

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

EMERGENCY ANTICONCEPTION IN AN EMERGENCY DEPARTMENT OF RURAL PRIMARY CARE

Autoras: Laura Aparicio Cilla, Rosa Fernández Artola, Cristina Pérez del Río

Dirección de contacto: laura.aparicio@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Aparicio Cilla L, Fernández Artola R, Pérez del Río C. Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias de Atención Primaria rural. NURE Inv [Internet]. Ene-feb 2013 [citado día mes año]; 10(62):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE62_original_anticoncepcion.pdf

Fecha recepción: 01/10/2012

Aceptado para su publicación: 24/10/2012

Resumen

El **objetivo** es conocer las características de la demanda de Anticoncepción de Emergencia (AE). Es un estudio descriptivo transversal durante el período comprendido entre agosto 2007 y enero 2011 en el servicio de urgencias del Centro de Salud de Medina de Pomar.

Resultados: Solicitaron AE 98 mujeres, con una edad media de 34 (rango: 15-53 años); el 18,3 % era menor de edad. El 87,8% acudió en horario diurno y el 12,2% en horario nocturno. Los días de semana donde hubo más demanda fueron los fines de semana: 63,3 %, Respecto al domicilio, mujeres residentes en Medina de Pomar son el 35,7% frente al 64,3 que proceden de otras localidades.

Conclusiones: La mayoría de las mujeres que solicitaron AE eran jóvenes, frecuentaron el servicio de urgencias durante los fines de semana y principalmente en horario diurno. Más de la mitad residían en otras localidades.

Palabras clave

Mujeres, Relaciones sexuales, embarazo no deseado, anticoncepción y Atención Primaria de Salud.

Abstract

The **objective** is to know the demand for Emergency Contraception (EC). It is a transversal descriptive study during the period between August 2007 and January 2011 in the emergency department of Health Primary Care of Medina de Pomar.

Results for EC 98 women, with a mean age of 34 (range: 15-53 years), 18,3 % were minors. 87,7 % attended during the day and 12,2% at night. The days of the week were the most requested weekends: 63,3 %. Respect to address, women living in Medina de Pomar were 35,7 % versus 64,3 % that from other localities.

Conclusions: Most of the women who sought EC were young, frequented the emergency department during weekends and especially during daytime. More than half lived in other locations.

Key words

Women, coitus, unwanted pregnancy, contraception, Health primary care.

Centro de Trabajo: Centro de Salud Medina de Pomar (Burgos).

INTRODUCCIÓN

La Anticoncepción de Emergencia (AE) puede ser definida como la utilización de un fármaco o sustancia, un mecanismo o un dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida (1-5), antes de que se haya implantado el óvulo, con el objetivo de evitar un embarazo no deseado.

La AE también es conocida como contracepción de urgencia, intercepción postcoital y píldora del día después.

La historia de la AE (2) se remonta a los años veinte, con la experimentación de dosis altas de estrógenos en monos. A mediados de los años sesenta comenzaron a usarse en humanos. En los setenta se emplearon anticonceptivos orales combinados a base de etinilestradiol y levonorgestrel en 2 dosis, la primera administrada antes de que hubieran transcurrido 72 h después del coito desprotegido, y la segunda 12 h después de ésta (método Yuzpe). Por esta misma época se analizaron los primeros ensayos con levonorgestrel y en 1976 se dio a conocer por primera vez la inserción postcoital de un dispositivo intrauterino (DIU) con fines de aplicación de emergencia (3). En 1998 un grupo de investigación de la Organización Mundial de la Salud (4) publicó un ensayo aleatorizado en el que se puso de manifiesto la mayor efectividad del levonorgestrel (dos dosis administradas con un intervalo de 12 h) frente al método Yuzpe, siendo en la actualidad, el utilizado en los servicios de urgencias de Atención Primaria en Castilla y León. En el mercado existen dos preparados: Norlevo® 1500 mcg 1 comprimido y Postinor® 750 mcg 2 comprimidos (6-7).

El principal mecanismo de acción del levonorgestrel, una hormona sintética, se produce a varios niveles: inhibe la ovulación si ésta aún no se ha producido en el momento del coito, dificulta la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide y, en el caso de que ésta ya se hubiese producido, evita la implantación del óvulo fecundado en el útero (8).

Las reacciones adversas más comunes asociadas a levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia son las náuseas. Otras reacciones adversas muy frecuentes incluyen: cefalea, mareos, fatiga, dolor gastrointestinal, sangrado, retraso de las menstruaciones, menstruaciones abundantes y aumento de la sensibilidad mamaria. Todas ellas están convenientemente reflejadas en el prospecto (6-7).

La maternidad no planificada y las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) son una realidad in-

negable en nuestro país. Se trata de situaciones no deseables y especialmente preocupantes cuando las que la sufren son adolescentes (9).

La juventud en España y también en Castilla y León, inicia las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. Según los datos de España del Estudio sobre conductas de los escolares relacionados con la salud de 2006 de la Organización Mundial de la Salud y en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, las chicas y chicos españoles tienen su primera relación sexual antes de los 16 años.

Además, según datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2010, en España se produjeron 11.49 por 1000 interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres de edad fértil frente a 5.52 por 1000 de 1997. Esto significa que el número de IVE ha aumentado en los últimos años un 10,9 % (10).

Si la AE supone un excelente recurso para evitar hasta un 80% de los embarazos no deseados, cabría esperar que su uso fuese amplio entre la población de edad fértil, pero todos los autores que han publicado sobre este tema están de acuerdo en que la AE es un método poco utilizado, aún a pesar de que puede suponer una importante ayuda para las mujeres que la utilizan (11).

El Sistema Sanitario garantiza la accesibilidad a la AE a todas las usuarias que la soliciten (5), preservando la confidencialidad (12) y prestando una asistencia protocolizada, no obstante, desde septiembre de 2009 (13) se dispensa de forma libre en oficinas de farmacia, sin necesidad de prescripción facultativa y debiendo abonar para obtenerla un cantidad de alrededor de 20 euros.

La Atención Primaria tiene una mayor accesibilidad que la Asistencia Especializada, por lo tanto la AE de modo preferente se solicitará en los Centros de Atención Primaria (14). Los facultativos que desempeñan sus funciones en los Equipos de Atención Primaria y Centros de Urgencia de Atención Primaria están plenamente capacitados para su prescripción.

Toda mujer que acuda al Sistema Sanitario solicitando AE, una vez que ha recibido la información sobre qué es la píldora postcoital, complicaciones y riesgos, así como las contraindicaciones, con conformidad libre, voluntaria y consciente, dará su consentimiento informado (15).

El objetivo del estudio es conocer las características de la demanda de AE en el servicio de urgencias del Centro de Salud de Medina de Pomar (Burgos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal durante el período de tiempo comprendido entre agosto 2007 a enero 2011.

La población de estudio son las mujeres que acudieron demandando AE tras un coito de riesgo al Servicio de Urgencias de Atención Primaria del C.S. Medina de Pomar (Burgos).

Todos los casos fueron registrados por el personal de guardia, dentro del horario de funcionamiento de Atención Continuada (entre las 15:00 y las 08:00 de lunes a viernes, y de 08:00 a 08:00 sábados, domingos y festivos).

La obtención de datos se realizó mediante la revisión de los consentimientos informados y los registros en los libros de guardias. El registro de los casos se llevó a cabo de forma simultánea durante la solicitud de AE y sólo se han tenido en cuenta a los que figuraban en ambos, consentimiento informado y libro de guardias.

Se midieron las siguiente variables: edad de las usuarias, horario de asistencia al Servicio de Urgencias del Centro de Salud, día de la semana, lugar de residencia, mes del año.

RESULTADOS

Se han recogido 98 consentimientos informados correctamente firmados, de mujeres que acudieron al centro solicitando AE. Estos 98 casos están también registrados en los libros de urgencias.

Se ha objetivado que algunos de los casos sólo se registraron en los libros de urgencias, sin encontrarse el consentimiento informado de los mismos.

La edad media de las mujeres fue de 34 años (rango: 15-53 años). El 37,8% tenía edades comprendidas entre los 20 y los 30 años, el 45,9% eran menores de 20 años y el 16,3% mayores de 30 años. Es importante destacar el hecho de que el 18,3% eran menores de edad.

Respecto al domicilio, el 35,7% residía en el mismo municipio en que se encontraba el Servicio de Urgencias del Centro de Salud, frente al 64,3% que eran mujeres desplazadas de su lugar de residencia.

En los meses de invierno la demanda de AE es de un 17,3%, en primavera de un 9,2%, en verano de un 46,9% y en otoño de un 26,5%.

Figura 1. Frecuentación según el día de la semana.

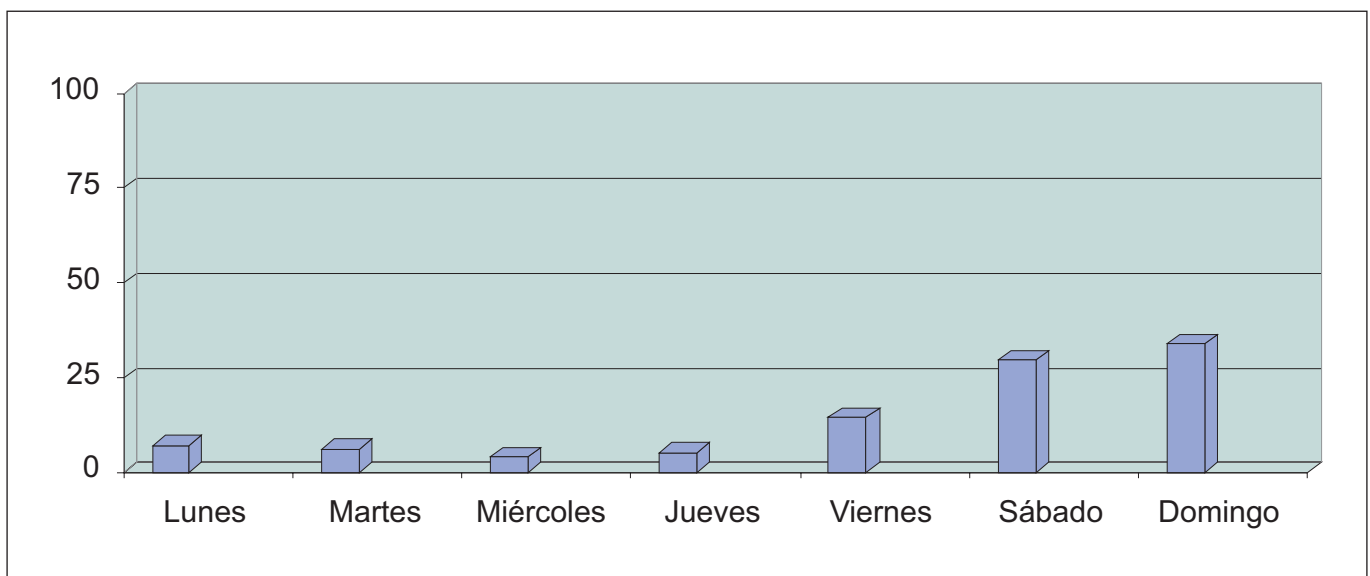


Figura 2. Frecuentación según su procedencia.

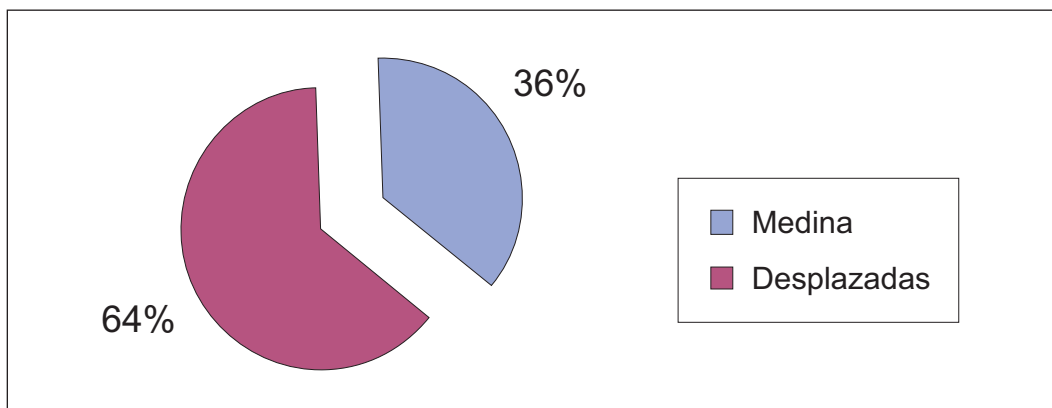
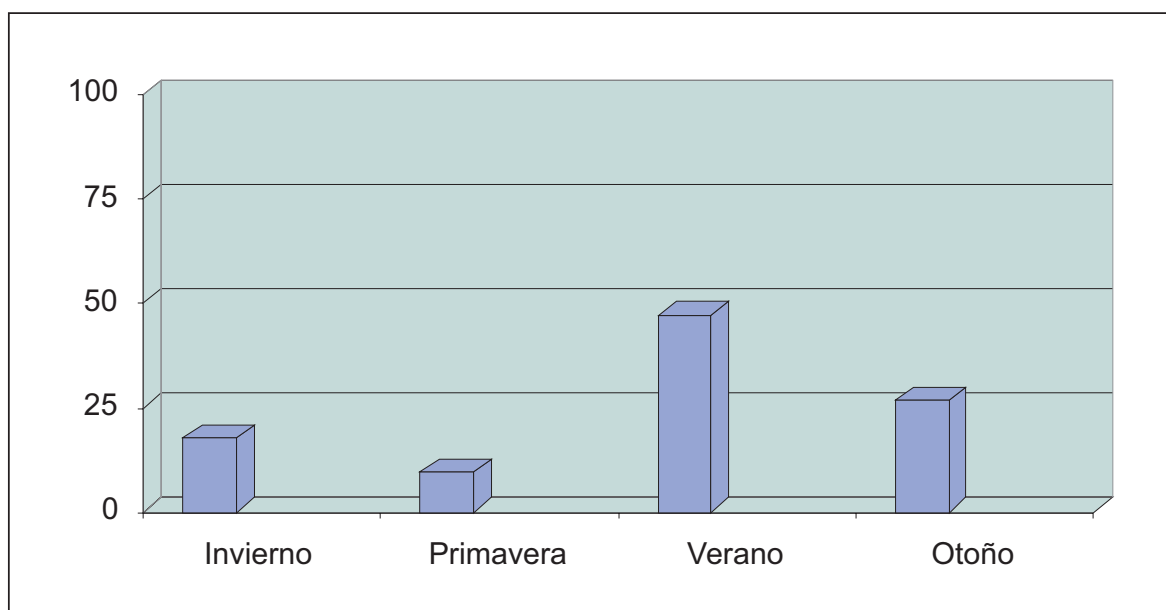


Figura 3. Frecuentación según la época del año.



DISCUSIÓN

Se ha trabajado con una muestra de 98 mujeres, pero en realidad la demanda de AE ha sido mayor, ya que en algunos casos, no se cumplió el requisito de tener el consentimiento y el registro en el libro de guardias simultáneamente.

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con los encontrados en distintas publicaciones nacionales e internacionales. En general, se trata de mujeres jóvenes, menores de 20 años. A

destacar los casos de menores de edad (un 18.3% en nuestro estudio), un dato superior a otros estudios consultados, con un 4,45% y un 9,9% respectivamente.

La demanda de la AE se llevó a cabo fundamentalmente durante los fines de semana y días festivos, dato coincidente con otros estudios, pero es significativo que el mayor porcentaje acude a solicitarla en horario diurno en nuestro centro (un 87,8%), cuando en el resto de publicaciones se da en horario nocturno.

No hemos encontrado datos en otros estudios sobre el lugar de residencia y la época del año en que más se demanda AE.

CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres que demandan AE son mujeres jóvenes. Aunque en otros estudios no se tengan en cuenta variables como los meses del año y el lugar de residencia, a nosotros, en el ámbito rural, y debido al aumento de población que tiene nuestro municipio en la época estival, nos parecía interesante observar qué ocurría. Lo mismo pasa con la población, que en su mayoría, no residen en Medina de Pomar, unos porque están de paso y otros porque se trasladan de poblaciones cercanas para adquirir la píldora del día después.

Pensamos, que en un futuro, sería conveniente modificar el modelo de consentimiento informado, de modo que se pudiera obtener el perfil de las mujeres que solicitan la AE: nivel sociocultural, tiempo transcurrido desde el coito hasta solicitud AE, utilización de método anticonceptivo habitual, uso anterior de AE así como insistir en un correcto registro.

Como matronas y enfermeras, debemos ser conscientes de que la AE no debe reemplazar a la anticoncepción regular, y por ello debemos mejorar la educación e información a jóvenes y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez D, Arribas L, Cabero L. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Documento de consenso de las sociedades SEGO, SEC y semFYC. [Internet]. 2004. [acceso 3 de septiembre de 2012]. *Disponible en:* <http://www.sec.es/guiaanticon/guia.html>
2. Vergara Cano JC, López-Guerrero Almansa A, López López F. Anticoncepción de Emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 34:279-85.
3. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital cooper. *T Adv Plan Parent* 1976; 11: 24-9
4. WHO. Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352:428-33
5. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Guía de Anticoncepción de Emergencia; 2005.
6. Ficha técnica de NorLevo. [Internet]. [acceso 3 de septiembre de 2012]. *Disponible en:* <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do>
7. Ficha técnica de Postinor. [Internet]. [acceso 3 de septiembre de 2012]. *Disponible en:* <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do>
8. Organización Mundial de la Salud. Hoja Informativa sobre la seguridad de las píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo (PAE-LNG). [Internet]. [acceso 3 de septiembre de 2012]. *Disponible en:* http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_spa.pdf
9. Brasa Andrés J, Celada Pérez MS, Estepa Jorge AI, Méndez Ortiz de Zárate MM. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción de emergencia: una perspectiva desde la adolescencia. *Index Enferm.* 2007; 16: 22-5
10. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de interrupciones voluntarias de embarazo. Anuario estadístico de España. [Internet]. 2011. [acceso 31 de agosto de 2012]. *Disponible en:* <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
11. Lete Lasa I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de Emergencia. *Aten Primaria* 2001; 28:59-68.
12. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Informe sobre la necesidad de un cambio en el actual modelo de dispensación de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE). Madrid; 2012.
13. Sección de Contracepción de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Sociedad Española de Contracepción. Barcelona; 2012.
14. Ros C, Miret M, Rué M. Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. *Gac Sanit.* 2009; 23: 496-0
15. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Guía de Consentimiento Informado; 2004.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Dña.:

De años de edad, con domicilio en:

Y con D.N.I.

Declaro:

Que el doctor/a me ha informado:

- Que la píldora del día después es un método anticonceptivo de emergencia de uso ocasional, consistente en la administración de 150 mg de Levonorgestrel. En ningún caso sustituye al método anticonceptivo convencional; siendo los métodos anticonceptivos de emergencia menos efectivos que los convencionales.
- Dicho método no evita el embarazo en todos los casos, y tampoco si se mantienen relaciones sexuales durante y posteriormente al tratamiento sin protección.
- No es un método abortivo, si la paciente estuviera embarazada no altera el curso de la gestación.
- Dicho tratamiento se debe iniciar en las primeras 72 horas postrelación sexual no protegida o fallo de método, estando su eficacia relacionada con el inicio precoz del tratamiento.
- No protege de las enfermedades de transmisión sexual.

Complicaciones y riesgos:

- Alteraciones menstruales: 61% de los casos la regla aparece en su fecha, 28% se adelanta y en el 11% de los casos se retrasa.
- Náuseas y vómitos.
- Dolor abdominal o cefalea, mareos o aumento de la sensibilidad de las mamas.
- En los casos de mala absorción grave o toma de medicación que sea inductora enzimática, pueden existir interacciones farmacológicas y descenso de la efectividad de dicho tratamiento.

Contraindicaciones:

- Hepatopatía grave.
- Sensibilidad de los componentes del tratamiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado y aclarado las dudas que se me plantean. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, consiento.

Burgos, a de 20....

El Médico La Paciente