

# Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias de primer nivel: experiencia de 3 años

CARLOS CLEMENTE RODRÍGUEZ, ISABEL PUENTE PALACIOS, MARGARITA PUIGGALÍ BALLART, SILVIA LASO DE LA VEGA i ARTAL, ELÍAS SKAF PETERS, DOLORS ARANDA CÁRDENAS

Servicio de Urgencias. Hospital de l'Esperança. IMAS. Barcelona, España.

## CORRESPONDENCIA:

Dr. Carlos Clemente  
Servicio de Urgencias  
Hospital de l'Esperança  
Sant Josep de la Muntanya, 12  
08024 Barcelona, España  
E-mail: 91638@imas.imim.es

## FECHA DE RECEPCIÓN:

31-7-2009

## FECHA DE ACEPTACIÓN:

6-10-2009

## CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia de tres años en la dispensación en urgencias de la anticoncepción de emergencia (ACE).

**Método:** Estudio descriptivo desde octubre de 2004 a septiembre de 2007 de las pacientes que solicitaron ACE en nuestro servicio de urgencias. Se recogió la edad, número de veces que se había solicitado, tiempo transcurrido desde la última vez, método anticonceptivo utilizado y causa del fracaso, así como el tiempo de demora.

**Resultados:** Se atendieron 1.006 mujeres. La media de edad fue de 24,3 (6,8) años; un 13,4% eran menores y el 16,8% tenía más de 30 años. El 48,3% de las pacientes había requerido una ACE previa (el 74% en una ocasión, el 17,8 % en dos y el resto en tres o más veces). Las mujeres con mayor número de reincidencias eran más jóvenes [21 (6,5) vs 24,7 (7,3) años;  $P = 0,028$ ]. Las reincidencias en los primeros 6 meses [143 casos (35,4%)] eran también más jóvenes [22,9 (6,5) vs 24,8 (5,9) años;  $P = 0,003$ ]. La causa más frecuente de fracaso fue la rotura del preservativo en el 78% de casos. La demora en la solicitud de ACE fue de 12 (19) horas y sólo en dos casos se superó el límite de 72 horas. Tanto las menores de 18 años como las de más de 30 años acudían más tarde que el resto [16 (18) y 15 (17) horas vs 12 (19);  $P = 0,009$ ].

**Conclusiones:** Las mujeres que solicitan ACE en los servicios de urgencias suelen ser jóvenes y reincidentes, por lo que se debería mejorar la información acerca de que este método no es una medida más de anticoncepción, sino un método de utilización excepcional. [Emergencias 2010;22:40-43]

**Palabras clave:** Levonorgestrel. Anticoncepción de urgencia. Contracepción de urgencia. Píldora del día después.

## Introducción

La anticoncepción de emergencia (ACE) es la prevención del embarazo después de una relación sexual de riesgo<sup>1,2</sup>. Los métodos para conseguir una ACE pueden ser mecánicos (dispositivo intrauterino) o farmacológicos, aunque la comodidad de estos últimos los hace los más utilizados. En el año 2001 se autorizó en España el uso de levonorgestrel (LNG) como método ACE<sup>3</sup> (dos dosis de 750 µg separadas 12 horas o una sola dosis de 1.500 µg). Es un método seguro y eficaz y no existen contraindicaciones absolutas para su uso<sup>1,2</sup>.

En 2004 el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*<sup>3</sup> puso en marcha un plan para facilitar el acceso a la ACE de forma gratuita en los servicios de urgencias a las mujeres que la solicitaran. Expo-

nemos nuestra experiencia de tres años en la asistencia a las mujeres que solicitan ACE.

## Método

Se ha realizado un estudio descriptivo desde octubre de 2004 a septiembre de 2007. Se registraron todas las solicitudes de ACE que se realizaron en el servicio de urgencias del Hospital de l'Esperança de Barcelona. Son unas urgencias de primer nivel, dentro del concepto de atención continuada ambulatoria, que atiende unas 20.000 urgencias al año; el 40% de éstas son patologías del área médica, dentro de las que se incluye la ACE.

Se recogió la edad, número de veces, incluida la actual, en que habían solicitado una ACE,

tiempo transcurrido desde la última vez que la habían solicitado, método anticonceptivo utilizado y causa que había motivado el fracaso del método, así como el tiempo de demora en la solicitud.

El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15.0 para Windows. La variable edad se presentó como media y desviación estándar entre paréntesis y el tiempo de demora en la solicitud de ACE, al no poder asumirse su normalidad, como mediana y amplitud intercuartil (AIQ). Las comparaciones de medias se realizaron mediante el análisis de la varianza (ANOVA), usando pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis o Mann-Whitney) cuando no existía normalidad. En todas las determinaciones se ha hecho constar el valor de P; se consideró con significación estadística una  $P < 0,05$ .

## Resultados

Durante el periodo de estudio fueron atendidas 1.006 mujeres que solicitaron ACE, lo que representó unas 335 asistencias anuales.

La edad de las pacientes fue [media (DE)] 24,3 (6,8) años (amplitud 13-49 años). Ciento treinta y cinco pacientes (13,4%) eran menores de edad, de las cuales 34 (25,2%) tenían menos de 16 años. Las mujeres con edad superior a 30 años fueron 169 (16,8%) (Tabla 1).

El 48,3% de las pacientes reconoció haber requerido una ACE en algún momento previo a la asistencia actual: el 74% la habían solicitado una vez, el 17,8% dos y el resto refería haberla requerido tres o más veces. No se encontraron diferencias en la edad media de las pacientes reincidentes con respecto a las no reincidentes, aunque entre las primeras, las mujeres con tres o más reincidencias eran más jóvenes que las mujeres con menor número de solicitudes [21 (6,5) vs 24,7 (7,3) años;  $P = 0,028$ ].

La Tabla 2 refleja el tiempo transcurrido entre la última ACE y la asistencia actual en los 404 casos en que se registró este dato. Al comparar las reincidencias en los primeros 6 meses (precoces) [143 casos (35,4%)], con las tardías [261 casos (64,6%)], encontramos que la edad media de las primeras era inferior [22,9 (6,5) vs 24,8 (5,9) años;  $P = 0,003$ ].

En 486 casos se registró el método anticonceptivo utilizado. El 78,8% de las mujeres había utilizado preservativo, un 17% de casos la relación sexual se había realizado sin protección, y sólo en el 3,5% de casos el método utilizado era hormonal.

**Tabla 1.** Edades distribuidas por grupos

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 16 años	34	3,4%
16 a 17 años	101	10,0%
18 a 24 años	448	44,5%
25 a 30 años	254	25,2%
Mayor de 30 años	169	16,8%
<b>Total</b>	<b>1.006</b>	<b>100,0%</b>

La causa alegada de fracaso del preservativo fue la rotura en el 78% de casos y la migración del mismo en el 18%.

El tiempo de demora en la solicitud de ACE fue [mediana (AIQ)] 12 (19) horas. El 31% de las mujeres acudieron a urgencias en las primeras 6 horas, pero hasta un 18,5% lo hicieron pasadas las 24 horas, aunque sólo en dos ocasiones se superó el límite de 72 horas. No hubo diferencias en la demora entre reincidentes y no reincidentes, en el número de veces en que habían solicitado ACE, ni en el tiempo que había transcurrido desde la última ACE. Sí se produjeron diferencias cuando se analizó la demora en función de la edad de las pacientes. Tanto las mujeres de menos de 18 años como las de más de 30 años acudían más tarde que las mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 30 años [16 (18) horas para las menores de 18 años y 15 (17) horas para las mayores de 30 contra 12 (19) y 12 (18) horas para las mujeres de 18 a 24 y de 25 a 30 años, respectivamente ( $P = 0,009$ )].

## Discusión

Existen 11 estudios previos en nuestro medio sobre ACE, publicados entre 1997 y 2008<sup>4-14</sup>. De ellos, sólo tres utilizan LNG<sup>8,12,14</sup>. En la Tabla 3 exponemos un resumen de dichos estudios. La edad media de las pacientes de este trabajo [24,3 (6,8) años] es coincidente con la referida en la literatura<sup>4-14</sup>. Sin embargo, el porcentaje de menores de edad (13,4%) está lejos del 35% referido por Leite<sup>9</sup>, siendo más cercano a los referidos por Aguinaga<sup>6</sup> (12,3%) y Ruiz Sanz<sup>7</sup> (9,9%). Existen otros

**Tabla 2.** Tiempo desde la última anticoncepción de emergencia (ACE)

Tiempo última ACE	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 mes	41	8,5%
1 a 6 meses	102	21,0%
6 a 12 meses	84	17,3%
Más de 12 meses	177	36,4%
<b>Total</b>	<b>404</b>	<b>83,1%</b>
Perdidos	82	16,9%

**Tabla 3.** Estudios publicados en España 1999-2008 acerca de la anticoncepción de emergencia (ACE)

Estudio	Gayoso <sup>4</sup>		Espinós <sup>5</sup>		Aguinaga <sup>6</sup>		Ruiz Sanz <sup>7</sup>		Cárdenas <sup>8</sup>		Lete <sup>9</sup>		Checa <sup>10</sup>		Vergara <sup>11</sup>		Martínez <sup>12</sup>		Santamaría <sup>13</sup>		Sarrat <sup>14</sup>		Clemente	
	1997	1999	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2003	2004	2004	2004	2004	2004	2005	2006	2006	2008	2008	2008	2008	2008
Tiempo estudiado	1,5 años	-	3 meses	1 año	9 meses	8 meses	9 años	1 año	4 meses	2 años	1 año	4 meses	2 años	1 año	4 meses	2 años	1 año	2 años	1 año	3 años	1 año	3 años	3 años	3 años
Nº de Pacientes	220	487	163	384	446	4390	-	89	400	132	89	400	132	1129	400	132	1129	132	1129	1006	1129	1006	1006	
LNG	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Edad (en años)	22	22,6	22	23,9	21,3	23	23,4	23	23	23,4	23	23	23,4	21	23	22,9	21	22,9	21	23	23	23	23	23
Menores de edad (%)	-	-	12,3	9,9	-	35,1	-	4,4	-	-	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,3
>30 años (%)	-	-	-	-	13	-	-	6,2	-	-	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,3
Reincidentes (%)	5,3	-	27,6	-	12	18,8	7	34,8	6,2	7	34,8	6,2	24,4	6,1	6,2	13,6	24,4	24,4	6,1	20,1	6,1	20,1	20,1	
Demora ACE (en horas)	23,21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	16	14,5	60	14,5	60	12	60	12	12	49,3
Solicitud primeras 24 horas (%)	-	-	64	31,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Uso de preservativo (%)	-	-	85	95	91	-	-	80	-	91	80	-	-	89	-	-	-	-	80	68	81,5	68	81,5	81,5
Rotura de preservativo (%)	75	81,9	89,5	85,9	83	68,7	79,5	91	89	79,5	91	79,5	77	77	-	-	-	75,8	77	79,3	77	79,3	78,8	78,8
Sin protección (%)	-	-	8,8	11,5	15	-	16,3	9	-	16,3	9	16,3	17,7	7	-	-	-	17,7	7	7	7	7	7	17

Gayoso<sup>4</sup> 1997, Centro de Orientación Familiar Novoa Santos, Orense; Espinos<sup>5</sup> 1999, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de San Pablo, Barcelona; Aguinaga<sup>6</sup> 2002, Servicio de Urgencias Hospital de Donostia, San Sebastián; Ruiz Sanz<sup>7</sup> 2002, Área IV del Instituto Madrileño de la Salud, Madrid; Cárdenas<sup>8</sup> 2002, Unidad de Urgencias hospital de Poniente, El Ejido, Almería; Lete<sup>9</sup> 2003, Servicio de Ginecología Hospital Santiago Apóstol, Vitoria; Checa<sup>10</sup> 2004, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital del Mar, Barcelona; Vergara<sup>11</sup> 2004, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Usera, Madrid; Martínez<sup>12</sup> 2005, Institut Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología Hospital Clínic, Barcelona; Santamaría<sup>13</sup> 2006, Centro de Salud de Santa María de Benquerencia, Toledo; Sarrat<sup>14</sup> 2008, Servicio de Urgencias Hospital Clínic Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. LNG: Levonorgestrel.

dos estudios con porcentajes muy inferiores<sup>11-14</sup>. Las diferencias entre estos estudios pueden deberse a posibles diferencias en las poblaciones atendidas. Aunque el porcentaje de menores no es muy elevado, supone un problema añadido a la hora de facilitar la ACE en urgencias debido, entre otras razones, a objeciones éticas por parte de los profesionales y a la dificultad para interpretar el concepto de "menor maduro". Por otro lado, sorprende el 16,8% de mayores de 30 años que han precisado ACE, una edad en la que el problema de la anticoncepción debería estar resuelto y que ha resultado el más elevado de los publicados hasta la fecha<sup>8,11,13,14</sup>.

Un punto a destacar es que la mitad de las pacientes reconocían haber necesitado ACE con anterioridad. Este porcentaje está próximo al 60% de la reciente serie de Sarrat et al<sup>14</sup>, y muy por encima de las series anteriores<sup>4,6,8-13</sup> (5,5-34,8%). Además, el 26% de estas mujeres la habían requerido en más de una ocasión, sobre todo las de menor edad. Ello podría reflejar que la facilidad de acceso a la ACE hace que las adolescentes y mujeres jóvenes no utilicen adecuadamente otros métodos anticonceptivos, sobre todo los de barrera, con las posibles consecuencias que ello puede acarrear.

La rotura o desplazamiento del preservativo es el motivo referido con mayor frecuencia. Prácticamente en todas las series éste es el principal motivo por el que se solicita ACE, lo que podría hacer pensar que este argumento es "una excusa" para ocultar una ausencia de protección en la relación sexual. Sin embargo, Ruiz Sanz<sup>7</sup> tras interrogar a 30 supuestas roturas de preservativo, sólo un caso reconoció que la relación fue sin protección. En realidad, un 15% de los usos de preservativo se asocian con problemas y hasta un 31% de personas reconoce haber tenido algún tipo problema con el uso de los mismos<sup>15</sup>. No obstante, el predominio de ACE los fines de semana, la alta incidencia de reincidentes asociado a reincidencias múltiples y a reincidencias precoces, la elevada frecuencia de problemas con el preservativo y el 17% de relaciones desprotegidas reconocidas hacen pensar que en un porcentaje importante de casos la ACE se haya convertido en una práctica habitual en sustitución de métodos más seguros.

La demora en solicitar la ACE fue de 12 horas, similar a las series más recientes<sup>12,13</sup>, lo que indica un buen nivel de concienciación sobre la necesidad de solicitar la ACE de forma precoz. La necesidad de administrar la ACE dentro de un periodo de tiempo limitado es el motivo de facilitar el ac-

ceso a ella desde todos los servicios de urgencias. Sin embargo, la alta incidencia de reincidentes, el porcentaje de menores y el miedo a que la ACE pueda disminuir el uso de métodos anticonceptivos más seguros podrían hacer más aconsejable su dispensación en ámbitos asistenciales más especializados, como centros de planificación familiar, donde el personal sanitario se encuentra más entrenado.

Este estudio muestra que las pacientes que acuden a un servicio de urgencias de primer nivel y solicitan ACE son jóvenes, con un porcentaje no despreciable de menores de edad y no es la primera vez que la solicitan, por lo que se debería mejorar la información acerca de que este método no es una medida más de anticoncepción, sino un método ideado para solventar un problema que pudiera desembocar en un embarazo no deseado.

Como limitaciones de nuestro estudio, destacamos que los datos tan sólo provienen de un hospital y son los registrados durante la asistencia a urgencias con lo que no siempre hemos podido disponer del 100% de los datos valorados en cada paciente. Sin embargo, un punto importante en este estudio es el hecho de abarcar un periodo de 3 años, lo que nos ha permitido conseguir un número muy importante de pacientes y que se ha realizado en un servicio de urgencias de primer nivel, con lo que el perfil de paciente obtenido puede estar muy próximo al paciente real.

## Bibliografía

- 1 Lete Lasa I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria*. 2001;28:59-68.
- 2 Glasier A. Emergency contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002;16:181-91.
- 3 Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. L'anticoncepció d'emergència amb levonorgestrel a la xarxa de salut de Catalunya. 2004.
- 4 Gayoso P, Doval JL, Sueiro E, Perdiz C. Uso y efectos de la anticoncepción poscoital. *Aten Primaria*. 1997;20:305-10.
- 5 Espinós JJ, Senosian R, Aura M, Vanrell C, Armengol J, Cuberas N, Calaf J. Safety and effectiveness of hormonal postcoital contraception: a prospective study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1999;4:27-33.
- 6 Aguinaga Badiola JR, González Santo Tomás R, Guillem Martínez E, Cerdiera Benito C, Reguera Cámara A, Madrid Balbas A. Análisis de las demandantes de píldoras anticonceptivas de urgencia. *Emergencias*. 2002;14:125-9.
- 7 Ruiz Sanz S, Güell Pérez E, Herranz Calvo C, Pedraza Moreno C. Anticoncepción poscoital. Características de la demanda. *Aten Primaria*. 2002;30:381-7.
- 8 Cárdenas Cruz DP, Parrilla Ruiz F, Mengibar Gómez MM, Espinosa Fernández M, Issa Khouzou Ziad, Cárdenas Cruz A. Perfil de la solicitante de la píldora poscoital (Levonorgestrel) en unidades de urgencias. *Medicina de Familia (And)*. 2002;3:179-83.
- 9 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.
- 10 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.
- 11 Vergara Cano JC, López-Guerrero Almansa A, López López A. Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;34:279-83.
- 12 Martínez Zamora MA, Bellart J, Coll O, Balasch J. Anticoncepción poscoital con levonorgestrel: estudio sociodemográfico. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:75-9.
- 13 Santamaría Rodríguez T, Crespo del Pozo AV, Cid Prados A, Gontán García-Salamanca MJ, González Pérez M, Baz Collado C, et al. Anticoncepción de emergencia: perfil de las usuarias y características de la demanda. Madrid: Semergen; 2006.
- 14 Sarrat 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;20:108-12.
- 15 Crosby RA, Yarber WL, Sanders SA, Graham CA, McBride K, Milhouse R, et al. Men with broken condoms: who and why? *Sex Transm Infect*. 2007;83:71-5.

## Postcoital contraception at a tertiary-level hospital emergency department: 3 years' experience

Clemente Rodríguez C, Puente Palacios I, Puiggalí Ballart M, Laso de la Vega i Artal S, Skaf Peters E, Aranda Cárdenas D

**Objective:** To describe our experience dispensing postcoital contraceptives (PCCs) in the emergency department over a 3-year period.

**Material and methods:** Descriptive study of patients asking for PCCs in the emergency department between October 2004 and September 2007. We collected data on age, number of times a PCC was sought, time between requests, contraceptive method used and the reason for failure, and delay.

**Results:** We attended 1006 women with a mean (SD) age of 24.3 (6.8) years; 13.4% were minors and 16.8% were over the age of 30 years. A PCC had been needed previously by 48.3% of the patients (74% of them once before, 17.8% twice before; and the remainder, 3 or more times before). The women who needed these agents more than once were younger (21 [6.5] years vs 24.7 [7.3] years,  $P=0.028$ ). Recurrence within 6 months (143 cases [35.4%]) was also more common among younger women (22.9 [6.5] years vs 24.8 [5.9] years,  $P=0.003$ ). The most common reason for contraceptive failure was condom breakage (78% of the cases). Delay in seeking a PCC was 12 (19) hours. In only 2 cases had the 72-hour limit passed. The time elapsed was longer for women under the age of 18 years (16 [18] hours) and over the age of 30 years (15 [17] hours) than for women in the intermediate age bracket (12 [19] hours) ( $P=0.009$ ).

**Conclusions:** Women who seek a PCC in the emergency department are usually young and have used these agents before. It is important to educate this population that PCCs are not a contraceptive option for routine use, but rather one to resort to on rare occasions. [*Emergencias* 2010;22:40-43]

**Key words:** Levonorgestrel. Emergency contraceptives. Postcoital contraceptives. Morning-after pill.