiliar de L'Alger con una población total de 40.085 habitantes (9338 mujeres y 9530 hombres en edades comprendidas de 15-49 años)
- Centro de Salud de Trafalgar con una población total de 29122 habitantes (077 mujeres y 7150 hombres en edades comprendidas de 15 -49 años)



**Figura 2**

## RESULTADOS:

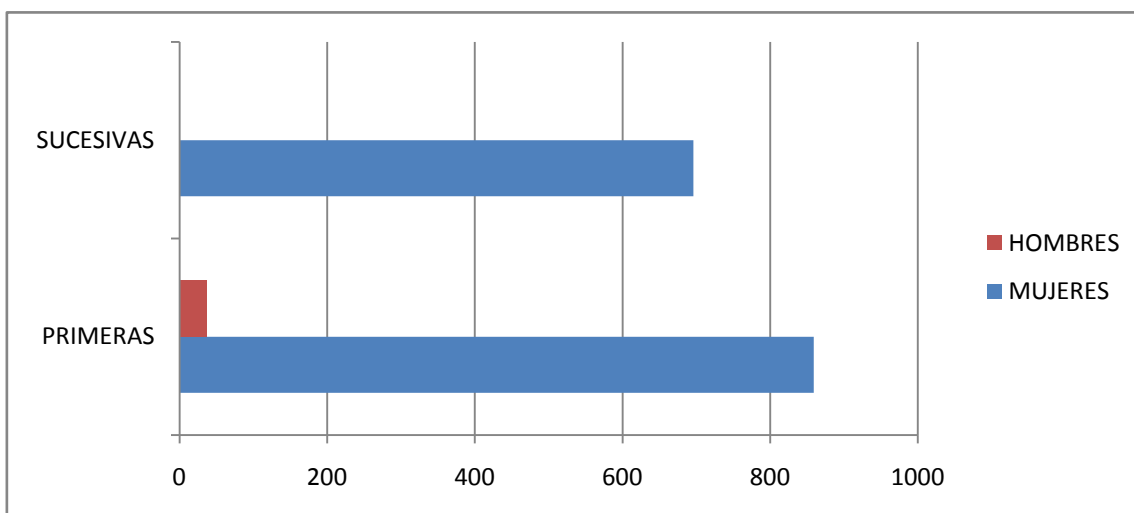
Se han incluido en el estudio un total de 1592 de episodios asistenciales de la consulta médica; 1555 atenciones a mujeres y 37 a hombres durante el periodo estudiado (Figura 3).



**Figura 3**

De estas 1592 consultas correctamente registradas, apenas un 1% presentan pérdidas de cumplimentación en algunos campos, por lo que en lo sucesivo solo se informa de los registros completamente verificados, lo que explica la ligera variación del número total de episodios en los siguientes apartados.

De estas 1592 atenciones, 859 fueron primeras visitas a mujeres y 37 a hombres (primera vez que acudían a la Unidad o cuando el motivo de consulta por el que acudían era diferente) y 696 fueron visitas sucesivas a mujeres (el motivo que motivaba la consulta era el mismo; fundamentalmente revisiones de MAC ya pautados )No se registraron primeras ni sucesivas visitas cuando de estas no se obtenía información acerca del estudio que se realiza. (Figura 4)



**Figura 4**

Por Centro de Salud de origen, el mayor volumen asistencial corresponde Serrería I (424 mujeres y 9 hombres ) con Vicente Brú ( 106 mujeres y 7 hombres), seguido de Serrería II ( 368 hombres y 5 hombres ) con L´Alger ( 98 mujeres y 1 hombre ) , Trafalgar ( 293 mujeres y 7 hombres ) y por último Nazaret con ( 243 mujeres y 7 hombres ) .Quedan reflejados como otros CS (22 mujeres y 2 hombres ) los pacientes atendidos en la Unidad pero que no pertenecen a ninguno de los CS de la Unidad.

Sin embargo cuando estas cifras se ponen en relación con la población de mujeres entre 15 y 49 años de cada centro de origen, el perfil de utilización muestra una imagen muy distinta, con una sobre presencia de usuarias de Nazaret, mientras Serreía II muestra el fenómeno inverso. (Figuras 5a y 5b).

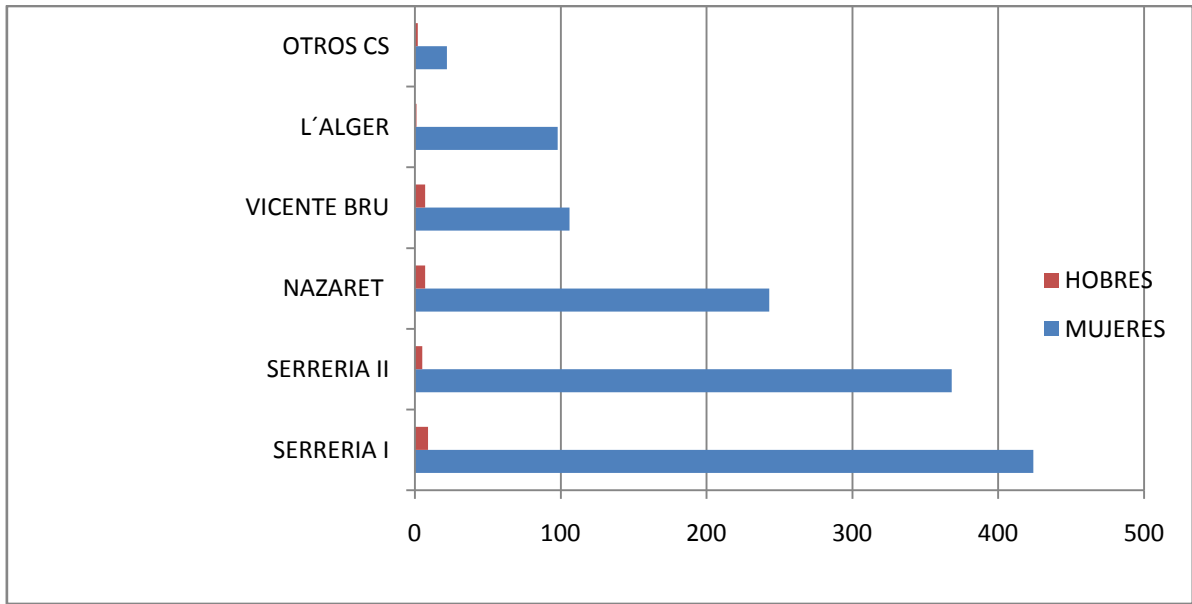


Figura 5a

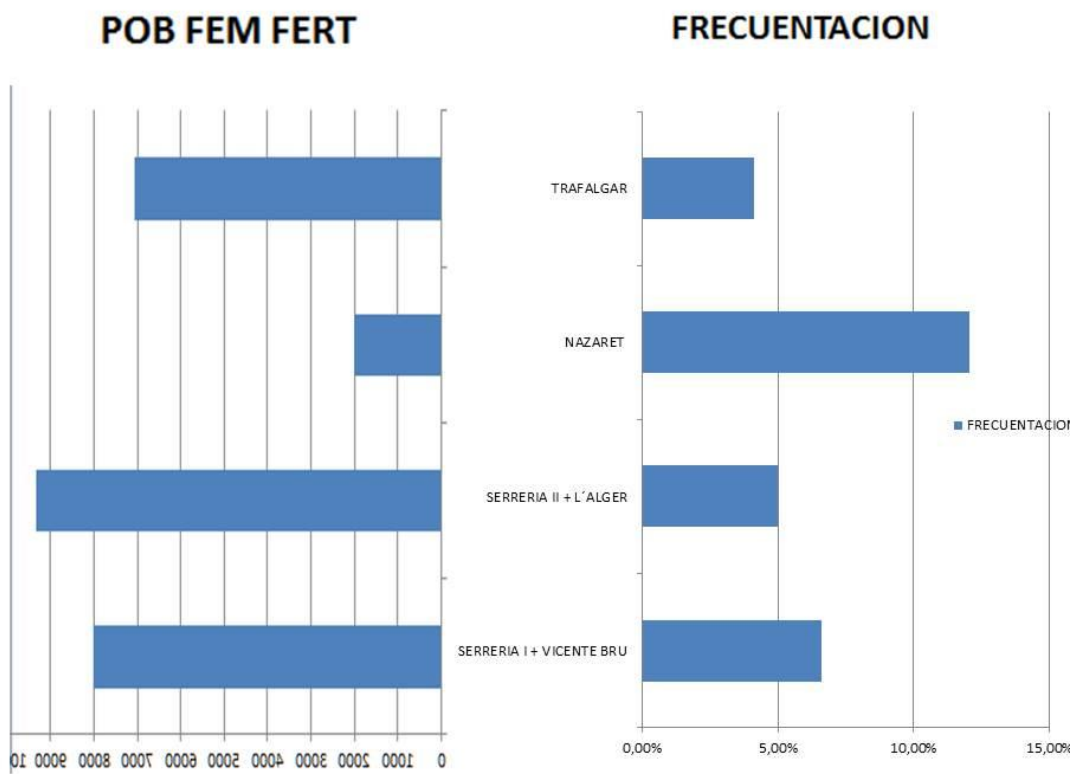
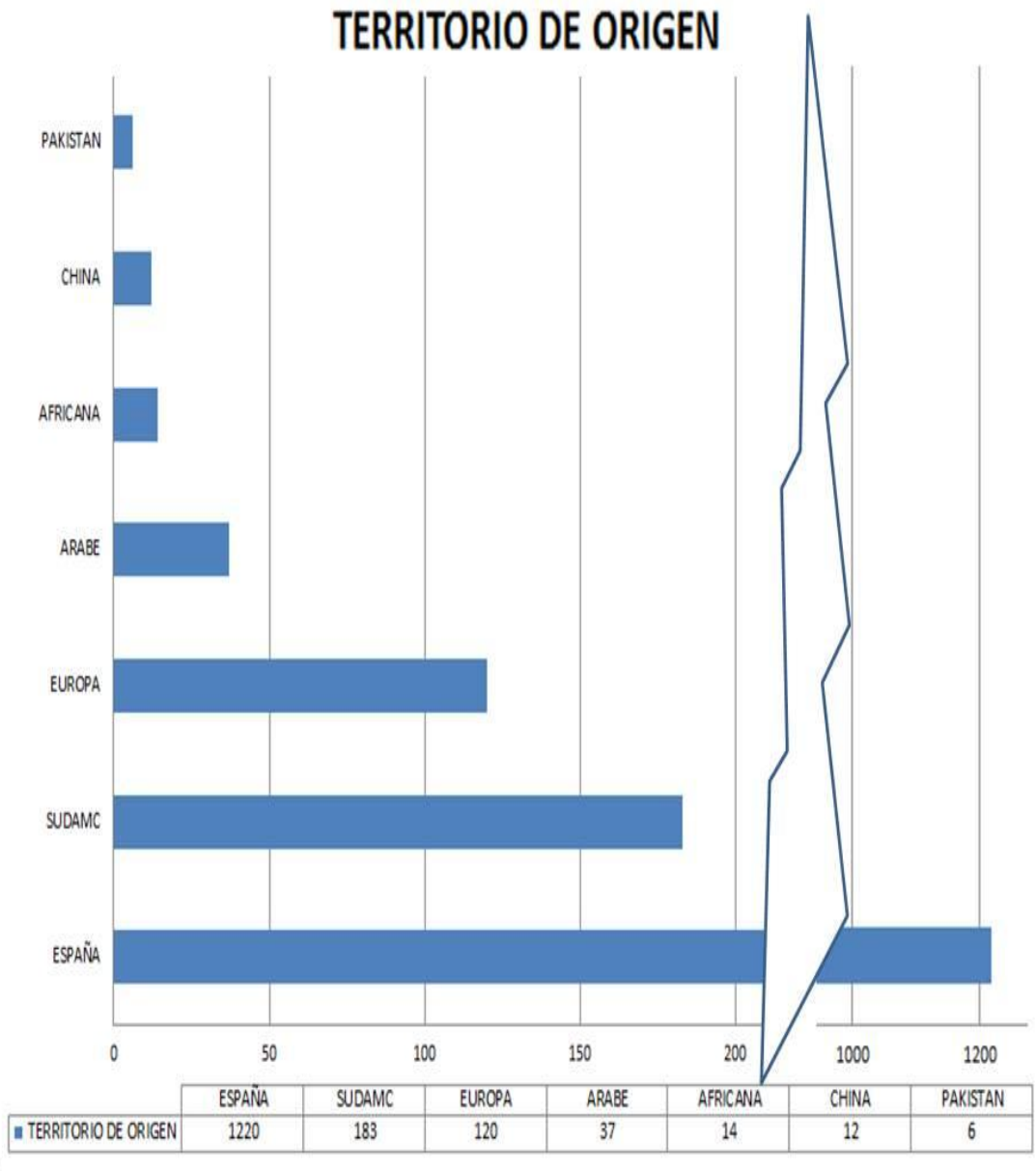


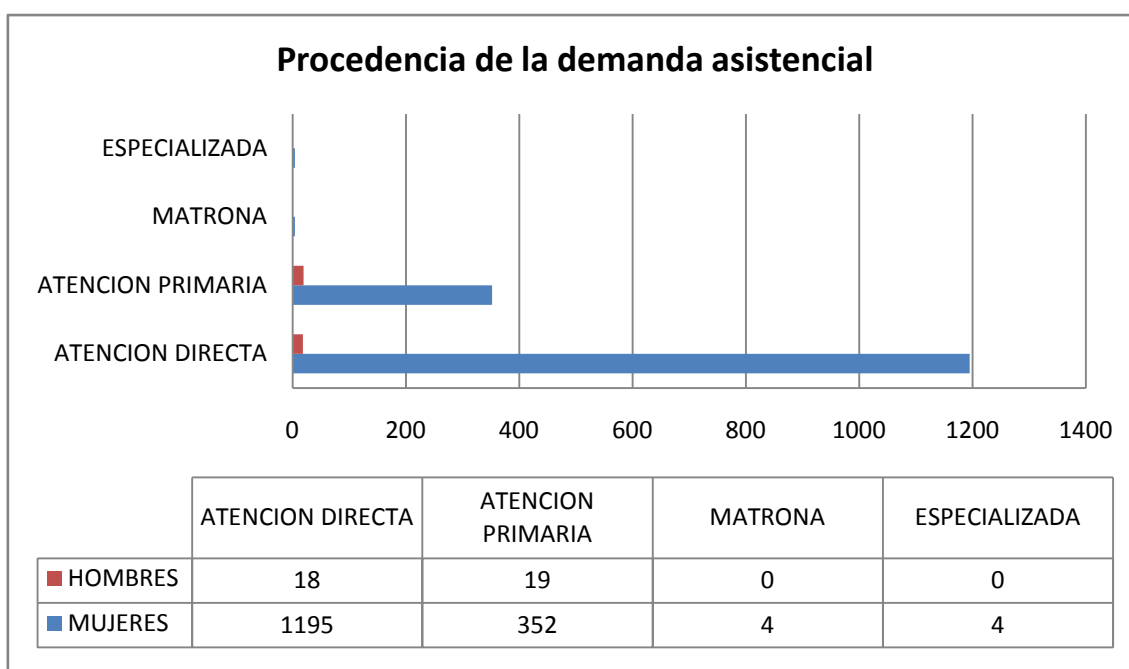
Figura 5b

En cuanto al territorio nacional de origen, existe un claro predominio previsible de atenciones a pacientes de origen español. El mayor número de atenciones se realizaron a españoles (1189 mujeres y 31 hombres) seguidas de Sudamericanas (183 mujeres), Europeos (117 mujeres y 3 hombres con claro predominio de mujeres de Europa del Este-Rumania) , Africanos ( 13 mujeres y 1 hombre ), Árabes ( 35 mujeres y 2 hombres ) ,Chinas ( 12 mujeres )y Pakistaníes ( 6 mujeres ) . (Figura 6)



**Figura 6**

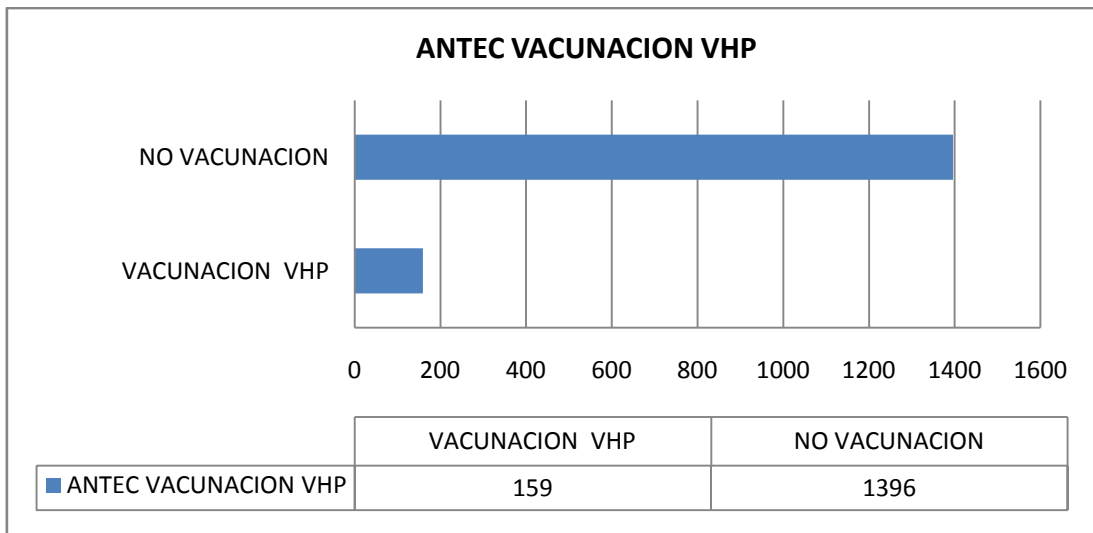
La procedencia de la demanda asistencial fue prioritariamente directa, seguida de interconsultas realizadas por los Médicos de Atención Primaria; siendo el resto escasamente significativo la derivación de Matronas o Especializada de las CCEE de Ginecología y Dermatología. (Figura 7)



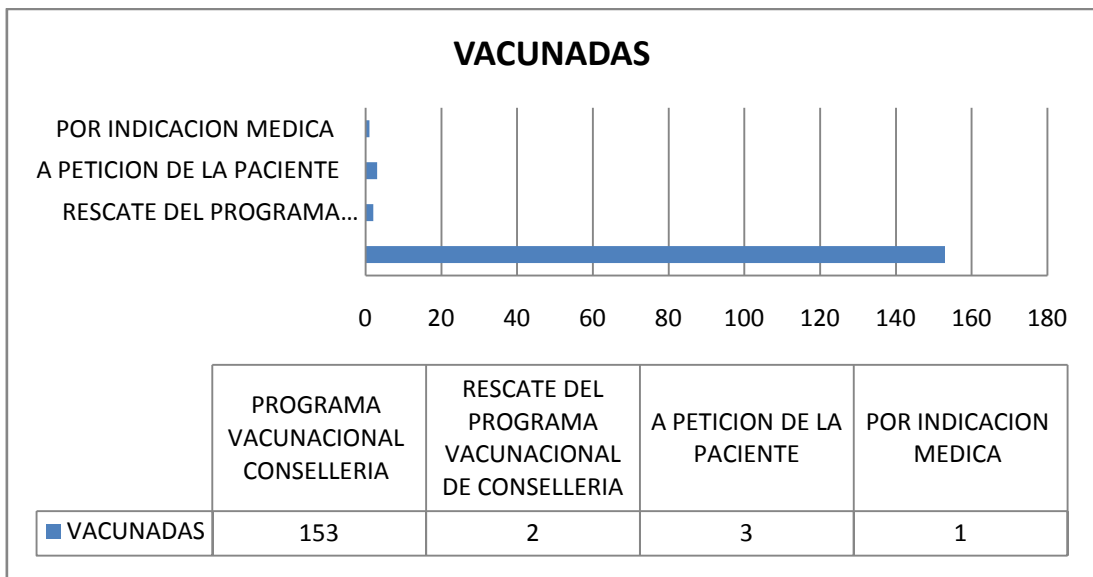
**Figura 7**

De los episodios asistenciales revisados, el antecedente de mujeres con correcta vacunación para VHP fue de un total de 159 vacunaciones y de 1396 mujeres sin vacunar (Figuras 8 y 9) .De las mujeres vacunadas 153 mujeres lo estaban a través del Calendario Vacunal de la Conselleria. Se indicaron 2 vacunaciones como rescate (aquellas niñas nacidas a partir del año 1994 y que por algún motivo no se vacunaron a los 14 años pero ahora han decidido vacunarse; se pueden vacunar con cargo al programa de vacunación hasta los 18 años. Se vacunaron 3 mujeres en jóvenes menores de 30 años no incluidas en este Calendario ni con criterios de “rescate vacunal” (dos a petición de las pacientes y una por indicación médica en un paciente de alto riesgo de ITs con antecedente de VIH con historial de citologías previas dentro de los límites de la normalidad).





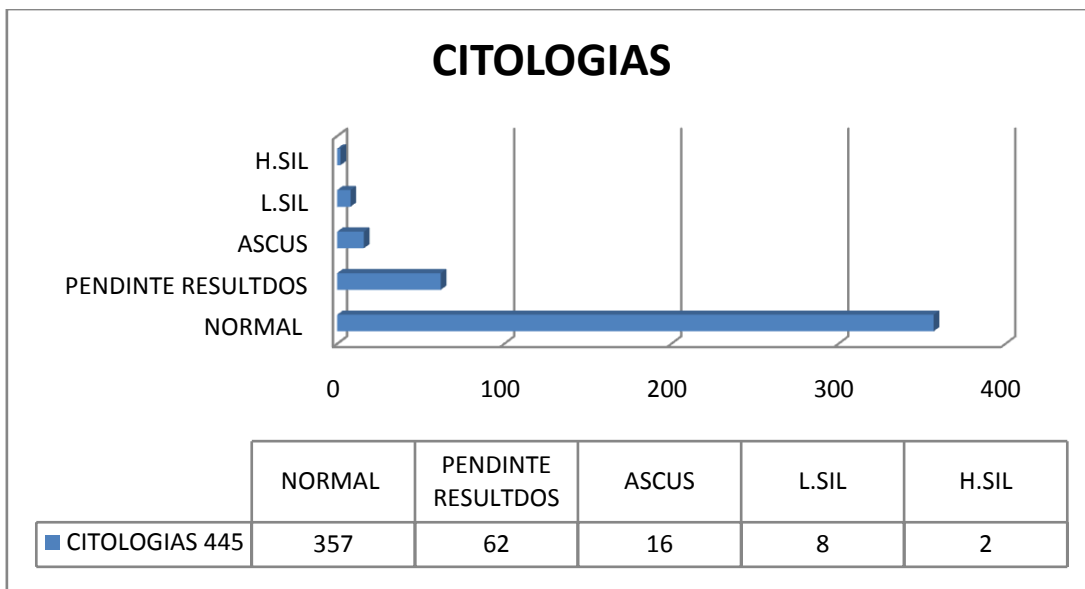
**Figura 8**



**Figura 9**

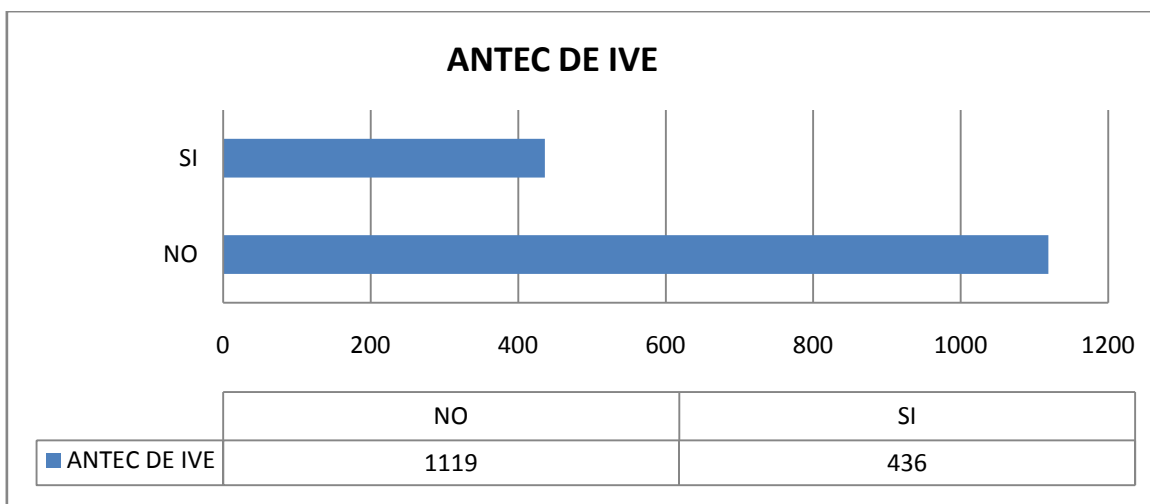
Se han realizado un total de 445 citologías en el Centro mediante Cribado Oportunista para el diagnóstico precoz del Cáncer de Cérvix. No considerando su realización durante el periodo estudiado a un total de 1109 mujeres siguiendo los algoritmos de Prevención Cáncer de Cérvix Auspiciados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPC), Sociedad Española de Citología (SEC), Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP). (Referencia: Prog Obstet Ginecol, 2006; 49 Suplemento 2:5-6); remitiendo a la Unidad de Patología Cervical para estudio aquellas que resultaron alteradas y precisaban de realización de colposcopia. Entre otras razones destacar que por los plazos que abarca el estudio, no se ha tenido en cuenta la Guía de

Cribado Poblacional del Cáncer de Cuello de Útero en España 2014 elaborado por el Órgano de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y de la Sociedad Española de Citología publicado en la Revista Española de Patología Volumen 47. Extraordinario Septiembre 2014. (Figura 10)



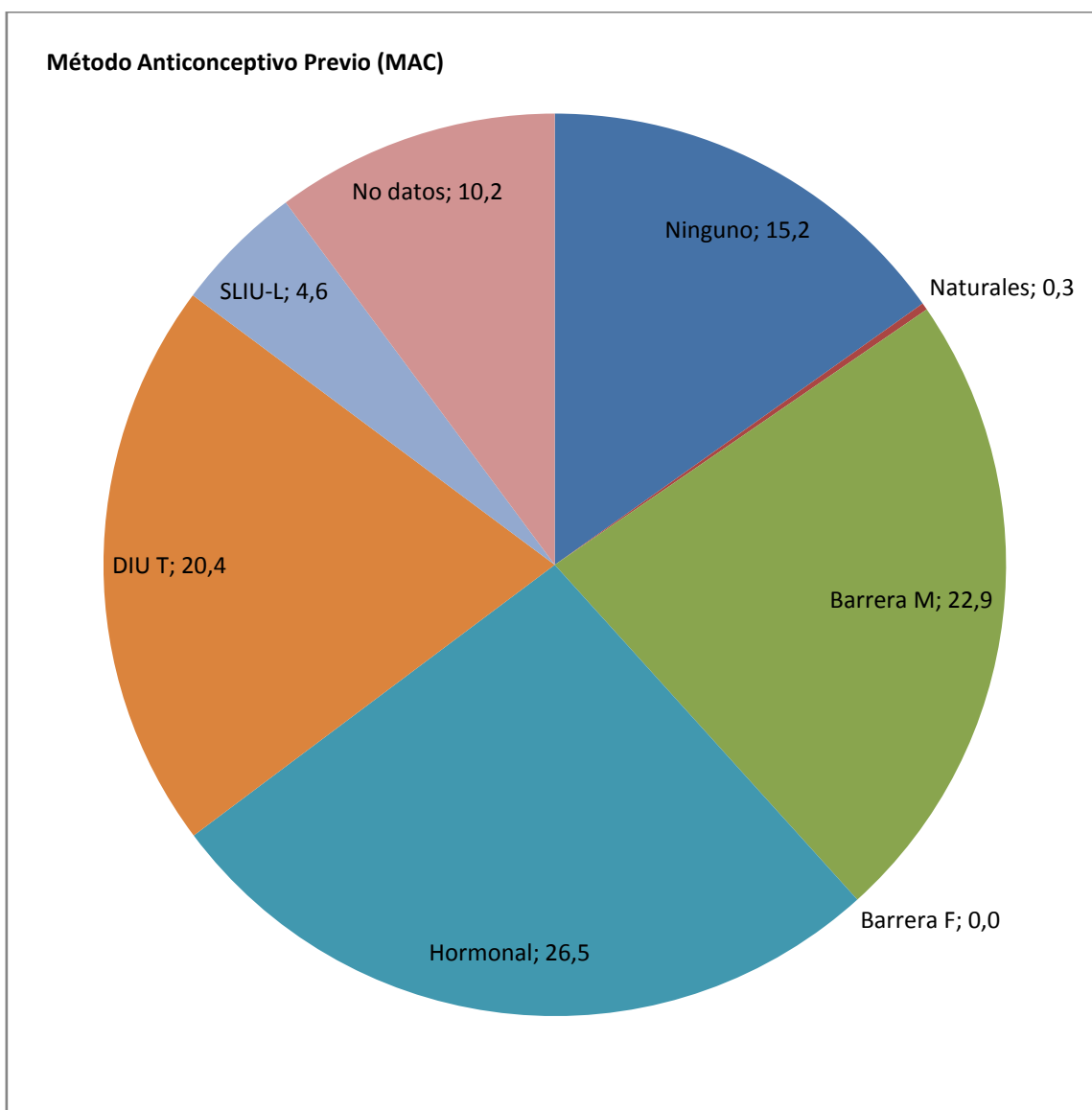
**Figura 10**

En cuanto al antecedente personal de Interrupción Voluntaria de Embarazo; de las 1555 mujeres atendidas, en 1119 mujeres no constaban en su historial que hubieran demandado una interrupción voluntaria de embarazo (IVE) a través de la Consellería de Sanidad frente a 436 que si lo habían solicitado ; un llamativo 28% .( Figura 11) .



**Figura 11**

**Sobre el Método Anticonceptivo previo** : El 15,2 % no utilizaba ningún MAC , el 0,3 % métodos naturales , el 22,9 %, método de barrera siendo el 100 % preservativo masculino ( ninguna paciente era usuaria de método barrea femenino ( preservativo femenino , esponja vagina, capuchón cervical o diafragma ) , el 26,5 % métodos hormonales y un 25 % anticoncepción mecánica con dispositivos intrauterinos ( un 20,4% DIU en T de Cu y un 4,6 % SLIU-L 0,02 mg/24h -Sistema de Liberación intrauterino de Levonorgestrel -DIU Mirena® .( Figura 12 )



**Figura 12**

## Relación entre origen poblacional y MAC previo:

Destaca que las poblaciones Africanas China y Pakistán no utilizaban en un porcentaje muy elevado ningún MAC (en torno al 40-50 %) seguido de la Sudamericana (6,6 %), siendo la población Española y Europea las que en un porcentaje más elevado si utilizaban algún método AC previo (entorno al 20% y 15,7 %). El uso de la AC basada en métodos naturales así como el uso de barrera femenino es prácticamente nulo en todas las poblaciones (0,2 %). El porcentaje de uso de Barrera masculino es similar en todas las poblaciones (entorno al 22,7 % y el 30,8 %) excepto la China que su uso es un 8%. La población Española Sudamericana y Árabe es la que más usaba previamente AHO (entorno al 24,3 % y el 29,3 %) seguida muy por debajo de Europa (8,3 %) y África (7,1 %) siendo nulo (0 %) su uso en la población China y Pakistán. Con respecto al uso de DIU de Cu la población Europea y China son las de mayor uso (entorno al 25 % y el 26,7 %) siendo en el resto de países de un uso similar (entorno al 14,3 % y el 17,8 %) y con respecto al SLIU-L 0,02 mg /24 h el uso en las poblaciones Sudamericana Pakistán y Africana es nulo (0 %) y en el resto de países similar (entorno al 8,3% y 3,8 %). (Figura 13)

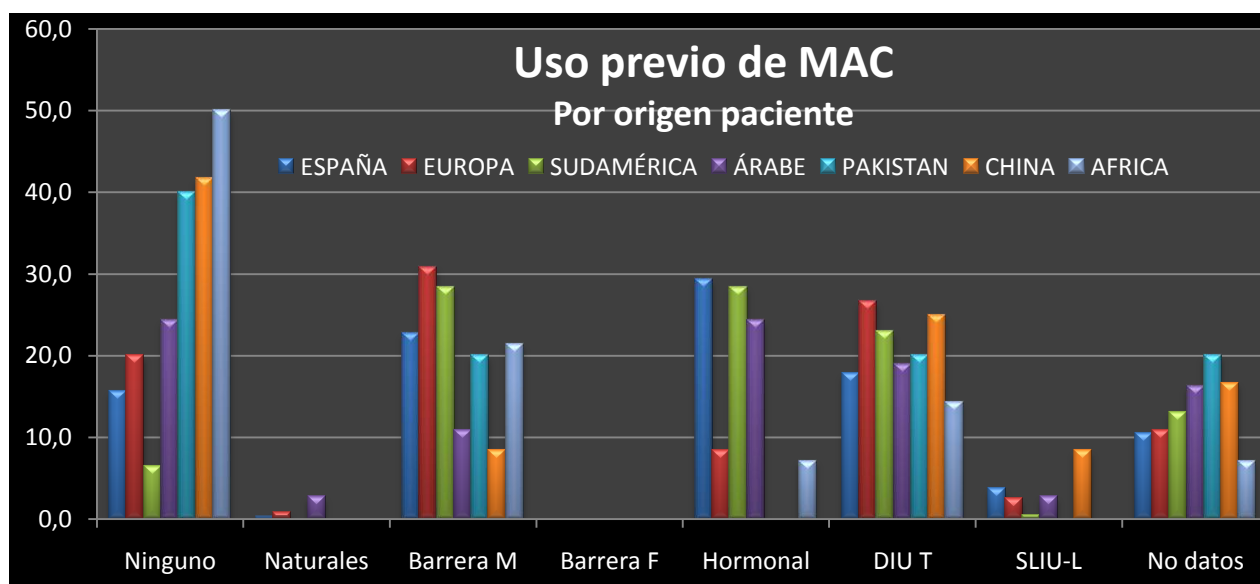


Figura 13

## Con respecto al motivo total de consulta:

El 48 % acudieron para revisión del método anticonceptivo , el 17,5 % para iniciar o reiniciar un método anticonceptivo , el 7,9 % para información asesoramiento sobre anticoncepción , el 7,5 % para solicitar demanda de interrupción voluntaria de embarazo , el 3,3 % para inicio estudio de infertilidad , el 1,5 % consulta preconcepcional , y el 0,2 % solicitando esterilización quirúrgica definitiva . Destacar que un 13,5 % de las pacientes citadas no acudieron a la cita concertada. (Figura 14).

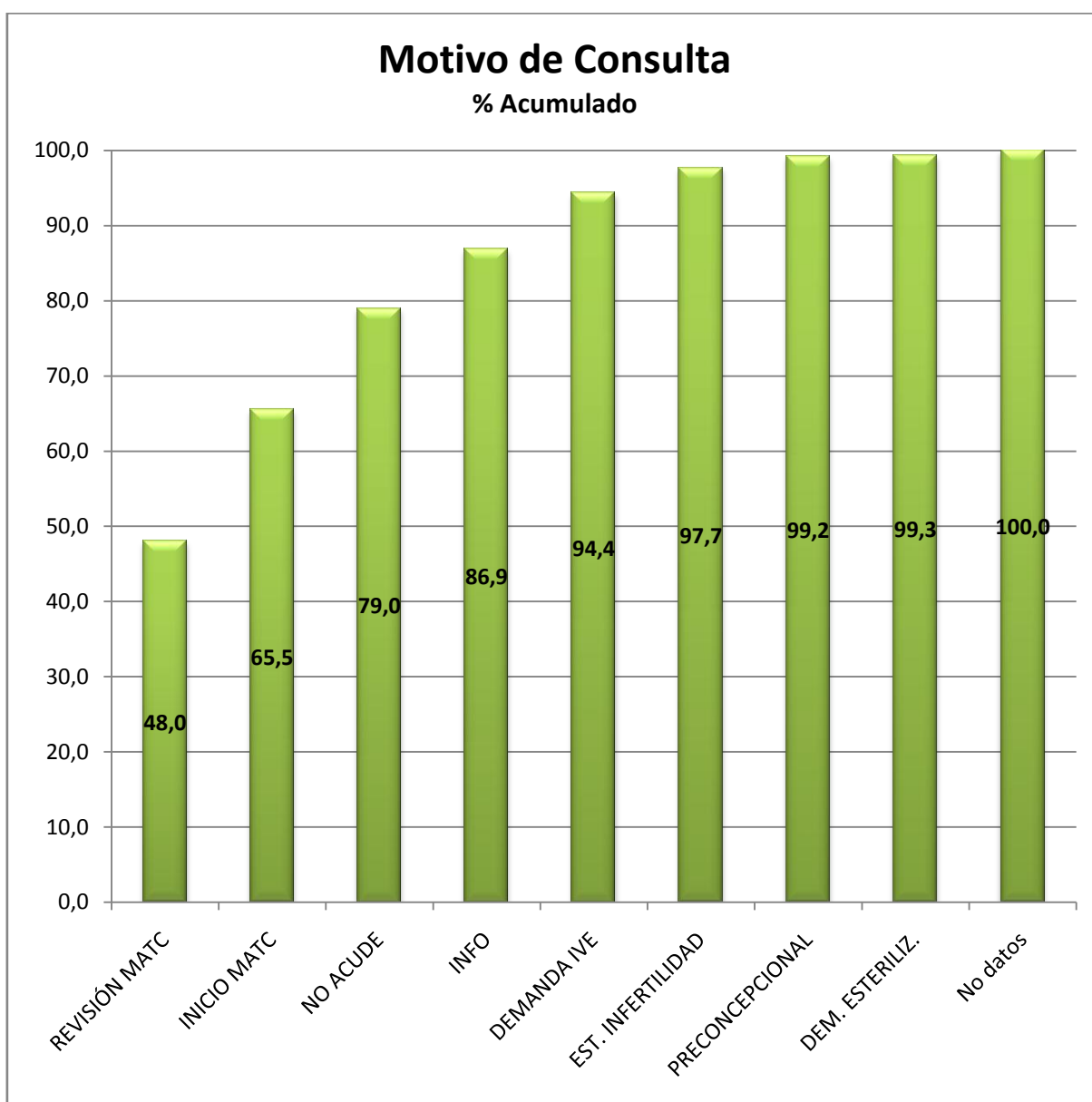


Figura 14

## Con respecto al total de actuaciones médicas:

En el 37,7 % de los casos se mantuvo el MAC previo , en el 16,5 % se inicio un nuevo MAC , en el 9,2 % se dio información y asesoramiento médico de los distintos MACs , en el 6,9 % se tramitaron demandas de IVE ; en un 4.1 % se realizó un cambio de MAC previo por indicación médica , en un 3,6 % se realizó cambio de MAC previo a petición de la paciente ; en un 2,9 % se realizó consulta preconcepcional; en un 2,1 % se realizaron derivaciones incluyéndose en estas Interconsultas realizadas al Servicio de Ginecología bien por Abortos Diferidos, bien a la Unidad de Reproducción Humana ( URH ) por de esterilidad de pareja tras haberse realizado estudio primario-básico en El Centro de Salud Sexual y Reproductivo según protocolo establecido . Destacar que en un 14 % no constan datos, no por problemas registrales, si no por las elevadas no personaciones a la consulta - un 13,5% de las pacientes no acudieron a la consulta, no pudiendo determinar cuál hubiese sido el motivo de ésta. (Figura 15).

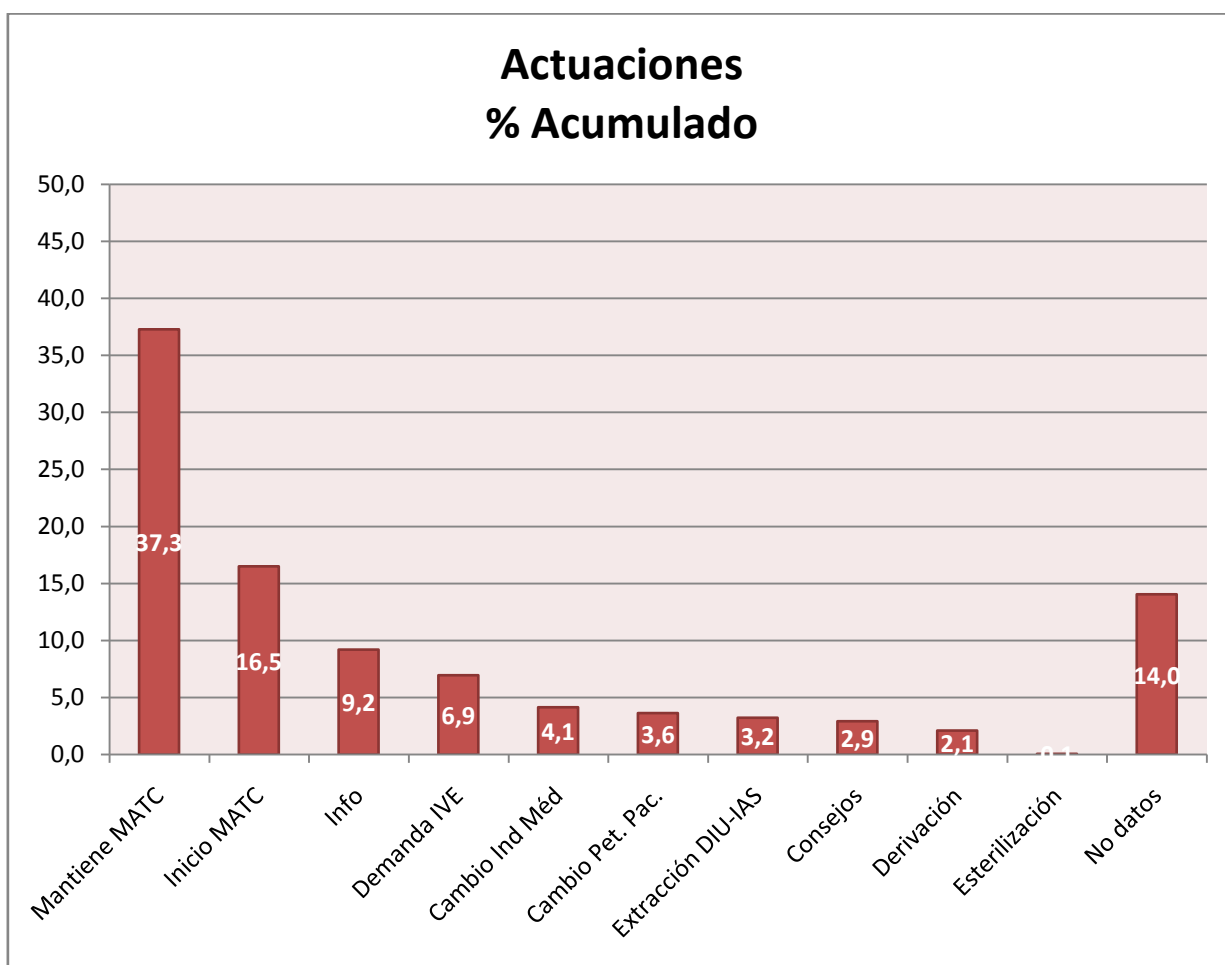
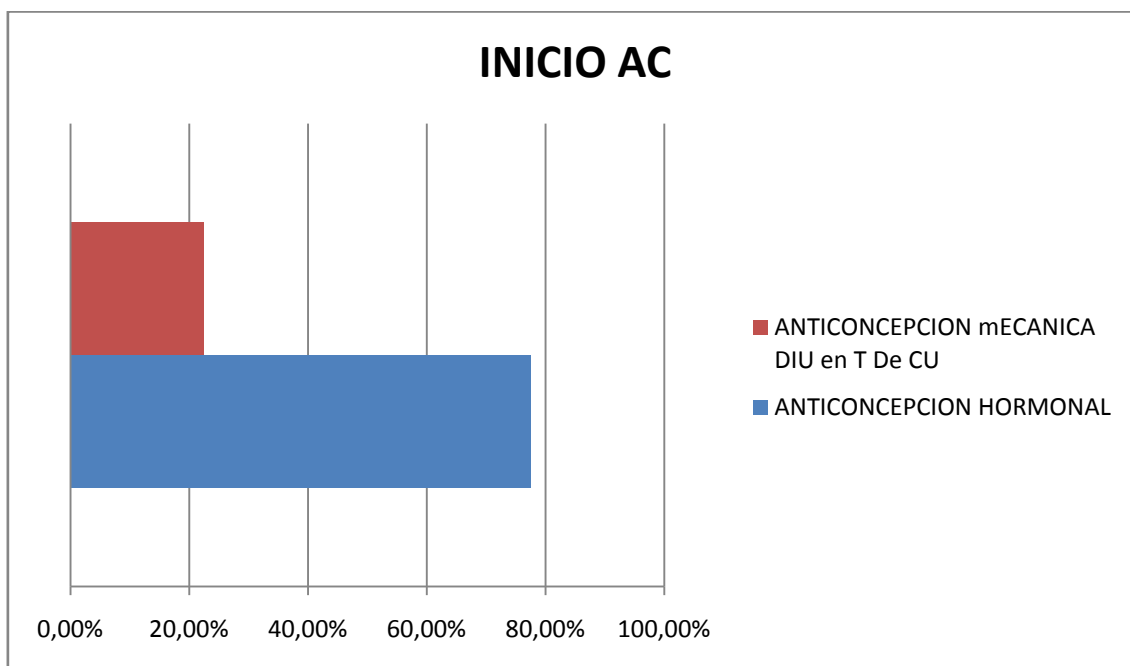


Figura 15

De este 16,5 % de pacientes que iniciaron un MAC; el 77,6% optaron por anticoncepción hormonal (incluyendo en esta fracción la AC mixta mecánica + hormonal: SLIU-Levonorgestrel –DIU Mirena ®) y un 22,4 % por AMLD con DIU en T de Cu. (Figura 16).

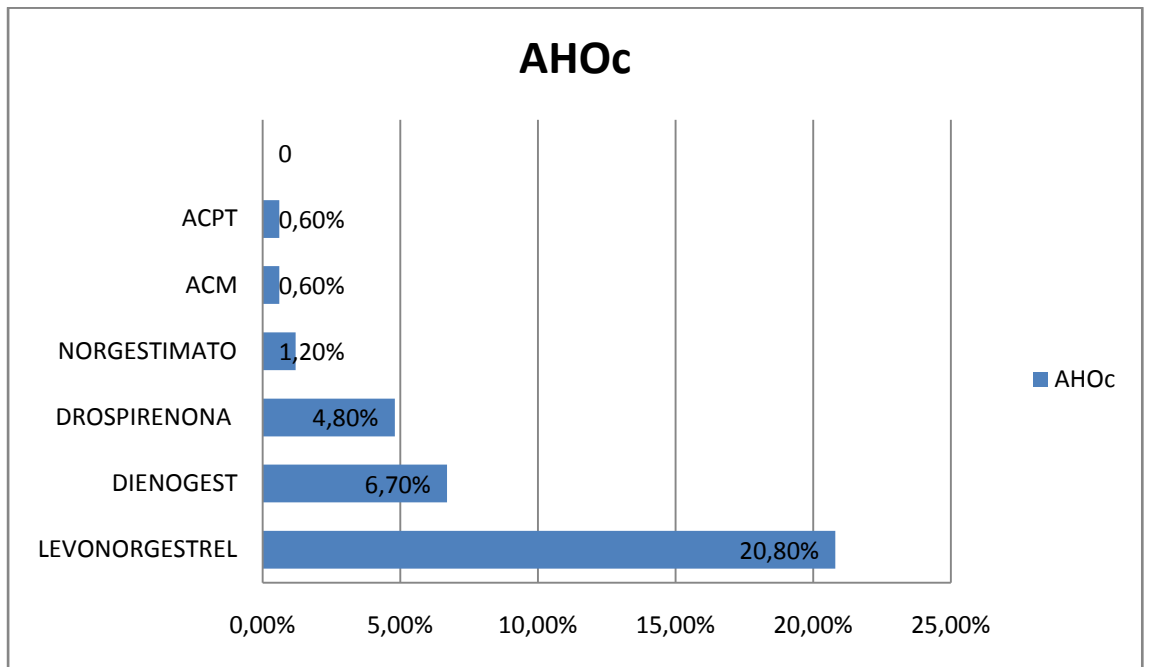


**Figura 16**

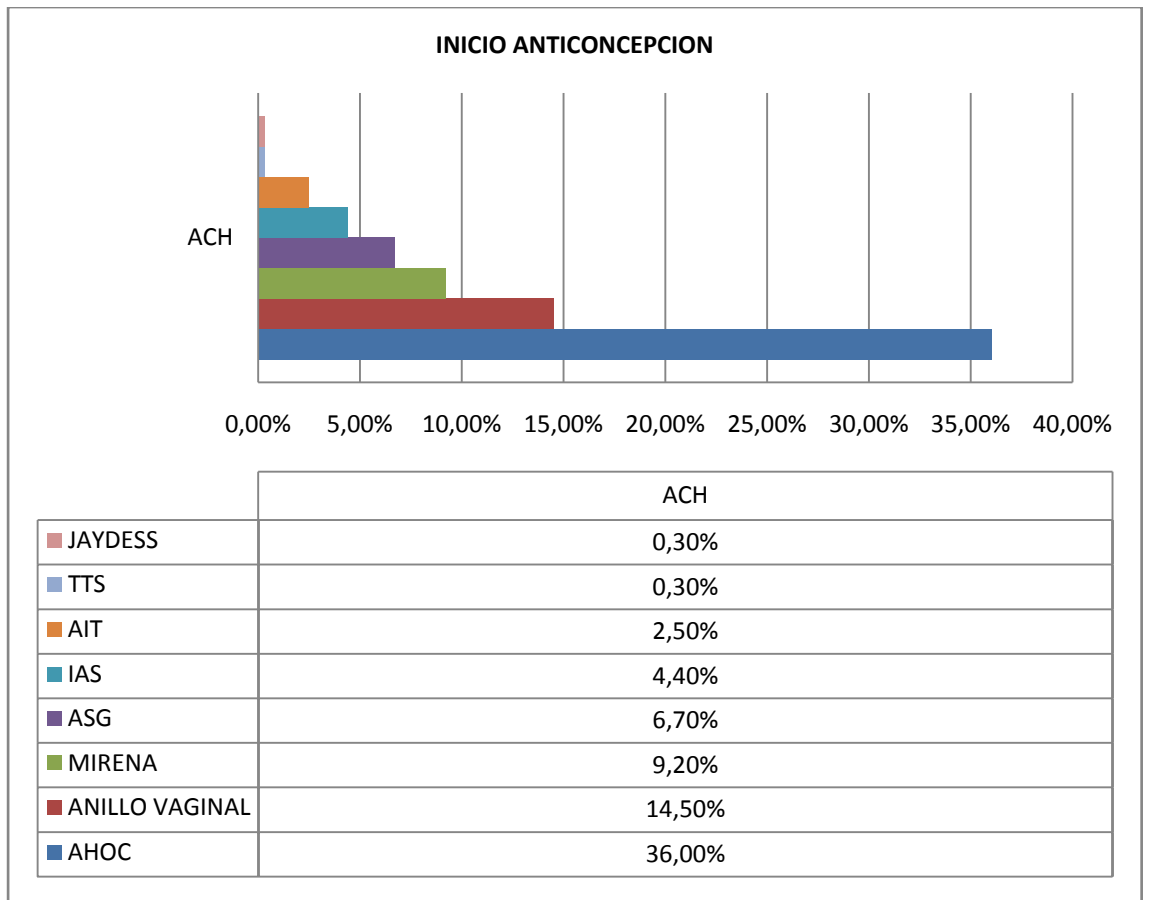
De las mujeres que optaron por Anticoncepción Hormonal (77,6 %):

- el 35,6 % lo hizo con AHOc ( 20,8% con EE + Levonogestrel, 6,7 % con EE+ Dienogest, , 4,8 % con EE + Drospirenona , 1,2 % con EE + Norgestimato, un 0,9 % con EE + Acetato de Clormanidona , un 0,6 % Estradiol + con Acetato de Nomegestrol y un 0,6 % EE + con Acetato de Ciproterona
- el 14,,5 % lo hizo con anillo vaginal – Nuvaring ® ( EE + Etonorgestrel)
- el 9,2 % lo hizo con SLIU-L 0,0 2mg /24h –DIU Mirena ® ( Levonorgestrel )
- el 6.7 % lo hizo con Anticoncepción solo gestágenos –ASG ( Desogestrel )
- el 4,4% con implante anticonceptivo subdérmico Implanon NTX ® ( Etonorgestrel )
- el 2,5 % con AIT- Acetato de medroxiprogesterona ( Depoprogevera® )
- un 0,3 % Anticoncepción en Parche Transderemico TTs –Parches Evra ® ( EE + Norelgestromina )
- y un 0,03 % con SLIU-L 13 ,5 mg DIU Jaydess® ( Levonorgestrel )

(Figuras 17 y 18)



**Figura 17**



**Figura 18**

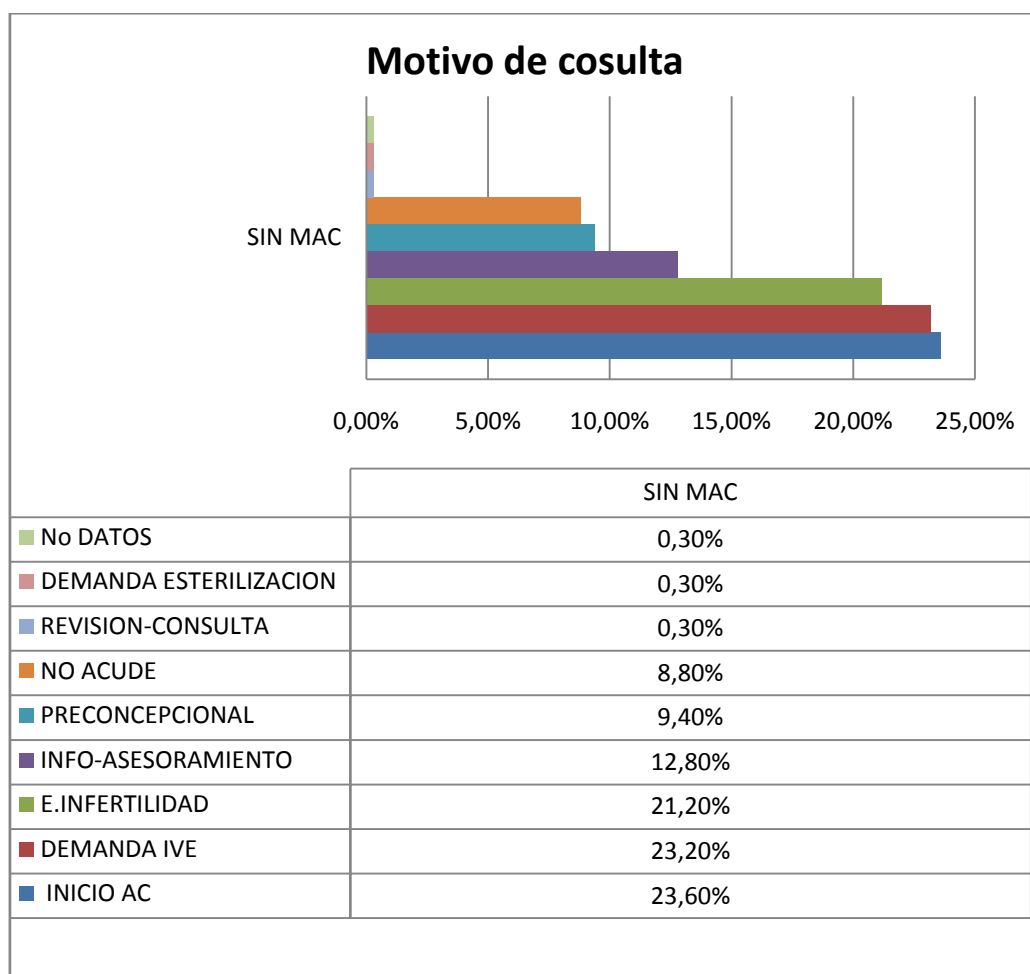


## Análisis del motivo de consulta médica en función del MAC previo

Resulta particularmente ilustrativo analizar en función del MAC previo cual fue el motivo de consulta médica:

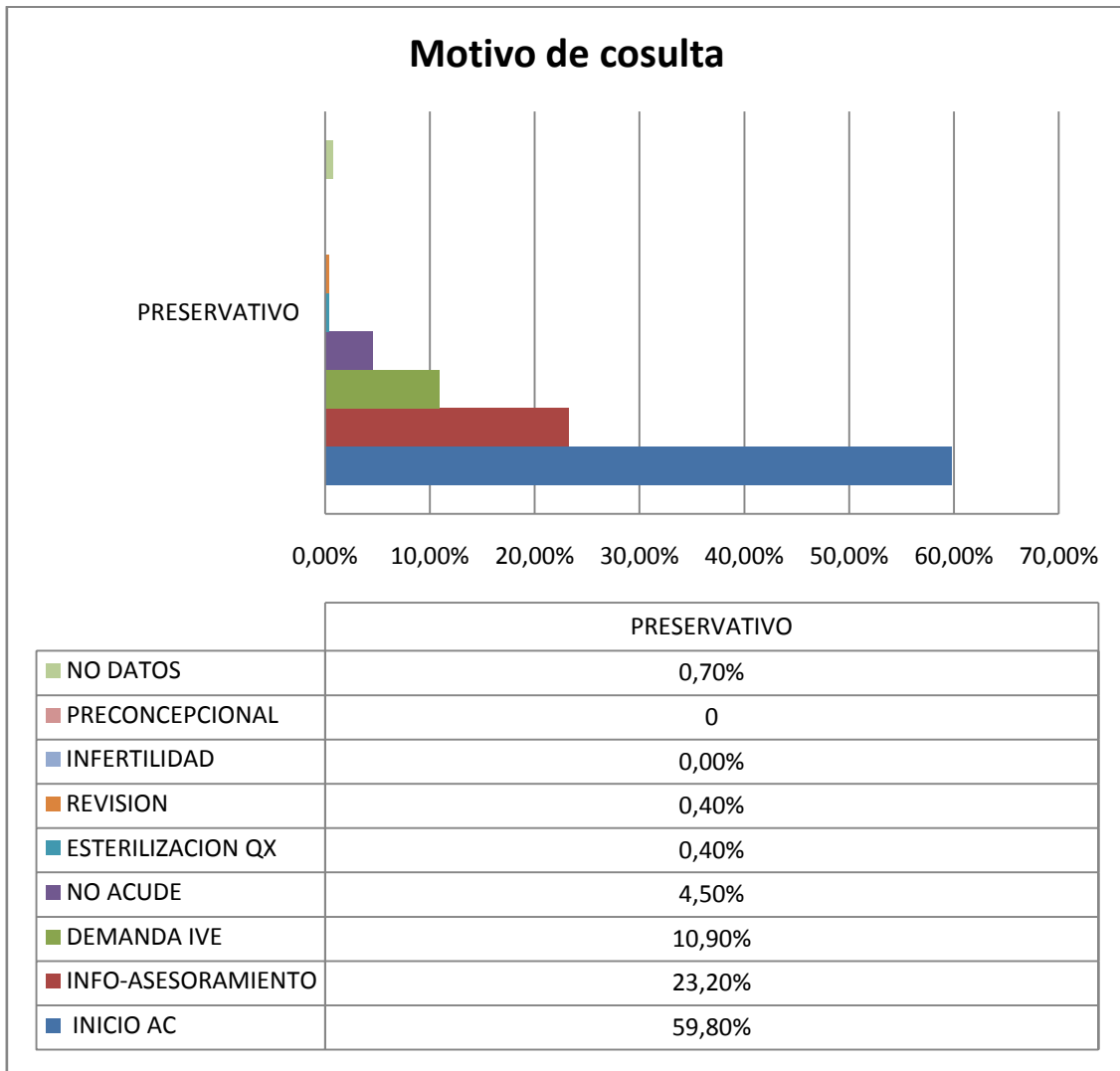
- **De las que no utilizaban ningún método anticonceptivo:** un 23,6, % acudió solicitando iniciar anticoncepción, un 23,2 % solicitó demanda de IVE, un 21,2 % acudió para inicio de estudio de infertilidad, el 12,8 % acudieron para información –asesoramiento médico acerca de los distintos MACs, un 9,4 % para consulta preconcepcional . Un 0,3 % para revisión – dudas sobre MACs, el 0,3 % demandando esterilización quirúrgica, en un 0,3 % no constan datos y El 8,8% no acudió a consulta. Señalar que si el uso del preservativo era inconsistente o anecdótico ha sido considerado en este grupo de mujeres.

(Figura 19)



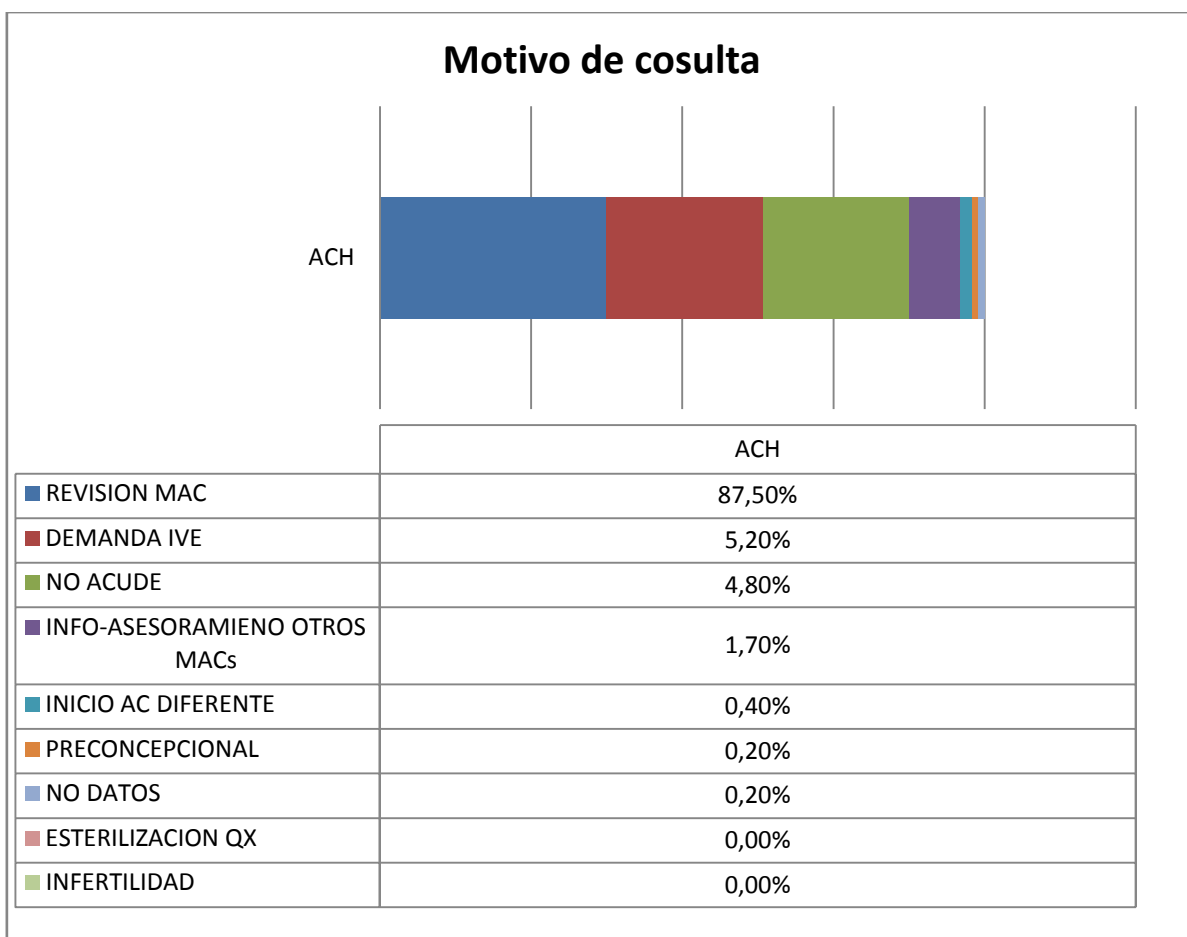
**Figura 19**

- **De las que utilizaba métodos naturales** (0,3 %) acudió para consulta sobre dudas generadas de su AC natural.
- **De las que utilizaban barrera masculino ( preservativo )** :Un 59,8 % acudían para iniciar un método contraceptivo adicional o diferente al preservativo, un 23,2 % para información –asesoramiento sobre Métodos Anticonceptivos diferentes al preservativo , un 10,9 % solicitando un demanda de IVE , un 0,4 % para esterilización quirúrgica definitiva , destacando que un 4,5 % no acudieron a la consulta programada.( Figura 20 )



**Figura 20**

- **De las que usuarias de Anticoncepción Hormonal**(se excluyen las usuarias de AMLD con Levonorgestrel):Un 87,5 % acudían para revisión de la AC pautaada , un 5,2 % solicitando demanda de IVE , un 4,8 % no acudían a cita concertada un 4,8 % , un 1,7 % para información asesoramiento sobre otros Métodos Anticonceptivos ( Figura 21 )

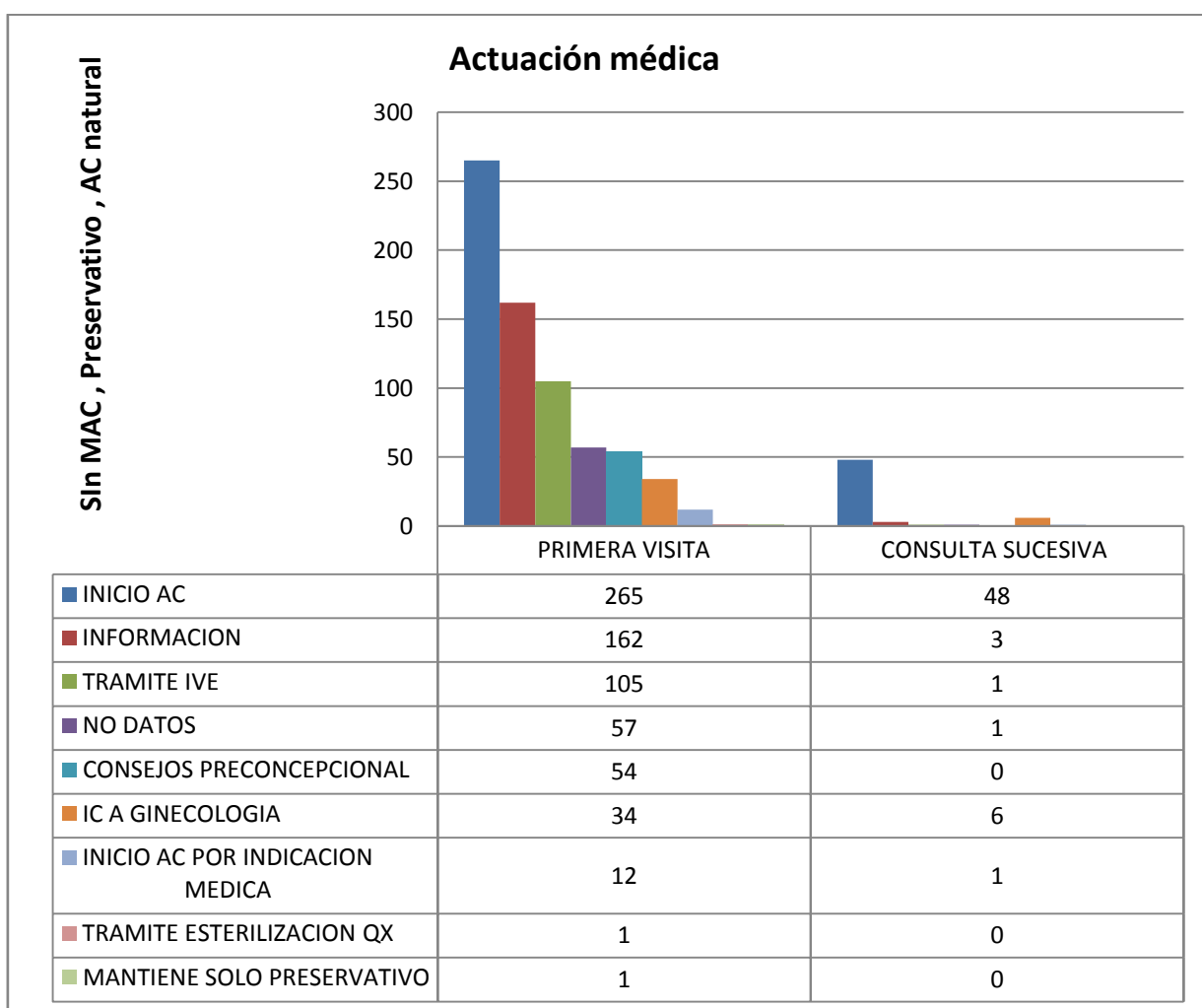


**Figura 21**

- **De las usuarias de AMLD ( DIU en T de Cu )** : un 98,8 % acudieron a revisión y no acudieron a revisión un 1,5 % ; no siendo representativo ningún otro tipo motivo de consulta
- **De las usuarias de AMLD-HORMONAL ( SLIU-L 0,02 mg /24 h y SLIU 13,5 mg )** : El 98,9 % acudieron para revisión y un 1,1 no acudieron a revisión ;no siendo representativo ningún otro tipo motivo de consulta

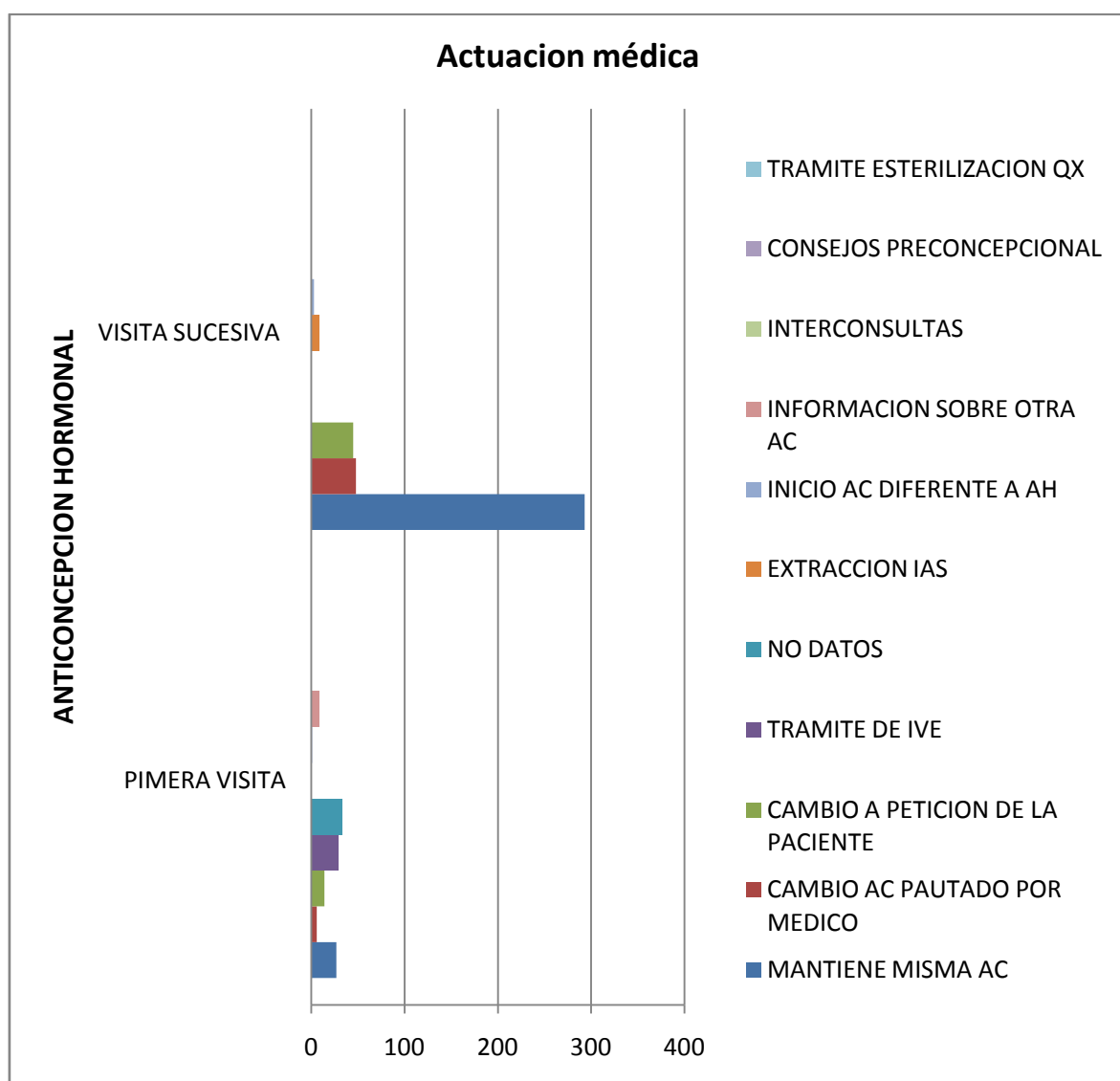
## Análisis de la actuación médica resultante en función del MAC previo

- De un total de 750 pacientes que no utilizaban anticoncepción , anticoncepción de barrera o Ac natural : Iniciaron anticoncepción a petición propia 312 mujeres, se atendieron 165 mujeres para información –asesoramiento sobre anticoncepción , mantuvo anticoncepción solo con preservativo 1 mujer, se realizan 13 cambios de anticoncepción por recomendación médica , se realizaron 106 demandas de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVES) ; se realizaron 54 consejos preconceptionales , se realizaron 34 Interconsultas al Servicio de Ginecología bien por aborto diferido, bien a la URH y se tramitó 1 demanda de esterilización quirúrgica. En 57 pacientes no consta registro pertinente ( Figura 22 )



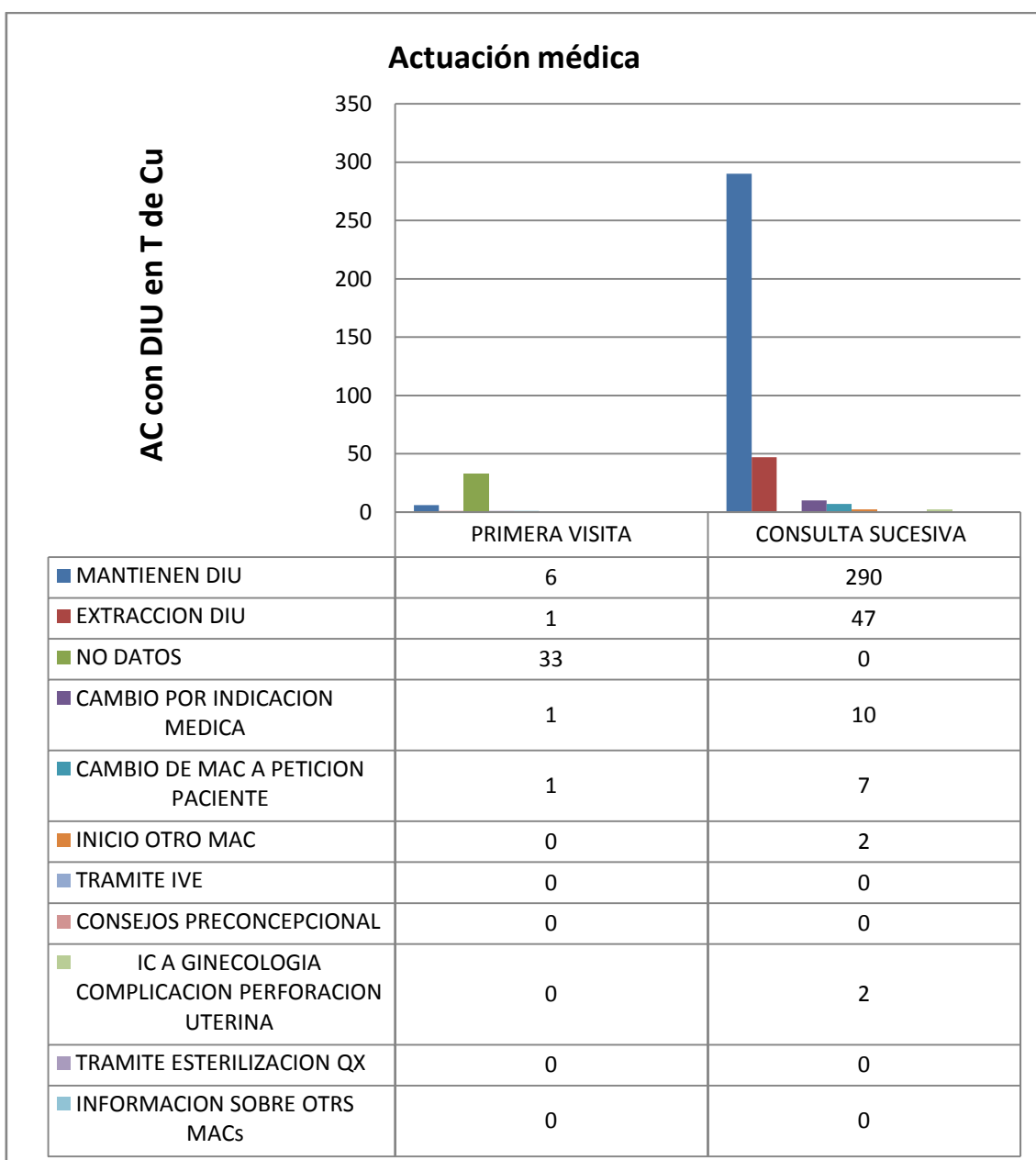
**Figura 22**

- De un total de 518 mujeres que utilizaban ACH ( AHOc ; ASG , parche anillo vaginal IAS , AIT o Ac en TTs ) ;mantuvieron misma ACH 320 mujeres, se tramitaron demandas de IVE por olvidos o fallos en la toma de AC 29 mujeres ; se realizan 59 cambios a petición de la paciente ; 54 cambios por indicación médica ; 9 mujeres acudieron para información asesoramiento sobre otros MAC diferentes al que estaban utilizando ; a 9 mujeres se les extrajo IAS por caducidad del mismo y en 2 por escasa “compliance” , 4 mujeres iniciaron AC diferente a la AC que estaban utilizando y en 33 mujeres pacientes no consta registro pertinente (Figura 23)



**Figura 23**

- De un total de 400 mujeres portadoras de DIU en T de Cu, mantuvieron el MAC 296 mujeres, se extrajeron 48 dispositivos (once por indicación médica, ocho a petición de las pacientes. En 33 mujeres no consta registro pertinente. Se inició un MAC diferente 2 en mujeres. No se solicitó ninguna demanda de IVE, consulta sobre información asesoramiento de otros MACs ni demandas de esterilización quirúrgica. Destacar que se realizaron dos interconsultas a Ginecología por migración de DIU a cavidad peritoneal (Figura 24).



**Figura 24**

- De un total de 91 mujeres portadoras de SLIU-L 0,02 mg /24 h ; 86 mujeres mantuvieron el DIU ; se realizaron tres extracciones y 2 mujeres no acudieron a revisión , no se solicitó ningún cambio a otro MAC , demanda de IVE , consulta sobre información asesoramiento de otros MACs ni demandas de esterilización quirúrgica

## **DISCUSION:**

El limitado porcentaje de solicitudes de *atención* durante el periodo de un año estudiado es del 5,9 % respecto a la población de referencia, lo que puede obedecer fundamentalmente a los siguientes motivos:

- Porque el 94.1 % restante de población no se precise AC, o bien porque esta haya sido pautada y monitorizada posteriormente en otro nivel asistencial como MAP, Matrona, Ginecología , Médico Privado o bien porque la AC ha sido iniciada por cuenta propia por parte de la paciente.
- Porque la de demanda asistencial procede en su mayoría de forma directa (solicitada por el paciente) y centrada básicamente en el inicio /seguimiento de MACs y la demanda de IVE , pudiendo suponer esto una pérdida de pacientes al desconocer la población general el total de Cartera de Servicios que ofrece del Centro de Salud Sexual y Reproductivo destacando que no constan atenciones para diagnóstico , tratamiento y control multidisciplinar si se precisa de ITs y que los porcentajes de atención preconcepcional son bajos.
- La ubicación actual del Centro de Salud Sexual y Reproductivo, sito en el mismo edificio del Centro de Salud de Nazaret es la que resulta más claramente alejada del resto de los otros Centros de Salud o auxiliares de estos, lo que supone para la gran mayoría de pacientes un claro obstáculo para acudir a la misma lo que deriva con casi total seguridad en una gran mayoría de veces en ausencia a la consulta, sobre todo en la población juvenil que no dispone de vehículo propio para su desplazamiento teniéndose que verse obligadas hasta coger dos autobuses regulares de línea para llegar al Centro. Este malestar lo recogemos casi a diario en las mujeres jóvenes que sí acuden y expresan su descontento por tan mala ubicación.

El porcentaje de varones atendidos en el Centro de Salud Sexual y Reproductivo resulta negligible , pues el único motivo de atención registrado fue para el inicio de estudio de esterilidad por una infertilidad de pareja lo que resulta francamente preocupante, dado que es una realidad el repunte significativo en España de ITs como la uretritis gonocócica , la sífilis y el VIH sobre todo en varones homosexuales y/ o bisexuales que si bien suponen un porcentaje estimado bajo de población el aumento de estas ITs si podría suponer un grave problema de Salud Pública, por lo que retomar de forma enérgica e institucional campañas de prevención para la población general y de forma especial para este colectivo resulta indispensable ; los Centros de Salud Sexual y Reproductivos deben suponer un referente en la prevención de ITs ( como parte de las campañas de prevención institucionales ) y no solo en la población heterosexual. La población masculina y sobre todo la adolescente debe ser informada que una sexualidad responsable no es solo asunto de la mujer de las sino de las parejas debiéndose potenciar la información y asesoramiento sobre métodos AC en los Centros de Salud Sexual y reproductivos también a la población masculina.Dado que doble método y por tanto el uso preservativo masculino es la AC indicada y recomendada sobre todo en este grupo poblacional para prevención de ITs pudiendo suponer además una oportunidad excelente para informar y ofrecer la vacuna del VHP también a los varones hasta que esta vacuna forma parte también de su programa vacunal infantil con el objetivo de la prevención del cáncer de orofaringe, pene y ano-rectal ya que es conocida su relación causal con la infección por el VHP.Por ello a las mujeres que solicitaran Atención en los Centros de Salud Sexual y Reproductivo se les podría hacer extensiva la propuesta de que su pareja pudiera acudir también bien con ella bien o de forma de forma individual para recibir información asesoramiento sobre prevención ITs e información sobre la vacuna para el VHP .Así mismo los MAP u otras Especialidades podrían informar a los varones de este tipo de prestación en los Centros de Salud Sexual y Reproductivos.

El elevado porcentaje de pacientes citados que no acuden a consulta (13,5 % del total de pacientes) obedece también a varios motivos:

- El tiempo de demora desde que se solicita una visita en el Centro de Salud Sexual y Reproductivo en el periodo estudiado era de aproximadamente seis meses ( a mayor tiempo de espera entre la obtención de la citación y el tiempo real de la misma mayor porcentaje de ausencia a la consulta ) debido a que la organización asistencial ( cita previa en concepto de primeras y visitas



sucesivas ) estaba francamente reducida a expensas de una elevada citación preferente que se gestionaba desde el propio Centro y que en un principio por decisión propia del personal del Centro no se modificó ; los motivos de esta decisión fueron entre otros por la necesidad de unificar criterios no impositivos entre el médico ( que iniciaba su laboral asistencial recientemente en el Centro y la Enfermería con una amplia experiencia y conocimiento de la población en el mismo Centro ) y la infradotación de material necesario ; no se disponía de tallímetro, peso ni esfigmomanómetros (además de ser el único Centro que no dispone de microscopio ni colposcopio). A este respecto aclarar que desde el mes de junio se modificaron las agendas del Centro de mutuo acuerdo con la Dirección de Primaria aumentando el número de primeras y sucesivas visitas, habiendo conseguido en la actualidad una reducción en el tiempo de espera a 3-4 semanas. Así han disminuido el número de no asistencias pero no de una forma tan significativa como se esperaba .Se dispone ya de el peso, el tallímetro y de dos manguitos electrónicos para toma de tensiones arteriales ) indispensables en cualquier consulta de Salud Sexual y Reproductiva.

- La infradotación de personal del Centro ( pese a ser el segundo que mayor presión asistencial potencial ) resulta también es un factor determinante ; no disponemos de Personal Administrativo con dedicación exclusiva como el resto de Centros lo cual hace que la gestión en la citación resulte más errática y descoordinada, no pudiendo poner en marcha mecanismos para reducir de un manera eficiente y con la confidencialidad que se requiere en este tipo de citaciones por lo que el perjuicio para los /as pacientes del Centro resulta doblemente acentuado. La dotación completa de personal en este tipo de Centros es un factor claramente determinante para un óptimo funcionamiento de los mismos.
- Pese a la puesta en marcha del programa “avisa’m “; a través del cual se contacta telefónicamente con la paciente para recordarle citación ; de momento no ha obtenido los resultados en la reducción de ausencias en la consulta como era de esperar .
- Sobre la escasa respuesta ; prácticamente nula en mujeres mayores de 25 años con citologías normales que se les ofrece la posibilidad de iniciar vacunación VHP a su cargo y la inician , una posible solución que facilitaría el aumento de tasa de vacunación en estos casos sería el abaratamiento del precio de la vacuna de venta al público en farmacia que creo sería posible ;

teniendo en cuenta que gracias al concierto actual de Conselleria de Sanitat mantiene con la Industria Farmacéutica del Sector ha conseguido una reducción de 33 euros por dosis ; es decir con 99 euros se consigue una correcta vacunación frente al VHP frente a los 450 que tienen que pagar si corre a su cargo ; encontrar un solución económicamente conciliadora para el abaratamiento de los 150 euros de precio venta la publico en Farmacia por dosis de vacuna sería una realidad si mediaran gestores de Salud Pública en una revisión continua y viable consiguiendo un gran aumento de vacunación frente al VHP a cargo de la población.

Al hilo de los antecedentes de IVE registrados, destacar que el 7,5 % de los motivos de Consulta en nuestro Centro fue la demanda de IVE y que un porcentaje del 89 % de estas pacientes no acudía posteriormente a revisión después de la misma desconociendo si han iniciado anticoncepción con posterioridad , en vista de lo cual se modificó el protocolo que existía en donde a la mujer el día que solicitaba la IVE se le facilitaba una nueva cita concertada a las cuatro semanas de la misma ; actualmente la mujer acude sin cita y de forma preferente a partir del día después de la intervención quirúrgica o aborto farmacológico habiendo conseguido un 99 % de pacientes que si han acudido a revisión postIVE y se les ha informado asesorado e iniciado anticoncepción si ha precisado . Por tanto, la atención inmediata o de preferente en estas pacientes si parece determinante a hora del correcto seguimiento de las mismas pudiéndose instaurar un MAC adecuado para cada paciente; parece haber cierta tendencia en estas mujeres en la elección en el MAC postIVE la AMLD (DIU)

La AC de barrera, el preservativo masculino ( 22,9 % ) es MAC más utilizado en el momento de la consulta (si bien la gran mayoría refiere haber mantenido relaciones con penetración en más de una ocasión sin preservativo ; luego hablamos de uso no consistente ) lo que en ocasiones supone un reto añadido a la hora de decidir el consejo contraceptivo más adecuado, sobretodo en población joven y adolescente ; pues el motivo por el que acuden en la gran mayoría de las ocasiones es por la necesidad que perciben ellas y/o sus parejas y/o con sus parejas ( que consideran como estables incluso con menos de tres meses de duración ) de dejar utilizar el preservativo como MAC ; encontrándose en la mayoría de los casos recibiendo la información y la recomendación del doble método; cuando se les pregunta de si entienden él porque consideramos el personal del Centro importante que reflexione sobre la necesidad de seguir manteniendo el preservativo además de que inicien otro

MAC la gran mayoría ya tiene un conocimiento que normalmente ha sido aprendido durante el periodo escolar ( Programa PIES ) que el preservativo previene del riesgo de ITs y la AC previene del embarazo no deseado luego la combinación de ambos parece perfecta e idónea; sin embargo no pocas jóvenes manifiestan que entienden el doble método y aceptan teóricamente su uso pero que en “ su caso “ se hace como doble refuerzo para no quedar embarazada y no porque perciban un potencial riesgo de ITs con su pareja actual. En cualquier caso la recomendación del doble método y la invitación a la reflexión no alarmista de su uso con sus parejas se hace de forma rutinaria en nuestra consulta y así queda reflejada en la historia clínica de la misma. “se inicia AC con (el MAC elegido) y se explica y/o recomienda doble método que entiende “.

El uso AC barrera femenina es nulo en nuestra población pese a novedades como el diagrama cayá® o el capuchón cervical femcup®, siendo dispositivos que la paciente tendría que recurrir para su adquisición vía internet en la mayoría de los casos además de combinar su uso con espermicida como contragel® o gel cayá®.

En un 26.5 % (en este % se incluye también la anticoncepción trimestral con depoprovera, la anticoncepción con implante anticonceptivo subcutáneo y la Anticoncepción con solo gestágenos de los casos las mujeres ya utilizan Anticoncepción hormonal (mujeres que acuden para revisión anual o bien han iniciado ya AC en otro nivel asistencial y acuden para revisión del mismo).

Destaca que la anticoncepción hormonal más utilizada es la AHOc con EE + Levonorgestrel es la más usada , seguramente relacionado con los hecho de ; ser el Levonorgestrel ( también Norgestimato y Norestinona ) el gestágeno con una estimación de riesgo de tromboembolismo venoso más bajo ( incidencia estimada por 10,000 mujeres durante un año de uso de 5-7 ) , que además de estar financiado por el SNS factor que resulta ser el más determinante al ser la financiación un característica que la usuaria demanda como requisito para poder realizar un correcto cumplimiento de la AC ( la comodidad , la recomendación médica , búsqueda de métodos que no perjudiquen la salud o que provoquen menos secundarios motivos que destaca el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC Marzo 2014 para la elección del MAC no resultan ser tan determinantes en nuestra población ) y en el 25 % de los casos las mujeres eran portadoras de anticoncepción mecánica de larga duración AMLD ( 20,4 % Diu en T de Cu y 4,6 % SLIU-L 0,02 mg/24 h ) prácticamente su uso nulo en mujeres nulíparas ( pese a no tener ninguna contraindicación absoluta la nuliparidad para su uso ) en comparación con países

como EEUU donde la AMLD en jóvenes nulíparas es cada vez más frecuente estando relacionado directamente porque la demanda de IVE en población joven americana ha cobrado la dimensión de problema de Salud Pública debida a su elevada incidencia en su demanda siendo la AMLD postIVE en este tipo de población una medida que además de anticonceptiva supone una disminución en una nueva demanda de IVE. En nuestra población la paciente que solicita AMLD suele ser mujer joven adulta mayor de 30 años y los motivos principales de esta elección son la financiación completa y/o el deseo de una AC sin hormonas y/o que no dependa de ellas su eficacia y/o la recomendación médica en mujeres mayores de 35 años fumadoras que optan por este tipo de AC frente a la anticoncepción con solo gestágenos.

Comentar en este apartado que desde la comercialización reciente del SLIU-L 13,5 mg (DIU – Jaydess ®) hemos realizado 25 inserciones con este tipo de DIU; la mayoría en mujeres nulíparas menores de 35 años que tras información de las distintas opciones AC decidieron iniciarla con este dispositivo. No queda reflejado este tipo de actuación en el presente estudio porque excepto una inserción, el resto se han realizado fuera del tiempo periodo estudiado.

#### **Con respecto al total de actuaciones médicas en lo que se refiere a AC:**

Destacar que lo habitual es mantener el MAC y cuando se realizó un cambio de este fundamentalmente fue:

- Por indicación médica al no cumplir con los criterios de elegibilidad de la OMS ( ser categoría 3 ó 4 para continuación de la misma AC ) destacando que el ser fumadora mayor de 35 años y la migraña las causas principales de estos
- A petición de la paciente por lo general solicitando AC financiada y si bien no había ninguna indicación médica que justificara realizar este cambio en los casos en los que si se realizó fue porque la paciente expresó que no continuaría tomando AC si no se le realizaba el cambio por motivos exclusivamente económicos y además rechazaron AMLD financiada ( DIU ) ; teniendo en cuenta la posibilidad de que si no se realizaba el cambio en la prescripción del anticonceptivo reaparecía el riesgo de embarazo no deseado en estas pacientes se optó en la mayoría de las ocasiones por realizarlo . Así mismo en la mayoría de los casos el cambio fue de drospirenona (anteriormente también financiada) a levonorgestrel .

De las que iniciaron AC fue la AC hormonal la más prescrita (77,6 %) y en un (22,4 %) la AMLD porcentaje que hace suponer que la AMLD en nuestra población estudiada es más demanda que en el resto de la población general. De las que iniciaron ACH destacar que la AHOC fue la más prescrita pero debido a la prescripción del EE + Levorgestrel ( 20,8 % ) ; siendo en segundo lugar el anillo vaginal el MAC el mas prescrito ( 14,5 % ) seguido del SLIU-L 0,02 mg /24 .Destacar el bajo porcentaje de mujeres que utilizan AIT con Acetato de Medroxiprogesterona Depoprogevera® y que el uso de anticoncepción en parche en nuestra población resulta casi anecdótico ; Antes de iniciar un MAC la paciente recibía de forma verbal y por escrito en forma de guía todas las opciones AC disponibles y potencialmente utilizables siendo la paciente si no existía ninguna contraindicación (cumplía Criterios Médicos de Elegibilidad C-1 y C-2) la que elegía el MAC .

**En cuanto cual fue el del Motivo de Consulta en función MAC previo,** la demanda de esterilización quirúrgica y la consulta preconcepcional en nuestro Centro son motivos de consulta muy poco frecuentes independientemente del MAC previo utilizado.

Bastante predictivo resulta incluso antes de su estudio, además de que se confirma que el % más elevado de mujeres sin MAC o con AC de barrera ( uso inconsistente ) acudan a nuestra consulta para el inicio de esta o para demanda de IVE ( luego mujeres en situación de riesgo de embarazo no deseado ) y que aun siendo la gran mayoría de mujeres conscientes de esta situación de riesgo de embarazo no deseado se quedan embarazadas ; habría que profundizar en los motivos e identificar si la demora en el inicio de la atención anticonceptiva supone una causa significativa de porque no iniciaron o reiniciaron AC sabiendo que no deseaban quedarse embarazadas aunque si parece resultar la demora en atención un factor determinante

La información y el asesoramiento médico sobre AC supone otro frecuente motivo de consulta en mujeres sin AC o con AC de barrera aún cuando previamente han sido debidamente informadas de los distintos MAC en la consulta de Enfermería ; ya hemos comentado que habría que potenciar que acudan a este tipo de consultas la población masculina lo que supondría mejorar en el entendimiento de una sexualidad responsable ; aumentar el uso consistente del preservativo disminuyendo el % de demandas IVE y un aumento en la prevención de ITs.

En las usuarias de AC hormonal el motivo más frecuente de consulta fue la revisión rutinaria del mismo; no habiéndose detectándose complicaciones importantes de su uso y esta consulta que debería estar a cargo de la Enfermería de Salud Sexual y Reproductiva a los 6 meses de su inicio y de forma anual incluyendo en estas la toma de TA y el cálculo del BMI de forma sistemática derivando a la consulta médico siempre que esta se considere necesario y/o oportuno.

En las usuarias de AMLD el motivo más frecuente fue igualmente la revisión rutinaria (son las mujeres que con mayor frecuencia y fidelidad acuden a revisión ) para exploración y realización de ecografía anual ; protocolo implantado en el Centro desde el inicio de la actividad asistencial en el mismo ; aunque estamos pendientes de implantar las Recomendaciones de la Sociedad Española de Contracepción y dejar de realizar de forma rutinaria la realización del control ecográfico rutinario anual a las mujeres portadoras de DIU ( si bien la revisión anual se mantendría como en el resto de mujeres que llevan un MAC ) seguir estas recomendaciones de la SEC con este respecto en donde se propone que se revisen a las mujeres portadoras de DIU entre el primer y tercer mes tras su inserción ; no siendo necesario el seguimiento rutinario ecográfico anual va suponer un gran reto ( cambiar la mentalización de estas usuarias acostumbradas a este control ecográfico anual ), por otra parte podría suponer una mayor eficacia en gestión de la consulta médica al tener la posibilidad de reemplazar estas actuales visitas rutinarias de DIU por nuevas primeras visitas de otras usuarias pudiendo reducir en cierta manera el tiempo demora en la citación

No se detectaron complicaciones importantes en las usuarias de AMLD (salvo los dos casos complicaciones agudas que se comentan en el apartado de actuación médica) y el cambio a otro MAC es prácticamente infrecuente.

### **En cuanto cual fue la actuación médica resultante en función del MAC previo:**

Destacar que las mujeres que no tenían previamente ningún MAC AC de barrera o utilizaban métodos naturales donde el motivo de demanda fue el inicio de AC ; se inicio está siempre de forma individualizada e informada verbal y por escrito del MAC elegido y teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad médica de la OMs para la prescripción de AC ( categoría 1 ó 2 ) ; además a todas las mujeres que iniciaron AC :

- Se les dio información sobre prevención ITs ; explicando y recomendando el doble método a la gran mayoría de la población joven adolescente.

- Se les explicó y se les entregó por escrito información sobre la PAU recientemente se les entrega folleto informativo “ Qué es la PDD? “ editado por la Generalitat Valenciana y el Consell Valencià de Col.legis de Farmaceutics ; texto que a mi parecer se podría reeditar en parte ( ya que por ej el coito anal heterosexual induce a confusión, porque lo contempla como posible motivo de embarazo ).
- Se les informaba si procedía igualmente verbalmente y por escrito sobre la posibilidad de vacunación frente al VHP

Luego nuestra consulta para inicio de AC además lleva un enfoque claramente preventivo cumpliendo claramente las expectativas de una consulta de Salud Sexual y Reproductiva

A las mujeres que solicitaron demanda de IVE se les realizó el trámite de la misma , se les informó del procedimiento legal además de las distintas opciones (legrado / aspiración vs aborto farmacológico si menor de 9 semanas de gestación) y como ya se ha comentado siguiendo el protocolo que estaba vigente hasta la fecha se les proporcionaba nueva citación preferente a las 3-4semanas postIVE para inicio o reinicio de AC fallida ; actualmente el protocolo que tenemos instaurado permite a la mujer acudir de forma preferente y/o urgente desde el primer día postIVE habiendo conseguido casi un 99 % de atenciones posteriores a la IVE ( atenciones que con el protocolo anterior se perdían y no acudían a consulta ) consiguiendo si procedía inicio de anticoncepción postIVE de forma inmediata conseguido además el objetivo preventivo de nueva demanda de IVE.

En determinados casos donde no se cumplían los criterios para cursar la demanda de IVE se derivaron a las pacientes a los distintos niveles asistenciales correspondientes siendo la derivación más frecuente a Ginecología por Aborto Diferido.

En las mujeres con ACH previa la actuación médica habitual fue la revisión seguimiento y el mantenimiento de la misma pauta AC; los cambios que se realizaron fueron bien por indicación médica al no cumplir criterios de elegibilidad de la OMS o a petición de la paciente en la mayoría de los casos sin justificación clínica pero solicitando AC financiada para seguir pauta AC.

Con respecto a la actuación médica en las portadoras de DIU lo habitual fue su mantenimiento y/o recambio.

Se detectaron dos complicaciones importantes en las que se produjo migración de DIU a cavidad peritoneal y que pudieron ocurrir por una perforación secundaria ,

consecuencia de una perforación parcial o impactación en cara posterior de útero; en el historial tras la inserción se refleja que en la especuloscopia los hilos eran visible a través de OCE y en la ecografía transvaginal ( ECOTV ) DIU normoinserto; en el control al mes postinserción las pacientes estaban asintomáticas , eumenorreicas ; en la especuloscopia no se visualizaban hilos de DIU , en ECOTV no se visualizaba DIU en cavidad endometrial y en estudio RX simple de abdomen se confirmaba la sospecha de DIU migrado remitiendo a ambas paciente a CCEE de Ginecología para realización de laparoscopia exploradora para su extracción . Ambas mujeres eran mayores de 35 años multíparas ; la inserción no resultó dificultosa ni dolorosa y no presentaban factores de riesgo importantes que incrementan el riesgo de perforación uterina (no se encontraban en periodo de lactancia y habían pasado más 36 semanas con respecto al último parto ) Así mismo comentar que esta complicación es muy poco frecuente (1 /1000 ) y también relacionada con la falta de experiencia del médico que lo inserta; ambas mujeres fueron informadas previamente en la consulta de Salud Sexual y Reproductiva de la complicación que se había presentado, de los posible motivos de esta y de la actuación que correspondía realizar .

## **CONCLUSIONES:**

El porcentaje de población que se solicitó atención durante el periodo estudiado es del 5,9 % con respecto al porcentaje total de la población correspondiente al Centro Salud Sexual y Reproductivo de Nazaret, con importantes diferencias entre centros de origen. Los motivos de ese limitado porcentaje de solicitudes se exploran en la discusión.

De la misma manera el porcentaje de varones atendidos en el Centro de Salud Social y Reproductivo resulta casi anecdótico y el único motivo de atención es para el inicio de estudio de esterilidad por una infertilidad de pareja lo que resulta francamente preocupante, dado el repunte significativo en España de ITS.

Con respecto al elevado porcentaje de pacientes citados que no acuden a consulta (13,5 % del total de pacientes) también en la discusión se analizan sus posibles razones.

Con respecto al antecedente de vacunación frente al VHP, el porcentaje de vacunación es alto en mujeres menores de 25 años es alto (vacunación dentro del Calendario Vacunal Infantil de Conselleria de Sanitat), sin embargo en mujeres mayores de 25 años con citologías normales que se les ofrece la posibilidad de iniciar



vacunación VHP a su cargo es prácticamente nula; el criterio que explica este fenómeno de no vacunación es claramente económico, dado que el precio de venta en farmacia por vacuna es de 150 euros por dosis siendo necesaria un total de tres dosis supone un gasto total de 450 euros para correcta vacunación de esta mujer (la fracción de mujeres usuarias del Sistema Público de Salud que en la situación económica actual por la que atravesamos disponga de 450 euros adicionales en su economía familiar para vacunarse como se puede entender es prácticamente nula (se consiguieron vacunar únicamente a 3 mujeres) ;

En cuanto a los resultados de las citologías, estas muestran la tendencia habitual en los resultados de las mismas con respecto al resto de España; siendo el porcentaje de citologías con resultados normales claramente superior al resto; destacar que los resultados en donde la citología era informada como dentro de los límites de la normalidad pero limitada por Ausencia de Células Endocervicales donde se recomienda no recoger nueva muestra y continuar con el cribado rutinario; en nuestra Unidad no se ha seguido esta recomendación y se ha repetido una nueva toma o en su defecto un detección-tipificación VHP.

Con respecto a los antecedentes de IVE destacar que el 28 % de las pacientes que acudieron al Centro tienen el antecedente previo IVE; si bien la lectura causal de un primera demanda de IVE obedece en su gran mayoría a causas multifactoriales siendo más difícil encontrar dentro de esta el o los factores más determinantes. En una segunda o más demandas de IVE en una misma paciente obedece claramente y sin concesiones y como primer factor causal al fracaso del sistema sanitario y en su defecto a la mala gestión del Equipo Asistencial que atiende esta paciente.

#### **Con respecto al MAC previo:**

La AC de barrera, el preservativo masculino (22,9 %) es MAC más utilizado en el momento de la consulta. Destaca que los métodos anticonceptivos naturales no son ni muy conocidos ni muy practicados ( 0,3 % ), pero sí parecen ser más conocidos y algo más practicados por mujeres con perfil de creencias religiosas que les impide la utilización otros tipos de AC y disponer además de un perfil adecuado predispuesto a un aprendizaje y monitorización metódica y rigurosa, además de disponer de tiempo diario para la práctica de la misma; perfil de mujer que no identificamos como usuaria de nuestro Centro.

El uso AC barrera femenina es nulo en nuestra población. En un 26.5 % de los casos las mujeres ya utilizan Anticoncepción hormonal (mujeres que acuden para revisión anual o bien han iniciado ya AC en otro nivel asistencial y acuden para revisión del mismo), si bien en este porcentaje % se incluye la anticoncepción trimestral con acetato de medroxiprogesterona, la anticoncepción con implante anticonceptivo subcutáneo la Anticoncepción con solo gestágenos , la AC en TTs con parche y el anillo vaginal . La anticoncepción hormonal más utilizada fue la AHOC con EE + Levonorgestrel

En nuestra población la paciente que solicita AMLD suele ser mujer joven adulta mayor de 30 años y los motivos principales de esta elección son la financiación completa, el deseo de una AC sin hormonas, que no dependa de ellas su eficacia y la recomendación médica en mujeres mayores de 35 años fumadoras que optan por este tipo de AC frente a la anticoncepción con solo gestágenos.

Con respecto al país de origen y el MAC previo de las mujeres atendidas en nuestro Centro destacar el uso de los métodos naturales y barrera femeninos es prácticamente nulo en todos los grupos de mujeres independientemente de su País de origen, que las poblaciones Africana, China y Pakistání son las que con mayor frecuencia no utilizaba ningún MAC en el momento de la consulta frente a la población Española y Europea que si utilizaban algún M AC.

Con respecto al total de actuaciones médicas en lo que se refiere a AC, lo habitual es mantener el MAC. De las que iniciaron AC fue la AC hormonal la más prescrita y en un 22,4 % la AMLD. De las que iniciaron AH destacar que la AHOC fue la más prescrita

En cuanto a cuál fue el del Motivo de Consulta en función MAC previo, la demanda de esterilización y la consulta preconcepcional en nuestro Centro son motivos de consulta muy poco frecuentes independientemente del MAC previo utilizado .La información y el asesoramiento médico sobre AC supone otro frecuente Motivo de consulta en mujeres sin AC o con AC de barrera aún cuando previamente han sido debidamente informadas de los distintos MAC en la consulta de Enfermería.

En las usuarias de AC hormonal el motivo más frecuente de consulta fue la revisión rutinaria del mismo. En las usuarias de AMLD el motivo más frecuente fue igualmente la revisión rutinaria.

En definitiva, creemos haber avanzado en el mejor conocimiento de las características, necesidades y patrones de utilización de los servicios de la USSR por la población

atendida en nuestro medio, lo que permite generar conocimiento útil para su mejora. Así mismo hemos conseguido disponer de conocimiento local sobre muchas de las variables de interés que permite su comparación con los estándares generalmente referidos, lo que puede ayudar a guiar el sentido de las medidas de mejora a adoptar.

Una parte de dicho conocimiento comparativo se refleja en la tabla 1 (ya adelantada) de comparación de los principales resultados de los datos para la Comunidad Valenciana de la “ENCUESTA DE ANTICONCEPCION EN ESPAÑA (MARZO 2014), con los recogidos en nuestro medio mediante la revisión de todos los historiales clínicos de las consultas de la USSyR de Nazaret entre mayo de 2014 y mayo de 2015.

## **BIBLIOGRAFIA:**

Calaf Ansina. Manual Básico de contracepción 2<sup>a</sup> edición Barcelona :Masson SA ; 1997.

Grupo Daphne . VII Encuesta de Anticoncepción en España 2011.

Encuesta de Anticoncepción en España del Observatorios de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC Marzo 2014.

Solomon D et al. Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002 ; 287 ( 16) : 21 14-9.

Parazzini F ,Ferraroni M , Tozzi L Benzi G Rossi G La Vecchia C et al . Control ecográfico del dispositivo intrauterinesystem1994 ; 20:2-5.

Speroff L, Darney P: A Clinical Guide for Contraception, Fifth Edition, 2011Canadian Contraception Consensus April 2004.

Arévalo M Jennings V y Sinai I; Efficacy of a new method of family planning; the standard days methods. Contraception 2002; 65 (5):333-338

Bosarge, PM (2007) Effectiveness of barrier methods for sexually transmitted infection prevention In A.L Nelson & Woodward (Eds), Sexually Transmitted diseases: A Practical Guide for Primary Care. New Jersey: Humana Press

Efficacy of an adapted HIV and sexually transmitted infection prevention intervention for incarcerated women: a randomized controlled trial. Fogel CI, Crandell JL, Neevel AM, Parker SD, Carry M, White BL, Fasula AM, Herbst JH, Gelaude DJ. American journal of public health.2015 Apr-Volume 105 Issue 4. Pages 802-809.

Organización Mundial de la Salud: Salud reproductiva e investigaciones conexas . Mejorando el acceso al cuidado de la calidad en la planificación familiar: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4<sup>a</sup> ed, Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2009.

Speroff L, Darney P: A Clinical Guide for Contraception, Fifth Edition, 2011 Canadian Contraception Consensus April 2004.

Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, Kulier R, Bloemenkamp K, Gülmezoglu AM. Types of Progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side – effects. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 May 11; (5) CD004861

Spencer, AL, Bonnema R, McNamara M. Helping women choose appropriate hormonal contraception: update on risks, benefits and indications. *The American Journal of Medicine*, Vol 122, N°6, June 2009.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. The American Society for Reproductive Medicine. Hormonal Contraception: recent advances and controversies. *Fertility and Sterility*. Vol 90, Suppl 3, November 200

Black A, Francoeur D, Rowe T, et al. Canadian Contraception Consensus. SOGC, Clinical Guidelines. N° 143, part 2 of 3, March 2004.

Amy JJ, Tripathi V. Contraception for women: an evidence based review. *BMJ*. Sep 2009; Vol 339: 563-8.

Anna F Glassier, Sharon T Cameron, Paul M Fine, Susan J S. Logan, William Casals, Jennifer Van Horn, Laszla Sogor, Diana L Blithe, Bruno Scherrer, Henri Mathe, Amelie Jaspard, Andre Ulmann, Erin Gainer, Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non inferiority trial and meta-analysis, *Lancet* 2010, 375, 555-62, January 29 2010.

WHO. Intrauterine devices (IUDs). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (3rd ed) Geneva: 2004: Reproductive Health and Research.

Misoprostol prior to inserting an intrauterine device in nulligravidas: A randomized clinical trial. Scavuzzi A, Souza ASR, Costa AAR, Amorim MMR. *Human reproduction* (Oxford, England). 2013. Vol 28 Issue 8 Pages 2118-25

Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception* 2003; 67:53-6.

Medical eligibility criteria for contraceptive use. OMS. Fourth edition, 2009;

2. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2011.

United States Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Adapted from World Health Organization Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. MMWR; 2010.

Speroff L, Darney P. A clinical Guide for contraception. 4 ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005

Rebeca S. French, MSc, PhD Senior Lecturer in Sexual Health, Francis M Cowan, MMBS, MRCP, MSc, MD, FRCPE, FRCP, Senior Lecturer. Contraception for Adolescents. Best Practice and research clinical obstetrics and gynecology 23 (2009) 233-247

Narayanan Krishnamoorthy MBBS, Colin D. Simpson PhD, JonhTownend et al. Adolescent females and hormonal contraception: Retrospective study in primary care. J. of adolescent. Health 42 (2008) 97-101.

Longitudinal Analysis of histologic high- grade disae after negative cytology acording to endocervical status. Mitchell Hs Cancer 2001; 93(4)237

Loss to follow of cervical smears without endocervical columnar is not disturbing. TA Cken MA Braspenning JC Mulder J Hermens RP Nelen LVL Bakker DH RP Eur J Gyand Oncol. 2006 27(1)42