

CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA: IL MEDICO GENERALE TRA LETTERATURA E PRATICA

Manuela Lerda

Medico generale, Cuneo

STATO DELL'ARTE

Nell'esperienza del medico di famiglia la richiesta di contraccezione d'emergenza è molto cambiata in questi ultimi anni.

Solo una ventina di anni fa le pazienti si rivolgevano molto raramente al proprio medico per questo motivo e comunque non sempre ricevevano una risposta adeguata. Solamente i più attenti a questo tipo di problematiche e meno timorosi di prescrivere "off label" ricordano le alte dosi di etinilestradiolo o di un estroprogestinico ad alto dosaggio in posologie che non si trovavano facilmente sui libri.

Ci si rivolgeva meno al medico generale per questi motivi, ritenuti non di sua competenza e per cui spesso ci si vergognava. Inoltre, anche quando il medico di famiglia era l'unico riferimento, nelle pazienti spesso mancava la consapevolezza della possibilità di utilizzare un contraccettivo d'emergenza, per cui non c'era domanda. Ovviamente era più frequente la necessità di dover ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza.

Le nuove generazioni sono cresciute più informate sul tema della sessualità e sulle possibilità contraccettive in senso lato. Sicuramente poi, l'avvento della "pillola del giorno dopo", di cui molto si è parlato da parte dei mass media, ha segnato un giro di boa. Sono ulteriormente ridotte le gravidanze indesiderate ed è diventata tutt'altro che infrequente la richiesta di una prescrizione di questo presidio terapeutico.

COSA DICE LA LETTERATURA?

Le linee guida dicono che la contraccezione d'emergenza è indicata nei seguenti casi:

- Dopo un rapporto non protetto
- In caso di rottura o scivolamento del profilattico
- In caso di scivolamento del diaframma o del cappuccio cervicale
- Dopo un coito interrotto non riuscito
- In caso di espulsione dello IUD
- In caso di dimenticanza di tre pillole combinate per tre giorni consecutivi
- Dopo aver subito una violenza sessuale in assenza di protezione contraccettiva.

Dal momento che è impossibile determinare con certezza il periodo infertile del ciclo, le linee guida raccomandano che la contraccezione di emergenza venga sempre fornita alla donna preoccupata per il rischio di gravidanza, a prescindere dal giorno del ciclo (1).

COSA SUCCEDDE IN MEDICINA GENERALE?

Il medico generale, secondo una stima fatta dall'Autrice, in media prescrive da 2 a 10 volte all'anno un contraccettivo d'emergenza.

Semberebbero abbastanza rari i Colleghi che per motivi di coscienza individuale rifiutano tale prescrizione.

I motivi per cui viene più frequentemente richiesta una contraccezione d'emergenza sono: dopo un rapporto non protetto e non previsto e in caso di rottura o scivolamento del profilattico.

Nel primo caso, l'impressione tratta da ciò che le pazienti dicono è che il più delle volte il rapporto a rischio è stato occasionale o comunque all'inizio della relazione. In queste situazioni si direbbe che il mancato utilizzo di un contraccettivo

stia ad indicare la “mancanza di predeterminazione” e sia in qualche modo una difesa psicologica. Sembra che nelle donne, rispetto ai maschi, sia tuttora più importante il coinvolgimento psicologico e affettivo, e a volte anche emancipate giovani degli anni duemila arrivano al rapporto sessuale senza averlo programmato in precedenza e quindi senza protezione. Nonostante l'educazione sanitaria che viene svolta anche nelle scuole, poi, alcune ancora si vergognano di chiedere al partner di utilizzare il condom.

Di solito viene riferito che era stato utilizzato il coito interrotto, metodica che ormai tutti conoscono come “non abbastanza sicura”.

Nel 99% dei casi il metodo utilizzato da parte dei medici di famiglia è il levonorgestrel (immediato, non richiede consulenza specialistica, preferito dalla donna). In casi eccezionali, specie se già se ne era parlato, si invia al ginecologo per l'inserzione di un IUD.

QUALE RUOLO PER IL MEDICO GENERALE?

Tra le cose che un medico generale deve fare quando viene richiesta una contraccezione d'emergenza e che sono indicate nella tabella 1 vorrei sottolineare che questa è un'occasione da non perdere per fare un counselling mirato e un'opera di educazione sanitaria. L'obiettivo che il medico si deve porre è non solo quello di evitare di dover ricorrere ad una interruzione di gravidanza, ma anche di prevenire una nuova richiesta di contraccezione d'emergenza.

Una volta verificata l'appropriatezza della prescrizione e l'eventuale rischio di malattie sessualmente trasmissibili, va prescritto il farmaco, ma se ci ferma qui si perde un'occasione unica.

La richiesta di un contraccettivo di emergenza spesso sta ad indicare una leggerezza, un disagio, un'ignoranza. Non concordo con chi afferma che se viene richiesto di prescrivere un contraccettivo di emergenza un comportamento corretto potrebbe addirittura essere quello di fare una doppia prescrizione, in modo che possa essere utilizzata dalla stes-

sa donna in futuro o eventualmente da un'amica in difficoltà. Né concordo con coloro che consigliano di fornire il contraccettivo a livello “preventivo” prima di una vacanza con possibilità di rapporti occasionali.

A mio parere non è corretto “favorire” rapporti a rischio, ma è assolutamente dovere del medico fare prevenzione ed educazione sanitaria in tutte le occasioni in cui può essere necessario, e sicuramente questo è uno di quei momenti.

Tabella 1

Ruolo del medico generale

- Assicurarsi che il rapporto non protetto è avvenuto entro il periodo in cui la contraccezione di emergenza è efficace
- Verificare il rischio di malattie sessualmente trasmissibili
- Informare la donna dei possibili effetti collaterali del farmaco
- Ricordare alla paziente che la contraccezione di emergenza non previene gravidanze risultanti da rapporti non protetti successivi all'assunzione del farmaco
- Cogliere l'occasione per ridiscutere il metodo contraccettivo
- Prescrivere contraccettivi orali se richiesto in modo da iniziare il primo giorno utile
- Consigliare un test di gravidanza qualora non si presentino mestruazioni entro 21 giorni dal trattamento
- Valutare la possibilità di interazione tra farmaci (es. antiepilettici)

BIBLIOGRAFIA

1. SOCG. Clinical Practice Guidelines. N° 143 Part1, February 2004.