

ORIGINAL

Anticoncepción de urgencia: ¿los nuevos médicos de familia nos mostramos dispuestos a utilizar la píldora del día después?

Gómez Jiménez FJ¹, Bullejos López AL².

¹ M.I.R. en la especialidad de MFyC; ² Especialista en MFyC. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén).

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA: ¿LOS NUEVOS MÉDICOS DE FAMILIA NOS MOSTRAMOS DISPUESTOS A UTILIZAR LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS?

Objetivo: Conocer en los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (M.I.R de M.F.yC) su opinión sobre la disposición a utilizar la «píldora poscoital» (ACHO-P) y forma de usarla.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Hospital.

Población y muestra: Todos los M.I.R de M.F.yC. de la provincia de Jaén.

Intervenciones: Encuesta secreta por cuestionario.

Resultados: Encuestados 79 MIR (34 hombres y 45 mujeres), edades entre 25 y 47 años (IC: $29,9 \pm 4,6$). El 96,4% conoce al menos 1 método ACHO-P. No existen diferencias entre hospitales, edad o sexo. El 23% no estaba dispuesto a usarla (78% de ellos por motivos religiosos) ($p < 0,005$). El 24% prescriben a todas las solicitantes; el resto (53%) prescriben, pero no en embarazo demostrado por analítica ni en menores de 18 años si acudían sin sus padres. Entre quienes prescriben; explican opciones previas el 50,8%, los riesgos el 97,7% sin intentar disuadirlos creyendo que se trata de una decisión personal (27%). Usan levonorgestrol y método Yuzpe. La media de prescripciones ($7,4 \pm 5,9$) por médico/año.

Conclusiones: Observamos 3 patrones de conducta: no prescriptor de ACHO-P por motivos religiosos, prescriptor a todas las pacientes que los solicitan y prescriptor salvo casos concretos (más controvertido el caso de menores). Se realiza educación sanitaria y dominan dos pautas de tratamiento.

Palabras clave: anticoncepción, poscoital, adolescente.

EMERGENCY CONTRACEPTION: HOW WILLING ARE NEW GENERAL PRACTITIONERS TO USE THE "DAY AFTER PILL"?

Objectives: To obtain the opinion of resident doctors (M.I.R.) in family and community medicine regarding the use of and their predisposition to prescribe the post-coital pill.

Design: A descriptive study.

Setting: Hospital.

Population and sample: All residents specialized in family and community medicine in the Province of Jaen.

Interventions: Anonymous interviews by questionnaire.

Results: 79 M.I.R (34 men and 45 women) between the ages of 25 and 47 (CI: 29.9 ± 4.6) were interviewed. 6.4% of those interviewed were familiar with at least one method, ACHO-P. No differences were found when compared according to age, sex or hospitals. 23% indicated they would not be willing to prescribe ACHO-P (78% of them for religious reasons) ($p < 0.005$). 24% said they would prescribe the treatment to all who requested it; and the rest (53%) said they would prescribe it, but not in cases where pregnancy had been confirmed through an analysis or in women under 18 years of age unaccompanied by their parents. Among the M.I.R who would prescribe, 50.8% of them would provide information on other options and 97.7% would explain possible risks involved, but without trying to discourage its use since the MIR believe this to be a personal decision (27%). They use levonorgestrol and the Yuzpe method. The average number of prescriptions made by the doctors is 7.4 ± 5.9 per year.

Conclusions: We detected three behavioral patterns: those who would not prescribe ACHO-P for religious reasons; those who would prescribe the drug to all patients who requested it; and those who would prescribe the drug with some specific exceptions (more controversial when minors are involved). Health education is provided and two forms of treatment predominate.

Key words: contraception, postcoital, adolescent.

Correspondencia: F.º Javier Gómez Jiménez. Avd. José Antonio n.º 1, 1.º A. 11160 Barbate (Cádiz). Tlf: 606 038 875. E-mail: javigomed@hotmail.com

Recibido el 12-03-2003; aceptado para publicación el 02-09-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 3: 184-190.

Introducción

En el año 1977 A. Yuzpe describió que la utilización de combinaciones de estrógenos y gestágenos podía usarse como método de anticoncepción de urgencia inmediata al coito, pero hasta 1997 la FDA no aprueba para este fin el método de Yuzpe consistente en la administración de dos tomas de 100 mcgr de Etinilestradiol junto a 500 mcgr de Levonorgestrel (dos grageas en cada toma de un preparado monofásico que contenga 50 mcgr de Etinilestradiol y 250 mcgr de Levonorgestrel), separadas por un intervalo de tiempo de 12 horas. Este hecho condicionó que una encuesta realizada en el año 2000 a nivel de ginecólogos y población general revelara que el 36% de los encuestados sabía que se podían tomar medidas para prevenir el embarazo tras el coito y sólo el 1% había utilizado en alguna ocasión este recurso ¹.

En Abril del año 2001 se aprueba en España la indicación como anticonceptivo de emergencia de un medicamento compuesto por 750 microgramos de Levonorgestrel, con el cual se simplificaban las pautas y se obtenía una eficacia similar e incluso superior a los métodos anteriores (80-85%) ^{2,3}. En nuestra comunidad autónoma el 27% de los embarazos no son deseados y de estos en el 91% de los ocurridos en menores de 19 años no se usaba ningún método anticonceptivo ⁴.

Ante estos hechos y argumentando que durante el año 1999 se habían obtenido en Andalucía cifras de 32.000 embarazos no deseados y de 1771 interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 20 años de edad ⁵; la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía decide emitir una circular interna en Mayo de 2001 ⁶ en el marco del Plan de Atención a los problemas de salud de los Jóvenes Andaluces, donde se consideraba la conveniencia de introducir la «píldora poscoital» (ACHO-P) en todos los centros dependientes de este organismo (centros de salud, hospitales, servicios de planificación familiar y de atención y educación sexual a jóvenes) dentro de la medicación disponible en los botiquines de urgencias con el fin de ser facilitada gratuitamente a todas las mujeres que la demandaran. El grupo con edades comprendidas entre los 13 y 24 años es presumiblemente el principal demandante de esta terapia puesto que entre ellas es mayoritaria la población que inicia su actividad sexual sin tener la suficiente información sobre las opciones anticonceptivas previas al coito ⁸.

La Consejería de Salud plantea en el dossier de información destinado a los profesionales, que en el caso de menores de edad demandantes de la ACHO-P, el médico sea quién juzgue la madurez de la misma y de considerarla suficiente, le facilite la medicación, no siendo necesaria la presencia de sus padres para prescribir esta terapia a la paciente ⁵. La cobertura legal de este punto se basa en

los artículos 154.1 y 162.1 del Código Civil ¹² donde se reconoce que la actitud sexual de las personas correctamente desarrolladas corresponde a ellas mismas y al derecho a la disposición del propio cuerpo; sin embargo en el Código Penal (artículos 155 y 156) se considera necesario el consentimiento de los representantes legales de un menor ante todo acto médico dirigido a este ^{7,13}. Además de este punto de conflicto, la polémica surgió en el mismo momento de aparecer la indicación poscoital; determinados grupos sociales consideraban abortiva a esta terapia ⁹. Los médicos, como colectivo integrado en la sociedad, no están exentos de esta polémica y también se han posicionado a favor o en contra de la ACHO-P, surgió así un movimiento de «objección de conciencia» entre los facultativos que se negaban a prescribirla.

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio fue conocer en los médicos residentes en la especialidad de M.F y C, futuros médicos de familia, su opinión y disposición para prescribir la anticoncepción de urgencia.

En aquellos que se posicionan entre los no dispuestos a su uso, conocer las razones que consideran para tomar esta opción. Respecto a los que si la prescriben, queremos saber sus pautas de actuación: si en la entrevista con la paciente se realiza educación sanitaria y su sentido (educativo o disuasorio); si se le administra la medicación a todas las personas solicitantes o bien hay alguna limitación en su uso y por último saber los métodos anticonceptivos poscoitales conocidos y los empleados.

Pulsamos la opinión de los MIR frente a la de los médicos que ya ejercían en los servicios de urgencias por varios motivos:

- 1.º Mantiene una visión más idealizada de la práctica médica y sus convicciones personales suelen ser más fuertes.
- 2.º Los MIR están menos influidos por la carga asistencial y las presiones laborales (Burnout).
- 3.º Es la opinión de los futuros médicos de atención primaria y de los dispositivos de urgencias.
- 4.º Tienen una visión más actual y una posición más cercana, por su edad, a la población diana. Asimismo, es difícil que su objetividad varíe por ser padres (hecho más frecuente entre otros médicos de mayor edad)
- 5.º Los residentes por estar en una etapa docente están más familiarizados con la realización de estudios y su colaboración es mayor cuando se les solicita.

Otra decisión que tomamos fue realizar la encuesta sólo a MIR de M.F y C pues somos, dentro de los residentes de distintas especialidades quienes nos encontramos en

primer lugar con la demanda de la ACHO-P durante las guardias de presencia física en los servicios de urgencias de los hospitales y centros de salud donde realizamos nuestra formación.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo, transversal, que se realizó entre los MIR de M.F y C de los hospitales de la provincia de Jaén: S. Juan de la Cruz (Úbeda), S. Agustín (Linares), Princesa de España (Jaén) y Ciudad de Jaén (Jaén); dentro de la misma unidad docente. La recogida de datos se efectuó mediante un cuestionario anónimo que fue entregado personalmente a todos los residentes y recogida a lo largo de la semana posterior según preferencia de los encuestados.

La encuesta constaba de 4 preguntas generales: 3 de carácter sociodemográfico y la cuarta sobre el conocimiento de los métodos que existen de anticoncepción poscoital. Si los encuestados se posicionaban entre los partidarios de la prescripción, debían responder otras 6 preguntas con respuesta dicotómica que debían razonar de forma abierta. Si la posición era no prescribirla, debían contestar dos preguntas; una con diversas opciones sobre los motivos y otra dicotómica que planteaba si esta posición podía cambiar en función de las circunstancias.

Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS 7.5 para Windows. Se describieron media, frecuencia, error estándar e intervalos de confianza. La asociación o independencia de las variables cualitativas se contrastaron mediante Chi-cuadrado (χ^2), considerándose significativa la asociación si $p < 0,05$.

Resultados

Se encuestaron a 79 MIR: 17 del Hospital S. Juan de la Cruz (Úbeda), 17 del Hospital S. Agustín (Linares), 21 del Hospital Princesa de España (Jaén) y 24 del Hospital Ciudad de Jaén (Jaén); de ellos 34 eran varones y 45 mujeres, con edades comprendidas entre 25 y 47 años (I.C del 95%: $29,9 \pm 4,6$), se obtuvo una tasa de respuesta del 100%.

El 94,9% (ERROR ESTANDAR [EE]: 2,4) de los encuestados conocía al menos un método ACHO-P, de los cuales el 96,4 % (EE: 2,09) referían entre ellos la pauta de Levonorgestrel 750 mcgr ($p < 0,0005$).

Respecto a su disposición a prescribir ACHO-P no se encontraron diferencias significativas cuando lo analizamos en función de los factores edad, sexo, hospital de procedencia del encuestado y año que cursaba la residencia en M F y C. Se observaron tres patrones de actuación (**Gráfica 1**).

El 23% de los residentes se posicionaban en el grupo que no se mostraba dispuesto a prescribir la ACHO-P. De ellos, el 78% (EE: 10,5) tomaba esta opción por considerarla desde el punto de vista religioso, una práctica abortiva ($p = 0,018$). Otro punto que consideramos en nuestra encuesta fue conocer si se planteaban la prescripción de la anticoncepción de emergencia en situaciones concretas que se pudieran presentar en el futuro; el 36,4% (EE: 11,3) de ellos consideraban esta posibilidad en los casos de un embarazo que supusiera un elevado riesgo vital

para la madre; como puede representar la presencia de una cardiopatía importante que contraindicase el mismo (**Gráfica 4**).

En el otro margen se encontraba el 77% de los encuestados (EE: 4,72), posicionados en el grupo dispuesto a prescribir la ACHO-P. Pero tampoco aquí nos encontramos que existiera unanimidad para utilizar este método de urgencia en las mujeres solicitantes y así aparecen dos tendencias de actuación:

Por un lado hay un grupo de los residentes que prescriben la ACHO-P a todas las mujeres que lo solicitan sin que se planteen, a priori, inconvenientes a ello y suponen el 31,1% (EE: 5,9); sin embargo el grupo mayoritario (I.C del 95%: $68,9 \pm 11,6$) es aquel que recogía a quienes aún estando dispuestos a prescribirla, no lo hacían de forma universal ($p = 0,0032$), sino que eran reticentes a utilizarla en las mujeres menores de edad que acudían sin venir acompañadas de sus padres o tutores. Asimismo mantenían esta postura en otros casos; cuando existieran evidencias de coito realizado con una anterioridad a la demanda mayor de 72 horas (coinciden en realizar test de gestación previo), o bien sospechas de cualquier tipo de contraindicación al tratamiento (**Gráfica 2**).

En general entre quienes prescriben es un hábito frecuente la realización de educación sanitaria (IC del 95%: $93,4 \pm 6,23$) con tres objetivos fundamentales; que se conozcan las opciones anticonceptivas previas (50,8%) (EE: 6,4) tanto en relaciones estables como en las esporádicas, prevenir la excesiva utilización de este sistema de anticoncepción de urgencia (21,3%) (EE: 5,2) y con intención de evitar el aumento de las E.T.S (6,6%) (EE: 3,1).

Un capítulo importante lo constituye la importancia que le prestan los encuestados a la explicación de los efectos secundarios y los riesgos (97,7% de ellos la realizan) (**Gráfica 3**); para que por una parte la paciente sepa identificarlos en caso de su aparición y asuma estos riesgos que puedan generarse del uso y abuso de la terapia empleada ($p < 0,05$). Sin embargo, no se plantea entre los MIR la intención de disuadir a la paciente pues se considera que se trata de una decisión personal (34,2%) (EE: 6,07) ya asumida y meditada por la misma.

Entre los encuestados, la pauta de dos tomas de 750 mcgr de Levonorgestrel separadas por un intervalo de tiempo de 12 horas es la más utilizada (82%) (EE: 4,9) sin embargo el método Yuzpe, no ha sido aún desechado y es usada por el 49,2% (EE: 6,4).

La media de prescripciones de los diferentes métodos de anticoncepción de urgencia que fueron realizadas por cada médico residente a lo largo del año anterior fue de 7,4 (IC del 95%: $1,5 \pm 13,3$).

Conclusiones

Los Médicos que prescriben la ACHO-P a las mujeres demandantes de una forma universal y sin objeciones a priori; no creen que exista diferencias dentro de la población respecto a factores como nivel económico, situación familiar, raza, utilización o no de métodos anticonceptivos previos al coito, uso repetido de ACHO-P o la edad: la falta de mayoría de edad no es un impedimento para que puedan tomarla y de hecho es la población juvenil sobre la que tiene mayor impacto la terapia^{2, 5, 8}. Es considerado un método efectivo para disminuir las cifras de embarazos no deseados sin aumentar el número de coitos desprotegidos¹⁰. Debemos plantear en el mismo momento que atendemos a la mujer, sobre todo adolescente, demandante de este método anticonceptivo urgente que se establece el marco propicio para facilitarle el acceso a la educación sexual y a la planificación familiar. Es fundamental buscar la comunicación entre profesionales y usuarios para conocer sus temores, necesidades y mejorar la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos anteriores al coito; situando en su correcto lugar los efectos secundarios y los mitos preconcebidos que condicionan en muchos casos el inicio del empleo o el abandono de estas opciones¹¹.

En el grupo de médicos que se muestran reticentes a prescribir la ACHO-P a mujeres menores de edad que acuden demandándola sin venir acompañada por los padres, no consideramos que sean razones éticas o religiosas las que condicionan esta actuación, ya

que prescriben la ACHO-P en mayores de edad. El problema surge por el temor a las posibles consecuencias legales derivadas de la actuación que está realizando. Debe tomar una decisión respecto a si considera que la menor está en pleno derecho a la disposición del propio cuerpo (como argumenta el Código Civil) o bien debe solicitar el consentimiento paterno por estar realizando un acto médico (como prescribe el Código Penal)⁷. Por tanto en este caso se demanda una mayor definición y difusión del marco legal que ampara la implantación de la anticoncepción de urgencia en los centros sanitarios para que el médico pueda sentirse seguro en su labor, sea cual sea la opción que tome. Otro aspecto que nos ha llamado la atención dentro de este grupo ha sido comprobar como existen médicos que no se muestran dispuestos a asumir la prescripción de la ACHO-P de forma reiterada a la misma paciente, detrás de esta actitud se plantean dos posibilidades: por una parte que el médico considere que la paciente no tenga la madurez requerida para solicitar la ACHO-P (requisito que se recoge en el dossier de información técnica para profesionales sanitarios publicado por el SAS)⁵ y la otra por considerarse que la usuaria demandante no utiliza los medios educativos que se

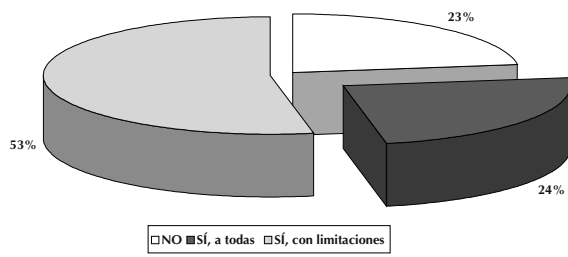
ponen a su disposición al informarse de los servicios donde puede obtener una información amplia y detallada de otras opciones anticonceptivas.

Debemos respetar la decisión de quienes no se muestran dispuestos a la prescripción de la ACHO-P por motivos éticos o religiosos puesto que se encuentran ante un derecho plenamente reconocido y el respeto es la única opción posible. Sin embargo, como profesional sanitario, debe asumir también el derecho de la mujer demandante a solicitar la prescripción y para ello está obligado a informarle donde puede acudir, dentro de las 72 horas de plazo, para satisfacer su demanda.

Por último, pensamos que la disposición de nuestros compañeros a responder a la encuesta, la privacidad en la obtención de las mismas y el hecho de no prejuzgar las actuaciones fueron determinantes para que participaran el total de residentes. Sin embargo, la información se ha recogido con un mínimo de preguntas y han quedado excluidos otros datos de gran interés como son los referentes a los conocimientos que tiene el médico sobre el tema de la anticoncepción poscoital. Pero recordemos que nuestro estudio fue siempre orientado hacia la disposición a prescribir; pensamos que según sea ésta, así será el interés que despierte la anticoncepción de urgencia en el médico de familia y el grado de implicación que tome en este recurso asistencial.

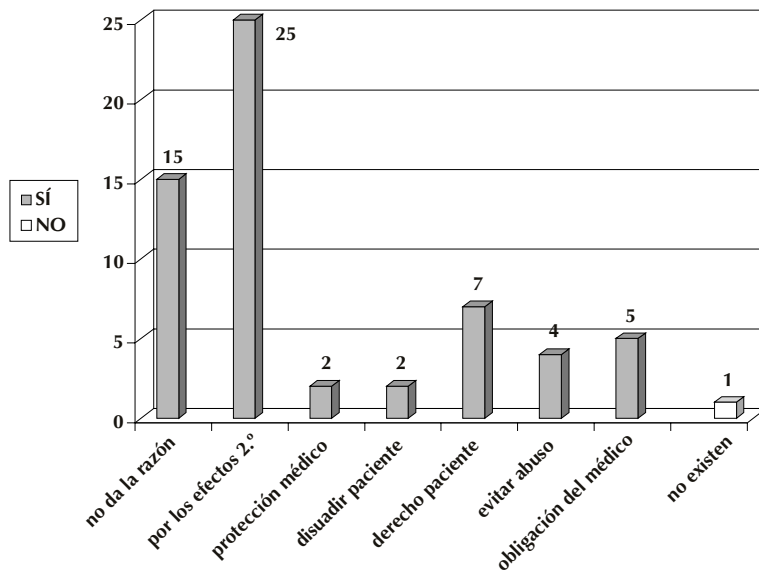
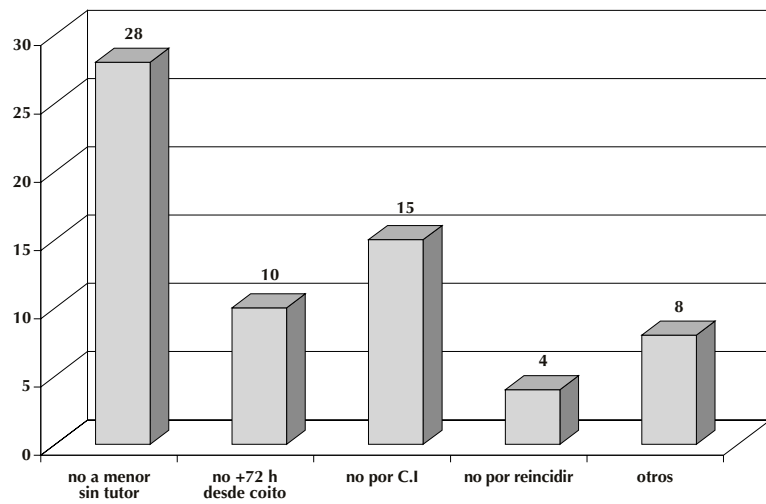
Bibliografía

1. Lete Lasa I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria* 2001; 28:59-68.
2. Ramírez Hidalgo A. Intercepción poscoital. *FMC en Atención Primaria* 2000; 7: 187-194.
3. Grimes DA, Raymond EG. Emergency contraception. *Ann Intern Med* 2002; 137: 237-8.
4. Plaza Alarcón E, Ruiz de Adana Berbel MJ, Alguacil Cubero P, López Ortiz F, Baena Gamus L, Enriquez Maroto F et al. Estudio epidemiológico sobre embarazo no deseado. *Aten Primaria* 1994; 13: 77-9.
5. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Dossier de información técnica para profesionales sanitarios sobre anticoncepción de emergencia; 2001.
6. Servicio Andaluz de Salud. Circular Interna 8 de Mayo de 2001; 2001.
7. Robledo Martín E, Voces García D. Cobertura legal de anticoncepción en adolescentes. *Aten Primaria* 1997; 20: 573.
8. Guillén Antón MV, Guillén Antón J, Adán Gil F. Adolescencia y anticoncepción. *Aten Primaria* 1994; 14: 87.
9. Otte A. La píldora del día después: ¿Salud reproductiva para adolescentes? *Revista Arbil*. URL: [http://www.ctv.es/users/mmori/\(40\)salu.htm](http://www.ctv.es/users/mmori/(40)salu.htm). Última actualización: Enero 2002.
10. González Vanegas O, Amaya Navarro F, Cruz Martínez M, Molina García FS, Anaya Blanes F, Delgado Martínez L et al. Demanda de anticoncepción de emergencia en el ámbito hospitalario. *Investig clin* 2002; 5: 304-308.
11. Lete Lasa I, Domingo Álvarez J. Intercepción postcoital hormonal. En: Lete Lasa I, editor. *Curso de Habilidades en Anticoncepción para Médicos de Atención Primaria y Planificación Familiar*. 1.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 1999. p. 75-80.
12. Código Civil. Madrid: Textos Legales Universitarios; 1999. p. 47-64.
13. Código Penal. Madrid: Textos Legales Universitarios; 1999. p. 63.



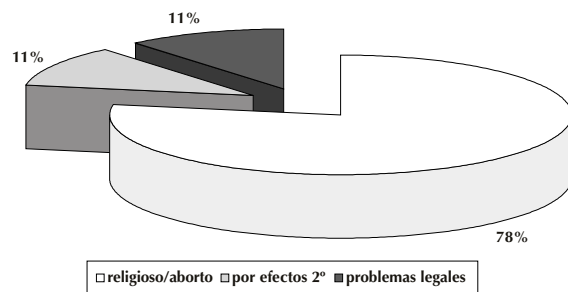
GRÁFICA 1
¿ESTÁS DISPUESTO A USAR LA ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL?

GRÁFICA 2
SITUACIONES PARA NO PRESCRIBIR ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL



GRÁFICA 3
¿EXPLICAS LOS RIESGOS?

GRÁFICA 4
MOTIVOS PARA NO PRESCRIBIR LA ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL



ENCUESTA

ANEXO

1. EDAD: _____ 2. SEXO: M F 3. Año de residencia:

4. ¿Qué anticonceptivos de uso habitual en Anticoncepción poscoital conoces?

ELIGE UNA DE LAS DOS OPCIONES SIGUIENTES EN FUNCIÓN DE TU OPINIÓN SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL:

Me posiciono entre los que estoy dispuesto a utilizarla:

(si aun no has prescrito ningún tratamiento piensa como actuarías en este momento)

1. ¿Explicas las posibles opciones de anticoncepción previa al coito?

- Sí
- NO

¿porqué? _____

2. ¿Explicas los riesgos que asume la paciente al usar el medicamento?

- Sí
- NO

¿porqué? _____

3. ¿Realizas habitualmente alguna analítica previa?

- Sí
- NO

¿cuál? _____
¿porqué? _____

4. ¿Intentas disuadir a la paciente antes de prescribirlle el tratamiento?

- Sí
- NO

¿porqué? _____

5. ¿Se la prescribes a todas las mujeres que te lo solicitan?

- Sí
- NO

En caso de respuesta negativa:

— Especificar en qué caso o casos no lo haces: _____

6. ¿Cuál o cuales has utilizado y a qué dosis?

7. ¿Cuántas veces has prescrito este tratamiento en el último año?

Me posiciono entre los que no estoy dispuesto a utilizarla:

1. ¿Por qué motivo no estás dispuesto a usar la anticoncepción poscoital?
(puedes elegir más de una opción)

- a) Por motivos éticos o religiosos.
- b) Porque no creo que sea un medicamento efectivo.
- c) Por el peligro que supone para la paciente.
- d) Por los riesgos legales que puede suponer.
- e) Porque creo que existen otros métodos mejores para evitar embarazos.
- f) Otros **(especificar)** _____

2. ¿Existe alguna situación que te haría usarla?

- Sí ¿cuál? _____
- NO