

## **Experiencia de una Consulta Joven en un Centro de Atención Primaria**

Ramírez Sosa S, Castellano Ojeda I, Martín Morillo C, Sellgren A, Gil Pérez J, Mesa Arocha D, Román Barbero M, Vera L, Álamo Hernández C

Centro de Salud Puerto del Rosario, Fuerteventura. Comunidad Canaria.

El número creciente de embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes, así como el incremento de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas SIDA, constituyen tres de los problemas de salud de mayor impacto en la comunidad Canaria y así lo recoge el Plan de Salud de Canarias. La experiencia de creación de espacios destinados específicamente a la atención de la sexualidad juvenil en los equipos de Atención Primaria, es novedosa y necesaria. El objetivo de este póster es dar a conocer nuestra experiencia a los diferentes colectivos relacionados con la salud así como conectar con la sociedad en la que nos desarrollamos como profesionales.

Nuestra experiencia comienza en 1999 cuando un grupo de profesionales ven la necesidad de crear un espacio dónde los jóvenes sean atendidos por profesionales formados, sin prisas, garantizándoles confidencialidad y anonimato. Desde Marzo del 2000 a Noviembre del 2001 hemos atendidos a 1052 jóvenes entre 12 y 33 años. Contamos actualmente con un equipo de profesionales multidisciplinar formado por un Trabajador Social, 2 médicas y 6 enfermeras. La Consulta Joven tiene su espacio en el Centro de Salud y en cuatro de los Institutos de enseñanza secundaria de la zona, con la intención de acceder a los jóvenes que por su edad o residencia les es más difícil acudir al Centro de Salud. Presentaremos los datos por edad y sexo, temas de consulta más frecuentes; número de primeras consultas y consultas sucesivas; número de jóvenes que venían solos o acompañados.

Esta actividad ha tenido gran aceptación por parte de los jóvenes, ha supuesto una gran satisfacción para los profesionales que ven que la respuesta a la demanda de los jóvenes se realiza de una manera ordenada y con criterios comunes. Pensamos que puede servir de estímulo a otros compañeros de Atención Primaria que vean la necesidad de dar respuesta a la demanda que los jóvenes nos plantean y abordar una problemática de salud de una manera alternativa.

## **Consulta joven: un reto logrado en Fuerteventura**

Gil Jimenez R, Gil Pérez J.

C.S. de Pto del Rosario, y Corralejo. Atención Primaria de Fuerteventura. Servicio Canario de Salud.

En muchos de los casos, la gente joven lo que realmente le gusta es “Pasárselo Bien”, sin tener en cuenta que a pesar de todo lo bueno que pueda obtenerse con esta forma de pensar-vivir, también conlleva de forma implícita unos riesgos causados en su mayoría por la inmediatez, la “ mala información”, la confusión y los miedos,...

De tal manera que con esta comunicación pretendemos exponer desde el origen de La Consulta Joven hasta su instauración en una Zona Básica de Salud en la isla de Fuerteventura, Canarias.

Partiendo de las hojas de registro, creadas por el propio equipo de la consulta, se pondrán de manifiesto los resultados obtenidos y altamente gratificantes

para los profesionales que en éste proyecto están trabajando, así como para la propia población joven de Fuerteventura.

## Variaciones de la Monocitemia a seis meses, al año y a los dos años de una primoinserción de dispositivo intrauterino

Montero Benítez M.A, Corona Virón P, Fernández Saavedra MS, García Aguirre S, Hernández Quintana GE.

Centro de Salud de San Pedro Alcántara (Málaga). Centro de Salud Baviera (Madrid). Hospital Militar de Las Palmas de G.C

### INTRODUCCIÓN

En la inserción de un dispositivo intrauterino (D.I.U.) la colocación de un cuerpo extraño liberador de Cu, en el organismo, puede producir reacciones leucocitarias.

### OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar si, en el caso de una primoinserción de D.I.U., los niveles de monocitemia se ven modificados a los seis meses, y si esta modificación se ve confirmada al año y a los dos años de la inserción.

### MATERIAL

120 mujeres que, en la Consulta de Planificación Familiar, solicitaron una primoinserción de D.I.U.

### MÉTODO

Fueron utilizados 3 tipos de D.I.U.s. Nova T, T 200 Cu y Multiload 375 Cu. Se insertaron 40 D.I.U.s de cada tipo. La monocitemia fue medida antes de la inserción, a los seis meses, al año y a los dos años. Se empleó el test de la t de Student para estudiar la existencia de diferencias significativas en los niveles de monocitemia comparando las medias y las desviaciones estándar de los tres análisis.

### RESULTADOS

Las diferencias entre los análisis son naturalmente altamente significativas ya que las variaciones son muy importantes y las tres variaciones muestran un aumento de la monocitemia.

Inserción	Media	Dsv.estándar	T Student	probabilidad
Antes	5,01	1,75		
6 meses después	5,97	1,58	4.481	< 0,001
1 año después	6,71	2,09	3.097	0,02
2 años después	7,52	1,88	3.176	0,01

### CONCLUSIONES

Podemos concluir que, a los seis meses de una primoinserción de D.I.U., las pacientes tienen un aumento altamente significativo de la monocitemia, y que esta tendencia se mantiene con un aumento significativo seis meses y un año después.

## **Utilización de los Dispositivos Intrauterinos. Estudio de las reservas férricas a uno y dos años.**

Montero Benítez MA, Corona Virón , Fernández Saavedra MS, García Aguirre S, Hernández Quintana GE.

Centro de Salud de San Pedro Alcántara (Málaga). Centro de Salud Baviera (Madrid). Hospital Militar de Las Palmas de G.C

### **INTRODUCCIÓN**

La progresiva utilización del dispositivo intrauterino (D.I.U.) implica un mejor conocimiento del mismo. Sabemos que los métodos anticonceptivos orales no implican alteraciones en los niveles de las reservas férricas.

### **OBJETIVOS**

Estudiar si la utilización de dispositivos intrauterinos (D.I.U.) provoca una pérdida de reservas férricas.

### **MATERIAL**

100 mujeres que realizaron primoinserción de D.I.U.

### **MÉTODOS**

Para comprobar si existían pérdidas férricas con los sistemas D.I.U., se han realizado antes de la inserción, un año después y dos años después, un análisis de sangre para observar los niveles de ferritina sérica. La ferritina sérica corresponde al 10% de las reservas férricas del organismo y es un parámetro muy fiable a la hora de determinar las posibilidades de regeneración hemoglobínica en el organismo.

### **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos se han evaluado estadísticamente con el Test de la t de Student y clásicamente se ha considerado que la diferencia es significativa si la probabilidad era inferior al 5%. Los análisis realizados antes de la inserción mostraron unos valores medios del  $44,21 \pm 30,37$ . Los realizados al año de la inserción dieron como resultado  $20,11 \pm 12,87$ . Los realizados a los dos años de la inserción mostraron un resultado de  $18,21 \pm 14,76$ . La probabilidad estadística al año era de 0,0428 y la probabilidad a dos años era de 0,0415.

### **CONCLUSIÓN**

Al año y a los dos años de una primoinserción de un dispositivo intrauterino las mujeres que utilizaban como método anticonceptivo este tipo de dispositivo sufrían una pérdida en las reservas férricas de forma significativa lo que debe ser un dato importante a tener en cuenta a la hora de elegir el método anticonceptivo.

## Nuestro primer caso con Mifegyne: aborto farmacológico como alternativa ante imposibilidad técnica para aborto quirúrgico

Centro Ginecológico Sirona. Gijón

González García A, Moreno Vela J.

### CASO CLINICO

Paciente de 37 a. que solicita I.L.E. en gestación de 6 semanas. Refiere ser portadora actual de D.I.U.

Antecedentes de 2 partos prematuros, uno de ellos también tras fallo de DIU.

Se realiza ecografía abdominal que confirma gestación de 6 sem., visualizándose el DIU muy desplazado respecto al saco gestacional. Dada la poca repleción vesical se practica ecografía vaginal apreciándose la presencia de un útero doble, con gestación en hemiútero izdo. y presencia de DIU en hemiútero dcho.(figs. 1 y 2)

La paciente desconoce ser portadora de dicha malformación(¡).

A la exploración se aprecia una vagina normal, con cérvix de múltipara por el que asoman hilos de DIU.

Tras inspección cuidadosa del introito se observa en cara sup. izda. un repliegue que daba entrada a una vagina y un cérvix atróficos (figs.3 y 4). Se extrae DIU y se aspira cavidad dcha., siendo muy dificultosa la visualización y dilatación del cérvix izdo. con imposibilidad de entrar en cavidad. Se decide entonces realizar aborto farmacológico.



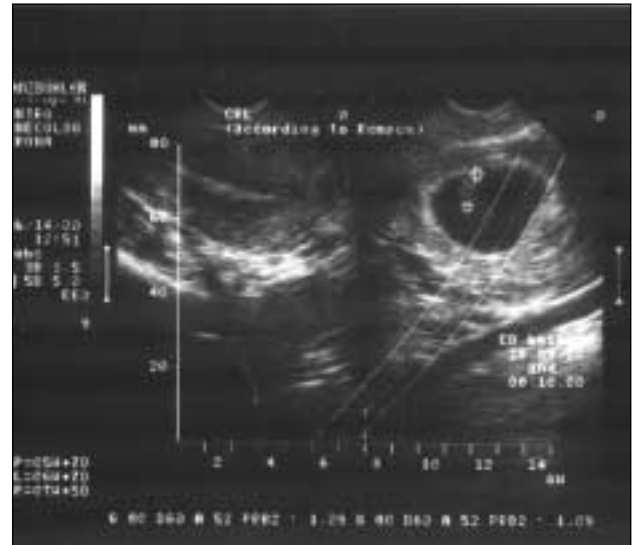
Figura 1



Figura 2



**Figura 3**



**Figura 4**

### COMENTARIO

Se trata de un caso de dificultad técnica para la práctica de una ILE quirúrgica en una mujer portadora de una infrecuente malformación genital, el útero doble o didelfo, producido cuando existe un desarrollo independiente y falta de fusión de los conductos de Müller. Se asocia en el 75% a septo vaginal. La alternativa farmacológica nos ayuda a resolver un complicado caso del cual lo que más nos llamó la atención fue la falta de diagnóstico previo aun a pesar de los antecedentes gestacionales de la mujer.

## Espermiograma tras vasectomía: ¿cuántos y cuándo?

Merenciano Cortina F, Romero Pérez P, Martin-Loeches de la Lastra M\*, Rafie Mazketli W, Amat Cecilia M.

Servicio de Urología y \*Servicio de Ginecología. Hospital General "Marina Alta". Denia (Alicante)

### INTRODUCCIÓN

¿Cuánto tiempo debe esperar el paciente después de la vasectomía para realizarse un espermiograma con una probabilidad razonable de obtener azoospermia?. ¿Cuántos seminogramas son aconsejables?.

### MATERIAL

Doscientos setenta y tres pacientes intervenidos de vasectomía desde Enero de 1994 hasta Diciembre de 2000.

### MÉTODO

Estudio retrospectivo revisando los espermiogramas de cada paciente. Estudio estadístico básico.

### RESULTADOS

Estudiamos doscientos cuarenta y tres pacientes con seminogramas recuperados. El primer seminograma se hizo a los 82,5 días de media (entre 3 y 350 días con desviación estándar de 47,12). Se realizaron 1,3 seminogramas por paciente de media, con desviación estándar de 0,55. Se alcanzó la azoospermia a los 94,41 días de media (entre 10 y 375 días con desviación estándar de 52), 83 días de mediana.

### CONCLUSIONES

Entre 76 y 90 días, el 90% de los pacientes ya presentaron azoospermia; en lo que nos parece una espera razonable. Pero la jurisprudencia es la que manda: dos espermiogramas negativos con 15 días de separación entre ambos.

## Estudio en varones de lesiones del papiloma virus (H.P.V.). Nuestra experiencia desde 1996

Sánchez-Valverde Visus P, Huarte Sala I, Gaztambide Rubio A, Sesma Sanchez E.

Centro de Atención a la Mujer Txantrea-ANDRAIZE. Pamplona  
Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Desde 1996 realizamos revisiones a varones con sospecha de lesiones de HPV o que han estado en contacto con parejas con lesiones de condilomas. Se les realiza historia clínica, exploración de genitales y ano, penoscopia, uretroscopia proximal, test de detección de virus HPV (Hibridación o PCR), pruebas complementarias de serología y cultivos, tratamientos y seguimiento hasta la desaparecer lesiones.

Queremos realizar un estudio retrospectivo y descriptivo de las historias de los varones atendidos en este centro desde 1996 en relación con patología de papiloma virus.

### MATERIAL Y METODO

Se estudian en las 149 historias los parámetros de edad, orientación sexual, situación convivencia, correlación los lesiones de HPV en sus parejas, resultados de penoscopia, de los test de HPV y de los tratamientos realizados.

### RESULTADOS

EDAD		
< 21 años	3	2,01 %
21-30 años	71	47,65 %
31 a 40 años	58	38,93 %
41-50 años	14	9,39 %
> 50 años	3	2,01 %

PAREJA ESTABLE:		
SI	135	90,60 %
NO	14	9,40%

ORIENTACION SEXUAL:		
HETEROSEXUAL	132	88,59 %
HOMOSEXUAL	15	10,06 %
BISEXUAL	2	1,34 %

PAREJA LESIONES DE SIL:		
CIN I-II + HPV	44	29,53 %
CIN III-IV + HPV	18	12,08 %
HPV (VCE)	43	28,85 %
LESIONES VULVA O ANO	15	10,06 %

TEST DE HPV EN PAREJAS:		
ALTO RIESGO	80	53,69 %
BAJO RIESGO	29	19,45 %
No se hizo	21	14,09 %
NS/NC	19	12,75

PENESCOPIA/ANOSCOPIA:		
POSITIVA (LAB y condiloma)	91	61,08 %
NEGATIVA	53	35,57 %
DUDOSA	5	3,35 %

NEGATIVOS	95	91,36 % DE LOS TOMADOS
POSITIVOS	9 (5 de uretra y 4 de lesion)	8,65 % DE LOS TOMADOS
NO SE TOMARON	45	30,20 % TOTAL DE VARONES

<b>TRATAMIENTOS:</b>		
TOPICO SOLO TOPICO +ELECTROC, ASA O CRIOTERAPIA	50	53,19% de varones con HPV
CRIOTERAPIA SOLA	31	32,97% de varones con HPV
EXERESIS	8	8,25% de varones con HPV
No tratamiento	5	5,31% de varones con HPV
	55	36,91 % de los 149 varones

## CONCLUSIONES

-El 61 % de los varones que consultaron por tener parejas con lesiones de HPV o sospecha de HPV con una simple exploración de genitales y año y penoscopia/anoscopia se diagnosticaron LAB o condilomas.

-Los Test de HPV sistemáticos de uretra demostraron escasa sensibilidad. Sin embargo fueron muy útiles para diagnosticar lesiones dudosas con toma directa de la lesión.

-Los tratamientos tópicos fueron eficaces en el 53 % de los casos, y se asociaron a técnicas quirúrgicas sencillas (electrocoagulación, ASA, crioterapia) en un 32 % de los casos.

## Comparativo entre lesiones del papiloma virus (H.P.V.) en varones y sus parejas. Nuestra experiencia desde 1996

Gaztambide Rubio A, Huarte Sala I P, Sesma Sánchez E, Sánchez-Valverde Visus.

Centro de Atención a la Mujer Txantrea-ANDRAIZE. Pamplona  
Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Desde 1996 realizamos revisiones a varones con sospecha de lesiones de HPV o que han estado en contacto con parejas con lesiones de HPV. Se les realiza Historia clínica, exploración genitales y ano, penescopia, uretroscopia proximal, test de detección de virus HPV (Hibridación o PCR), pruebas complementarias de serología y cultivos, tratamientos y seguimiento hasta la curación

### MATERIAL Y MÉTODO

Realizar un estudio comparativo entre lesiones de las parejas y las lesiones detectadas en estudio de varones atendidos en este centro desde 1996 en relación con patología de papiloma virus. Se estudian los parámetros de lesiones de CIN, tests de HPV (alto o bajo riesgo), y las lesiones detectadas en penescopia/anoscopia en 149 estudios realizados en varones.

### RESULTADOS

LESIONES DE CIN-CONDILOMAS-HPV.& LESIONES HPV EN VARON								
LESION	PENESCOPIA/ANOSCOPIA				TEST HPV			
	Condiloma	LAB	(-)	DUD	URETRA		LESION	
					+	-	NR	POS+
CIN I/II:44	10(22,7%)	10(22,7%)	23	1	2	27	15	-
CIN III/IV 18	5 (27;7%)	1 (5,5%)	12	-	0	14	-	
MUJER: 11 CONDILOMAS VULVA/PERIANA	5 (45,5%)	2 (18,2%)	4	-	-	5	3	3
HOMOSEX:17	7 (41,2%)	7 (41,2%)	4	-	-	12	3	2
VCE HPV:43	12(27,9%)	6 (13,9%)	24	1	2	27	14	-
NO PAREJA	10	3	3	-	0	11	5	-
ESTABLE(16)	(62,5%)	(18,7%)						

**LESIONES HPV EN VARON - TEST DE HPV EN PAREJA:**

Lesion Varón	Test HPV AR (+) (80)	Test HPV BR (+) (8)	Test HPV desconocido	Test HPV - (21)	No se hizo (4)
CONDILOMA	25 31,2%	1 12,5%	7 36,84%	8 38,09%	3 75%
LAB	16 20 %	1 12,5%	6 31,58%	4 19,04%	1 25%
DUDOSA	1 1,25%	-	1 5,26%	2 9,52%	-
NEGATIVA	38 47,5%	6 75%	5 26,31%	7 33,33%	-
	100 %	100%	100%	100%	100%

Excluidos Homosexuales (17)

**CORELACION CIN III + HPV AR (+) y LESIONES EN VARON ?**

Condilomas	6	37,15%
LAB	1	6,25%
NEGATIVA	9	56,25%
Totales	16	100%

**CONCLUSIONES**

-No parece existir correlación entre lesiones de CIN III en mujeres y la frecuencia de aparición de lesiones en el varón comparando con CIN I-II o test de HPV.

-En el caso de pareja con test de HPV AR (+) se detectan lesiones en el 52% de sus compañeros sexuales. Si la pareja es test HPV BR (+) solo se detectan en el 25% de los casos.

-Si existe correlación entre lesiones de condilomas vulva y perianales en mujer (63,63% de lesiones de HPV en varón) y en homosexuales con lesiones perianales o en pene (82,35% de parejas con lesiones) .

-En el grupo de desconocido los datos de la pareja , porque no tienen pareja estable, existen lesiones de HPV en el 81,25 de los varones que consultan.

## **Epidemiología del embarazo en la adolescencia en la Comunidad Valenciana**

Martin-Loeches de la Lastra M, Monfort Monfort M, Merenciano Cortina F\*, Rius Jordá J.

Servicio de Obstetricia y \*Servicio de Urología. Hospital General "Marina Alta". Denia (Alicante)

### **OBJETIVO**

Estudiar las características epidemiológicas de los embarazos en la adolescencia en la Comunidad Valenciana.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio epidemiológico descriptivo de los 104 embarazos en 98 gestantes adolescentes que ocurrieron en un periodo de cinco años (entre Junio de 1995 y Mayo de 2000) en la Comarca de la Marina Alta en la Provincia de Alicante de la Comunidad Valenciana.

Para conocer los factores epidemiológicos asociados al embarazo en la adolescencia, se estudia el número y proporción de embarazos en adolescentes, la edad y la paridad.

### **RESULTADOS**

De un total de 3.970 partos atendidos, 104 partos fueron en adolescentes (2,6 % del total).

La edad media de las pacientes fue de  $18 \pm 1$  años, estando el rango de edad entre los 14 y los 19 años, con sólo dos pacientes con una edad menor de 16 años.

En 80 partos las pacientes eran primigestas (77%) y en 24 partos multíparas (23%). Respecto a los datos referentes a la primera gestación de las multíparas, encontramos que 10 pacientes (41,7%) fueron partos vaginales, 12 pacientes (50%) fueron abortos anteriores y las 2 pacientes restantes (8,3%) habían sido cesáreas.

### **CONCLUSIONES**

La edad media de las mujeres adolescentes se sitúa en el rango superior de la edad adolescente.

El porcentaje de mujeres adolescentes multíparas en la Comarca de La Marina Alta es hasta dos veces superior al hallado en otras poblaciones de adolescentes embarazadas.

## Embarazos e interrupción de embarazo en jóvenes y adolescentes

Antona Rodríguez A, Madrid Gutiérrez J, Virtudes Fernández V\*.

Ayuntamiento de Madrid. \*Clínica DATOR

En los últimos años, venimos observando algunas variaciones en los datos relativos a las tasas de embarazo e Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) en el municipio de Madrid que nos están indicando algunas tendencias que no podemos pasar por alto.

Entre los adolescentes de 15 a 19 años del municipio de Madrid, el número de nacimientos y embarazos han ido disminuyendo progresivamente desde 1994 hasta 1998, iniciándose un incremento de los nacimientos desde el año 1998. La tasa de fertilidad ha ido incrementándose sistemáticamente desde un 5,6 en 1994 a un 7,5 en 1999. La tasa de embarazo ha seguido un proceso similar de 10,7 en 1994 a 15 en 1999.

Desde 1995 el número de Interrupciones Voluntarias de Embarazo se ha ido incrementando estando en el año 1999 en 579, lo que supone una tasa de IVE del 7,46.

Sabemos que el 98% de las IVEs se realizan en las clínicas privadas y que en el mismo porcentaje se acogen al "supuesto" de grave riesgo para la salud psíquica de las mujeres. Apoyándonos en los datos de la clínica DATOR observamos que aproximadamente el 38% de las mujeres que abortaron tenían menos de 25 años y, que de ellas, el 42% corresponden a mujeres que tenían menos de 21 años. El 19,44% habían tenido abortos anteriores.

De los datos que obran en nuestro poder cabe destacar que las mujeres de menos de 25 años, el 14,71% tienen ya uno o más hijos o hijas. El estado civil de éstas mujeres menores de 25 años es en un 80% de solteras que no conviven con su pareja. De los embarazos, en menores de 20 años, atendidos en el programa del Adolescente, de Planificación Familiar y Materno Infantil del Ayuntamiento de Madrid (por sus características) el 100% han sido entre población inmigrante. De las IVEs realizadas en la clínica DATOR en menores de 25 años el 21,64 son mujeres inmigrantes, mayoritariamente de origen latinoamericano.

Analizando las cifras podemos concluir que si de los embarazos en menores de 20 años, el 50%, acaba en una IVE nos está reflejando que entre las más jóvenes aparece una mayor flexibilidad de acceso a la IVE. Durante la última década la fecundidad en las mujeres jóvenes está mantenida (en la misma línea que la población general), salvo en los últimos que aparece un ligero aumento de los nacimientos, principalmente entre la población inmigrante.

## **¿Es necesario el control ecográfico en mujeres portadoras de Dispositivo Intrauterino ?**

Díaz-Vega M, Tabuenca C, Jiménez A, Mateo P, Sanz A.

Dpto. de Obstetricia y Ginecología. Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Desde las primeras inserciones de los dispositivos intrauterinos (DIU), las complicaciones, pérdidas y tasa de embarazo han ido disminuyendo, a la vez que aumentaba el número de usuarias y mejoraban los diferentes tipos de DIU. La correcta colocación intrauterina del dispositivo en mujeres sin alteraciones del aparato genital depende fundamentalmente de la experiencia del ginecólogo en la inserción de un determinado tipo de DIU.

En el presente estudio nos hemos propuesto analizar la necesidad de la ecografía en la inserción y posterior control del dispositivo intrauterino

Hemos realizado un estudio retrospectivo durante los años 1989-2000. Se han analizado a 1236 mujeres portadoras de DIU, los tipos de DIU insertados fueron: Nova T, Gine T, T-380 y T-340. A todas las mujeres se les realizó una ecografía después de la inserción, después de la primera regla y a los 12-24 meses de la inserción con la finalidad de valorar el uso de la ecografía en la correcta colocación del DIU.

De los 1236 DIU insertados, solo 3 veces (0,24%), quedó el DIU mal inserto. En el control ecográfico realizado después de la primera menstruación nos encontramos 15 (1,2%) DIU mal situados, siete de ellos descendidos, cinco en los cuernos uterinos y en tres ocasiones se había expulsado. En los controles realizados al año y dos años, en la ecografía se evidenció mala situación del DIU en 32 casos (2,6%), siendo en 23 ocasiones la visualización baja, en 6 casos había emigrado a los cuernos y en 3 casos se produjo la expulsión espontánea.

Dado que la efectividad de los DIU de alta carga, los actualmente utilizados, solamente se perdería en su totalidad en aquellas situaciones que el DIU se hubiera expulsado (0,5%), y que seguiría el efecto anticonceptivo en los casos de desplazamiento intrauterino del DIU. Podemos afirmar que el uso de la ecografía para controlar la efectividad del DIU no es necesario ni imprescindible en mujeres asintomáticas portadoras de DIU para un correcto control del mismo.

## **Anticonceptivos orales solo con gestágenos. Nuestra experiencia**

Torreguitart M, Sánchez Borrego R, Rodríguez M.J, Cuadros M.

DIATROS, Clínica de Atención a la Mujer.

### **INTRODUCCIÓN**

Las píldoras con sólo gestágenos son una alternativa adecuada a los anticonceptivos orales combinados (AOC) en aquellas situaciones en que no es conveniente o está contraindicada la administración de estrógenos. Debido a algunos inconvenientes importantes de las POP tradicionales (menor eficacia, mayor riesgo de embarazo ectópico, etc.) parece justificado que estos preparados hayan evolucionado hacia fórmulas más óptimas. Actualmente disponemos de una POP que supera muchos de estos inconvenientes: la minipíldora con 75 (g de Desogestrel (DSG), con una alta eficacia anticonceptiva y una alta seguridad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos nuestra experiencia con este nueva minipíldora (75 µg de DSG), en cuanto al perfil de nuestras pacientes, las indicaciones o las causas que han llevado a su prescripción, y posteriormente un seguimiento clínico en cuanto a su eficacia y aceptación.

### **RESULTADOS**

La mayoría de las usuarias eran puérperas que deseaban anticoncepción oral. De éstas, un alto porcentaje eran lactantes y por tanto se les prescribió este nuevo preparado por su seguridad para la paciente y su nula afectación sobre la composición de la leche y el crecimiento del niño.

También había algunos casos de mujeres sanas de más de 35 años y fumadoras que rehusaban cualquier método que no fueran anticonceptivos orales.

De todas las pacientes que se les prescribía la minipíldora disponíamos previamente de un examen clínico estricto.

Durante el seguimiento no se registró ningún fallo del método y en muy pocos hubo abandono por efectos secundarios (sangrado impredecible).

### **CONCLUSIONES**

A pesar de una experiencia, por ahora, no muy extensa, nuestro estudio nos indica que ya disponemos de una píldora sólo gestágenos que nos permite ofrecer una anticoncepción segura y eficaz en aquellos casos en que no es conveniente la administración de estrógenos, siendo su principal (pero no la única) indicación en la lactancia materna.

## **Valoración Inicial de Incidencia de la Poscoital en las I.V.E. Andalucía 2000-2001**

López Herrera M, León Rus P, Bolívar Muñoz J.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio de Información y Evaluación.

### **OBJETIVOS**

Distribución Espacial del índice Comparativo de la tasa de Postcoital y de la tasa de I.V.E. por grupos de edad en 2001.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Datos del Registro Andaluz de I.V.E. y del Registro Andaluz de Anticoncepción Postcoital. Se analizan las variables sociodemográficas de las I.V.E. de mujeres residentes en Andalucía de 14 a 44 años. Se obtienen las tasas específicas por grupo de edad. La Población utilizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

A partir de los datos obtenidos, encontramos que en el periodo de Mayo a Julio año 2001 se observa que el 65% de las 7.234 mujeres que utilizaron postcoital pertenecen a los grupos de edad entre 14 y 24 años. En el año 2000 las I.V.E. en este mismo grupo de edad representa el 47,55%. Se concluye el diseño de un estudio para analizar la incidencia del uso de postcoital sobre las I.V.E. De su resultado se obtendrá el perfil y características de las usuarias de este tipo de anticoncepción al objeto de planificar una respuesta para comenzar un trabajo coordinado en las políticas de anticoncepción.

## Encuesta poblacional sobre el uso de contraceptivos y embarazos

Suárez-Pumariiega Echevarría P, Rodríguez Fernández MJ, Fernández Sánchez M, Albert Matea A, Dueñas Diez JL.

Hospital Universitario "Virgen Macarena" SEVILLA

### INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la contracepción, mucha gente sigue utilizando métodos de baja eficacia (Ogino, coito interrumpido (CI) o ningún método) frente a métodos de alta eficacia (contraceptivos orales (CO), DIU o preservativos).

### MÉTODOS

Se entrevistaron 350 pacientes acerca de sus hábitos contraceptivos y fórmula obstétrica. El análisis estadístico se basó en el test de la Chi-cuadrada.

### RESULTADOS

Se obtuvieron 814 embarazos (2,32/persona), 90 abortos y 724 partos. La edad media fue de 34,89 años. El CI fue usado por el 40,3% (87,9% de embarazos). Fue usado como método único por el 23,7%. Fue el método más utilizado en todos los grupos de edad salvo entre 31 y 40 años (preservativo), siendo significativamente menos utilizado en este grupo, y más en el grupo de 51 años o más ( $p < 0.01$ ). El 34,3% utilizó preservativos (8,3% de embarazos). Método único para el 21,4%. Significativamente más utilizado entre los 31 y 40 años y menos a partir de los 51. El 21,1% utilizó C.O (método único para el 10,8%). El 1,3% se quedó embarazada utilizándolos correctamente. Entre los 21 y 30 años fueron significativamente más utilizados. El DIU fue utilizado por el 18,3% (método único para el 6,6%). El 1,56% se quedó embarazada utilizándolo. Más utilizado entre los 31 y 40 años. El 7,1% no utilizó ningún método (84% de embarazos). Utilizado como método único por el 4,3%. No diferencias entre los grupos de edad. El método Ogino fue utilizado por el 6,3% (77,3% de embarazos). Utilizado como método único por el 2,3%. Más utilizado a partir de los 51 años.

### CONCLUSIONES

1)El coito interrumpido es el método contraceptivo más utilizado 2)Globalmente, los métodos de baja eficacia se utilizan más por debajo de los 20 y por encima de los 41 años; 3)Por contra, los de alta eficacia son más utilizados entre los 21 y 40 años.

## **Encuesta poblacional sobre la planificación de embarazos**

Suárez-Pumariiega Echevarría P, Rodríguez Fernández MJ, Naranjo López M, Jiménez Caraballo A, Dueñas Diez JL.

Hospital Universitario "Virgen Macarena" SEVILLA

### **INTRODUCCIÓN**

A pesar de los avances en los métodos contraceptivos, aún existe un elevado porcentaje de embarazos no planificados

### **MÉTODOS**

Se entrevistaron 350 pacientes sobre sus hábitos contraceptivos y la planificación de sus embarazos. Se utilizó el test de la Chi-cuadrada en el análisis estadístico.

### **RESULTADOS**

Se contabilizaron 814 embarazos (2,32/persona), 90 abortos y 724 partos. El 55,4% acudía por motivo obstétrico y el 44,6% por motivo ginecológico. La edad media fue de 34,89 años. El 30,8% había tenido un embarazo, y el 33,7%, dos. Se planificaron el 58,8% de todos los embarazos. El 33,4% de las mujeres planificaron alguno de sus embarazos y el 21,5% todos. En este grupo el 89,7% utilizó contraceptivos orales, DIU o preservativos (métodos de alta eficacia) frente a un 12% que utilizó el coito interrumpido, el método Ogino o ningún método (métodos de baja eficacia). 175 pacientes no planificaron alguno de sus embarazos y 78 (9,6%) de ellas nunca planificaron ninguno. En este grupo, el 12,8% utilizó métodos de alta eficacia y el 95,1% métodos de baja eficacia. Estratificando por motivo de consulta y edad, encontramos que los dos primeros embarazos se planificaban significativamente más que el tercero en adelante. Además sólo encontramos una planificación significativamente mayor en las mujeres con edades entre los 25 y los 34 años. También se encontró una diferencia significativa entre las pacientes que utilizaban métodos de alta eficacia frente a los de baja eficacia.

### **CONCLUSIONES**

1) Los embarazos planificados son ligeramente mayores que los no planificados; 2) Los dos primeros embarazos suelen planificarse, y no así del tercero en adelante; 3) Aquellas pacientes entre 25 y 34 años en la actualidad han planificado sus embarazos; 4) Las pacientes que utilizan métodos de alta eficacia planifican sus embarazos frente a las que utilizan métodos de baja eficacia.

## **Comparación entre las usuarias del levonorgestrel como contracepción de emergencia por primera vez frente a las repetidoras. (Ocho meses de experiencia)**

Suárez-Pumariiega Echevarría P, Rodríguez Fernández MJ, de Justo Moscardó MJ, Carrasco Gallego A, Dueñas Diez JL.

Hospital Universitario "Virgen Macarena" SEVILLA

De las 480 mujeres atendidas, un 21% la utilizaron en más de una ocasión.

En cuanto al perfil de la demandante NO REPETIDORA, decir que el rango de edad va de 14 a 50 años, siendo la edad media de 24 y la desviación estándar de 6 años. De ellas, el 37% son menores 21 años, y el 30% son mayores de 25 años. El 81% la solicitaron en las primeras 24 horas tras el coito, y sólo un 2% pasadas las 48 horas. Analizando los hábitos, el 89% utiliza preservativo durante el coito, y sólo el 6% reconoce no usar ningún método. El 64% de las demandantes lo solicitaron por rotura del preservativo, el 17% por retención del mismo y un 17% no había utilizado ningún método.

En cuanto al perfil de la demandante REPETIDORA, decir que el rango de edad va de 15 a 50 años, siendo la edad media de 22 y la desviación estándar de 4 años. De ellas, el 43% son menores 21 años y el 18% son mayores de 25 años. El 80% la solicitaron en las primeras 24 horas tras el coito y el 6% pasadas las 48 horas. Todas utilizaban habitualmente algún método anticonceptivo, preferentemente el preservativo (90%). El 75% de las demandantes lo solicitaron por rotura del preservativo, el 13% por retención del mismo y un 19% no había utilizado ningún método.

Aplicando la "Chi cuadrado" se ve que hay relación estadísticamente significativa entre las usuarias repetidoras y las menores de 26 años, las demandantes a partir de las 48 horas del coito y presencia de un hábito anticonceptivo. En cambio no existe una relación significativa entre el motivo de la demanda y las usuarias habituales.

## **Nuestra experiencia tras ocho meses desde la comercialización de Levonorgestrel como contracepción de emergencia. (Estudio descriptivo)**

Suárez-Pumariiega Echevarría P, Naranjo López M, Gutiérrez Gómez M, Olivares Ruiz E, Dueñas Diez JL.

Hospital Universitario "Virgen Macarena" SEVILLA

Han sido atendidas un total de 480 mujeres.

En cuanto al perfil de la demandante, decir que el rango de edad va de 14 a 50 años, siendo la edad media de 23 y la desviación estándar de 6 años. De ellas, el 34% tienen entre 21 y 25 años, el 26% de 18 a 20, el 18% de 26 a 30, el 12% son menores de 17 años y el 10% mayores de 31 años.

Si tenemos en cuenta el nº de horas transcurridas tras el coito de riesgo observamos que el rango va de 1 a 70 horas, siendo la media de 16 y la desviación estándar de 15.h. Destacar que sólo el 3% solicita la contracepción después de las 48 h y que el 81% la solicita antes de las 24 h y de éstas últimas el 39% en las primeras 4 horas.

En cuanto al uso previo de la contracepción de emergencia, el 79% la usan por primera vez, el 18% la han usado otra vez y sólo un 3% la han usado más de 2 veces. De las usuarias que la han usado más de una vez, sólo el 18% son mayores de 26 años y sólo el 9% de ellas reconoce no haber utilizado ningún método anticonceptivo durante el coito.

Analizando los hábitos, el 8% utiliza preservativo durante el coito, y sólo el 5 % reconoce no haber usado ningún método.

Los motivos de la demanda son en el 66% de las casos rotura del preservativo, 16% retención del mismo, 16% no uso de ningún método (había un caso de violación) y el resto olvido de alguna píldora, coito interrumpido

Aplicando la "Chi cuadrado" se ve que no hay relación estadísticamente significativa entre la rotura de preservativo y las menores de 25 años, y en cambio si que hay relación significativa entre la ausencia de método anticonceptivo y la edad menor de 25 años.

## **Valoración en la consulta gestacional de una actividad preconcepcional realizada en la consulta de planificación familiar**

Pérez Gómez A

### **INTRODUCCIÓN**

Sabemos que prácticamente todas las mujeres acuden a la consulta de el control de embarazo, por motivos económicos, para la realización de la analítica sanguínea y de orina; Y es precisamente en este momento cuando hacemos una valoración del consejo preconcepcional que realizamos en la consulta de planificación familiar, referente a que toda mujer tome al menos 3 meses de ácido fólico, que tenga una citología en el último año y una analítica sanguínea y de orina básicas antes de quedarse grávida.

### **MATERIAL**

114 mujeres que acuden al control del embarazo, desde octubre de 1999 a octubre del 2001.

### **MÉTODO**

Aleatorio y Descriptivo viendo cuántas mujeres cumplían al menos 2 consejos preconcepcionales.

### **RESULTADOS**

73 mujeres(92,9 %) cumplían al menos 2 criterios de la consulta preconcepcional.

### **CONCLUSIONES**

La consulta de Planificación Familiar es un buen momento para dar consejo preconcepcional y que todas las mujeres que deseen quedarse grávidas acudan a ella con buenos hábitos de salud y en las mejores condiciones higiénico-sanitarias. Es importante pensar que en todos nuestros actos médicos estamos haciendo salud y que utilicemos todas nuestras actividades para desarrollarlas.

## **Anticoncepción de urgencia: conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria en las zonas rurales de la Comunidad Valenciana**

Clemente Paulino I, Pla Ernst E, Barona Vilar C, Fullana Montoro A, Jerez González JA.

Conselleria de Sanitat, Direcció General per a la Salut Pública, Valencia.

### **INTRODUCCIÓN**

En las zonas rurales (<10.000 habitantes) la dificultad en el acceso a la AU es mayor que en las urbanas, sobre todo en los jóvenes, ya que los centros de PF suelen estar ubicados en las grandes poblaciones, por lo que las actitudes, conocimientos y prácticas de los médicos de atención primaria van a determinar las posibilidades de obtención de esta demanda en estas zonas.

### **MÉTODO**

Entrevista telefónica a 270 médicos de atención primaria de la Comunidad Valenciana. La recogida de datos se realizó en el mes de junio de 2001.

### **RESULTADOS**

De un total de 270 médicos entrevistados, 135 desarrollan su trabajo en zonas rurales, el 52% en centros de salud frente al 83% de los urbanos ( $p=0,0001$ ), con formación MIR el 14,8%, frente al 31,1% del los médicos de las zonas urbanas ( $p=0,01$ ).

Conocimientos sobre anticoncepción de urgencia: los médicos de las zonas rurales tienen menor conocimiento que los de las urbanas en cuanto a la pauta de la toma ( $p=0,0002$ ), no encontrándose diferencias significativas en cuanto al tiempo de seguridad. La solicitud de prescripción es más frecuente en zona urbana que en rural (0,003). No diferenciándose el tipo de usuaria que la solicita.

### **CONCLUSIONES**

Dado el menor acceso a los centros de planificación familiar en las zonas rurales, se debería reforzar el conocimiento sobre la anticoncepción de urgencia en los médicos que trabajan en estas zonas.

## **Interrupción voluntaria del embarazo, una demanda creciente**

Rafael Sánchez Jordán, M.C. Molina Mendaño

C.S. Cruz de Humilladero de Málaga.

La demanda de interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía es una problemática creciente, es por lo que la Consejería de Salud puso en marcha la prescripción gratuita de anticoncepción poscoital, al objeto de intentar frenar tan elevada demanda.

En el año 2000 presentamos un trabajo sobre el perfil de usuarias que acuden a nuestra consulta de planificación familiar del CS de Cruz de Humilladero, observando una elevada demanda de interrupciones voluntarias del embarazo, concretamente del 5,5% de las usuarias que consultaban, lo hacían por esta causa, por lo que nos planteamos continuar y ampliar aquel estudio, analizando que tipo de usuarias que realizan esta demanda.

Para ello, como material hemos utilizado la revisión histórica de aquellas usuarias, a las que hemos añadido las nuevas demandas en estos dos últimos años, analizando en ellas la edad, el uso de método anticonceptivo previo, el estar incluida previamente en el programa de planificación familiar, el tener o no pareja estable, el nivel socioeconómico y cultural.

Como conclusiones hemos de destacar que ha habido un aumento de dicha demanda en los últimos dos años, siendo estas usuarias por lo general mujeres jóvenes, de bajo-medio nivel cultural y con pareja estable, a las que le ha fallado el método anticonceptivo, por lo general preservativo, bien sea por rotura del mismo o por quedarse introducido en la vagina.

Encontramos diferencias entre las usuarias del programa, y las que no, siendo estas últimas las más demandadoras de interrupción voluntaria del embarazo.