

Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria

J.C. Vergara Cano^a, A. López-Guerrero Almansa^a y F. López López^b

Objetivos. Establecer el perfil de la solicitante de anticoncepción de emergencia (AE) y su percepción de este tipo de anticoncepción como una urgencia.

Diseño. Estudio descriptivo transversal de un año de duración (marzo de 2002 a marzo de 2003).

Emplazamiento. Servicios de Urgencia de Atención Primaria de Usera y Carabanchel, Área 11 de Madrid.

Participantes. Mujeres solicitantes de AE en estos centros.

Mediciones principales. Encuesta, contestada por todas las solicitantes, en que se recogían: edad, horas desde el coito (punto de corte: 24 h), método anticonceptivo habitual, uso anterior de AE, nivel de estudios y motivo de solicitud.

Resultados. Solicitaron AE 89 mujeres, con una edad media de 23,7 ± 4,8 años (rango: 16-40 años). El 79,8% la solicitó antes de que hubieran transcurrido 24 h desde el coito. El 88,8% utilizaba el preservativo como método de anticoncepción habitual, el 2,2% usaba anticonceptivos hormonales y el 9% no empleaba ningún método; ninguna utilizaba el dispositivo intrauterino. El 34,8% había recurrido con anterioridad a la AE. Por lo que se refiere a la instrucción académica, el 2,2% tenía un nivel de alfabetización, el 37,1% había cursado estudios primarios, el 34,8% secundarios y el 25,8% universitarios. En cuanto a los motivos de solicitud, en un 91% de los casos fue por fallos del preservativo, en un 7,9% por haber mantenido relaciones sin protección y en un 1,1% por uso incorrecto de métodos naturales.

Acudieron al consultorio antes de 24 h poscoito el 77,4% de todas las mujeres que habían solicitado AE previamente, y el 93% de las que la demandaban por primera vez ($p = 0,032$), así como el 100% de las universitarias y del grupo de alfabetización, el 93,9% de las mujeres con estudios primarios y el 71% con estudios secundarios ($p = 0,005$).

Conclusiones. La mayoría de las mujeres que solicitaron AE eran jóvenes, percibían los coitos desprotegidos como urgencias, utilizaban preservativo como anticonceptivo habitual y la rotura de éste fue el motivo por el que solicitaron la AE. Un tercio de ellas habían utilizado AE previamente, y fue este grupo, junto con el de jóvenes con estudios secundarios, las que consultaron más tardíamente.

Palabras clave: Mujeres. Contracepción. Anticonceptivos poscoitales. Atención primaria de salud.

EMERGENCY CONTRACEPTION. USERS PROFILE IN PRIMARY CARE EMERGENCY SERVICES

Objectives. To establish the emergency contraception (EC) users profile and whether she perceives this type of contraception as an emergency.

Design. Cross sectorial study (over one year period: March 2002-March 2003).

Setting. Emergency Services in Primary Care. Usera and Carabanchel; 11th Area; Madrid.

Participants. Women requesting EC in these centres.

Main outcome measures. A questionnaire was filled out for all participants with their age, how many hours had spent since sexual intercourse took place (within 24 h), usual method of contraception used, previous use of EC, level of education, and reason for this request.

Results. 89 women. Drops out: 0. Average age: 23.7±48 years (range: 16-40 years). 79.8% of them came to medical emergency services in less than 24 h after sexual intercourse. Usual anticonceptive method was the condom (88.8%), 2.2% used hormones, 9% no contraceptive method at all and none of them had used the intrauterine device. 34.8% were previous users of EC. Education levels: 2.2% of women only could read and write, elementary school (37.1%), secondary school (34.8%) and high school (25.8%). Reasons for requesting EC: 91% condom failure, 7.9% not to have used any contraceptive method, and 1.1% wrong use of natural birth control methods. Among the women who had went to the emergency services within the 24 h of the sexual intercourse the 77.4% of all of them had requested EC previously and the 93% of those had requested EC for the first time ($P=0.032$). Likewise all of them with high school level and who could write and read, the 93.9% with elementary school level, and the 71% with secondary studies went to the emergency services within the 24 h of the non protected sexual intercourse ($P=0.05$).

Conclusions. Most of the women were young, they perceived the unprotected sexual intercourses as an emergency, the condom was the most frequently used anticonceptive method, they requested EC due to condom breakage. In 1/3 of the cases the EC had been requested previously and this group and the young women with secondary studies one were who requested it later.

Key words: Women. Contraception. Poscoital anticonceptives. Health primary care.

English version available at
www.atencionprimaria.com/82.628

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 283)

^aServicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Usera (Orcasitas). Área 11. Madrid. España.

^bServicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Carabanchel (Guayaba). Área 11. Madrid. España.

Correspondencia:
Juan Carlos Vergara.
C.S. El Restón.
Avda. Mar Mediterráneo, 1.
28340 Valdemoro. Madrid. España.

Manuscrito recibido el 23 de noviembre de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 29 de marzo de 2004.

Introducción

La anticoncepción de emergencia (AE) podría definirse como la utilización de un fármaco o dispositivo a fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida¹. La historia de la AE¹⁻⁴ se remonta a los años veinte con la experimentación de dosis altas de estrógenos en monos. A mediados de los años sesenta comenzaron a usarse en humanos. En los setenta se emplearon anticonceptivos orales combinados a base de etinilestradiol y levonorgestrel en 2 dosis, la primera administrada antes de que hubieran transcurrido 72 h desde el coito desprotegido, y la segunda 12 h después de ésta (método Yuzpe). Por esta misma época se analizaron los primeros ensayos con levonorgestrel y en 1976 se dio a conocer por primera vez la inserción poscoital de un dispositivo intrauterino (DIU) con fines de anticoncepción de emergencia⁵. En 1998 un grupo de investigación de la Organización Mundial de la Salud⁶ publicó un ensayo aleatorizado en el que se puso de manifiesto la mayor efectividad del levonorgestrel (2 dosis administradas con un intervalo de 12 h) frente al método Yuzpe.

En la actualidad las investigaciones se centran en la administración de danazol (esteroide semisintético similar a la progesterona)⁷⁻⁹, mifepristona a dosis bajas¹⁰ y levonorgestrel en una sola dosis^{11,12}. Sin embargo, los métodos disponibles con fines de AE continúan siendo en la actualidad los anticonceptivos orales combinados a base de etinilestradiol y levonorgestrel, píldoras de levonorgestrel exclusivamente y la inserción del DIU. A pesar de su ya larga historia, la AE plantea aún numerosas controversias: su posible efecto abortivo^{13,14}, su administración a menores de edad^{1,15}, el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales^{16,17}, la información a la paciente y la prestación de su consentimiento¹ o su dispensación gratuita en centros de urgencia¹⁸.

Conocer el perfil de las solicitantes y su percepción de la AE como una demanda urgente puede ayudar a decidir sobre futuras acciones educativas, preventivas o de otra índole en temas de anticoncepción. Por este motivo se realizó este trabajo con el objetivo de conocer el perfil de la usuaria que solicita la AE y la percepción del coito desprotegido como una urgencia (tiempo transcurrido en demandar la AE).

Material y métodos

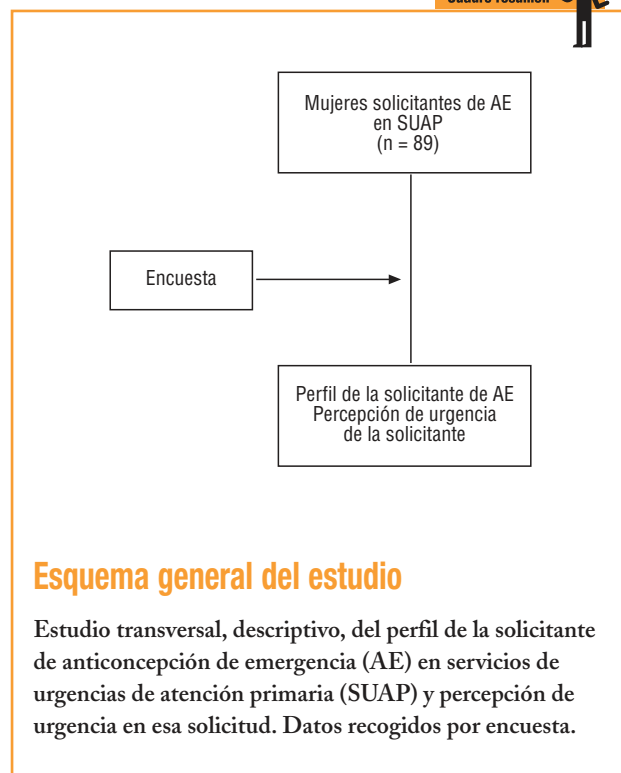
Se trata de un estudio descriptivo transversal durante un período de un año (de marzo de 2002 a marzo de 2003).

La población de estudio estuvo constituida por mujeres que acudieron demandando AE tras un coito no protegido a los Servicios de Urgencias de Atención Primaria del Área 11, en los distritos de Usera y Carabanchel de Madrid.

Todos los casos fueron registrados por personal médico, dentro del horario de funcionamiento de estos centros (entre las 20.30 y

Material y métodos

Cuadro resumen



las 8.00 h de lunes a viernes, y desde las 17.00 h del sábado a las 8.00 h de la mañana del lunes siguiente).

La obtención de datos se llevó a cabo mediante una breve encuesta que respondieron todas las mujeres que acudieron a estos centros demandando AE.

Se midieron las siguientes variables: *a)* edad de las usuarias; *b)* tiempo transcurrido hasta la solicitud de la AE tras el coito desprotegido, con el punto de corte en las 24 h; *c)* método anticonceptivo habitual (ninguno, métodos naturales, métodos de barrera, métodos hormonales y DIU); *d)* uso anterior de AE; *e)* nivel de instrucción académica (analfabeta, nivel de alfabetización, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios); *f)* motivo de solicitud más frecuente (mal uso o rotura de preservativo; uso incorrecto de otros métodos; relaciones sin protección, y otros como violación, efecto de drogas y alcohol o uso reciente de teratógenos), y *g)* relaciones existentes entre «demanda de AE antes de las 24 h» y el resto de las variables.

Se empleó la prueba de la χ^2 para el estudio de relación de variables cualitativas, y se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados

Contestaron la encuesta todas las mujeres que acudieron al centro solicitando AE y a todas ellas se les prescribió la medicación. Se recogieron 89 casos, sin que se registraran pérdidas. La edad media de las mujeres fue de $23 \pm 4,8$ años (rango: 16-40 años). El 49,8% tenía edades comprendidas

TABLA 1 Resultados globales de la muestra estudiada

	N.º de pacientes (%)
Tiempo transcurrido hasta la demanda	
< 24 h	71 (79,8)
> 24 h	18 (20,2)
Uso anterior de AE	
Sí	31 (34,8)
No	58 (65,2)
Nivel de estudios	
Alfabetización	2 (2,2)
Primarios	33 (37,1)
Secundarios	31 (34,8)
Universitarios	23 (25,8)
Anticonceptivo habitual	
Ninguno	8 (9)
Barrera	79 (88,8)
Hormonal	2 (2,2)
Motivo de solicitud	
Fallo del preservativo	81 (91)
Uso incorrecto de estos métodos	1 (1,1)
Sin protección	7 (7,9)

AE: anticoncepción de emergencia.

TABLA 2 Variables que se asocian estadísticamente con el tiempo transcurrido hasta la demanda

Variables	Tiempo transcurrido hasta la demanda		
	< 24 h	> 24 h	p
Uso anterior de AE			
Sí	24 (77,4%)	7 (22,6%)	0,032
No	54 (93,1%)	4 (6,9%)	
Nivel de estudios			
Alfabetización	2 (100%)	0	0,005
Primarios	31 (93,9%)	2 (61%)	
Secundarios	22 (71%)	9 (29%)	
Universitarios	23 (100%)	0	

AE: anticoncepción de emergencia.

entre los 20 y los 30 años, el 23,1% eran menores de 20 años y el 6,2%, mayores de 30 años. Es importante destacar el hecho de que el 4,4% eran menores de edad.

El 80% acudió antes de las 24 h poscoito. El método anticonceptivo habitualmente utilizado fue el preservativo (88,8%), el 2,2% usaba métodos hormonales, el 9% ningún método anticonceptivo y ninguna de ellas usaba DIU. El motivo más frecuente de solicitud fue la rotura del preservativo (91%). En el 65,2% de los casos era la primera vez que requerían AE. En cuanto al nivel de instrucción académica, el 2,2% sólo sabía leer y escribir, el 37,1% había

TABLA 3 Variables que no se asocian estadísticamente con el tiempo transcurrido hasta la demanda

Variables	Tiempo transcurrido hasta la demanda		
	< 24 h	> 24 h	p
Motivo de solicitud			
Fallos con el preservativo	72 (88,9%)	9 (11,1%)	0,37
Fallo con otros métodos	1 (100%)	0	
Sin protección	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
Método anticonceptivo habitual			
Ninguno	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0,86
Barrera	69 (87,3%)	10 (12,7%)	
Hormonal	2 (100%)	0	

cursado estudios primarios, el 34,8% estudios secundarios y el 25,8% universitarios (tabla 1).

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tiempo transcurrido hasta la demanda y el uso anterior de AE ($p = 0,032$), así como con el nivel de instrucción académica ($p = 0,005$) (tabla 2). No se encontró esta relación con el motivo de solicitud ($p = 0,37$) ni con el tipo de método anticonceptivo usado habitualmente ($p = 0,86$) (tabla 3).

Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con todos los encontrados en distintas publicaciones nacionales¹⁹⁻²³ e internacionales^{4,24-27}. En general se trata de mujeres jóvenes (menores de 25 años), solteras y nulíparas.

Según un cuadro publicado en la guía para la prestación de servicios de la Organización Mundial de la Salud⁴, la razón principal por la que se solicitaría AE sería el haber practicado relaciones sin protección. Este hecho difiere de lo concluido en nuestro estudio y en otros realizados en el ámbito nacional, en los que el principal motivo de solicitud fue la rotura del preservativo. Así, en nuestro trabajo el número de consultas por fallo del preservativo resultó ser del 91%. En posteriores estudios se debería intentar conocer algo más sobre las posibles causas de fallo de un método como éste, tan ampliamente utilizado y considerado seguro.

Son importantes los casos de menores de edad (en nuestro estudio, el 4,45%), por el significado que tienen y por la polémica que pueden llegar a suscitar.

Casi todas las mujeres (79,8%) percibían el coito no protegido como una urgencia y acudían antes de transcurridas 24 h. La demanda se llevó a cabo fundamentalmente en horario nocturno y en días festivos o fines de semana. Hay que destacar que en este horario no están en funcionamiento los centros de planificación familiar.

Existía una relación estadísticamente significativa ($p = 0,032$) entre la solicitud previa de AE y la premura de la demanda. En contra de lo que cabría esperar, las que ya la

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- El perfil de la solicitante de anticoncepción de emergencia es el siguiente: mujer joven, que usa preservativo como método de anticoncepción habitual, consulta por fallo de éste antes de transcurridas 24 h desde el coito y que no ha usado previamente anticoncepción de emergencia.

Qué aporta este estudio

- Existe relación entre la percepción de urgencia ante un coito no protegido y el perfil de la solicitante.
- El uso anterior de anticoncepción de emergencia no hace que acudan más tempranamente (información inadecuada en ocasiones anteriores).
- Existe relación entre el nivel de instrucción y la precocidad en la demanda.

habían utilizado fueron las que tardaron más en consultar (hasta 60 h). Esto nos condujo a la necesidad de insistir en una orientación adecuada respecto estos métodos en mujeres que ya los habían empleado a previamente y a hacer hincapié en su aplicación lo antes posible tras el coito desprotegido, para aumentar su eficacia².

Podría pensarse que el nivel de estudios debería influir en un mayor conocimiento en temas de anticoncepción. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre precocidad de la demanda y el nivel de instrucción académica de las solicitantes ($p = 0,005$). Las universitarias y las que tenían nivel básico de instrucción fueron las que tardaron menos tiempo en solicitar AE (el 100% en ambos casos).

No pudimos encontrar una relación estadísticamente significativa entre una demanda más temprana y el método anticonceptivo habitual, y tampoco con el motivo de solicitud. Esto podría deberse a que el preservativo fue el método más utilizado (88,8%) y a que los problemas con éste representaron el 91% de los motivos de solicitud. Se observó que las mujeres que habían tenido relaciones sin protección acudieron más tarde que el resto, al contrario de las que usaban anticonceptivos hormonales como método habitual. Estos hallazgos podrían significar grados diferentes de información o inquietud sobre la anticoncepción.

Podemos concluir que la mayoría de las mujeres incluidas en este estudio perciben el coito no protegido como una situación urgente, son jóvenes que utilizan el preservativo como método anticonceptivo habitual y consultan por fallos del mismo, y que en un tercio de los casos habían utilizado AE previamente.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo transcurrido hasta la demanda y el uso previo de AE y el nivel de instrucción académica. Sin embargo, no se encontró significación estadística entre la demanda temprana y el método utilizado, ni con el motivo de solicitud. Al ser los centros de urgencias los únicos (junto con las urgencias hospitalarias) que atienden en horario nocturno, fines de semana y festivos, deberían asumir la AE como una prestación más dentro de sus actuaciones y contar con protocolos unificados que garantizaran la continuidad en la asistencia a estas mujeres.

Agradecimiento

Agradecemos la inestimable colaboración de la Unidad de Docencia e Investigación del Área 11 de Madrid por su ayuda en el análisis informático de los datos. Asimismo, queremos dar las gracias al Dr. Luis Herrera por sus orientaciones en la redacción del trabajo y al coordinador de Urgencias del Área 11, el Dr. Miguel Roa, por el apoyo constante que nos ha brindado durante todo el proceso.

Bibliografía

1. Álvarez D, Arribas L, Cabero L. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Documento de consenso de las sociedades SEGO, SEC y semFYC [en línea], revisado 24/01/2004 [consultado 28/01/2004]. Disponible en: <http://www.sec.es/guiaanticon/guia.html>
2. Lete I, Arroniz M, Esquisabel R. Anticoncepción de emergencia. Aten Primaria 2001;28:59-68.
3. Ellertson C. History and efficacy of emergency contraception: beyond Coca-Cola. Fam Plann Perspect 1996;28:44-8.
4. WHO/FRH/FPP/98.19. Emergency contraception: a guide to the provision of services. Washington: WHO/FRH/FPP, 1998.
5. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital copper. T Adv Plann Parent 1976;11:24-9.
6. 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.
7. Colombo UF, Zullani G, Molla R, et al. Danazol a new method of postcoital contraception. Contracept Fertil Sexual 1986; 14:131-5.
8. Webb AM. Alternative treatments in oral postcoital contraception: interim results. Adv Contracept 1991;7:271-9.
9. Tejerizo LC, Lanchares JL, Redondo J, et al. Contracepción poscoital: utilización de Danazol. Tokio Gyn Pract 1996;55: 21-5.
10. WHO Reserach Group on Postovulatory 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.
11. Arowojolu AO, Okewde IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. Contraception 2002;66:269-73.

12. Johansson E, Brache V, Álvarez F, et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Human Reproduction* 2002;17:1472-6.
13. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Declaración sobre anticoncepción de emergencia 2000. London: Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2000.
14. Garmendia JR, Aguilar MD. La píldora del día después, una segunda oportunidad. ¿Para quién? *Aten Primaria* 2002;30:475.
15. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, n.º 274, de 15 de noviembre de 2002..
16. Organización Médica Colegial. Código de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999.
17. Serrat D, Bernard L. Las profesiones sanitarias ante la objeción de conciencia. *Cuadernos de Bioética* 1997;30:855-64.
18. Bailón E, Arribas L. La píldora del día después: una segunda oportunidad. *Aten Primaria* 2002;29:430-2.
19. Cárdenas DP, Parrilla F, Mengibar MM, et al. Perfil de la solicitante de la píldora postcoital (levonorgestrel) en unidades de urgencias. *Medicina de Familia (And)* 2002;3:179-83.
20. Aguinaga JR, González R, Guillén E, et al. Análisis de las demandantes de pastillas anticonceptivas de urgencia. *Emergencias* 2002;14:125-9.
21. Ruiz S, Güell E, Herranz C, et al. Anticoncepción poscoital: características de la demanda. *Aten Primaria* 2002;30:381-7.
22. Sanz E, Monet C, Justicia J, et al. Análisis de anticoncepción postcoital en un centro de Atención Continuada y en Planificación Familiar de una misma área. *Actas del XV Congress SVMFC; Peñíscola 23 de mayo de 2003. Castellón: SVMFC* 2003;2:95-6.
23. Torrents M, Tamargo A, Fernández Cabaleiro JC, et al. Perfil socioeconómico de las usuarias del Centro de Planificación Familiar de Oviedo. *Aten Primaria* 1996;17:171-2.
24. Goulard H, Bajos N, Job-Spira N. Equipe Cocon. Emergency contraception in France: the user profile. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:724-9.
25. Hansen CC, Svare EI, Petersen RH, et al. Who are the users of emergency contraception? *Ugeskr Laeger* 2002;164:5003-5.
26. Shawe J, Ineichen B, Lawrenson R. Emergency contraception: who are the users? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001;27:209-12.
27. Tyden T, Wetterholm M, Odland V. Emergency contraception: the user profile. *Adv Contracept* 1998;14:171-8.

COMENTARIO EDITORIAL

Contracepción de emergencia: ¿lograremos normalizar su prescripción?

L. Sánchez Beiza

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. España.

En los albores del siglo XXI la contracepción sigue, en su mayor parte, siendo responsabilidad de las mujeres. Por otra parte, es notorio el cambio que las costumbres y las conductas sexuales de las parejas han experimentado en las últimas décadas. Los métodos anticonceptivos son pocos y ninguno de ellos es eficaz al 100%. Por lo tanto, a lo largo de su vida sexual una mujer podrá correr el riesgo de coitos no protegidos en alguna ocasión, con la posibilidad de embarazos accidentales y no buscados.

Contracepción de emergencia

Algunos de esos embarazos pueden evitarse con la píldora poscoital (PPC). Este tratamiento, comercializado en España hace pocos años, consiste en altas dosis de levonorgestrel (750 µg en 2 tabletas) que deben ingerirse en las primeras 72 h tras las relaciones completas sin protección;

la primera de ellas lo antes posible tras el coito sin protección y la segunda 12 h después de la primera.

Se comercializa en nuestro país con los nombres de Postinor, Postfemin y Norlevo. Hasta ahora se utilizaba la pauta de Yuzpe, que consiste en 100 µg de etinilestradiol y 500 µg de levonorgestrel.

El tratamiento del que ahora disponemos, el cual contiene sólo gestágenos, es más caro pero evita los efectos secundarios de la pauta de Yuzpe (vómitos, cefaleas, dolor abdominal, mareos, etc.). Su efectividad es muy alta e inversamente proporcional al número de horas transcurridas desde el coito de riesgo.

El mecanismo de acción del levonorgestrel, una hormona sintética, se produce en varios niveles: inhibe la ovulación si ésta aún no se ha producido en el momento del coito, dificulta la fecundación del óvulo por parte del espermato-

Puntos clave

- La píldora poscoital consiste en altas dosis de levonorgestrel: 750 µg en 2 tabletas que deben ingerirse en las primeras 72 h tras las relaciones completas sin protección, la primera de ellas lo antes posible tras el coito sin protección y la segunda 12 h después de la primera.
- Se comercializa con los nombres de Postinor, Postfemin y Norlevo.
- Evita los efectos secundarios de la pauta de Yuzpe.
- Su oferta está lejos de normalizarse en todo el territorio español, aunque está contemplada en la Cartera de Servicios al Joven.
- Es necesaria la información a sanitarios y población general sobre los métodos anticonceptivos con el fin de minimizar sus fallos y, si éstos se producen, poder ofertar la solución de la píldora poscoital de la manera más adecuada.

zoide y, en el caso de que ésta ya se hubiese producido, evita la implantación del óvulo fecundado en el útero.

Entre la población general, y entre algunos sanitarios, existe aún cierta confusión entre la PPC y la RU 486 o Mifepristona, tratamiento este último abortivo y que se dispensa únicamente en clínicas autorizadas para ese tipo de intervenciones en los supuestos que contempla la Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo de 1985.

La PPC es, obviamente, una solución de emergencia que nunca debe ser preconizada ni utilizada como método contraceptivo habitual. Su autorización, difusión y uso privado, como muchas otras cuestiones que atañen a la sexualidad y a la reproducción humana, han sufrido un debate biomédico y religioso, cuyo núcleo es de difícil resolución. La Conferencia Episcopal considera la PPC abortiva, pues en algunas ocasiones impediría la implantación de un ovocito fecundado. La Organización Mundial de la Salud, por su parte, que considera iniciada la gestación cuando el huevo fecundo se implanta en el endometrio, no entiende que la PPC sea un método abortivo.

Otra técnica que impediría una gestación no deseada tras un coito sin protección, como es la implantación de un dispositivo intrauterino, no se difundió en nuestro país por razones médicas y organizativas.

En los últimos años los médicos de familia atendemos cada vez más demandas que se vinculan con la vida sexual y

reproductiva de la población. Los varones y las mujeres estiman que su vida sexual es un aspecto importante de su salud y muchos ciudadanos no ocultan problemas que hasta hace poco se consideraban tabú. El derecho de la mujer y el varón a su salud sexual y al control de la natalidad es ejercido con mayor libertad por una población cada vez más informada.

En el 50% de los casos la mujer que solicita esta prestación tiene menos de 20 años. Muchas de ellas son menores de edad y el médico debe valorar la madurez de la joven en el momento de decidir la prescripción de este tratamiento, así como los riesgos de un embarazo no deseado para este tipo de pacientes.

Situación en España

La accesibilidad de este tratamiento sigue sin estar normalizada en todo el territorio español. Su comercialización, autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, no está financiada por la Seguridad Social en la mayoría de las comunidades autónomas. Cada tratamiento cuesta poco más de 19 €.

Sólo en la Comunidad de Andalucía se dispensa en los centros sanitarios de la red pública, donde los profesionales disponen de protocolos de administración, que incluyen una entrevista a la mujer que lo solicita, con información sobre los centros que le proporcionen una anticoncepción adecuada. Como consecuencia de ello, en esa comunidad, entre 2001 y 2002 se redujo en un 3,42% el crecimiento de las interrupciones voluntarias de embarazo «coincidiendo con el inicio de la dispensación». En el resto del Estado, en el mismo período, las interrupciones voluntarias han seguido aumentando progresivamente.

Si observamos qué sucede en otras comunidades nos encontramos con situaciones variopintas, algunas tan extremas como que existan servicios de urgencias de grandes hospitales en los que ni siquiera se registra a la mujer que solicita atención tras un coito de riesgo y sólo se le facilita un número de teléfono de un centro de planificación familiar que, por supuesto, no funciona durante el fin de semana, que es precisamente cuando más demandas de PPC se producen. La objeción de conciencia de algunos médicos de familia y la mala información de otros hacen el resto. Y esta prestación, contenida en la cartera de servicios que, teóricamente, se ofrece a la población española, sigue sin ofrecerse en todo el territorio español en igualdad de condiciones.

En un país en que la cifra oficial de abortos es de unos 50.000 cada año, los expertos estiman que se podrían evitar hasta un 75% de estas intervenciones si las mujeres tuviesen acceso al tratamiento médico adecuado.

El original de Vergara Cano et al que se publica en este número nos habla del perfil de las mujeres que consultan en un centro urbano de atención continua de la red de atención primaria. En los datos obtenidos por sus autores se confirma que las mujeres acuden en especial durante el

fin de semana y que la mayoría de las solicitantes de este servicio médico son mujeres jóvenes. Las mujeres perciben el tratamiento poscoital como una emergencia. En la mayoría de los casos declaran que la pareja ha tenido fallos en el uso del preservativo.

Llama la atención que los servicios de información-educación de las mujeres que ya han utilizado el tratamiento en alguna ocasión parecen deficitarios, ya que tardan más en acudir las mujeres que ya habían utilizado la PPC en alguna ocasión.

Para los que conocemos las condiciones de trabajo de la mayoría de estos equipos sanitarios, resulta loable el esfuerzo por investigar de este grupo de profesionales, que

además ofrecen esta atención de emergencia no siempre garantizada en los servicios de atención continua ni en las urgencias hospitalarias.

Es deseable que este servicio esté pronto adecuadamente integrado en la prestación sanitaria de todo el país, y que la información ofrecida a las parejas optimice la utilización de todos los métodos disponibles y minimice sus fallos.

Ojalá que las autoridades sanitarias de cada comunidad española aborden este tema prioritario, con lo que se evitarían gestaciones no deseadas y abortos evitables, lo cual redundaría en una vida sexual menos angustiada y culpabilizada de los ciudadanos.