

# Anticoncepción de emergencia en la puerta de Urgencias del Hospital Alta Resolución de Puente Genil en su primer año de apertura

**AUTORES:** Rafael Martínez Calero; M<sup>a</sup> Angeles Martínez Rodríguez; M<sup>a</sup> Del Mar Solis Martin; Raul Pérez González, Adelaida Fernández Rodríguez; Evaristo Rodríguez González. Hospita Alta Resolución Puente Genil. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Email: [rmartinez@ephag.es](mailto:rmartinez@ephag.es)

## RESUMEN:

Dada la reciente apertura de nuestro hospital y ante la ausencia de datos referentes a la Anticoncepción de Emergencia (AE) en esta localidad, hemos creído necesario recabar información al respecto para poder elaborar un perfil de la solicitante de la píldora postcoital en el servicio de urgencias y así disponer de los primeros datos que nos permitan afrontar una mejora en la sexualidad de los jóvenes de las poblaciones que abarca el HARE de Puente Genil mediante la elaboración de unos Objetivos e Intervenciones enfermeras ; y a la vez nos va a permitir también, comparar dichos datos con el resto de Andalucía para ver si la incidencia y el uso de la AE está dentro de los márgenes con las del resto de provincias. Hoy día es un tema de candente actualidad política con multitud de opiniones que se posicionan a favor y en contra de la AE. Eso se puede apreciar en que hay muchas diferencias entre Comunidades Autónomas en cuanto a la accesibilidad y gratuidad de la AE., así como en referencia a las propias usuarias (factores socio-culturales) e incluso respecto a los propios profesionales (derecho a la objeción de conciencia).

**PALABRAS CLAVE:** Anticoncepción de Emergencia, píldora postcoital, Servicio de urgencias

**TITLE:** EMERGENCY CONTRACEPTION IN THE DOOR OF THE HOSPITAL EMERGENCY RESOLUTION OF HIGH BRIDGE GENIL IN ITS FIRST YEAR OF OPENING

## ABSTRACT:

Given the recent opening of our hospital and in the absence of data on Emergency Contraception (EC) in this location, we believe it necessary to gather information to enable developing a profile of the applicant of the postcoital pill, the emergency and thus provide the first data that allow us to better address the sexuality of young populations covering HARE Puente Genil through the development of goals and nursing interventions, and both will allow us to also compare these data with the rest of Andalusia to see if the incidence and use of the AE is within the range with the rest of provinces. Today is a hot political topic with many opinions that are positioned for and against the AE. This can be seen that there are many differences between regions in terms of accessibility and gratuity of the AE. As well as referring to the users (socio-cultural factors) and even for the professionals (the right to conscientious objection conscience).

**KEY WORDS:** Emergency Contraception, postcoital pill, emergency services

## INTRODUCCIÓN

La historia de la anticoncepción de emergencia (AE) se inicia en la década de 1960 en Yale con Morris y van Wagenen que administraron altas dosis de estrógenos a monos para impedir la implantación, pero se asoció con una elevada tasa de efectos colaterales gastrointestinales. Más tarde Yuzpe en la década de los 70 desarrolló un método que utilizaba anticonceptivos orales combinados, lo que permitió una importante reducción de las dosis. Desde entonces, son múltiples los estudios realizados con diversas hormonas y pautas, sin olvidar el dispositivo intrauterino que, por presentar su acción más allá de las 72 horas postcoito, se ha propuesto, y se propone, como otra posible respuesta a la AE.

A lo largo de estos años, a pesar de otras líneas de investigación, el método de Yuzpe ha sido la pauta más extendida y utilizada, posiblemente en relación a su accesibilidad (posibilidad de adaptar la pauta con kits de anticonceptivos orales) y su eficacia.

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 Levonorgestrel es más efectivo y produce menos efectos secundarios, consiguiendo una efectividad de un 88%, además se pone hincapié por investigadores en demostrar que no es un método abortivo, sino que actúa inhibiendo la implantación.

El Levonorgestrel (LNG) ha sido investigado durante años como posible anticonceptivo de emergencia. En la actualidad, la pauta propuesta es de eficacia superior al régimen de Yuzpe, ofreciendo una mejor tolerancia. Su reciente comercialización es, sin duda, un avance importante en la oferta actual de AE, y podríamos concluir que éste es actualmente el AE de elección, pero sin olvidar la necesidad de continuar el trayecto en la investigación de la AE. A principios de los años 70 se iniciaron algunos estudios de AE con LNG, con resultados favorables en cuanto a eficacia pero con efectos colaterales de alteraciones en el ciclo menstrual debido a las dosis utilizadas.

En 1993, otro grupo de investigación concluyó que el LNG suponía una alternativa aceptable al método de Yuzpe, pero no fue hasta 1998 cuando la OMS publicó los resultados de un ensayo clínico controlado y aleatorizado que ponía de manifiesto que la pauta con LNG, (tomado en 2 dosis de 0,75 mg con un intervalo de 12 horas, dentro de las 72 horas siguientes al coito desprotegido), resultaba más efectiva en la prevención del embarazo que la pauta clásica.

Actualmente algunos facultativos/as (cada vez más) prescriben los dos comprimidos en una sola toma, obteniendo ventajas sobre la rapidez de actuación y en la disminución de los efectos secundarios, siendo igual la eficacia. Con LNG la tasa de fallos de la AE se estima en el 1% y supone la reducción del riesgo de embarazo en un 88%.

La importancia de este último ensayo clínico viene determinada por la polémica que ha suscitado sobre la posible asociación entre efectividad de la AE y tiempo transcurrido entre el coito sin protección y el inicio del tratamiento. Para la OMS la eficacia de los tratamientos disminuye a medida que pasan las horas, lo que puede suponer un considerable impacto en las políticas sanitarias y en los programas de planificación familiar.

Por su mayor eficacia y mejor tolerancia es, sin duda, el LNG en la dosis propuesta, el tratamiento de elección, en la actualidad.

#### **JUSTIFICACION:**

Puente Genil se encuentra situado en el ángulo suroccidental de la provincia de Córdoba, en pleno centro geográfico de Andalucía, límite con las provincias de Sevilla y Málaga. Cuenta con una población de 29.402 habitantes y una extensión de su término de 169,5 km<sup>2</sup> que representa el 1,35 % del total provincial, su densidad de población se sitúa en 173,46 hab/km<sup>2</sup>.

El hospital proporciona atención sanitaria a otras tres poblaciones: Casariche (Sevilla, 5414 hab.), Herrera (Sevilla, 6342 hab.) y Badolatosa (Sevilla, 3200 hab.), por tanto, nos encontramos que presta asistencia a una población aproximadamente de 45000 habitantes.

El servicio de Urgencias del Hospital de Alta Resolución de Puente Genil fue inaugurado el 19 Enero del 2007, recibiendo una demanda asistencial de 40000 usuarios hasta 31-Diciembre-2007. Ante este proyecto que se nos presentaba nos planteamos recoger los datos referentes a la anticoncepción de emergencia (AE) en el primer año de apertura de nuestro servicio de Urgencias para ver la incidencia sobre la población que abarca el nuevo hospital ya que antes no se habían recogido datos en esta zona y así plantearnos futuras actuaciones en función de los datos que obtengamos

#### **OBJETIVOS:**

Los objetivos que nos vamos a plantear desde el principio van a ser varios debido a que no disponíamos datos referentes a la administración de la AE entre la población que abarcaríamos con el nuevo hospital:

- Conocer el perfil de la solicitante de la píldora postcoital en el servicio de Urgencias de HAR de Puente Genil
- Comparar los datos con el resto de Andalucía para ver si la incidencia y uso de la AE en nuestro centro está dentro de los márgenes del resto de provincias y de Andalucía en general
- Identificar el nivel de formación sexual de la población joven
- Identificar factores que influyan en la utilización de la AE
- Disponer de los primeros datos que nos permitan afrontar una mejora en la sexualidad de los jóvenes de las poblaciones a las que abarcamos el HAR de Puente Genil

#### **METODOLOGIA**

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo durante el primer año de apertura del servicio de Urgencias de nuestro hospital tomando como fecha inicial el 1-Febrero-2007 hasta 31-Diciembre-2007

El ámbito de estudio es el Servicio de Urgencias de HAR de Puente Genil. Los sujetos de dicho estudio fueron 177 mujeres que demandaron la píldora postcoital en Urgencias en el periodo de estudio. En nuestra Unidad de Urgencias utilizamos Levonorgestrel 750 microgramos, mediante la toma de los dos comprimidos juntos en la consulta de Urgencias en presencia del Médico-DUE, de esta manera aumenta la rapidez de actuación y disminuye los efectos secundarios, siendo igual la eficacia. A todas las solicitantes de la píldora postcoital se les realizó una entrevista

personal en un ambiente de privacidad adecuados ( según el Plan Intimidad de nuestro Centro) en el que se recogían las siguientes **VARIABLES** de estudio:

- Edad
- Horas desde el coito de riesgo
- Motivo de solicitud
- Fecha Ultima Regla
- Test de gestación mediante recogida de orina

Nos planteamos unos criterios de inclusión y otros de exclusión para iniciar el estudio:

#### CRITERIOS INCLUSION:

- Ser mujer en edad fértil
- Solicitar píldora postcoital antes de las 72h postcoitales
- Test de gestación negativo
- Leer y estar conforme con el consentimiento informado que se le entrega en la consulta R.A.C en el que se le explica:
  - Advertencias y precauciones del empleo de la AE
  - Precauciones en caso de tomar determinados medicamento
  - Reacciones adversas
  - La confidencialidad de los datos. Una vez conforme debe de firmar dicho consentimiento informado que se archivara con su H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

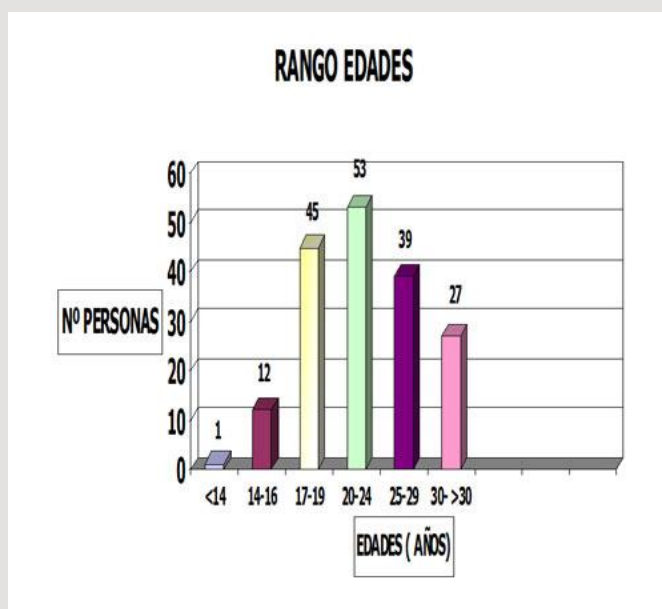
- Mujeres que no quisieron tomar la AE en presencia del personal sanitario (Medico-Enfermera)
- Mujeres a las cuales se les realizó la receta de la AE
- Mujeres cuyo test de gestación diera positivo
- Mujeres que solicitan la píldora después de las 72h postcoitales

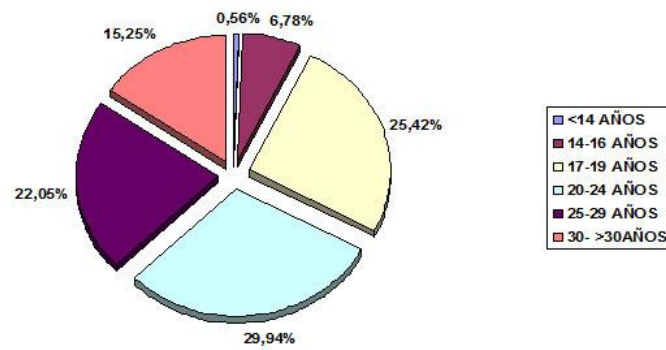
#### RESULTADOS:

En el periodo de estudio acudieron a nuestro Servicio de Urgencias del HAR Puente Genil un total de 177 mujeres que solicitaron la AE y que cumplían los criterios de inclusión en el estudio a las cuales en su totalidad se le prescribió la píldora postcoital en nuestro servicio de urgencias y se le administro gratuitamente en dicho servicio tomándose las dos pastillas en una sola toma y en presencia de personal sanitario Medico-Enfermería

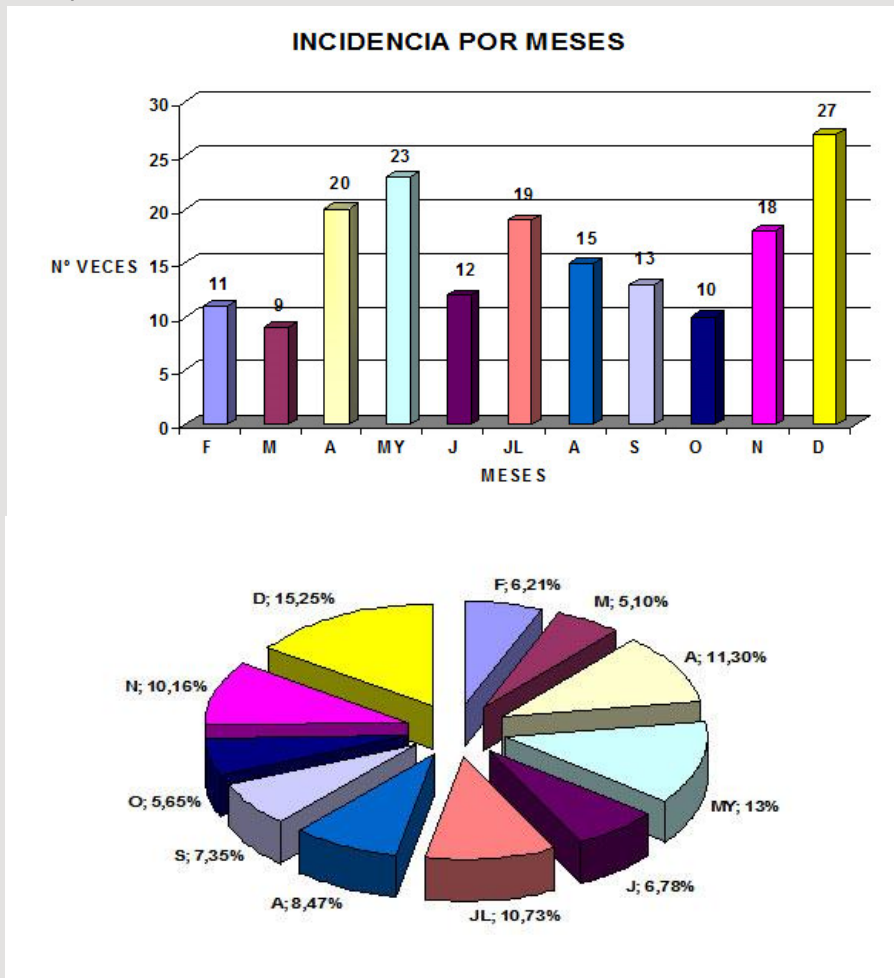
La edad media de la mujer solicitante de la AE fue de 23,57 años, la mediana es de 22 años con una varianza de 43,922 y una desviación típica de 6, 6273

Desde el punto de vista **sociodemográfico**, nos encontramos que por grupos de edades las mas frecuentes son las que se encuentra entre los 20-24 años que fue de 53 solicitudes ( 29,94%) siguiéndolas de cerca las del grupo de edad 17-19 años con 45 ( 25,42%) y algo más alejadas las de edades comprendidas entre 25-29 años que presentaron 39 casos ( 22,05%). El grupo de edad de >30 años se sitúa con una frecuencia de 27 en el año (15,25%).Por ultimo destacar que las de edades comprendidas entre 14-16 años suponen 12 casos (6,78%) y las <14 años solamente 1 caso que representa el (0,56%)



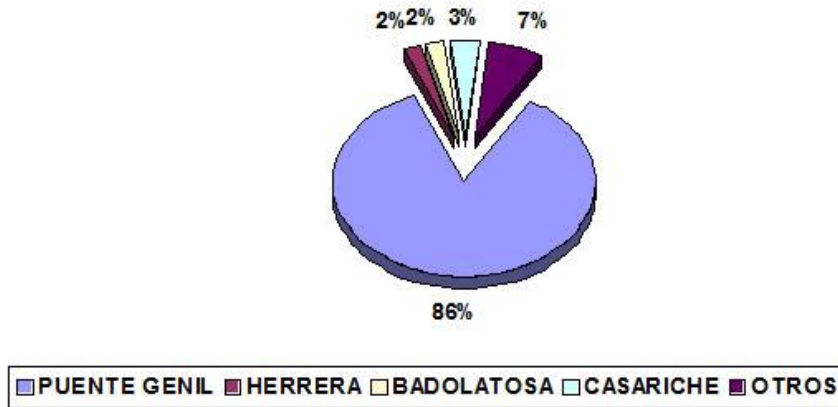


Nos planteamos también que meses son los que más incidencia tiene para plantearnos futuras intervenciones. Podemos observar que el mes más frecuente es Diciembre con el 15.25 % (27) de los casos seguido con Mayo con el 13% (23) y Abril con el 11.30% (20). En los meses con menos afluencia nos encontramos Febrero con el 6.21%, (11) Octubre con el 5.65% (10) y Marzo con el 5.1% (9)



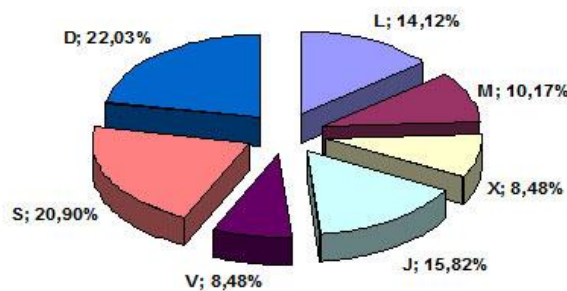
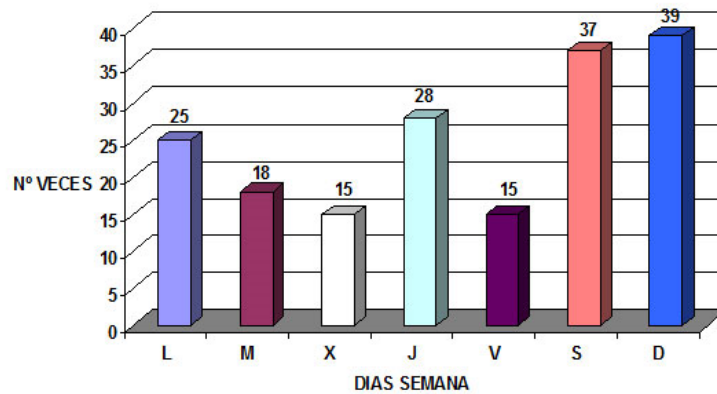
Al realizar un análisis demográfico para saber de donde procedían las usuarias que solicitaban en la puerta de Urgencias la AE nos encontramos que la gran mayoría son de Puente Genil, pueblo en el que está localizado el hospital, con el 86% de las solicitudes. Los tres pueblos restantes tenían unos datos muy similares: Herrera 2%, Badolatosa 2% y Casariche 3%. Nos encontramos con un 7% (12 casos) que son de otros pueblos o ciudades que por diferentes motivos la solicitan en nuestro servicio (vacaciones, trabajo, ....).

### INCIDENCIA POR POBLACION

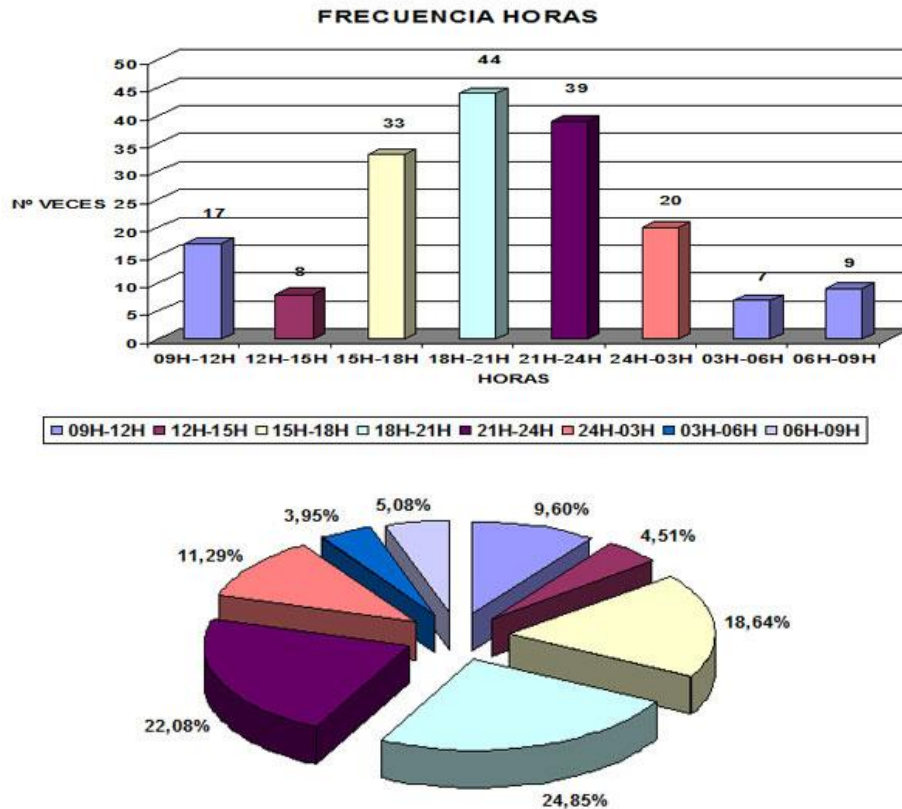


Siguiendo con el análisis de los datos obtenidos nos decidimos ver que días son los más frecuentes en la solicitud de la AE. Nos encontramos que el fin de semana son los más frecuentes con el Domingo con 39 casos (22,03 %) y Sábado con 37 casos (20.9%) como los días con mayor frecuencia en la solicitud. Le siguen Jueves con 28 casos (15,82%), Lunes con 25 casos (14,12%) y Martes con 18 solicitudes (10,17); Miércoles y Viernes están en último lugar con 15 casos ambos días (8,48%).

### INCIDENCIA DIAS SEMANA



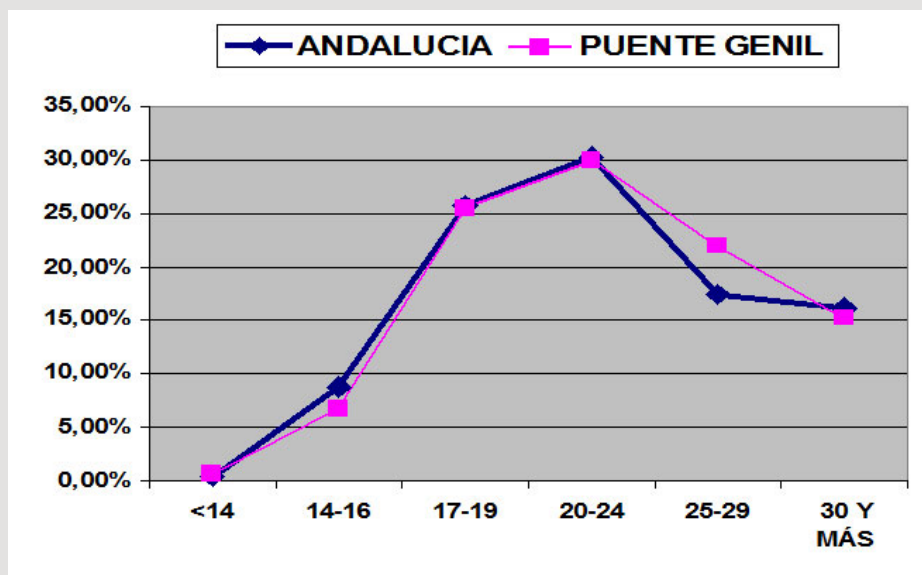
Al valorar a que horas eran las que las más frecuentes a la hora de solicitar la AE nos encontramos que las horas mas frecuentes respecto a la solicitud de la AE son entre las 18h-21h con el 24,85% de las solicitudes ( 44), le sigue de cerca entre las 21-24h con el 22,08% ( 39). Vemos como entre las 15h-18h solicitan la píldora un 18,64% (33). Des pues nos encontramos con datos muy similares entre las 24h-03h con el 11.29% (20) y entre las 09h-12h con un 9.6% (17). Con datos similares están el resto de las hora; 06h-09h con un 5,08% (9), entre las 12h-15h con un 4,51% (8) y por ultimo entre las 03h-06h con un 3,95 (7).



A diferencia de lo que podamos pensar en un primer momento, las horas de madrugada no son las más frecuentes para la solicitud de la AE, aunque sí son las más frecuentes en las que mantienen relaciones sexuales. Estos datos nos indican pues que suelen esperar al día siguiente para la solicitud de la AE, de ahí que se le defina con todo acierto “píldora del día después”.

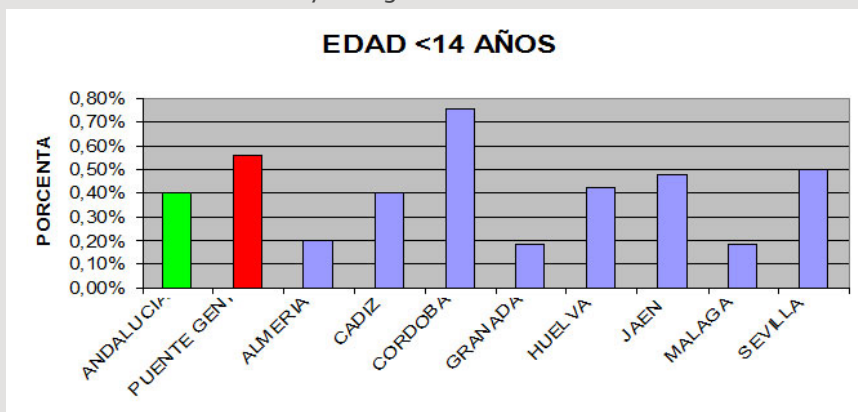
Si damos un paso más allá y analizamos los datos recogidos en nuestro servicio de Urgencias comparándolos con los de toda la **Comunidad Andaluza en el 2007** vemos datos similares. Los datos que aportamos del 2007 en Andalucía son tanto a nivel de toda la Comunidad andaluza como por provincias

En primer lugar, podemos comparar los datos de nuestro hospital con la totalidad de la Comunidad andaluza para ver si nuestros datos están dentro de los márgenes en los que se mueve el **Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)**. Vemos que son datos que siguen la tendencia estando en todos los márgenes de edad con datos muy parecidos a excepción del rango entre 25–29 años que es ligeramente superior en Puente Genil con un 22,05% respecto al 17,4% de la comunidad

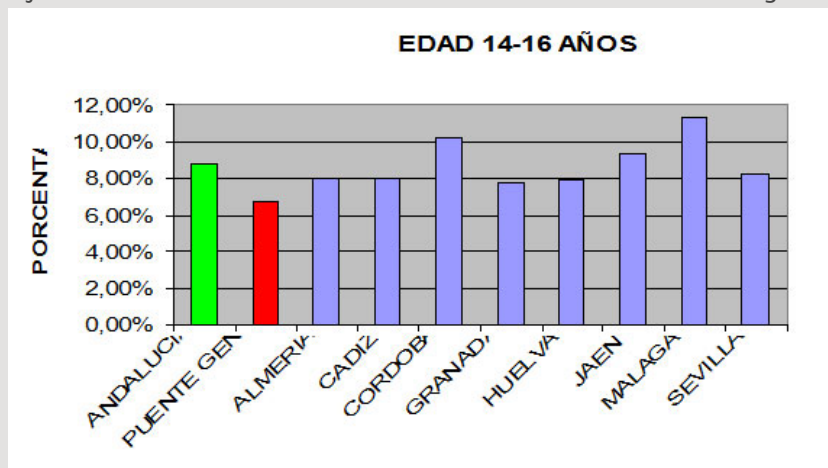


Realizamos también una comparación por rango de edades con el resto de las provincias andaluzas y con los valores generales de la Comunidad Autónoma en nuestro afán de ver si nos movíamos dentro de unos rangos considerados normales con el resto de la población andaluza.

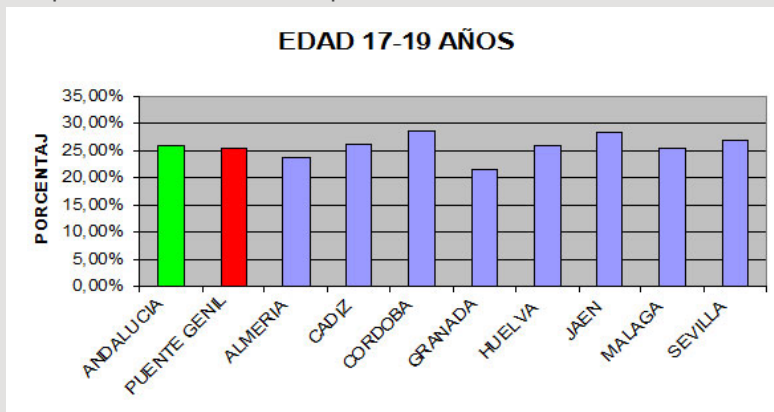
Si compramos el **grupo <14 años** nos encontramos que Córdoba es la que presenta mayor tasa de suministro de la AE con un 0.75% y nuestro hospital de Puente Genil estaría en 2º lugar con un 0.56%, por tanto nos encontramos por encima de la media andaluza que se sitúa en un 0.40%. Teniendo en cuenta que somos de la provincia cordobesa podemos indicar que se podrían realizar intervenciones enfermeras como educación sexual en este grupo de edad para intentar disminuir su incidencia, ya que estamos por encima del resto de provincias con una ventaja considerable. La provincias con menos incidencia serían Granada y Málaga ambas con un 0.18%



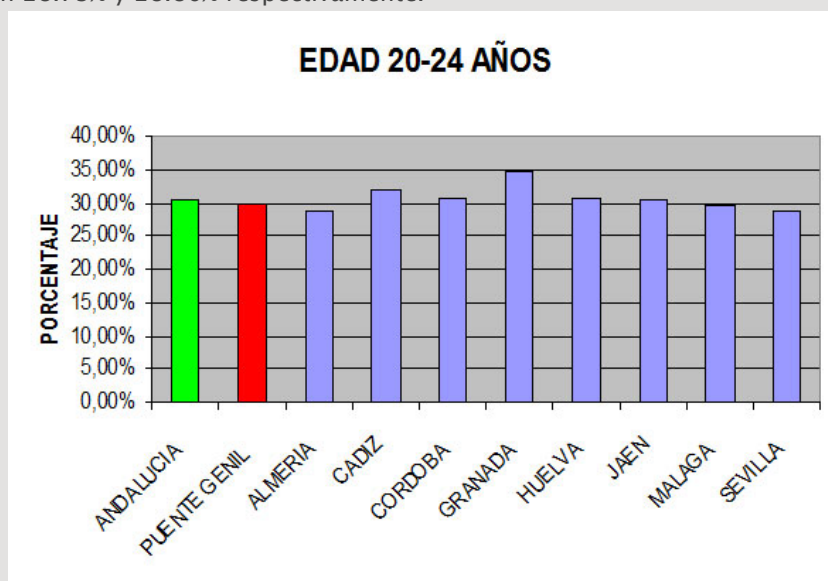
En el **grupo de edad 14-16 años** podemos observar que la media andaluza se sitúa en torno al 8.8%, estando nuestro servicio de Urgencias por debajo de ésta con un 6.78%. La provincia con la tasa mas alta en este grupo es Málaga con el 11.26% seguida de nuevo por Córdoba con un 10.20% y Jaén 9.31%, todas ésta por encima de la media. Las demás provincias están por debajo de la media siendo Granada con un 7.73% ultima en este rango



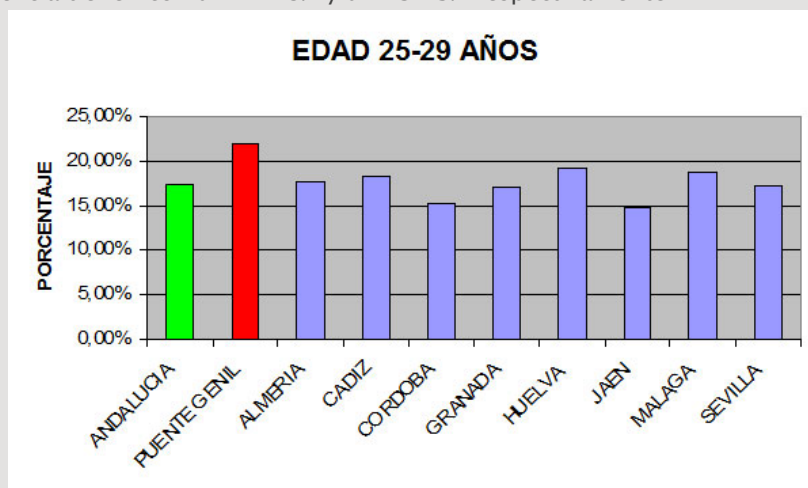
Valorando el **grupo 17-19 años** observamos que Huelva esta igual que la media andaluza con un 25.80% ambas y nosotros un 25.42%, Córdoba y Jaén con un 28.63% y un 28.50% respectivamente son las dos provincias con datos mas elevados. Otras provincias como Cádiz también están por encima de la media autonómica con un 26.20%. Por debajo Granada con un 21.46% es la que mas se distancia respecto a las demás.



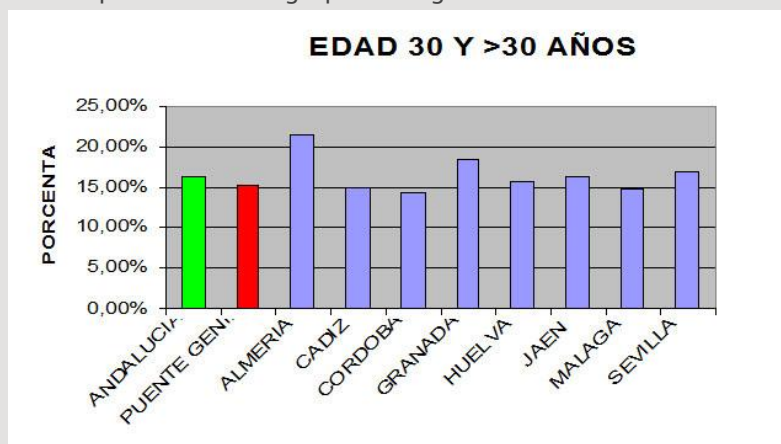
Cuando analizamos el grupo de edad **20-24** vemos que la media andaluza se sitúa en el 30.3% y nos situamos al mismo nivel que ella con un 29.94%. En este rango de edad la mayoría de las provincias están muy próximas a la media andaluza con la excepción de Granada y Cádiz con un 34.75% y un 32.12% respectivamente y Sevilla y Almería por parte inferior con un 28.73% y 28.86% respectivamente.



Entre los **25-29 años** es donde más variabilidad nos encontramos. La media andaluza se encuentra 17.40% mientras que nosotros nos situamos en un 22.05%. Vemos como es en este grupo de edad donde destaca más nuestro hospital pues no solo estamos por encima de la media andaluzas, sino que superamos a todas las provincias. Jaén y Córdoba son las que menos incidencia tienen con un 14.73% y un 15.29% respectivamente.



Cuando analizamos el grupo de edad de **30 años** podemos ver que la media andaluza se sitúa en el 16.20% y la nuestra en un 15.20% un punto por debajo de ésta. Almería es la que más destacada está aquí con un claro 21.54%. Córdoba, Málaga y Cádiz son las que cierran este grupo sin llegar al 15%.



## CONCLUSIONES

La conclusión más importante que nos encontramos es que se debe de avanzar en la implantación y consolidación efectiva de la educación sexual en la enseñanza primaria y secundaria con el objeto de proveer conocimientos, habilidades y actitudes favorables a adolescentes y jóvenes y ofrecer respuesta a sus necesidades donde la enfermera debe de ocupar un lugar destacado.

Promover la información sobre la AE al conjunto de toda la población garantizando el conocimiento sobre las características y condiciones de uso eficaz del tratamiento postcoital donde de nuevo enfermería tiene un papel fundamental mediante por ejemplo la edición y distribución de materiales adecuados a las características socioculturales de las/los adolescentes y jóvenes que contribuyan a mantenerlos informados.

La solicitante de la AE en nuestro hospital en su primer año de apertura es una mujer joven entorno a los 23 años, que la solicita los fines de semana entre las 15h y las 24h

Si comparamos estos datos con la Comunidad andaluza y con cada provincia en particular, podemos ver que nos encontramos en números muy parecidos a excepción del grupo de edad de 25–29 años que estamos por encima de todas las provincias...

La AE permite la prevención de un embarazo no deseado después de una relación coital desprotegida o insuficientemente protegida. Su mecanismo de acción evidencia su carácter anticonceptivo al actuar antes de que se inicie la gestación, no siendo eficaz una vez iniciado el proceso de implantación, a diferencia del aborto que supone la interrupción del proceso de desarrollo embrionario.

Se debe de utilizar en casos de urgencia y nunca como método anticonceptivo de uso regular.

La OMS considera que es un método seguro, eficaz e inocuo para la salud de la mujer, por esos esta declarado como un medicamento “mínimo necesario para un sistema básico de atención de salud”

Encontramos que existen dificultades tanto del sistema sanitario (prescripción facultativa o falta de financiación en algunas comunidades autónomas), como de los profesionales (objeción de conciencia) como de las usuarias adolescentes (desconocimiento, miedo a la invasión de su intimidad...)

## DISCUSION

Nuestro estudio presenta unas muestras pequeñas y nuevas. Pequeñas porque nuestro hospital es un hospital que solamente abarca a unas 45000 usuarios, pero la importancia radica en la novedad de estos datos ya que nos encontramos con la apertura de un nuevo centro hospitalario y no disponíamos de datos respecto a la AE de toda la zona que abarcábamos, de ahí que lo haga especial. Una vez hemos dispuesto de estos primeros datos nos van a servir de partida para, mediante intervenciones enfermeras, intentar mejorarlos.

Destacamos que el 7.34% de nuestras solicitantes son  $\leq 16$  años lo que nos debería de llevar a reflexionar sobre la educación sexual que está recibiendo este segmento de la población y sus parejas y también por la controversia que se establece a la hora de la administración de la AE en menores de edad, tanto desde el punto de vista ético como desde el punto de vista legal, ya que deja a cargo del médico el hecho de valorar la madurez del menor.

Uno de los objetivos de las diferentes CCAA para la dispensación gratuita de la AE era reducir los abortos en mujeres jóvenes y adolescentes. Sin embargo, encontramos que la tasa abortiva ha continuado creciendo en los últimos años de manera sostenida en la totalidad de las CCAA.

La objeción de conciencia por parte del personal facultativo es otro tema que acarrea discrepancias. Según la información u organización que se consulte unos consideran que la que el inicio del embarazo resulta de la implantación del cigoto en el útero (OMS) y por lo tanto la AE no se podría considera abortivo. Sin embargo, otras teorías consideran que la vida comienza en la concepción y por tanto al evitar la AE la implantación se podría considera abortiva, de ahí su posible efecto en la objeción de conciencia

Destacar por ultimo las posibles limitaciones en el estudio al iniciarse junto con la apertura del servicio de Urgencias de nuestro hospital con todo lo que conlleva la puesta en marcha de un nuevo centro hospitalario y el “sesgo de respuesta” por parte de las usuarias ante el desconocimiento de la política de confidencialidad de datos de nuestra empresa.

## BIBLIOGRAFIA

- Álvarez D, y otros. “Guía de actuación en anticoncepción de emergencia”. Pulso Ediciones. 2002.
- Amarilla Manuel. “El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia”.
- Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico. Barcelona. 2006.
- Organización Mundial de la Salud. “Levonorgestrel para Anticoncepción de Emergencia”. Marzo 2005.
- Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC). “Píldoras anticonceptivas de Emergencia: Guía médica para la prestación de servicios”. 2003.

- (<http://www.cecinfo.org/files/FNAL.Mecanismoacc.pdf>).
- Federación de Planificación Familiar. "Guía Sex-Joven.
- Recursos específicos en sexualidad y anticoncepción para jóvenes". Madrid, Julio 2004.
- Daphne noticias. Boletín informativo sobre salud de la mujer nº 4. Octubre 2002.
- Sociedad Española de Contracepción (en colaboración con la Federación de Planificación Familiar de España). "Libro Blanco de la anticoncepción en España". Ediciones Aula Médica. Madrid, 2005.
- International Planned Parenthood Federation. "Pautas médicas y de prestación de servicios para servicios de salud sexual y reproductiva". Londres, 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. "Ganar Salud con la juventud". Madrid, Junio 2002.
- World Health Organization (WHO). Organización Mundial de la Salud. "Emergency Contraception. A guide for service delivery". 1998.
- Dirección General de Salud Pública de Cantabria. "Anticoncepción de emergencia. Protocolo de dispensación". Consejería de Sanidad y servicios sociales. Cantabria, 2006.
- Federación de Planificación Familiar de España. "ProyectoPre-Ven. Estudio sobre anticoncepción postcoital en España". Madrid, 1996.
- Federación de Planificación Familiar Estatal. "La Anticoncepción de Emergencia en España" 2008 (FPFE)
- Ficha Técnica de Norlevo (Chiesi, España)
- Sociedad Española de Contracepción (SEC)
- Abarran ME, Santiago A Ruiz R, Pera FJ, Perea B. Interrupción postcoital: Levonorgestrel, actualidad de un fármaco 2007; 33:231-40
- Vergara JC, López-Guerrero A, López F. Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de AP. Atención Primaria 2004; 34:279-85
- Aguinaga JR, González R, Guillen E. análisis de las demandantes de pastillas anticonceptivas de urgencias. Emergencias 2002; 14: 125-9
- Martines MA, Bellar J, Coll O, Balasch J. Anticoncepción postcoital con levonorgestrel: estudio sociodemográfico. Med Clin (Barc) 2005; 125:75-6
- Santamaría T, Crespo AV, Cid A, Montan MJ, González M, Baz C, et al. Anticoncepción de emergencia: perfil de las usuarias y características de la demanda. SEMERGEN 2006; 32:321-4
- Sarta MA, Yáñez F, Vicente A, Muñoz S, Alcalá J, Royo R. Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias hospitalario: la experiencia de un año de gratuidad. Emergencias 2008; 20:108-112