

Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias hospitalario: la experiencia de un año de gratuidad

MARCO ANTONIO SARRAT¹, FELICIDAD YÁÑEZ², ÁNGEL VICENTE¹, SERGIO MUÑOZ¹, JORGE ALCALÁ¹, ROMÁN ROYO³

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza, España. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital "Ernest LLuch". Calatayud. Zaragoza, España. ³Servicio Urgencias. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza, España.

CORRESPONDENCIA:

Marco Antonio Sarrat Torres
C/Cesáreo Alierta, 38-40,
esc. 2ª 5º izda.
50008 Zaragoza, España
E-mail: m.sarrat@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

25-9-2007

FECHA DE ACEPTACIÓN:

8-1-2008

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

AGRADECIMIENTOS:

A Patricia Learte Antón por su labor realizada en este trabajo y por mil motivos más.
Al Dr. Víctor Abadía Gallego por sus valiosos comentarios.

Objetivos: La anticoncepción de emergencia es gratuita en la sanidad pública de Aragón desde 2005. Se describe el perfil de la solicitante durante el primer año de gratuidad en un servicio de urgencias hospitalario y las variables relacionadas con su solicitud en las primeras 24 horas tras la relación sexual.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de un año de duración que incluyó todas las historias clínicas de urgencias del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza) en las que el diagnóstico fue "anticoncepción de emergencia". Se elaboró una hoja de recogida de datos clínicos y epidemiológicos. Se compararon estos datos entre las pacientes que acudieron durante las primeras 24 horas tras la relación sexual y el resto.

Resultados: El número de píldoras dispensadas fue de 1.129. La media diaria fue de 3,09. La edad media fue de 21 años. Un 29% fueron menores de edad. En un 55% solicitaron la anticoncepción de emergencia (ACE) cuando está disponible en otros centros. Un 68% acudió dentro de las primeras 24 horas tras la relación sexual. Esta mayor rapidez en demandar asistencia se asoció con la consulta en sábado y con una edad comprendida entre 19 y 24 años. En un 79%, el motivo de consulta fue el fallo del método de barrera.

Conclusiones: El perfil de usuaria es una mujer de 21 años que solicita la ACE en las primeras 24 horas tras la relación sexual, habitualmente en fin de semana por fallo del método de barrera y acude en una franja horaria donde está disponible en otros centros. Una de cada tres es menor de edad. Se aprecia relación entre la prontitud de la petición de píldora y el día de la semana (sábado) y el segmento de edad entre 19 y 24 años. [Emergencias 2008;20:108-112]

Palabras clave: Anticoncepción de emergencia. Urgencias hospitalarias.

Introducción

La anticoncepción de emergencia (ACE), según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, es un método de prevención de embarazos después de haber mantenido una relación sexual sin protección². En nuestro medio, se realiza preferentemente mediante la píldora postcoital (PPC) que consta de una pauta de un único comprimido de 1,5 mg^{3,4} de levonorgestrel, eficaz dentro de las 72 horas posteriores al coito.

Su mecanismo depende principalmente del momento del ciclo menstrual y del tiempo desde la relación sexual, y provoca diferentes efectos co-

mo la inhibición de la ovulación, la alteración de la motilidad tubárica y la modificación de la estructura del endometrio⁵⁻⁷.

Desde el año 1995 hasta el 2005 se realizaron en nuestro país un total de 729.348 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)⁸, incrementando su número año a año, alcanzándose en el año 2005⁸ un total de 91.644 IVE practicadas.

La PPC fue autorizada en nuestro país por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) en el año 2001. La Consejería de Salud de Aragón (CSA), en el año 2005, determinó que sería gratuita dentro del dispositivo asistencial público, con los siguientes objetivos: a) control adecuado de la

prescripción, y b) disminución de abortos y embarazos no deseados especialmente en jóvenes y adolescentes.

El objetivo de nuestro estudio es describir el perfil de la mujer solicitante de la ACE durante el primer año de dispensación gratuita en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel y las variables relacionadas con su solicitud en las primeras 24 horas tras la relación sexual.

Método

El Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" es referencia del sector III de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. Atiende a una población de aproximadamente 275.000 personas, predominantemente rural y con un gran índice de dispersión geográfica. Nuestro servicio atiende cerca de 400 urgencias diarias de todo tipo, 25 de ellas son obstétrico/ginecológicas.

El estudio es descriptivo, retrospectivo y abarca un período de tiempo de un año de duración (del 25/10/05 al 25/10/06), e incluye todas las historias clínicas de urgencias con el diagnóstico de "anticoncepción de emergencia".

Se diseñó un cuestionario estándar para incorporar en la historia clínica de las demandantes de PPC. Éste era cumplimentado por el Médico Interno Residente (R-1) con un nivel de prioridad 5, y se atendía dentro de la consulta ambulatoria de las urgencias generales. Dicho cuestionario contenía las siguientes preguntas: motivo de solicitud, tiempo transcurrido desde la relación sexual, antecedentes personales, fecha de la última menstruación, método anticonceptivo habitual y número de solicitudes previas. Se consideró el tiempo transcurrido entre la relación sexual y la asistencia en urgencias como variable dependiente (que se dicotomizó entre inferior o igual a 24 horas y superior a 24 horas) y el resto de variables se consideraron como variables independientes.

La base de datos que recogía las preguntas se analizó con el paquete estadístico comercial SPSS versión 11.0 (SPSS, Chicago IL, EE.UU.). Los datos se expresaron como medidas de tendencia central (media, mediana y moda) para las variables cuantitativas o como valor absoluto (porcentaje sobre el total) en el caso de las variables cualitativas. Para la comparación de proporciones se ha utilizado la prueba de χ^2 y para la comparación de medias se ha utilizado la ANOVA. En cualquier caso se consideró estadísticamente significativo un valor de p inferior a 0,05 de 2 colas.

Resultados

De las historias clínicas estudiadas, el número de mujeres que solicitaron la ACE en el año del estudio fue de 1.007 mujeres. Se dispensaron un total de 1.129 píldoras, con una media diaria de 3,09, de las cuales 777 (68%) la solicitaron en las primeras 24 horas, 113 (10%) lo hicieron entre las 24 y 48 horas, y 139 (12%) lo hicieron entre las 48 y 72 horas posteriores a la relación sexual; en 110 (10%) no se disponía de este dato. La edad media de la usuaria del servicio fue de 21 años, la mediana de 22 y la moda de 19. El rango de edad fue de (15-43 años). La distribución de la asistencia en función del día de la semana no resultó estadísticamente significativa ($p > 0,01$) y los días de los fines de semana fueron los de mayor demanda (Figura 1). Un 60% de las pacientes ya había utilizado este método alguna vez en su vida y un 17% lo habían hecho durante el último año (Figura 2).

La Tabla 1 muestra la distribución de diversas variables clínico-epidemiológicas en el global de la muestra y distribuida en función de la premura

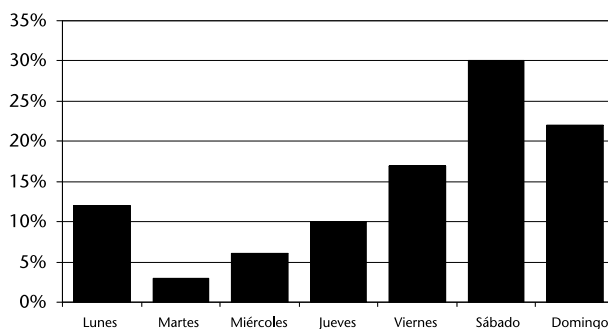


Figura 1. Distribución de las solicitudes de la píldora postcoital (PPC) según día de la semana.

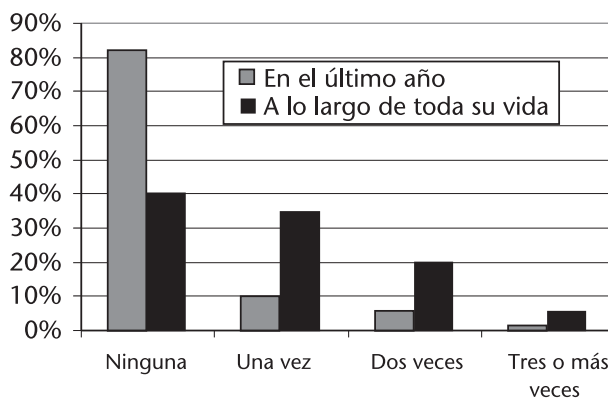


Figura 2. Número de veces que las pacientes habían tomado la píldora postcoital (PPC) durante el último año y a lo largo de toda su vida (N = 1.129 píldoras).

Tabla 1. Características clínico-epidemiológicas de las usuarias a las que se dispensaron las píldoras y comparación de estas características entre las que la demandaron en las primeras 24 horas y el resto

	Total (n = 1.129)	Solicitud precoz* (n = 777)	Solicitud tardía* (n = 252)	Valor de p
Distribución por edades				
12-16 años	82 (7,3%)	40 (5,9%)	36 (14,2%)	n.s
17-18 años	244 (21,6%)	171 (21,7%)	52 (20,6%)	n.s
19-24 años	531 (47%)	421 (54%)	101 (43,6%)	p = 0,04
25-30 años	203 (18%)	151 (19,5%)	31 (12,6%)	n.s
31-35 años	35 (3,1%)	19 (3,2%)	10 (3,9%)	n.s
> 36 años	34 (3%)	17 (2,7%)	13 (5,1%)	n.s
Hora de solicitud				
9 a 20 horas	621 (55%)	414 (53%)	128 (51%)	n.s
20 a 24 horas	226 (20%)	159 (19%)	55 (22%)	n.s
0 a 9 horas	282 (25%)	204 (28%)	59 (27%)	n.s
Día de la semana				
Lunes	135 (12%)	77 (10%)	20 (8%)	n.s
Martes	34 (3%)	18 (2%)	7 (3%)	n.s
Miércoles	68 (6%)	39 (5%)	15 (6%)	n.s
Jueves	113 (10%)	93 (12%)	35 (14%)	n.s
Viernes	192 (17%)	139 (18%)	50 (20%)	n.s
Sábado	339 (30%)	272 (35%)	68 (27%)	P = 0,03
Domingo	248 (22%)	139 (18%)	57 (22%)	n.s
Motivo de consulta				
Fallo método barrera	895 (79,3%)	621 (80%)	194 (77%)	n.s
No datos	90 (8%)	47 (6%)	13 (5%)	n.s
No métodos anticonceptivos	85 (7%)	70 (9%)	25 (10%)	n.s
Fallo anticoncepción oral	56 (5%)	38 (4,9%)	19 (7,61%)	n.s
Violación	2 (0,2%)	1 (0,1%)	1 (0,39%)	n.s
Anticonceptivo habitual				
Método de barrera	869 (77%)	582 (75%)	191 (76%)	n.s
Ningún método	113 (10%)	70 (9%)	20 (8%)	n.s
No datos	90 (8%)	77 (10%)	22 (9%)	n.s
Anticoncepción oral	56 (5%)	48 (6%)	19 (6%)	n.s

*No se tuvieron en cuenta los casos en los que no se disponía de esta información por lo que la suma de ambos grupos es inferior al total.
n.s.: no significativo.

con la que se demandó el servicio. Como puede apreciarse, únicamente el sábado ($p < 0,03$) y las pacientes entre 19 y 24 años ($p < 0,04$) se asociaron con una mayor rapidez en demandar el servicio.

Discusión

Nuestro estudio presenta los resultados más extensos tanto en número de participantes como en el tiempo de estudio de los que existen en la literatura consultada.

Los resultados de este estudio son congruentes con los encontrados en otros estudios españoles⁹⁻¹³ sobre ACE en diferentes ámbitos (atención primaria u hospital), así como del perfil de usuaria específico de la PPC¹⁴, que es el de una mujer menor de 25 años de edad. Por el contrario, en nuestro estudio llama la atención el alto porcentaje de menores (28,9%), lo que debería hacer reflexionar sobre la educación sexual que están recibiendo este segmento poblacional y sus parejas. Así mismo, debemos destacar el 7,6% de menores de 16 años, no solamente por el potencial efecto sobre ellas¹⁵, sino también por la controversia que esta-

blece la administración ACE en menores de edad, tanto desde el punto ético como desde el punto de vista legal, ya que deja a cargo del médico el hecho de valorar la madurez del menor¹⁶.

En un 55%, los horarios de dispensación corresponden al comprendido entre las 9 y las 20 horas, donde el servicio existe en otros centros (planificación familiar, de salud, puntos de atención continuada, etc.) y por lo tanto no sería susceptible de una atención hospitalaria de tercer nivel. Todo ello resulta en una sobrecarga asistencial en nuestros servicios ya de por sí saturados. Reflejaría, así mismo, una importante falta de información de la existencia de otros dispositivos accesibles. Los días de la semana en donde se observan más solicitudes corresponden al periodo del viernes al domingo (69% del total).

Las guías internacionales¹ señalan al sexo sin protección como el principal motivo para solicitar la ACE, mientras que en nuestro estudio es el fallo del método de barrera (79,3%), datos coincidentes con otros estudios españoles⁹⁻¹³. Si este hecho fuera cierto, tendría que hacer reflexionar acerca de la calidad de los preservativos en circulación en nuestro país. Creemos que en realidad refleja un más que probable "sesgo de respuesta" de las

usuarias, que probablemente indique una falta de utilización de los numerosos medios anticonceptivos presentes en el mercado.

La administración de la PPC se hacía en presencia del facultativo responsable, quien realizaba una corta intervención de educación sanitaria, y recordaba que las relaciones sexuales sin protección son causa de enfermedades de transmisión sexual. Se recomendaba, así mismo, que si la solicitante vomitaba en las primeras 3 horas tras la toma era aconsejable volver al centro para valorar una posible nueva toma.

Un alto porcentaje de usuarias (68%), coincidiendo con otros estudios, solicitan la PPC dentro de las primeras 24 horas, donde el fármaco es más efectivo^{4,16-19}. El método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo (79,3%) semejante a otros artículos de nuestro país¹⁶⁻¹⁹. No se han apreciado relaciones estadísticas significativas entre las variables estudiadas y las primeras 24 horas desde la relación sexual, excepto en el día de la semana (sábado) lo que era esperable debido al importante porcentaje de solicitudes en ese día y con el rango de edad de 19-24 años.

Las usuarias reconocen en un 60% haber tomado la PPC con anterioridad, y en un 25% en dos o más ocasiones, donde los posibles efectos secundarios de la píldora no están valorados adecuadamente. No se ha valorado en este estudio la percepción e información real que las usuarias tienen de la ACE, ni de sus características y condicionantes¹⁷⁻¹⁹ y cómo pueden influir éstos en su demanda.

Uno de los objetivos de las diferentes Comunidades Autónomas para la dispensación gratuita de la ACE era reducir los abortos en mujeres jóvenes y adolescentes. Sin embargo, a pesar de la medida tomada, la tasa de abortividad ha continuado creciendo en los últimos años de manera sostenida en la totalidad de Comunidades Autónomas⁸.

Desconocemos el impacto potencial de la objeción de conciencia del personal facultativo de nuestro hospital. Según la información u organización que se consulte³⁻⁵, si la consideración de inicio de embarazo resulta de la implantación del cigoto en el útero (OMS), a la PPC no se le podría considerar como método abortivo, independientemente de su mecanismo de actuación. Si atendemos a las teorías que determinan que la vida comienza en la concepción, la PPC, en el caso de que actúe evitando la implantación, se podría considerar abortiva, de ahí su posible efecto en la objeción de conciencia.

Por último hemos de exponer las limitaciones

de nuestro estudio. La falta de cumplimentación de las historias clínicas, la falta de información real por parte del facultativo en relación a lo que está prescribiendo, así como la posible falta de veracidad en las respuestas de las usuarias. No disponemos de información acerca de cuántas solicitudes de ACE en el último año corresponden al periodo del estudio. También puede resultar importante, el potencial "sesgo de respuesta" por parte de las usuarias, sobre todo en lo referente al motivo de consulta. Podemos concluir que el perfil de usuaria es el de una mujer de 21 años que solicita la ACE en las primeras 24 horas tras la relación sexual, habitualmente en fin de semana, por fallo de barrera y acude en una franja horaria donde está disponible en otros centros. Una de cada 3 usuarias de este servicio es menor de edad. La prontitud de la petición de la píldora tiene que ver con el día de la semana (sábado) y con la franja etaria (19-24), y no tiene relación con el hecho de ser menor de edad.

Bibliografía

- 1 WHO/FRH/FPP/98.1. Emergency contraception: a guide to the provision of services. Washington: WHO/FRH/FPP, 1998.
- 2 Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr 18;(2).
- 3 WHO. Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Task Force on Postovulatory methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.
- 4 Ficha técnica de Norlevo (Chiesi España).
- 5 WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
- 6 Albarrán ME, Santiago A, Ruiz R, Pera FJ, Perea B. Interrupción postcoital: Levonorgestrel, actualidad de un fármaco. *SEMERGEN* 2007;33:231-40.
- 7 López F, Lombardía J. Novedades en anticoncepción hormonal. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005;29:62.
- 8 Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006.
- 9 Vergara JC, López-Guerrero A, López F. Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria. *Aten Primaria* 2004;34:279-85.
- 10 Ruiz S, Güell E, Herranz C, Pedraza C. Anticoncepción postcoital: características de la demanda. *Aten Primaria* 2002;30:381-7.
- 11 Checa MA, Pascual J, Robles A, Carreras R. Trends in the use of emergency contraception: an epidemiological study in Barcelona, Spain (1994-2002). *Contraception*. 2004;70:199-201.

- 12 Lete I, Cabero L, Alvarez D, Olle C. Observational study on the use of emergency contraception in Spain: results of a national survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8:203-9.
 - 13 Aguinaga JR, González R, Guillén E. Análisis de las demandantes de pastillas anticonceptivas de urgencia. *Emergencias* 2002;14:125-9.
 - 14 Martínez MA, Bellar J, Coll O, Balasch J. Anticoncepción postcoital con levonorgestrel: estudio sociodemográfico. *Med Clin (Barc)* 2005;125:75-6.
 - 15 Gómez MA, Sola A, Cortés MJ, Mira JJ. Sexual behaviour and contraception in people under the age of 20 in Alicante, Spain. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007;12:125-30.
 - 16 Viudez C. Aspectos éticos-legales de la contracepción de emergencia. *FMC* 2005;12:277-80.
 - 17 Espinós JJ, Senosiain R, Aura M, Vanrell C, Armengol J, Cuberas N, et al. Safety and effectiveness of hormonal post-coital contraception: a prospective study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999;4:27-33.
 - 18 Serra A, Montaner M, Sitjar S, Sisó A, Espanyol M, Devant M. Anticoncepción de emergencia: evaluación de los conocimientos de las mujeres, un requisito para la efectividad del tratamiento. *Aten Primaria* 2007;39:87-92.
 - 19 Santamaría T, Crespo AV, Cid A, Gontán MJ, González M, Baz C, et al. Anticoncepción de emergencia: perfil de las usuarias y características de la demanda. *SEMERGEN* 2006;32:321-4.
-

Emergency contraception at the Emergency Department. Experience of one year of free assistance

Sarrat MA, Yáñez F, Vicente A, Muñoz S, Alcalá J, Royo R

Background: The Department of Health of Aragon has been offering free emergency contraception (EC) since 2005.

Aims: The aim of the present study was to assess the profile of women who sought EC during the first year of free contraception at the Emergency Service of a third level hospital and to identify the type of variables related to the seek of EC within 24 hours after a sexual intercourse.

Material and methods: One-year descriptive retrospective study which reviewed all medical records with diagnosis of emergency contraception at the emergency department of H.C.U. "Lozano Blesa" (Zaragoza). Clinical and epidemiological information was recorded in a specifically devised data collection form. Data of patients who sought EC within 24 hours after a sexual intercourse were compared with the rest of patients.

Results: The total number of pills dispensed was 1,129 with a mean of 3.09 pills dispensed in a single day. The mean age of patients was 21 years (29% of the whole sample was under 18 years of age). About 55% searched EC from 9:00 to 20:00 hours (when the pill is available in outpatient services) and 68% presented to ED within 24 hours after the sexual intercourse. Women between 19 and 24 years of age sought assistance earlier than women in other age groups. The same applied for Saturdays (in comparison with the rest of the days of the week). Failure of barrier method was the reason for consultation in 79%.

Conclusions: The most frequent user of this service is a 21 year-old woman who seeks EC within 24 hours after a sexual intercourse (usually during the weekend). The rationale for seeking EA is typically a failure in the barrier method; although the pill is available in other external services women prefer to go to the hospital. The age of one out of three users of this service is less than 18 years. Finally, it is important to highlight that pills are solicited earlier during the weekend (according to the idea of time since the sexual intercourse). [Emergencias 2008;20:108-112]

Key words: Emergency contraception. Emergency Service, hospital.