

## ORIGINAL

## Perfil de la solicitante de la píldora postcoital (Levonorgestrel) en unidades de urgencias

Cárdenas Cruz DP<sup>1</sup>, Parrilla Ruiz F<sup>2</sup>, Mengíbar Gómez MM<sup>3</sup>, Espinosa Fernández M<sup>3</sup>, Issa Khozouz Ziad<sup>1</sup>, Cárdenas Cruz A<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, <sup>2</sup> MIR. MFyC, <sup>3</sup> Médico de Familia. Centro de Salud de Adra. Almería, <sup>4</sup> Especialista en Medicina Intensiva y Cuidados Críticos y Urgencias. Responsable de Unidad de Urgencias. Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

### PERFIL DE LA SOLICITANTE DE LA PÍLDORA POSTCOITAL (LEVONORGESTREL) EN UNIDADES DE URGENCIAS

**Objetivo:** Realizar un perfil de la mujer que acude a Urgencias demandando la anticoncepción postcoital como objetivo principal. Determinar el motivo de solicitud como objetivo secundario.

**Diseño:** Estudio transversal durante un periodo de 9 meses (20/05/01 – 20/02/02).

**Ámbito de estudio:** Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. EL Ejido. Almería y Servicio de Urgencias del Centro Salud de Adra. Almería.

**Sujetos:** Mujeres que acuden a Urgencias solicitando la anticoncepción postcoital.

**Mediciones:** Se realizó una entrevista personal mediante encuesta (unificada en todos los Servicios de Urgencias del S.A.S.) a todas las solicitantes donde se preguntaba: Edad, Horas desde el coito de riesgo, Uso anterior de anticoncepción postcoital, Anticoncepción habitual, Motivo de la solicitud, Causas de no-prescripción y Observaciones.

**Resultados:** En el periodo de estudio acudieron 446 mujeres que solicitaron la anticoncepción postcoital, al 100% se le prescribió y se le administró gratuitamente. La edad media de la mujer fue de 21,3 ± 5,4 años siendo el 87% menores de 30 años. Acudieron a urgencias en menos de 24 horas postcoital el 91 %, entre 24 –48 horas el 5 % y entre 48-72 horas un 4 %. El 88 % de las solicitantes no usaron con anterioridad anticoncepción postcoital, 12 % restante alguna vez. El 85 % utilizaba como anticonceptivo habitual el Preservativo, 9 % Hormonal, 5% ninguno, 1% Dispositivo intrauterino (DIU). El motivo de solicitud de la píldora postcoital: 83 % rotura de preservativo, 15 % no uso de método anticonceptivo, 1 % olvidó toma del anticonceptivo hormonal, 1 % otras causas: Agresiones sexuales.

**Conclusiones:** El perfil de la mujer que solicita la píldora postcoital es una joven de unos 21 años, que utiliza el preservativo como método anticonceptivo habitual, que con anterioridad refiere no uso de la anticoncepción postcoital y acude a Urgencias antes de las 24 horas postcoital por rotura de preservativo.

**Palabras clave:** Píldora postcoital, Levonorgestrel, Anticoncepción postcoital.

### PROFILE OF THE PETITIONER OF THE POST-COITAL PILL (LEVONORGESTREL) IN EMERGENCY SERVICES

**Goal:** The primary goal is to obtain a profile on women who use emergency room services to request a post-coital birth control pill. The secondary goal is to determine the reason for that request.

**Methodology:** Cross sectional study over a nine-month period (20/05/01 – 20/02/02).

**Setting:** Emergency Unit, Integrated Area of Critical Care Management and Emergencies in the publicly owned Poniente Hospital of El Ejido, Almeria and in the Emergency Service located in the Adra Health Center in Almeria.

**Population and Sample:** Women who come to the emergency room services requesting a post-coital birth control pill.

**Interventions:** A personal interview was carried out following a single questionnaire (used by all of the SAS's - regional Andalusian Health Services - emergency services). All those who requested the pill were asked their age, how many hours had passed since sexual intercourse took place, previous use of post-coital emergency contraception, usual birth control method used, reason for the request, causes of non-prescription, and observations.

**Results:** During the period under study 446 women visited the services and requested a post-coital birth control pill, which was prescribed in 100% of the cases and administered to them at no cost. The women's average age was 21.3 ± 5.4 years and 87% were under age 30. 91% of them came to emergency services in less than 24 hours after sexual intercourse, 5% came between 24-48 hours, and 4% of them came between 48-72 hours. 88% of the petitioners had not previously used post-coital emergency contraception. The remaining 12% had used it on some occasion. 85% responded that condoms were their usual birth control method, 9% used hormones, 5% no contraceptive method at all, and 1 % the intrauterine device (IUD). Motives for requesting the day-after pill: 83% due to a ruptured condom, 15% because they had not used any birth control method, 1% had forgotten to take their birth control pill, and 1% alleged other causes – sexual aggression.

**Conclusions:** The profile of requests for the post-coital pill shows a young woman of about 21 years of age whose primary birth control method is the condom, who has never used the post-coital pill on any previous occasion, and who comes to emergency services within 24 hours following sexual intercourse with a ruptured condom.

**Key words:** The post-coital pill, the day-after pill, Levonorgestrel, emergency contraception

Correspondencia: Francisco Manuel Parrilla Ruiz. Avenida del Mediterráneo, 74-3.º B. 04770-Adra. Almería.

Teléfono: 699 846 790

Recibido el 13-03-2002; aceptado para su publicación el 13-05-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 3: 179-183

## Introducción

La <sup>1</sup> Emergencia Anticonceptiva Postcoital(AE) se lleva a cabo desde el año 1977 con el conocido Método de Yuzpe aún vigente, <sup>2</sup> consiste en la administración de un combinado de estrógeno-progestágenos divididos en dos dosis antes de las 72 horas postcoitales. A partir de 1984 aparecen los primeros estudios con Levonorgestrel (0,75 mg en dos dosis/ 12 horas) donde comparan la efectividad y la tolerancia con el Método de Yuzpe, llegando a la conclusión que el <sup>3,4,5,6</sup> Levonorgestrel es más efectivo y produce menos efectos secundarios, consiguiendo una efectividad de un 88%, además se pone hincapié por investigadores en demostrar que <sup>7</sup> no es un método abortivo, actúa inhibiendo la implantación, Grimes en una carta dirigida al Comité Editorial del New England considera que la Anticoncepción de Emergencia no es un método abortivo puesto que la gestación comienza con la implantación no con la fertilización. A pesar de todos los años de estudio aún la Anticoncepción de Emergencia es desconocida por parte de la población, en un estudio Finlandés se analizó el conocimiento de la Anticoncepción de Emergencia, se demostró que solo un 30% de las mujeres mayores de 35 años conocía la Anticoncepción de Emergencia, así como en un estudio Francés donde 300 mujeres que realizaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo(IVE) el 73% desconocía la AE, dentro del mundo sanitario se analizó los conocimientos de enfermeros y estudiantes de enfermería nigerianos sobre métodos de anticoncepción solo el 2,6% citó la Anticoncepción de Emergencia. <sup>8</sup> En 1999 comienza el cambio en Europa, se va instaurando el concepto del Levonorgestrel como emergencia anticonceptiva postcoital desplazando al Método Yuzpe hasta que <sup>9</sup> en el 2000 se comercializa en Francia. A España llega en el 2001 y a los pocos meses la <sup>10</sup>Consejería de Salud de la Junta de Andalucía aprobó la prescripción y la administración de la Anticoncepción Postcoital (Levonorel) en las Unidades de Urgencias del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S) de manera gratuita.

El objetivo de nuestro estudio es la realización de un Perfil de la Solicitante de la Píldora

Postcoital en Unidades de Urgencias así como del Motivo más frecuente de la Solicitud.

## Material y métodos

Se trata de un estudio transversal realizado durante el periodo del 20/05/01 al 20/02/02.

El ámbito de estudio son la Unidad de Urgencias perteneciente al Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería y el Servicio de Urgencias del Centro Salud de Adra. Almería.

Los sujetos del estudio fueron 446 mujeres que demandaron la píldora postcoital en urgencias en el periodo de estudio.

Los criterios de inclusión fueron: ser mujer en edad fértil, solicitar la píldora postcoital antes de las 72 horas postcoitales.

A todas las solicitantes de la emergencia anticonceptiva se les realizó una entrevista personal (Unificada en todos los Servicios de Urgencias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). Las variables de estudio fueron:

- 1.-Edad
- 2.-Horas desde el coito de riesgo
- 3.-Uso anterior de anticoncepción postcoital:
 

SI	Nº de veces
NO	
NO SABE	
- 4.-Anticoncepción habitual:
 

NINGUNA
PRESERVATIVO
HORMONAL
DIU
OTROS
- 5.-Motivo de la solicitud:
 

NO USÓ EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO
ROTURA DEL PRESERVATIVO
OLVIDO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL
OTROS
- 6.-Causas de no prescripción:
 

TRANSCURRE MÁS DE 72 HORAS POSCOITALES
OTRAS
- 7.-Observaciones:  
Se realiza análisis descriptivo y de frecuencias mediante paquete estadístico SSPS.

## Resultados

En el periodo de estudio acudieron a las Unidades de Urgencias de la E.P Hospital de Poniente y Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Adra 446 mujeres que solicitaron la anticoncepción postcoital, al 100% se le prescribió y se le administró gratuitamente. La edad media de la mujer fue de  $21,3 \pm 5,4$  años siendo el 87% menores de 30 años.

Acudieron a urgencias en menos de 24 horas postcoital el 91 %, entre 24 -48 horas el 5 % y entre 48-72 horas un 4 %. (Gráfica1).

El 88 % de las solicitantes no usaron con anterioridad anticoncepción postcoital, 12 % restante alguna vez.

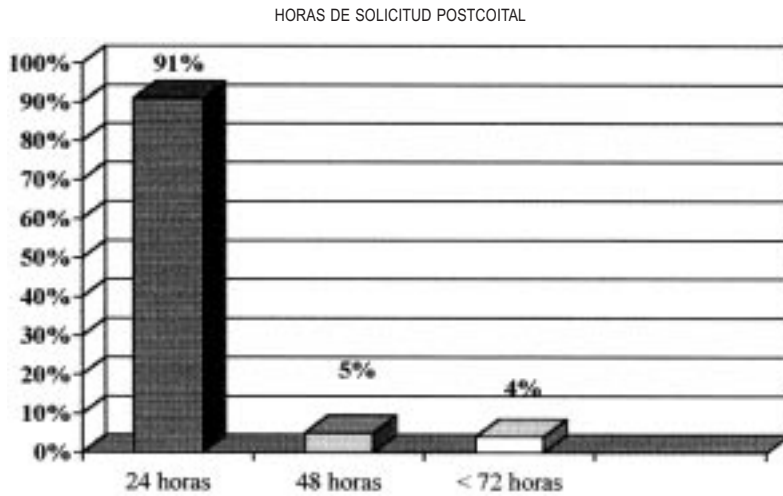
El 85 % utilizaba como anticonceptivo habitual el Preservativo, 9 % Hormonal, 5% ninguno, 1% Dispositivo intrauterino (DIU). (Gráfica 2).

El motivo de solicitud de la píldora postcoital: 83 % rotura de preservativo, 15 % no uso de método anticonceptivo, 1 % olvidó toma del anticonceptivo hormonal, 1 % otras causas: Agresiones sexuales. (Gráfica 3).

Observaciones: ninguna.

## Discusión

La evolución de la mujer en la sociedad y el derecho de libertad a elegir el momento de quedarse embarazada ha



Gráfica 1. % de solicitantes de la píldora postcoital que acudieron en las primeras 24 horas, entre las 24-48 horas, 48-72 horas postcoitales

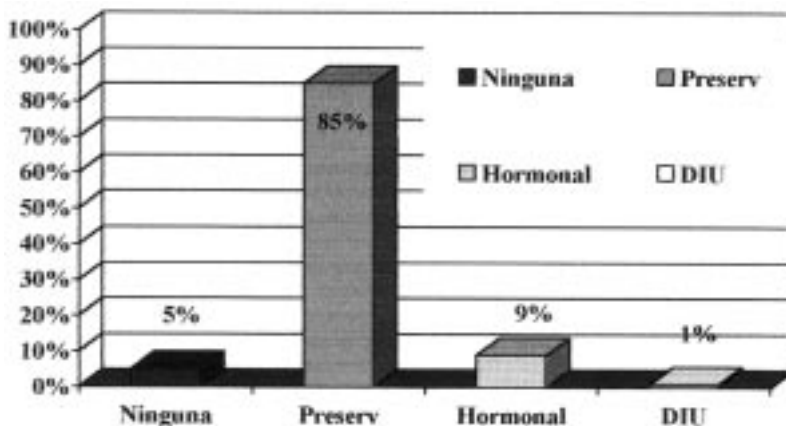
hecho que los métodos de anticoncepción sean una realidad. Queremos señalar en nuestro estudio que la demandante de la Píldora Postcoital suele ser una joven de 21 años y que el 87% es menor de 30 años donde un embarazo no deseado es más frecuente debido a la situación socioeconómica.<sup>11</sup> En Estados Unidos aproximadamente se producen 3,5 millones de embarazos no deseados y 1/3 se debe al fallo de los métodos anticonceptivos. La Píldora Postcoital surge cuando esos métodos fallan o no se realizan adecuadamente. En nuestro estudio comprobamos que la "Rotura del Preservativo" es la causa (83%) más frecuente de solicitud de la Píldora Postcoital.<sup>12,13</sup> En estudios españoles e<sup>14</sup> internacionales los

resultados son similares, nos llamó la atención un<sup>15</sup> estudio sueco donde el motivo más frecuente de solicitud de píldora postcoital era el no uso de ningún método anticonceptivo. La duda que se nos planteó y nos planteamos es si verdaderamente la solicitante nos decía la verdad o la rotura de preservativo era la causa menos engorrosa para explicar la solicitud. Hay que tener en cuenta que la población que la solicita son jóvenes que bien por temor, pudor, a veces ni se plantean la posibilidad de acudir a una urgencias para demandar la Píldora postcoital. Parece existir un consenso entre los interesados de la Anticoncepción de Emergencia que sugieren que la

mejoría de la accesibilidad puede reducir drásticamente los embarazos no deseados y las IVE. Entre las medidas sugieren; la implicación de otros profesionales sanitarios en su prescripción como farmacéuticos y la libre dispensación de la Anticoncepción de emergencia, la OMS considera que debido a la seguridad y ausencia de efectos secundarios, así como la ausencia de contraindicaciones podría ser prescrita libremente, esta experiencia se realizó en Nueva Zelanda con buenos resultados. La administración de la Píldora Postcoital comienza con la primera dosis que se toma vía oral en presencia del facultativo y la segunda dosis se la damos para que se la tome a las 12 horas junto con un folleto donde se dan instrucciones de cómo utilizar el medicamento (Levonorgestrel), que medicamentos no puede tomar a la vez, efectos secundarios, información sobre todos los métodos anticonceptivos y el teléfono de Información Sexual para jóvenes. Al 100% de las solicitantes se le administró la Píldora Postcoital, la mayoría (88%) nunca había utilizado la emergencia anticonceptiva postcoital con anterioridad y el 100% acudió antes de las 72 Horas señalando que el 91% acudió antes de las 24 horas.

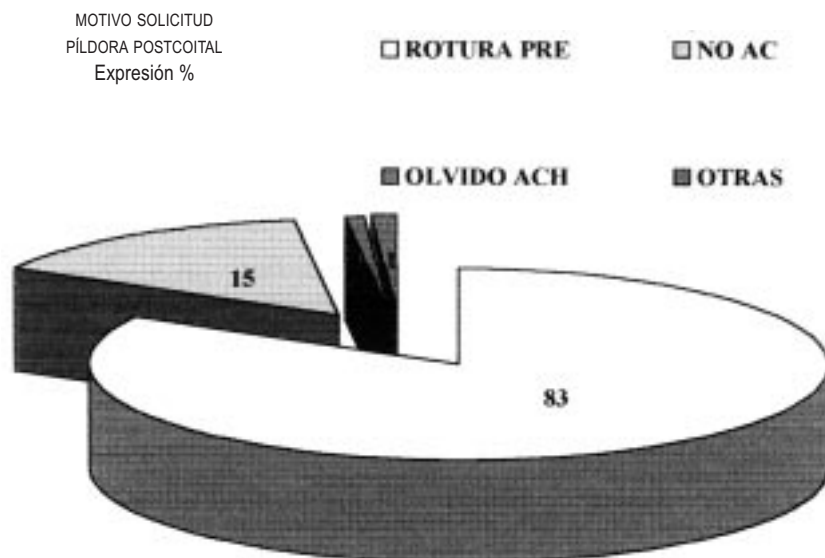
La conclusión de nuestro trabajo "Perfil de la Solicitante de la Píldora Postcoital en Unidades de Urgencias"; 1º) una joven de unos 21 años, 2º) que utiliza el preservativo como método anticonceptivo habi-

ANTICONCEPCIÓN HABITUAL



Gráfica 2. Métodos de anticoncepción habitual en las solicitantes de la píldora postcoital.

**Ninguna:** No utilización de ningún método de anticoncepción.  
**Preserv:** Utiliza como método de anticoncepción el preservativo.  
**Hormonal:** Utiliza la anticoncepción hormonal oral.  
**DIU:** Dispositivo intrauterino.



Gráfica 3. Los motivos de la solicitud de la píldora postcoital.

**Rotura Pre.:** Rotura de preservativo.

**No AC:** No uso de método de anticoncepción.

**Olvido de ACH:** Olvido de anticoncepción hormonal.

**Otras.**

tual, 3º) que con anterioridad refiere no uso de la anticoncepción postcoital y 4º) acude a Urgencias antes de las 24 horas postcoital por rotura de preservativo.

Desde la prescripción y administración gratuita de la Píldora Postcoital nos preguntábamos varias cuestiones; ¿se favorecerían las enfermedades de transmisión sexual? 8Encontramos un estudio sueco donde mujeres que acudían solicitando la Píldora Postcoital tras una relación sin protección no aumentaba la probabilidad de tener enfermedades de transmisión sexual, ¿ que responsabilidades puede incurrir el facultativo que prescriba a pacientes menores de edad, sin conocimiento de sus padres o tutores, la píldora postcoital? 1Esto supone un conflicto para el facultativo que asume una posición delicada entre el derecho del menor que acude por si mismo a los servicios de urgencias y el derecho de los padres a dirigir la educación de sus hijos. La problemática se plantea ante la ausencia de una ley sobre el tema, basándose en el artículo 11 de la Ley de Protección Jurídica del Menor y sintetizando, el menor tiene capacidad por si solo de acceder a las prestaciones sanitarias si cumple la "minoría madura", determinar si el menor cuenta con el suficiente juicio para solicitar y someterse a la anticoncepción postcoital corresponde al facultativo que la prescribe, en casos extremos que el facultativo no pueda determinar si es "menor madura" podrá interconsultar con otros especialistas; psicólogo o psiquiatra para ayudarle a determinar el grado de madurez de la menor, si el facultativo prescriptor constata la minoría madura, en principio

ningún grado de responsabilidad cabría imputarle. ¿El facultativo puede no prescribir la píldora postcoital según su objeción de conciencia? 1No hay ninguna ley al respecto pero para afrontar esta cuestión nos basamos en la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 abril, interpretándola, el facultativo tiene el reconocimiento a la objeción de conciencia. Actualmente para solucionar provisionalmente el problema y que la paciente no se perjudique si le atiende un facultativo objetor de conciencia, la paciente es atendida por otro facultativo no objetor.

Hemos sacado varias conclusiones de trabajos internacionales donde afirman la efectividad de la Píldora Postcoital como prevención ante un embarazo

no deseado, la necesidad de Sistemas de Educación Sexual para jóvenes, mejorar la accesibilidad de la Píldora Postcoital, como finalidad evitar como ejemplo un 16millón de abortos en Estados Unidos por embarazos no deseados. Con esto queremos estimular a nuestros compañeros a seguir estudiando sobre el tema y a informar a todas sus pacientes en edad reproductiva la eficacia y la disponibilidad de la Píldora Postcoital.

## Agradecimientos

Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias y al Área Integrada de Gestión de Farmacia Hospitalaria. Empresa Pública Hospital de Poniente. Ejido. Almería, y al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Adra, Almería, por su colaboración y a la inestimable ayuda de nuestro amigo D. José Miguel Rodríguez Nieto por la realización al inglés del Abstract.

## Bibliografía

1. Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, De Lorenzo R. Guía de actuación en Anticoncepción de Emergencia. La píldora del día después. Pulso ediciones 2002.
2. Wellbery C. Emergency contraception. Arch Fam Med 2000; 9: 642-6.
3. 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. Spycher C, Bigler G. Postcoital emergency contraception. Ther Umsch 2001; 58: 541-6.

5. Ho PC. Emergency contraception: methods and efficacy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12: 175-9.
6. Cheng L, Gulmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PF. Intervention for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD001234.
7. Lete Lasa I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de Emergencia. *Aten Primaria* 2001; 28: 59-68.
8. Camp SI. The status of dedicated products. *J Am Med Womens Assoc* 1998; 53 (Suppl 2): 225.
9. Gainer E, Mery C, Ulmann A. Levonorgestrel-only emergency contraception: real-world tolerance and efficacy. *Contraception* 2001; 64: 17-21.
10. Acedo F. Salud ha dispensado 88 píldoras postcoitales al día desde mayo. *7DM* 2001; 499: 34.
11. Klima CS. Emergency contraception for midwifery practice. *J. Nurse Midwifery*. 1998; 43: 182-9.
12. Guillen Martínez E, Madrid Balbás A, González Santo Tomás R, Reguera Cámara A, Gallastegi Ruiz de Egiño, García Martínez F. Análisis de las demandantes de la anticoncepción postcoital de urgencia. *Actas del XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria*; 2001 Noviembre 14-17; San Sebastian. Sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001.
13. Pablo Vázquez MD, Romero de Castilla Gil RJ, Fernández Romero E, Galán Doval CJ, Del Campo Molina E. Anticoncepción postcoital en las urgencias de un hospital comarcal. Características de uso. *Actas del XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria*; 2001 Noviembre 14-17; San Sebastian. Sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001.
14. Espinos JJ, Senosiain R, Aura M, Vanrell C, Armengol J, Cuberas N et al. Safety and effectiveness of hormonal postcoital contraception: a prospective study. *Eur J Contracep Reprod Health Care* 1999; 4: 27-33.
15. Falk G, Falk L, Hanson U, Milson I. Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counseling, a high risk group for new unintended pregnancies. *Contraception* 2001; 64: 23-7.
16. Grow DR, Ahmed S. New Contraceptive methods. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 901-16.