

Comunicaciones Orales

¿Juegan algún papel las características uterinas en la efectividad del DIU?

Avecilla Palau MA¹, Moreno V², de Sebastián Sánchez M¹, Teixidó Famades M¹,
González Ares J³

¹Centre d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, Badalona.Serveis Assistencials Badalona;
² Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, ³ Unitat de Salut Laboral, BSA,
Badalona.

INTRODUCCIÓN

El DIU es un método anticonceptivo altamente efectivo y seguro para las mujeres cuando éstas se seleccionan adecuadamente. Pese a la alta efectividad, siguen apareciendo embarazos accidentales con DIU. Se ha atribuido la influencia de las características uterinas como uno de los factores que pueden influir en el fallo del método.

OBJETIVO

Valorar si existe asociación entre la aparición de un embarazo durante el uso de DIU de cobre y las características del útero: posición e hysterometría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 1981 y el 31 de diciembre de 1999 se insertaron en el Centro de Planificación de Badalona 3.356 DIUs de cobre a un total de 2.105 mujeres. Mediante un estudio de casos y controles se analizaron las 71 mujeres que quedaron embarazadas con el DIU (casos) y 284 mujeres a las que se les insertó un DIU en el mismo período y que no quedaron embarazadas (controles) que se aparearon por fecha de inserción más próxima a cada caso y duración de uso del DIU igual o superior a los casos. Además de las variables de interés (hysterometría y posición uterina) se analizaron otras variables que podían actuar como factores de confusión (edad, paridad y carga de cobre del DIU). Se empleó la Odds Ratio (OR) como medida de asociación y se realizó un análisis de regresión logística condicional.

RESULTADOS

La edad media de los casos era menor a los controles (28 a. vs 33 la.). Una vez ajustadas por edad y carga de cobre del DIU, no se observó un riesgo de embarazo asociado a la paridad (OR:1,30 [0,52-3,28]), la posición uterina (OR:0,92 [0,50-1,69]) o a la hysterometría (OR: 1,74 [0,76-3,97]). Se observó un riesgo de embarazo mayor con los DIUs de baja carga de cobre (OR:2,59 [1,14-5,86]). La edad fue el factor más fuertemente asociado al riesgo de embarazo, de forma inversamente proporcional, pero sólo fue significativo a partir de los 35 años (OR:0,24 [0,09-0,66]).

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio caso-control no pueden confirmar la existencia de una asociación entre el fallo del DIU de cobre y las características uterinas estudiadas: posición e hysterometría.

Anticoncepción de urgencia: conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria en 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, Generalitat Valenciana

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción postcoital es una demanda de urgencia que puede darse en cualquier centro sanitario de atención primaria, y debería ser atendida de forma inmediata ya que su efectividad depende de las horas transcurridas desde el posible coito fecundante hasta la toma del medicamento. Según datos de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, en el año 2000 se realizaron un total de 5794 IVEs, de las que el 45,6% fueron en menores de 25 años.

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 270 entrevistados, 172 eran hombres (63,70%), la edad media 46 años (DE= 7,4), antigüedad media de la licenciatura 21 años (DE= 7,3).

Prácticas

El 85,2% recibió en alguna ocasión solicitud de anticoncepción de urgencia (AU); el 59,3% recibe al menos una vez al mes una consulta de AU, siendo la solicitud del medicamento la consulta más frecuente (77,8%); el grupo de usuarias que con más frecuencia lo solicitan (59,6%) es el de 14-19 años.

Conocimientos

El 92,6% conoce la AU hormonal y el 1,9% conoce el DIU como método de AU. El 33,7% usa la pauta hormonal correcta (dosis y secuencia); el 36,7% considera un periodo máximo de administración de 72 horas.

Actitudes

El 89,6% prescribiría a solteras, el 28,9% prescribiría a menores de 16 acompañadas de su tutor legal; el 0,7% no prescribe por creencias religiosas.

CONCLUSIONES

La AU es una demanda frecuente en atención primaria, y la mayoría de los médicos tienen una actitud favorable a prescribirla, dependiendo de la edad de la demandante. Los conocimientos sobre las dosis y secuencia correctas son bajos.

1000 µg de Misoprostol vaginal en abortos de hasta 63 días

Rodríguez Aguilera J, #Velazco Bouza A, #Tanda R, #Carbonell Esteve JLL,* Marí JM,*

#Hospital "Eusebio Hernández" Ciudad Habana, Cuba

*Clínica "Mediterrania Medica", Valencia, España

El Misoprostol, es un análogo sintético de PGE1, y como todas las prostaglandinas, tiene fuertes propiedades útero contráctiles. Además, tiene ventajas importantes sobre todas las prostaglandinas comercializadas actualmente: 1) no necesita refrigeración; 2) no tiene ninguna acción bronco constrictiva pero si una ligera acción broncodilatadora; 3) es de bajo costo; 4) el acceso es fácil porque está disponible en más de 80 países en el Mundo, a diferencia del mifepristone. El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y eficacia de 1000 µg de misoprostol auto administrado en la vagina para el aborto médico. Trescientas mujeres con gestaciones entre 42 y 63 días, previo consentimiento escrito, recibieron el misoprostol vaginal cada 24 horas hasta un máximo de tres dosis. Los resultados evaluados fueron: aborto completo, efectos secundarios, disminución de la hemoglobina, tiempo medio de expulsión, sangrado vaginal y retorno de la menstruación. El aborto completo ocurrió en 279/300 (93.0%, 95% CI 90, 96) pacientes. El sangrado vaginal duró $14,7 \pm 5,4$ días. El tiempo de la expulsión fue $8,1 \pm 3,0$ horas para aquéllas que abortaron después de la primera dosis de misoprostol. La disminución media de la hemoglobina no tuvo relevancia clínica. Las frecuencias de náusea y diarrea fueron altas. Según los resultados obtenidos, 1000-µg misoprostol vaginal podría ser un método válido para terminar los embarazos de hasta nueve semanas de gestación.

Contracepción de emergencia: Preferencias, satisfacción y efectos secundarios

Almirall Oliver MR**, Palacio Tauste A*, Carrascón Calvo A*, Pugés Toyas J*, Serrat Puig F*, Linares Sancho S*, Fornés Niubó M*, Ceña Delgado B*, Durán Moyano N*, Marzal Ferrer B*

Matrona*. Ginecoobstetra** Unitat de salut sexual i reproductiva Baix Llobregat Centre. Institut Catalá de la Salut.

OBJETIVO

Analizar las preferencias, la aceptación y los efectos secundarios de tres pautas distintas de contracepción de emergencia (C.E)

MATERIAL Y MÉTODOS

93 usuarias acuden a nuestras consultas solicitando C.E. Se excluyen a 16 usuarias por presentar indicaciones médicas preferentes para el uso de levonorgestrel. A las 77 restantes se les da la posibilidad de elección tras una información estandarizada sobre tres pauta de C.E.(levonorgestrel: L, Pauta de Yuzpe por vía oral: Y.O. o Pauta de Yuzpe por vía vaginal: Y.V.)

A los 3 días se realiza encuesta telefónica para conocer los efectos secundarios y al mes se realiza nueva encuesta para conocer la satisfacción con el método elegido mediante escala de Likert (1-5)

Se realiza análisis estadístico con el test de Chi cuadrado para variables cualitativas y test t de Student para variables cuantitativas

RESULTADOS

El 51% de las mujeres eligen la pauta de Yuzpe por vía oral, el 26% el Levonorgestrel y el 23% la pauta de Yuzpe por vía vaginal.

Hay un aumento progresivo estadísticamente significativo en la incidencia de nauseas (L: 25%; Y.V.: 43%; Y.O.: 62%). Hay un aumento progresivo estadísticamente significativo en la incidencia de vómitos (L: 0; Y.V.: 14%; Y.O.: 31%). Hay un aumento progresivo estadísticamente significativo en la incidencia de otros efectos secundarios (L: 12%; Y.V.: 28%; Y.O.: 50%) La incidencia de vómitos en las dos horas siguientes a la administración y la necesidad de repetición de dosis es mínima con los tres tratamientos planteados. La valoración de la satisfacción con el tratamiento ha sido en todos los casos superior a 3 con una tendencia a una mayor satisfacción con el tratamiento con Levonorgestrel y la pauta de Yuzpe por via vaginal respecto a la pauta de Yuzpe por via oral.

CONCLUSIONES

A pesar de que tras la información estandarizada hay una mayor proporción de mujeres que eligen la pauta de Yuzpe por via oral, este tratamiento condiciona una mayor incidencia de efectos secundarios y una menor aceptación que el Levonorgestrel y la pauta de Yuzpe por via vaginal

Influencia de la toma de AHO en el metabolismo lipídico

Mateo P, Sánchez-Dehesa M, Rojas B, Díaz Vega M, González de Agüero R

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

La influencia de la toma de AHO sobre el metabolismo lipídico ha sido estudiada a lo largo de los años. En líneas generales, los estrógenos tienden a aumentar el colesterol HDL y los triglicéridos y a disminuir el colesterol LDL, mientras que los gestágenos tanto más cuanto más androgénicos sean, tienden a oponerse a algunas de las acciones beneficiosas de los estrógenos.

Hemos comparado los valores medios correspondientes a las determinaciones de colesterol total, triglicéridos, HDL-C, LDL-C, apolipoproteína A1 y apolipoproteína B en un grupo de usuarias de AHO y otro grupo control. Los resultados fueron:

	Edad fértil N=54	Contracept N=49			
	Media D.E.	Media D.E.	t	p	Nivel sig.
colesterol	202,89 ± 35,3	203,69 ± 34,6	-0,1167	0,90733	no
triglicéridos	67,37 ± 29,5	92,92 ± 40,6	-3,6206	0,0004959	p<0,001

	Edad fértil N=52	Contracept. N=29			
	Media D.E.	Media D.E.	t	p	Nivel sig.
HDL-c	71,02 ± 15,4	71,39 ± 16,1	-0,089711	0,92874	no
LDL-c	117,46 ± 38,0	111,72 ± 33,6	0,67835	0,49953	no
Ind. Aterogénico	2,99 ± 0,8	2,91 ± 0,8	0,4281	0,66974	no

	Edad fértil N=51	Contracept. N=50			
	Media D.E.	Media D.E.	t	p	Nivel sig.
Apo A1	151,96 ± 24,0	171,09 ± 27,6	-3,7195	0,00033	p<0,001
Apo B	85,42 ± 22,6	87,81 ± 21,4	-0,5467	0,58581	no

Observamos como los niveles de colesterol no se modifican ni tampoco el índice aterogénico. Los triglicéridos sí sufren un incremento en el grupo de usuarias de AHO, pero se mantienen siempre dentro de un rango no patológico. La Apolipoproteína A1 es mayor en el grupo de usuarias de forma significativa.

Podemos concluir que las actuales formulaciones conteniendo bajas dosis de estrógenos y gestágenos de segunda o tercera generación no inducen cambios importantes en el perfil lipídico.

Anticoncepción de emergencia: eficacia del tratamiento en relación a los días fértiles del ciclo

García Martínez P, Miguel Celis M, Fernández Vivo M, Lara R, Montoya Martínez JL, Parrilla Paricio JJ, Abad Martínez L.

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción hormonal de emergencia actual, tiene en parte mecanismo de acción fundamental a nivel del ovario, inhibiendo o retrasando la ovulación. La eficacia de dicho método es difícil de cuantificar y se realiza en función del número de embarazos evitados o en función del número de fallos con respecto al total de mujeres tratadas.

Nuestro estudio pretende calcular la eficacia real de dicho método, discriminando de entre el total de mujeres que solicitan una anticoncepción de emergencia, aquellas que están realmente en el periodo fértil del ciclo, y sobre ellas, calcular la tasa real de embarazos evitados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo que incluye a cien mujeres que solicitaron en nuestro servicio una anticoncepción de emergencia antes de transcurrir 72 horas desde un coito desprotegido. A cada una de ellas se le realizó un estudio que incluía: determinaciones en sangre de FSH, LH, Estradiol, Progesterona, PRL y B-HCG, grosor y morfología endometrial, número de folículos >4mm, tamaño del folículo dominante, cúmulo prolífero, líquido libre peritoneal, cuerpo lúteo, así como la presencia o ausencia de espermios en la secreción vaginal.

El método de anticoncepción de emergencia prescrito fue el Levonorgestrel 750 mgr/ c12h/ 1 día. Transcurrido un mes desde el tratamiento, se las volvió a entrevistar para valorar los resultados del tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados preliminares parecen indicar que en realidad, parte de la eficacia atribuida a éste método no es real, ya que un gran porcentaje de las mujeres que solicitaron tratamiento no se encontraban en periodo fértil.

Planificación familiar natural en atención primaria

Sacristán Rubio A, Palma Bellido L*, Barranco Castillo E**, Soler, F***.

* Centro de Salud Federica Montseny (Madrid); ** Hospital Universitario San Cecilio(Granada); *** ACODIPLAN (Barcelona)

Habitualmente las mujeres y parejas no reciben información suficiente en las Consultas de Atención Primaria sobre los distintos métodos de planificación familiar actualmente disponibles y técnicamente probados, incluidos los modernos métodos de Planificación Familiar Natural (PFN).

El objetivo de esta investigación era conocer si los MIR en formación en Medicina Familiar y Comunitaria tenían conocimientos aceptables sobre la PFN.

A través de un estudio descriptivo transversal, realizado entre diciembre de 1999 y enero de 2000, aplicando un cuestionario multitest con 47 preguntas (ya utilizado en investigaciones previas) a todos los MIR de MFyC del área 1 de Madrid, y en el que se tenían que relacionar aspectos de la fisiología reproductiva fundamentales en la PFN y preguntas específicas sobre la formación previa y las expectativas de futuro. Entre un total de 68 residentes, respondieron a nuestra invitación de cumplimentar el cuestionario el 47%. El 93% de los que respondieron, sus respuestas fueron acertadas en la mitad de los casos, con un mínimo de 6 respuestas acertadas en 1 caso y un máximo de 37 respuestas acertadas en 1 caso. Los conocimientos de fisiología reproductiva fueron inadecuados en el 75% de los casos, y en cuanto a los métodos específicos de PFN - temperatura, moco y sintotérmico - más del 84% carecían de conocimientos para su manejo. Sin embargo el 66% de los encuestados afirmaba que tenía conocimientos suficientes o buenos sobre el tema, aunque el 59% deseaban ampliar sus conocimientos.

Como hemos podido corroborar una vez más, no existen los conocimientos suficientes sobre métodos de PFN entre los MIR de MFyC, ya que no se han adquirido ni durante el período de licenciatura ni durante la formación MIR, pero no deja de ser llamativo que tampoco se conozca adecuadamente la fisiología reproductiva básica. Es un reto para la atención integral en Planificación Familiar y Anticoncepción que en el siglo XXI se subsanen estas deficiencias para poder cubrir las necesidades de salud reproductiva de la mayor parte de nuestra población.

Preservativo y Píldora Poscoital

Martínez Cabanes M.

Centro de Planificación Familiar Altabix, Elche (Alicante)

INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia el método anticonceptivo de elección es el preservativo porque además de proteger frente a embarazo también lo hace frente a enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo el índice de solicitudes de PPC por fallo de este método es más elevado de lo que cabría esperar, y es lo que motivó mi estudio.

OBJETIVO

Detectar las causas que motivan los fallos del preservativo para prevenirlos y evitar desconfianza hacia el método.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo realizado a partir de una encuesta que se pasó a lo largo de 4 años a un total de 393 personas que acudieron a la consulta solicitando la PPC por rotura, retención o no uso de método.

RESULTADOS

La población atendida fue predominantemente adolescente (entre 15 y 20 años). La mayoría usaron preservativo (78,11% de la población) y de éstos, se les rompió al 80,46% y al 19,54% se les quedó dentro. Motivos: cometieron Errores Previos (Adquisición, conservación, caducidad), Errores de uso (Inserción, eliminación del aire, duración de la penetración, sujeción al retirarse) y había quienes no lo usaban en todas sus relaciones. Sólo el 17,9% no cometieron ninguno de los errores que tomé en consideración.

CONCLUSIONES

No falla tanto el preservativo como el individuo que lo utiliza. Puesto que la adolescencia es la época en que se inician las relaciones y el uso del preservativo, la falta de experiencia e información junto con la irresponsabilidad propia de esta edad pueden haber contribuido a que hayan necesitado solicitar la PPC.

Puesto que la demanda de esta píldora está íntimamente ligada al uso de Preservativo, se hace necesario interrogar y educar sobre éste a quienes la solicitan, para prevenir y corregir los fallos cometidos y a la vez reducir la necesidad de ingerir la PPC en una o más ocasiones.

Actitud ante la interrupción de un embarazo no deseado: Variables que la condicionan

Serrat Puig F.*, Almirall Oliver MR**,

*Matrona **Ginecoobstetra. Unitat de salut sexual i reproductiva Baix Llobregat Centre.
Institut Catalá de la Salut

OBJETIVOS

Analizar las variables que condicionan una actitud favorable o desfavorable a la interrupción de un embarazo no deseado

MATERIAL Y MÉTODOS

Se distribuye un cuestionario autoadministrado a 152 mujeres atendidas en nuestra consulta con 10 preguntas (actitud favorable o desfavorable a la interrupción de un embarazo no deseado, edad, creencias religiosas, nivel de estudios actual o a conseguir, nivel socioeconómico actual, número de hijos, deseo genésico, edad de las primeras relaciones sexuales, frecuencia mensual de relaciones sexuales y número de parejas sexuales). La muestra final la componen los 66 cuestionarios que muestran una actitud favorable a la interrupción de un embarazo no deseado y los 46 que muestran una actitud desfavorable. Se excluyen del estudio los 40 cuestionarios de mujeres con una actitud dudosa.

Se realiza análisis estadístico según modelo de regresión logística.

RESULTADOS

Aunque en el análisis bivalente resultan estadísticamente significativas y relacionadas con una actitud favorable a la interrupción de un embarazo no deseado una menor edad (31 +/- 1,3 ; 41 +/- 1,6 p<0,000), la no presencia de creencias religiosas (68%-22% ; p< 0,000), un nivel superior de estudios actual o a conseguir (76%-43% p<0,0005), un nivel socioeconómico superior (79%-61% p<0,03), un menor número de hijos (1,7 +/- 0,121 ; 2,1 +/- 0,147 p<0,02), un deseo genésico menor (1,8 +/- 0,12 ; 2,2 +/- 0,112 p< 0,038), un inicio más precoz en las relaciones sexuales (18 +/- 0,3 ; 20 +/- 0,4 p< 0,000), y un mayor número mujeres con más de 6 parejas sexuales (12%-4% p< 0,01), la única variable que resulta significativa en el modelo de regresión logística es la presencia de creencias religiosas (OR: 0,2061; 0,072-0,592: IC 95%). El número de relaciones sexuales mensuales no tiene relación con la actitud favorable o desfavorable ante la interrupción de un embarazo no deseado

CONCLUSIONES

La presencia de creencias religiosas es la única variable que condiciona una mayor posibilidad de una actitud desfavorable ante la interrupción de un embarazo no deseado.

Conocimientos y uso de los distintos métodos anticonceptivos: Comparación entre mujeres españolas y centro-sudamericanas

Serrat Puig F*, Marzal Ferrer B*, Almirall Oliver MR**

*Matrona **Ginecoobstetra. Unitat de salut sexual i reproductiva Baix Llobregat Centre.
Institut Català de la Salut.

OBJETIVOS

Comparar el nivel de conocimiento y el uso de los distintos métodos anticonceptivos entre mujeres españolas y centro-sudamericanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se distribuye un cuestionario autoadministrado a 175 mujeres (119 nacidas en España y 56 en Centro-sudamérica) atendidas en nuestra consulta. El cuestionario contiene 7 preguntas (edad, país de origen y tiempo residiendo en nuestro país en las mujeres centro-sudamericanas, creencias religiosas, nivel de estudios actual o a conseguir, nivel socioeconómico actual, métodos anticonceptivos conocidos y utilizados).

Se realiza análisis estadístico comparativo utilizando el test de Chi cuadrado para las variables cualitativas y test t de Student para las variables cuantitativas

RESULTADOS

No se observan diferencias significativas en el número de mujeres con creencias religiosas (82%-85%), nivel de conocimientos respecto a anticonceptivos hormonales (90%-82%) y DIU (70%-61%), nivel de uso de método Ogino (7%-4%), anticonceptivos hormonales (69%-68%), diafragma (0,8%-0) y métodos irreversibles (11%-11%). Se observan diferencias significativas en el nivel medio o superior de estudios (65%-82%), un nivel socioeconómico bajo (8%-36%), nivel de conocimiento de la contracepción de emergencia (60%-25%), coitus interruptus (71%-25%), preservativos (88%-50%), diafragma (60%-7%), esponjas y espermicidas (40%-7%) y métodos irreversibles (73%-32%), nivel de uso de la contracepción de emergencia (17%-4%), coitus interruptus (37%-21%), preservativos (77%-32%) y DIU (17%-36%)

CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos es inferior en las mujeres centro-sudamericanas siendo necesario fomentar el conocimiento en estas mujeres de la contracepción de emergencia, el preservativo, el diafragma y los métodos irreversibles. Respecto al uso de métodos anticonceptivos se observan un menor uso de los métodos menos conocidos en las mujeres centro-sudamericanas y un mayor uso de DIU pese a no observarse diferencias significativas a nivel de su conocimiento

Actitud ante el uso de métodos anticonceptivos y la planificación de los embarazos: comparación entre mujeres españolas y centro-sudamericanas

Serrat Puig F*, Marzal Ferrer B*, Almirall Oliver MR**

*Matrona **Ginecoobstetra. Unitat de salut sexual i reproductiva Baix Llobregat Centre.
Institut Català de la Salut.

OBJETIVOS

Comparar la actitud ante el uso de los distintos métodos anticonceptivos y la planificación de los embarazos entre mujeres españolas y centro-sudamericanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se distribuye un cuestionario autoadministrado a 175 mujeres (119 nacidas en España y 56 en Centro-sudamérica) atendidas en nuestra consulta. El cuestionario contiene 9 preguntas (edad, país de origen y tiempo residiendo en nuestro país en las mujeres centrosudamericanas, creencias religiosas, nivel de estudios actual o a conseguir, nivel socioeconómico actual, actitud ante el uso de los distintos métodos anticonceptivos, actitud desfavorable a los métodos anticonceptivos por cuestiones morales o culturales o por indicaciones médicas y número de hijos planificados, no planificados y aceptados y no aceptados).

Se realiza análisis estadístico con el test de Chi cuadrado para variables cualitativas y test t de Student para variables cuantitativas

RESULTADOS

No se observan diferencias significativas en el número de mujeres con creencias religiosas (82%-85%), mujeres con actitud favorable a la utilización del método Ogino (2,52%-0), coitus interruptus (15%-11%), preservativos (39%-39%), y diafragma (16%-11%), mujeres con actitud desfavorable a algún método anticonceptivo por razones morales o culturales (17%-21%) o por contraindicaciones médicas (13%-11%) y mujeres con hijos no planificados pero deseados (23%-30%). Se observan diferencias significativas en el nivel medio o superior de estudios (65%-82%), un nivel socioeconómico bajo (8%-36%), y mujeres con actitud favorable a la utilización de la contracepción de emergencia (32%-14%), anticonceptivos hormonales (41%-25%), DIU (41%-21%), esponjas y espermicidas (9%-0), métodos irreversibles (34%-18%) y mujeres con hijos planificados (89%-60%) o con hijos no planificados ni deseados (0-10%)

CONCLUSIONES

La actitud favorable ante el uso de la contracepción de emergencia, los anticonceptivos hormonales, el DIU, las esponjas y espermicidas y los métodos irreversibles es inferior en las mujeres centro-sudamericanas. También se aprecia un menor número de embarazo no planificado y un mayor número de hijos no deseados en este colectivo

Estudio comparativo de efectos adversos secundarios a la toma P.A.E.

Numancia Andreu PB, Jimeno Lascorz A, Navarro Martín C, Lobera Labadía A.M^a
Centro Municipal Promoción Salud (C.M.P.S.), Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La píldora de emergencia, que contiene como principio activo único el levonorgestrel, se encuentra comercializada en nuestro país desde Mayo 2001.

El presente estudio demuestra que se producen menos efectos adversos tras su administración, que frente a la toma de la pauta de Yuzpe, que combina etinil-estradiol y levonorgestrel.

MATERIAL

Se analizan un total de 162 consultas urgentes, que demandan P.A.E., en el período comprendido de Enero a Noviembre 2001 en el C.M.P.S. de nuestra Ciudad. El motivo de la urgencia es la R.S.D. y la causa de ésta, en un 80%, es la R.P.

Las mujeres que acuden a dicha consulta son jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 29 años, con una media de 22 años.

MÉTODO

Partiendo de la H.C., donde el facultativo/a debe manejar los contenidos referentes a la sexualidad, salud mental y anticoncepción del adolescente-joven, pasamos a aplicar el protocolo de anticoncepción post-coital basado en:

- Motivo por el que se requiere la P.A.E.
- Momento del ciclo en que se produce la R.S.D.
- Consignar la última regla normal
- Toma simultánea de otros fármacos
- Grado de madurez para la toma de decisiones
- Se evalúa el poder adquisitivo de la mujer ya que la P.A.E. tiene un costo de 18 euros.

Dado que la causa más habitual de la demanda es la R.P., se informa a la joven del riesgo de contraer E.T.S. en casos de pareja no estable.

Para todo ello contamos en nuestro Servicio con una Sexóloga y un equipo de Salud Mental.

RESULTADOS

La pauta de tratamiento único con levonorgestrel demuestra que se producen menor número de efectos adversos secundarios a la ingesta de P.A.E., y que si suceden son de menor intensidad. En nuestra muestra ninguna usuaria presentó vómitos y un 5% de casos hicieron referencia al aumento de sensibilidad de las mamas, tras la toma. El dolor intraumbilical fue referido como molestia habitual del síndrome premenstrual. Hasta la fecha no se han constatado otros signos o síntomas adversos, como: dolor de cabeza, diarreas, náuseas o fatiga.

CONCLUSIONES

Por tanto ante una mujer joven que acude a nuestra consulta de urgencia para P.A.E., tras la H.C. y estudio de factores de riesgo al posible tratamiento, indicaremos el fármaco que menos efectos secundarios le pueda producir.

Deberemos aprovechar esta consulta de urgencia para alentar el acceso a un método anticonceptivo seguro. En los casos de reincidencia en la demanda de la P.A.E., pensaremos en una carencia de autocuidado en la joven, problema que resolveremos en equipo.

P.A.E.: Píldora Anticonceptiva de Emergencia

H.C.: Historia Clínica

R.S.D.: Relación Sexual Desprotegida

R.P.: Rotura preservativo

E.T.S: Enfermedades de Transmisión Sexual

Experiencia en nuestro centro de los 50 primeros dispositivos intrauterinos de liberación de Levonorgestrel (DIU-LNG)

Díaz-Vega M, Tabuenca C, Fernández A, González Navarro JV, Repolles S

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

La introducción de un nuevo producto anticonceptivo crea unas expectativas e interrogantes, entre aquellos que nos dedicamos a la contracepción. La aparición del nuevo DIU liberador de levonorgestrel, aunque conocido, nos genera incertidumbre tanto en manejo y la tolerancia, dado que difiere el introductor y es portador de un fármaco.

Nos hemos planteado valorar la dificultad en la inserción, así como el motivo por el cual elegíamos el DIU liberador de levonorgestrel.

Se han insertado 50 DIU-LNG en el año 2001, en nuestro centro de planificación familiar. Se valoró la dificultad de la inserción en tres categorías: Fácil, Media y Difícil. Consideramos fácil, cuando se insertó el DIU en el primer o segundo intento. Difícil, cuando no se pudo insertar o hubo que realizar dilatación del orificio cervical, y dificultad media cuando estaba entre las dos anteriores. Los motivos por los que hemos insertado este tipo de DIU son: Hipermenorreas y mujeres perimenopausicas portadoras de DIU. También en mujeres con patología como hiperplasia endometrial, miomas o menorragias. Así como método anticonceptivo seguro. A todas las mujeres se les explicó las ventajas e inconvenientes del DIU-LNG y se les realizó una ecografía después de la primera menstruación.

La edad media de inserción del DIU-LNG fue de 44 años (33-49). En 44 (88%) ocasiones la inserción del DIU fue fácil, siendo en tres ocasiones (6%), la dificultad de inserción media o difícil. Solamente en un caso, no se pudo insertar el DIU-LNG. La indicación más frecuente en 31 casos (62%) ha sido hipermenorreas en portadoras de DIU, siendo 7 veces (14%) en trastornos perimenopáusicos. En cinco, (10%) se insertó por menorragias y en tres casos (6%) como método anticonceptivo seguro y en cuatro veces (8%) por patología orgánica como mioma o hiperplasia endometrial. Hemos indicado la inserción en 6 ocasiones en mujeres que no habían utilizado previamente DIU. En un caso la ecografía después de la primera menstruación visualizó el DIU bajo, asomándose el vástago por OCE. Las mujeres en esta primera visita refieren una tolerancia muy positiva.

Maduración cervical con Misoprostol en abortos de hasta 10 semanas

Rodríguez Aguilera J, # Velazco Bouza A, # Tanda R, # Carbonell Esteve JLL,* Marí JM*

#Hospital "Eusebio Hernández" Ciudad Habana, Cuba.

*Clínica "Mediterrania Medica", Valencia, Castelló, España

La aspiración es el método más frecuente utilizado para el aborto del primer trimestre, el cual mantiene asociadas complicaciones propias del proceder como: perforación uterina, hemorragias y laceraciones cervicales. Estas complicaciones están principalmente relacionadas con el mecanismo de dilatación cervical. Son conocidos los cambios que pueden producir el misoprostol sobre el canal cervical. Este estudio muestra los resultados obtenidos en nuestro Hospital. Se incluyeron un total de 900 pacientes con embarazos de hasta 63 días de amenorrea, separadas aleatoriamente en dos grupos de estudio, un primer grupo al que se le administró Misoprostol 400mcg (oral), 8 horas antes de la aspiración y un segundo grupo al cual se le administró Misoprostol 400mcg (vaginal), 4 horas antes de la aspiración. En el primer grupo de un total de 348 pacientes (448) tuvieron dilatación medidas con dilatadores de Hegar mayor a 8 para un 78%, de 450 pacientes del segundo grupo presentaron dilatación mayor de 8 391 para un 87%. La diferencia fue estadísticamente significativa. La frecuencia de efectos secundarios como náuseas, vómitos y diarreas fueron superior en el grupo en el que se administró Misoprostol oral. Podemos concluir que la utilización de Misoprostol disminuye el número de complicaciones del aborto, los efectos secundarios son menos frecuentes y su eficacia es mayor cuando se administra por vía vaginal.

SIL-LNG. Primeros resultados

Rodríguez Domingo MJ, Sánchez Borrego R, Clemente Moya A, Cuadros Vilà M, Torreguitart M.

DIATROS. Centre d'Atenció a la Dona. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Se analizan los primeros resultados de la inserción del sistema intrauterino de liberación hormonal (SIL-LNG) practicada en un Centro de Atención a la Mujer.

Nuestro protocolo de selección del SIL-LNG incluye a

- * Mujeres que opten voluntariamente por dicho método.
- * Mujeres que presenten cuadro de menorragia.
- * Mujeres que deseen contracepción intrauterina con dismenorrea moderada-severa.
- * Mujeres portadoras de DIU-Cu previo, con problemas de sangrado y/o dismenorrea.
- * Mujeres en época perimenopáusica que deseen contracepción intrauterina
- * Mujeres con THS (componente gestagénico).

MATERIAL Y MÉTODOS

Un estudio de 29 mujeres, de un rango de edad entre 31 y 49 años, fueron reclutado de las demandas de mujeres atendidas por el Centre d'Atenció a la Dona DIATROS en Barcelona, desde Mayo a Diciembre de 2001, que solicitaron la contracepción intrauterina y que, cumpliendo estrictamente los criterios de inclusión, se les insertó un SIL-LNG.

- * La anamnesis no reveló ningún tipo de contraindicación para el uso del DIU (el historial menstrual excluyó cualquier posibilidad de embarazo preexistente).

El examen clínico no reveló, en ninguno de los casos, evidencias de síntomas de leucorrea ni de cervico-vaginitis.

Todas las mujeres fueron completamente informadas sobre este método, así como de su característico patrón de sangrado. De este modo se obtuvo su consentimiento verbal informado.

RESULTADOS

- * El 69% del total de las inserciones del SIL-LNG son mayores de 30 años, múltiparas y utilizan previamente un DIU-Cu.
- * Durante los primeros 6 meses tienen lugar hemorragias irregulares y pérdidas escasas, con un volumen hemorrágico total que disminuye gradualmente.
- * El grado de satisfacción de las mujeres con indicación terapéutica fue muy elevado.
- * En nuestro estudio se encontró un 100% de eficacia, puesto que no se produjo ningún embarazo. El control de seguimiento fue por su parte del 100%.

CONCLUSIONES

- * La introducción de SIL-LNG no fue más dificultosa que cualquier otro DIU, ni existieron más complicaciones. En nuestro material, el momento de la inserción fue en todos los casos en época menstrual.
- * El patrón de sangrado característico, previamente informado, no ha sido motivo de insatisfacción en la mujer. Es más, el empleo de SIL-LNG se ha mostrado como una alternativa real frente a las intervenciones quirúrgicas en mujeres con menorragia.
- * En nuestro ámbito, el precio no ha sido motivo de no aceptación del método.

Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: desarrollada en el ámbito escolar por personal sanitario de un área de salud. 1998-200

González Sala P, Naveira Vidal B

C.O.F Cullera ,C.O.F Carlet

OBJETIVO

Implantar en un área sanitaria la atención a la salud sexual y reproductiva por parte del personal sanitario (enfermería y matronas) en el ámbito escolar, a través de la formación, coordinación y tutelaje de este personal por parte de las sexólogas del área.

MATERIAL Y MÉTODO

Se crea un grupo de trabajo permanente, formado por los profesionales de enfermería y matronas y coordinado por los referentes de salud sexual del área (Sexólogas de los Centros de Planificación Familiar y Sexualidad). La propuesta de objetivos diseñados han sido: trabajar las actitudes frente a la sexualidad de los profesionales, facilitar contenidos teóricos sobre el Hecho Sexual Humano y el entrenamiento en técnicas de animación grupal. Así como crear un grupo cohesionado que facilite la permanencia de los integrantes y la supervisión y evaluación de las actividades programadas en los centros docentes del ámbito territorial.

RESULTADOS

En el curso 98 - 99 y 99-00 participaron en el grupo el personal de enfermería de 5 centros de salud y 2 matronas, en el curso 00-01 han sido 7 los centros de salud y 8 las matronas que han participado en este programa. Uno de los resultados de los que se está especialmente satisfechos es de la permanente motivación conseguida en los profesionales que han intervenido así como del resultado de las intervenciones realizadas. Ninguna de las profesionales que se han incorporado al grupo de trabajo lo ha abandonado.

CONCLUSIONES

Los excelentes resultados que se están obteniendo apoyan la hipótesis que enfermería y matronas son un colectivo profesional que con la adecuada formación, coordinación y tutelaje por profesionales de la sexología pueden tener un papel importante en la atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes escolarizados.

¿Existen urgencias en el aborto farmacológico?

Varela González L, Mari Juan JM, Salvador Vila I, Carbonell Esteve JL
Clínica Mediterrania Médica, Valencia y Castelló.

Las urgencias en la aplicación de los diferentes métodos de aborto farmacológico son excepcionales, pero existen y varían porcentualmente mucho en función de cual de los tres métodos existentes en la actualidad se usa.

- 1) Mifepristona (RU-486) + Misoprostol
- 2) Metotrexate + Misoprostol
- 3) Misoprostol solo

La urgencia clásica viene dominada por un sangramiento excesivo acompañado en ocasiones de dolor más o menos intenso. El método que menos complicaciones urgentes tiene es la mifepristona combinada con misoprostol, siendo del orden del 0-5-1%. No obstante este sangramiento excesivo o abundante muy frecuentemente es calificado de tal, debido a la inexperiencia del especialista en el uso de estos nuevos métodos, pudiéndose resolver en más del 50% de ocasiones con la utilización de útero tónicos. Es necesario saber que la administración de 600mg. de mifepristona provoca en un 50% de casos 36-48 h. después un sangramiento a veces muy abundante que no constituye ningún problema...

A nivel ecográfico este cuadro clínico de sangramientos se acompaña más dolor casi siempre con la presencia de una imagen más o menos irregular compatible con la presencia de restos ovulares y coágulos.

En nuestra experiencia de 1050 abortos con RU-486 no ha sido necesario transfundir a ninguna paciente.

Aceptabilidad del uso del Misoprostol para abortos precoces

Guillem S, Velazco A, Varela L, Carbonell JLL

Clínica Mediterranea Médica. Valencia y Castellón.

RESUMEN

Se evaluó la aceptabilidad del método en un grupo de 141 mujeres con menos de 70 días de gestación ue recibieron hasta tres dosis de 800mg de misoptostol vaginal cada 48 horas para abortar. Después de firmar el consentimiento informado se le entregó a las mujeres un cuestionario anónimo. El total de pacientes refirió que eligieron el aborto farmacológico porque este es “mas fácil” y el 92% respondió que es “mas natural y menos invasivo”. Tenían abortos previos ochenta y tres mujeres (59%). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de ambos cuestionarios entre mujeres que tenían abortos previos con las que no los tenían. Ante la pregunta “opinión sobre el método” las respuestas feron como sigue:

- a) 109/141 (77%) respondieron tener “muy buena opinión”
- b) 32/141 (23%) mujeres dijeron tener “buena opinión”.

El 90% respondió que lo volverían a usar en el futuro en caso de necesidad. Todas las mujeres (100%) refirieron que recomendarían el método a una amiga. El estudio demostró ue el misoprostol sólo puede ser un método aceptable para la interrupción del embarazo temprano.

Aspectos de enfermería en aborto farmacológico con RU-486

Candel Suris A, Alagarda Villar A, Ruiz Cáceres C, García Llopis AM

Clínica Mediterrania Médica. Valencia y Castelló

La interrupción voluntaria del embarazo en el primer trimestre, realizado con métodos farmacológicos: Mifepristona (RU-486) + Misoprostol, Metotrexate + Misoprostol Misoprostol solo, conlleva grandes cambios en algunos cuidados de enfermería respecto del aborto quirúrgico, realizado por la técnica de aspiración y/o legrado instrumental, bien sea con anestesia local o general.

El aborto farmacológico, necesita menos medicación auxiliar que el quirúrgico, y por lo tanto no utiliza anestésicos locales, ni generales, ni atropina, sedantes y antibióticos. Solo paracetamol o ibuprofeno; del 1-5% de casos especialmente en adolescentes nulíparas menores de 18 años, reciben 50 mg. de petidina.

Por el contrario los cuidados de enfermería se basan fundamentalmente en el apoyo psicológico e información a la paciente. Es decir este método necesita más atención en estos cuidados que el aborto quirúrgico, ya que el mismo se produce normalmente a lo largo de una mañana, con ingreso "ambulatorio" en la clínica.

Educación sexual y afectiva: una experiencia desde la atención primaria

Prat Vigué G, Garcia-Moreno Marchan R, Margarit CastellsM.

Programa d'Atenció a la Dona (PAD). Centre d'Assistència Primària Bages. Manresa.
Barcelona

INTRODUCCIÓN

Dentro de la atención específica a los jóvenes, desde el curso 1998-1999 nuestro centro realiza un programa específico de educación para la sexualidad y la afectividad integrado en una comisión de educación para la salud que comprende varias entidades públicas y privadas que realizan acciones educativas en el mismo ámbito territorial. Este programa tiene como objetivo general colaborar con los centros de enseñanza en la educación de la sexualidad de jóvenes escolarizados a fin de favorecer una vida sexual y afectiva saludable, entendiendo la salud en su globalidad, como un bienestar físico, psíquico y social. Las actividades principales que se realizan desde el programa son las siguientes: talleres para profesores, talleres para jóvenes (métodos anticonceptivos y planificación familiar; enfermedades de transmisión sexual y afectivorelacional). El programa se evalúa por distintos indicadores obtenidos mediante diferentes instrumentos (encuesta "Préssec"; encuesta de nivel de satisfacción; encuesta para los centros de enseñanza y datos comunitarios): cambios en el nivel de conocimientos, actitudes e intenciones de conducta; grado de satisfacción; nivel de implicación de los centros; utilización por parte de los jóvenes de recursos comunitarios específicos y nivel de cobertura. A continuación se presentarán los resultados de la evaluación del programa de educación sexual y afectiva que se realiza en nuestro centro en el período que abarca desde su instauración, 1998, hasta la actualidad.

MÉTODO

En todas las comparaciones de datos se han utilizado pruebas estadísticas no paramétricas (pruebas de chi cuadrado) implementadas en el paquete estadístico SPSS/PC+

RESULTADOS

El nivel de cobertura ha incrementado a medida que se ha desarrollado el programa, observándose una media del 50% de los centros de enseñanza que se encuentran en el ámbito geográfico de intervención (públicos y privados). Entre un 85% y el 98% de los jóvenes que han participado en el programa, han valorado las diferentes intervenciones de forma muy positiva. En relación al nivel de conocimientos, actitudes e intenciones de conducta valorado pre y postintervenciones, se ha constatado un incremento en el nivel de conocimientos sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual a lo largo de los 3 cursos de desarrollo del programa, de modo que en el primer año, solamente se produjeron cambios positivos en 6/15 ítems, mientras que en el segundo y tercer curso se observaron cambios en 9/15 ítems. Por otro lado, en los dos últimos cursos se ha constatado que las intervenciones realizadas han producido cambios favorables en diferentes aspectos de comportamiento (2/8 ítems) y en distintas actitudes hacia el uso del preservativo (1/4 ítems) y la anticoncepción (1/2 ítems). En relación a los centros de enseñanza que han participado, han valorado el programa de forma positiva, aunque pocos de ellos (25%) han incorporado la educación sexual y afectiva de forma transversal dentro del proyecto curricular.

CONCLUSIONES

En general los resultados obtenidos son valorados de forma positiva, principalmente en los últimos años de implementación, en los que se han observado cambios significativos preferentemente en conocimientos sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual y, en relación a aspectos de comportamiento y actitudes.

Hay heridas que no se ven: detección y prevención de la violencia de género

Ros Guitart R, Sala Musach I, Mosteiro Vilar O

INTRODUCCIÓN

Cada semana muere una persona, a veces dos, a manos de su pareja. En el año 2000 fueron asesinadas 72 mujeres. Sólo se denuncian entre el 5 y el 10% de agresiones que tienen lugar en el seno de la familia, a pesar de ello, en el 2000 se denunciaron 22.385 casos. La mayoría de ellas son pacientes del sistema sanitario

OBJETIVO

Sensibilizar al personal sanitario, por que según como se dirija la historia clínica podemos detectar los casos de violencia. Tenemos que convencernos de que con entrenamiento y habilidades adecuadas podemos identificar, valorar y aconsejar a las víctimas de violencia.

METODOLOGÍA

En el año 2000 se crea el Circuito Local de atención a las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica, con el soporte del "Plenari del Consell Municipal de la Dona de Sant Boi" y aprobado por unanimidad por el Pleno Municipal. El Centro de Orientación y Planificación Familiar se incorporó en la comisión técnica a mediados del año 2000, fue a partir de entonces que aumentó nuestra sensibilización hacia la violencia, dándonos cuenta de que a través de la historia clínica, ginecológica y obstétrica, podíamos detectar la violencia psíquica predecesora y/o concomitante con la violencia física. Nuestras pacientes acuden por otras razones a nuestra consulta pero tenemos que tener presente que cualquier persona puede ser una víctima potencial de sufrir cualquier tipo de violencia.

RESULTADOS

Hemos detectado 17 casos de violencia desde que este centro se incorporó a la Comisión técnica.

Conducta sexual en adolescentes de Catalunya

Parera N., , Surís JC.

Unitat d'Adolescents. Institut Universitari Dexeus. Barcelona

OBJETIVO

Conocer la actividad sexual coital y el uso de anticoncepción en adolescentes catalanes. Observar si existen diferencias entre el área metropolitana de Barcelona y el resto de áreas Catalunya.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se usaron los datos de una encuesta autoadministrada realizada a 6952 adolescentes escolarizados de 14 a 19 años de Catalunya (54% chicas). Se compararon las diferencias entre sexos y entre el ámbito territorial de Barcelona y el resto de Catalunya para cada sexo de manera independiente. Se usaron la prueba del Chi-cuadrado y la t de Student para comparar variables cualitativas y cuantitativas respectivamente.

RESULTADOS

Un 20,6% de chicos y un 24,1% de chicas mantienen relaciones sexuales coitales ($p < 0.001$). No hubo diferencias por ámbitos territoriales pero sí por sexos ($p < 0,001$) según la zona de residencia de los jóvenes. La edad media en la primera relación coital fue de 15,48 (1,65 años para los chicos y 15,76(1,27 años para las chicas ($p < 0,001$). No hubo diferencias entre el área metropolitana de Barcelona y el resto de Catalunya en relación al porcentaje de actividad coital, el número medio de parejas en el último año, el tipo de anticoncepción, el uso de un método anticonceptivo fiable (preservativo, anticoncepción hormonal oral), ni en el hecho de no haber usado anticoncepción en alguna ocasión. Se hallaron diferencias significativas respecto a la anticoncepción postcoital: la usaban más las chicas (28,9%) que los chicos (14,7%), y se usaba más en el área de Barcelona (25,6%) que en el resto (18,1%).

CONCLUSIONES

Las adolescentes catalanas tienen un porcentaje más elevado de actividad coital que los adolescentes, pero inician sus relaciones coitales más tarde. No hay diferencias respecto a la conducta sexual entre el área metropolitana de Barcelona y el resto de Catalunya, excepto en la anticoncepción coital: se usa más en el área metropolitana. Este fenómeno puede ser debido a una mayor accesibilidad en el área de Barcelona que en el resto de Catalunya.

Encuesta sobre uso de métodos anticonceptivos en Andalucía

Ramírez Polo I, García Contreras J, De las Casas Vilches I, García Piñero E, Godines JA
Sociedad Andaluza de Contracepción (SAC).

INTRODUCCIÓN

La encuesta sobre uso de métodos anticonceptivos en Andalucía es un reto que se planteó la junta directiva para saber cual era el comportamiento y usos en anticoncepción de la población andaluza.

La encuesta ha seguido una metodología sólida y contrastada.

Los resultados ofrecen una panorámica real sobre el comportamiento, causa y actitudes frente a la anticoncepción en el núcleo urbano y metropolitano de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODO

Como material de la encuesta se usó:

- Un cuestionario con datos de identificación.
- Encuesta propiamente dicha con 17 preguntas.

el diseño estadístico fue:

- Encuesta domiciliaria de la población de 15-49 años (y)
- El tipo de muestreo: probabilístico complejo trietápico.

RESULTADOS

-La edad media de inicio de relaciones sexuales en el hombre 17,3 años y 18,6 en la mujer. Haciendo notar que los jóvenes que hoy tienen entre 15-19 años (ambos sexos) no tienen diferencia de edad en el inicio de relaciones cuya media es 16,7 años las chicas y 16,4 años los chicos. mientras que en el grupo de edad de 46-49 años hay una diferencia de edad de 2 años en el inicio de relaciones entre chicos y chicas, 19,7 años las chicas y 17,7 los chicos.

-La vida sexual se manifiesta muy activa en Andalucía. Tiene relaciones el 94,5% de la población entrevistada y mientras que la mujer desarrolla su máxima actividad entre los 30-34 años, el hombre lo hace entre los 40-44 años.

- La mayor parte tiene pareja estable (84%) y el 99 % confiesa tener pareja heterosexual.

-Usa método anticonceptivo el 75,8% de la población entrevistada.

-Los métodos más utilizados son:

- el preservativo 48
- la píldora 21,9%
- El ci. es utilizado por un 7,4% de la población que lo considera como M.Anticonceptivo

-Por edades y sexo:

-La mujer comienza usando el preservativo pero luego pasa a la píldora y a los 40 años a BT. El DIU comienza a usarse a los 30 años.

-El hombre utiliza como método prioritario el preservativo hasta los 35 años y a los 45 el prioritario es la vasectomía.

- El 63% de los que usan MA lo hacen por iniciativa propia, y por influencia del personal sanitario en un 18%.
 - Son los jóvenes los más influenciados por los amigos y medios de comunicación y los menos influenciados por el personal sanitario.
 - La principal razón para elegir el método anticonceptivo es la seguridad anticonceptiva, seguida de la naturalidad en las relaciones (píldora) y ausencia de efectos secundarios (preservativo).
 - La mayor parte (69,6%) usa el método elegido más de tres años.
 - Un 18,2% de los que usan ACO no tienen control médico.
 - Con respecto al preservativo, lo usa generalmente el 77,4 % de los usuarios de este método.
 - Están satisfechos con el método que utilizan el 88,7 % de mujeres y el 86,8 % de hombres.
 - Por métodos son los usuarios de: métodos naturales, BT y vasectomía los más satisfechos 100%, seguidos de DIU y píldora en más de 95%. los más descontentos preservativo y CI.
 - Desean cambiar de método un 33% de las usuarias y un 24,1% de los usuarios.
- Los que piensan más en el cambio son los usuarios de preservativo, CI y píldora.
- Los que no usan MA y tienen relaciones en general es porque no les importa el embarazo.

CONCLUSIONES

Del estudio de los datos de identificación, podemos hacer un perfil de la sociedad andaluza urbana y metropolitana:

- Es una sociedad tradicional, pasa de la soltería y convivencia con los padres al matrimonio.
- El nivel de estudios medios es un 53,2%, pero ligeramente superior en el hombre.
- Profesionalmente el hombre trabaja fuera de casa y la mujer mantiene la dicotomía hogar - fuera hogar.
- La edad del primer hijo se sitúa en 25-34 años para hombres y mujeres, el segundo 34-39 años.
- El índice de abortos (naturales año) declarado por cada 100 embarazos es de 9,1.