

Doctor, ¿puede mandarme la píldora?

Dulce Nombre Ramírez Puerta^a y Julio V. Zarco Rodríguez^b

^aMédico de Familia. CS Montilla (Córdoba). ^bMédico de Familia. CS La Plata (Torrejón de Ardoz). Área III. Madrid.

– Buenos días Sra. Gómez, ¿en qué puedo servirla?

– Buenos días, doctor; pues, mire, venía porque necesito que me dé un volante para ir al especialista. Como usted sabe, tengo 3 hijos con sólo 33 años, y quisiera que el ginecólogo me echara un vistazo.

– Sra. Gómez, su última revisión ginecológica ha sido hace 3 meses y no se había encontrado ningún problema. ¿Por qué quiere ir al ginecólogo de nuevo?

– Verá, doctor, es que quiero que el ginecólogo me recete “la píldora”, porque como usted comprenderá, con mi edad y mi situación, no estoy dispuesta a tener más hijos.

– Pero, Sra. Gómez, no se preocupe usted, yo la examino, realizo las pruebas que sean necesarias y yo mismo le prescribo el anticonceptivo que usted necesite. No es necesario que acuda al especialista de nuevo por ese motivo.

– ¡Ah doctor, qué sorpresa!, yo pensaba que “la píldora” me la tenía que recetar el especialista. La verdad es que, si puede hacerlo, prefiero que sea usted el que me la mande, me ahorrará bastante tiempo, entre otras ventajas.

Este breve extracto de una consulta médica de atención primaria es el fiel reflejo de lo que acontece en muchos de nuestros centros de salud, cuando la demanda de la paciente es la prescripción de anticoncepción hormonal (AH).

Tradicionalmente, la planificación familiar corría a cargo única y exclusivamente del médico especialista, por lo que todas aquellas mujeres que solicitaban este servicio se derivaban al ginecólogo. De esta manera, con el paso del tiempo, y debido a que era un servicio cada vez más solicitado, el número de consultas al ginecólogo fue aumentando de tal forma que los servicios de ginecología se desdoblaron en dos: planificación familiar, que atendía a los problemas de anticoncepción (preferentemente implantación de DIU y anticoncepción hormonal), y consultas de ginecología, que atendía la patología ginecológica y las revisiones periódicas.

De esta manera, el médico general/de familia se convertía tan sólo en un mero intermediario burócrata entre los usuarios y el nivel especializado. Los médicos ginecólogos se reservaron para sí, y aún hoy existe algún caso, la competencia técnica de la prescripción de AH, alegando los re-

querimientos técnicos necesarios en cuanto a pruebas complementarias precisas y a la interpretación de éstas, para el correcto manejo de estos fármacos. Como veremos más adelante, la realidad dista enormemente de ser así. Estamos seguros, convencidos, y así lo demuestra la experiencia hasta el momento, de que el médico general/de familia está perfectamente entrenado y cualificado para prescribir AH y realizar el correcto seguimiento en sus consultas de atención primaria.

El médico de atención primaria es el referente fundamental del núcleo de población que demanda el servicio de planificación familiar. En este núcleo de población femenina se podría realizar una división en 4 subgrupos:

1. Mujeres en edad fértil que no mantienen relaciones sexuales y que apenas acuden a la consulta, o bien lo hacen por motivos distintos a la planificación familiar. La consulta de atención primaria desplegada en torno a los contenidos de educación para la salud es el lugar idóneo para proporcionar información y formación individual y/o grupal sobre métodos anticonceptivos. Es muy difícil que este grupo de población pueda llegar al nivel especializado, ya que, incluso, muchas mujeres de este subgrupo ni siquiera han llegado a realizarse su primera revisión ginecológica, por pertenecer al grupo de adolescentes.

2. Mujeres en edad fértil que mantienen relaciones sexuales y no utilizan ningún método anticonceptivo, o bien métodos de barrera y AH sin control médico. En la apertura de la historia clínica interrogamos explícitamente acerca de los métodos utilizados, con lo cual tenemos un conocimiento directo. Los datos estadísticos referentes a la consulta de planificación familiar en atención primaria coinciden con los de los servicios de especializada, de forma que en los últimos años se ha producido una disminución en la utilización de métodos de barrera y un claro incremento del uso de AH, DIU y métodos definitivos. Aun así el método más utilizado es la AH, seguido de los métodos de barrera y en tercer lugar los métodos definitivos¹.

3. Mujeres perimenopáusicas con relaciones sexuales. De éstas, tan sólo un 51,6% utiliza algún método anticonceptivo, aunque más de la mitad considera y conoce el hecho de que hay riesgo de embarazo en esta edad².

4. Mujeres jóvenes con relaciones sexuales que utilizan métodos de barrera y acuden a consulta solicitando intercepción poscoital por accidentes y problemas relacionados

con el método de barrera. Esta demanda se está incrementando notablemente en nuestras consultas de atención primaria, pudiéndose observar que el perfil de mujer que lo hace es: soltera, de 18-25 años, que solicita la demanda menos de 10 horas después de la rotura de un preservativo durante la relación (en un 85% de los casos). Acuden en su mayor parte a los servicios de urgencias hospitalarias y un 25% a los puntos de atención continuada³.

Se observa cómo un 51,5% de las consultas por este motivo se producen los lunes, en probable relación con las relaciones sexuales de fin de semana, el 8,7% reincide en esta consulta y el 3,1% ha tenido coitos no protegidos dentro del mismo ciclo⁴.

Es una realidad constatada la gran frecuencia de consultas por este motivo de usuarias que han acudido a otros servicios de urgencias y, al no ser atendida su demanda, acaban en la consulta de atención primaria.

Por todo lo expuesto, podemos ver que el médico general/de familia es el principal receptor de la población femenina que solicita este servicio. En cuanto a las habilidades científico-técnicas reivindicadas por los médicos especialistas, debemos decir que antes de la prescripción de la AH se debe realizar anamnesis y exploración física completas, junto con una analítica de control, lo que todo médico de atención primaria puede llevar a cabo en su consulta. La exploración ginecológica, mamaria y citología también forman parte del control y seguimiento en el tratamiento con AH. Las dos primeras son una práctica bastante común y rutinaria en la asistencia del médico de atención primaria, práctica que se ve reforzada en los programas de formación continuada, durante la residencia de medicina de familia, así como en el pre y posgrado. En cuanto a la citología, requiere unas mínimas técnicas que la atención primaria debe poseer y facilitar.

En lo que atañe a la periodicidad de los controles en las mujeres en tratamiento con AH, si éstas son menores de 35 años, la analítica se realizará cada 3 o 5 años, y si son mayores de dicha edad, anualmente, mientras que la citología se realizará cada 3 años si no existe patología añadida⁵. Es cierto que muchos centros de salud no están suficientemente dotados para prestar este último servicio, por lo que uno de nuestros objetivos debe ser la reivindicación de unas mejores condiciones estructurales de trabajo. En algunos lugares, para solucionar este déficit, se ha articulado una vía intermedia, que es la realización o petición directa de la citología al personal de enfermería especializado (matronas), si bien es cierto que se suelen limitar el número de citologías/médico/mes, lo cual dificulta la correcta realización del protocolo de planificación familiar.

Según lo expuesto, parece obvio que la recomendación de utilización de AH no debe ser una competencia exclusiva de los médicos especialistas, sino que, muy al con-

trario, por el tipo de población que la demanda y los mínimos requerimientos que se necesitan, puede llevarse a cabo perfectamente en el nivel primario. Los controles de calidad de los programas de planificación familiar en los centros de salud hablan en este sentido, al darnos como cifras de referencia una cobertura del 90% de citologías realizadas y en torno a un 73% de tolerancia en la AH, equivalente a la presentada en los servicios de atención especializada⁶.

Es vital reivindicar para el médico de atención primaria no sólo la suficiente capacitación y habilidad científico-técnica sobre AH, que en su mayor parte la posee, sino los mínimos requerimientos estructurales básicos para poder llevar a cabo los protocolos con garantías de calidad adecuadas. Éstas se refieren prácticamente a la realización de citologías, que todo médico general o de familia deberá poder realizar en su consulta, sin tener que derivar a la paciente al nivel secundario, con lo que ello conlleva de demora y malestar para la paciente, y el mayor coste económico para el sistema.

Según lo expuesto en los protocolos de seguimiento y control de AH, el médico de atención primaria puede y debe llevar a cabo prácticamente todos los procesos, salvo la citología, parcela de competencia técnica reservada para el ginecólogo. No parece justo que esto sea así, máxime cuando en su mayor parte tampoco son los ginecólogos quienes las realizan, sino que las encargadas de hacerlo son las matronas. Seamos pues serios: ¿quién realiza el trabajo en esencia y quién utiliza el trabajo de otros para reivindicar una parcela de poder?

– *Doctor, ¿puede recetarme la píldora?*

– *Si usted la necesita, no sólo puedo sino que debo hacerlo.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañestro Márquez FJ, Corona Paex I, Aguilar Rivas SB, Ureña Garnica IM, Ramírez Plaza SP, De la Torre Fernández YA. Análisis de los resultados de la consulta de planificación familiar de nuestro centro de salud en los últimos cuatro años. *Aten Primaria* 1999; 24 (2): 278.
2. Hazañas Ruiz S, Gálvez Alcaraz L, Padiol Serrano MA, Alcalá Coninde M, Asenjo Plaza M, Villegas Muñoz E. Anticoncepción en la mujer perimenopáusicas. *Aten Primaria* 1999; 24 (2): 270.
3. Antón Sanz MC, Sánchez Colso A, Álvarez Aragón J, Corredor Ibáñez MJ, Mayor Racero E. ¿Quién y cuándo demandan la intercepción poscoital en el ámbito rural? *Semergen* 1999; 25: 278.
4. Mora Ortiz I, De los Santos Moreno MJ, Rodríguez Landeira M, Tesón Martín A, Garrucho García E, Segura Ramos D. Intercepción poscoital: perfil de las usuarias. *Semergen* 1999; 25: 97.
5. Boral Conde IL, Del Alamo Alonso A, Menéndez Vilalva C, Deanco Pérez S. Protocolos de obstetricia y ginecología para atención primaria (2.ª ed.). Madrid: Aula Médica, 1999.
6. Hormigo Pozo A, Baca Osorio A, García Ruiz C, González Delgado R, Paz Cerezo M, García Ruiz A. Control de la calidad del programa de planificación familiar en el centro de salud Ciudad Jardín de Málaga. *Semergen* 1999; 25: 98.