

HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO DOCENTE
“MARIANA GRAJALES”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: UN ARMA EFICAZ PARA EVITAR EL ABORTO.

Por:

Dr. Félix José Casanova Fonticiella¹, Dr. Armando Eugenio Iglesias Yera² y Lic. Silvia Concepción Peña³

1. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor. ISCM-VC.
3. Licenciada en Enfermería. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

ANTICONCEPTIVOS POSTCOITO

Subject headings:

CONTRACEPTIVES, POSTCOITAL

A pesar de la efectividad de los anticonceptivos modernos, un gran número de embarazos no deseados ocurren en el mundo y muchas mujeres buscan su interrupción; se estima que se realizan anualmente entre 40 y 60 millones de abortos inducidos¹.

La anticoncepción de emergencia, mediante la utilización de alguna de varias modalidades de métodos anticonceptivos en un tiempo determinado, después de una relación sexual sin protección, puede disminuir marcadamente el riesgo de un embarazo no deseado^{1,2}. Este método también se ha conocido como anticoncepción poscoital y como “la píldora de la mañana siguiente”^{2,3}, aunque esta última denominación no es la más correcta, ya que no siempre se utilizan tabletas, ni éstas tienen que ser ingeridas necesariamente a la mañana siguiente. Los métodos de anticoncepción de emergencia son efectivos, seguros y de fácil uso para la mayoría de las mujeres que puedan necesitarlos.

Aunque desde tiempos remotos se han usado métodos para prevenir un embarazo después de episodios de relaciones sexuales sin protección, la medicina moderna comenzó a usar los métodos hormonales en la década de 1960⁴, cuando se hicieron los primeros ensayos clínicos con altas dosis de estrógenos; y ya en diciembre de 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) añadió las tabletas para anticoncepción de emergencia en su lista de medicamentos esenciales¹. Si ésta estuviera fácilmente disponible, millones de embarazos no deseados y de abortos pudieran ser evitados; esto se ha demostrado en países europeos, donde pueden ser adquiridas tabletas para este fin desde hace varios años. Ejemplo de ello son los Países Bajos, que muestran el índice más bajo de abortos entre los países industrializados y donde la anticoncepción de emergencia está disponible ampliamente, como un apoyo a otros métodos de planeamiento familiar. Muchos de estos embarazos no deseados ocurren durante la adolescencia, cuando las muchachas jóvenes y sus compañeros se vuelven activos sexualmente antes de tener un conocimiento completo de la necesidad de anticoncepción. La sexualidad en la adolescencia se caracteriza por: la dificultad de negociar conductas con sus compañeros, relaciones inestables, conflictos emocionales, mantenimiento de secretos, rebelión y, muy frecuentemente, por relaciones sexuales sin protección, principalmente en los primeros contactos. Por ello, se

considera que la anticoncepción de emergencia puede ser útil en estas circunstancias¹. Los altos índices de embarazos en las adolescentes son un reto a los trabajadores de la salud; además, para la mayoría de ellas, que son sexualmente activas, la aparición de un embarazo no es intencional². En un trabajo reciente⁵ se plantea que en Estados Unidos existe un alto índice de embarazos en adolescentes, y aunque ya se aprobó la anticoncepción hormonal de emergencia, se requiere de prescripción médica para obtener las tabletas, y como las adolescentes tienen, por lo general, un nivel bajo de conocimiento acerca de esta modalidad anticonceptiva y necesitan una receta médica, se aconseja que se provea a las jóvenes de las tabletas antes de que tengan la necesidad de usarlas.

Se considera que cualquier mujer en edad reproductiva puede necesitar anticoncepción de emergencia en algún momento, en diversas circunstancias: después de una relación sexual voluntaria sin protección anticonceptiva, después del uso incorrecto o inconsistente de métodos anticonceptivos regulares o por el fallo accidental de éstos (rotura o deslizamiento del condón, cálculo inadecuado del período fértil o no abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles, expulsión de un dispositivo intrauterino, coito interrumpido fallido, por interrumpir la ingestión de tabletas anticonceptivas por más de tres días) o cuando ha sido víctima de un asalto sexual y no tenía protección anticonceptiva¹. La única contraindicación médica para su prescripción es un embarazo ya instaurado².

Actualmente las variantes de anticoncepción de emergencia más ampliamente difundidas y disponibles en el mundo son^{1,2,6}: 1) tabletas anticonceptivas orales comunes que contienen etinilestradiol y levonorgestrel, tomadas en una alta dosis por un período de tiempo corto, comenzando dentro de los primeros tres días después del contacto no protegido –conocido como método de Yuzpe–, 2) tabletas que contienen solamente levonorgestrel usadas de forma similar, 3) dosis única de mifepristona (RU 486) –antagonista sintético de la progesterona– tomada también en el mismo período después del coito, y 4) la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) con cobre dentro de los primeros cinco días después del contacto sin protección. Otros métodos se han descrito, como la utilización de altas dosis de estrógenos y el danazol⁷.

El método de Yuzpe ha sido estudiado y usado ampliamente desde mediados de la década de 1970, y consiste en la ingestión de dos dosis de 100 µg de etinilestradiol y 1 mg de levonorgestrel (ó 2 mg de dl-norgestrel), separadas por 12 horas y comenzar no después de las primeras 72 horas tras haber tenido un contacto sin protección^{1,7}. En nuestro país se dispone de Etinor, anticonceptivo hormonal oral de baja dosis, y cada tableta contiene 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel; en estos casos la OMS recomienda que se tomen cuatro tabletas en cada dosis¹. Cuando se usan correctamente reducen el riesgo de embarazo al 75 % como mínimo, y son más efectivas cuando se ingieren en las primeras 24 horas después del coito. Los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas, vómitos, trastornos menstruales, tensión mamaria, dolor abdominal, mareos, cefalea y cambios en la conducta. Las náuseas se presentan aproximadamente en el 50 % de las mujeres y los vómitos pueden comprometer su eficacia; si éstos ocurren en las primeras dos horas después de su ingestión, la dosis debe repetirse. Se recomienda el uso profiláctico de algún antiemético, por ejemplo, 50 mg de meclizina^{1,8}. Datos actuales señalan que el método hormonal alternativo de tabletas que sólo contienen levonorgestrel tiene menos efectos secundarios^{1,6} y posiblemente sea más eficaz⁶; se necesitan dos dosis de 750 µg del medicamento, en los mismos momentos que los del método de Yuzpe. Cuando sólo se dispone de tabletas de baja dosis que contienen 30 µg - como es el caso de Aminor, anticonceptivo de producción nacional disponible en nuestras farmacias - se deben tomar 25 tabletas en cada dosis¹. Se considera que la mifepristona⁹ es probablemente más efectiva y tiene menos efectos secundarios que los dos métodos anteriores; se encuentra ampliamente disponible en China como anticonceptivo de emergencia, y aunque la dosis más utilizada ha sido de 600 mg dentro de las primeras 72 horas después del contacto, se han logrado resultados efectivos hasta con dosis de 10 mg. La inserción de un DIU con cobre es altamente efectiva, con informes de menos del 1 % de embarazos cuando se ha usado como anticonceptivo de urgencia; se deben aplicar los mismos criterios para su uso que en las circunstancias habituales, tomando en cuenta que el motivo de su solicitud no haya sido un posible coito infectante de enfermedad de transmisión sexual¹.

La anticoncepción de emergencia, a pesar de su seguridad y eficacia, se utiliza poco¹⁰; igualmente sucede en Cuba. Se plantea que su uso depende de múltiples factores^{1,10}, entre ellos:

conocimiento y experiencia de los trabajadores de la salud, conocimiento y aceptación por quienes la van a utilizar, barreras culturales que incluyen la percepción errónea de que es un método abortivo, y la preparación de los medicamentos en envases dispuestos para este uso. Por otra parte, se ha demostrado que su costo -efectividad es altamente positivo¹, por lo que si tenemos altas tasas de aborto, con los riesgos que éstos siempre ocasionan, ¿no sería ésta un arma eficaz para evitarlos?.

Referencias bibliográficas

1. Emergency contraception. A guide for service delivery. Geneva: World Health Organization; 1998.
2. Gold MA. Emergency contraception. *Adv Pediatr* 2000;47:309-34.
3. Sarkar NN. Emergency contraception. *Int J Clin Pract* 1999;53(3):199-204.
4. O'Callaghan MA, Andrist LC. The next step for emergency contraception: over-the-counter availability. *Clin Excell Nurse Pract* 2001;5(2):73-9.
5. Royce CF. Adolescents and emergency contraception. *J Pediatr Health Care* 2002;16(1):3-9.
6. Glasier A. Emergency contraception in a travel context. *J Travel Med* 1999;6(1):1-2.
7. Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16^a ed. [s.l.]: WB. Saunders; 2000. fecha de acceso 7 de abril 2002] URL disponible en: <http://www.mdconsult.com/das/book/view/17873099/873/631.html/top>.
8. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraception pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):271-7.
9. Ho PC. Mifepristone: a potential postcoital contraceptive. *Expert Opin Pharmacother* 2001;2(9):1383-8.
10. Golden NH, Seigel WM, Fisher M, Schneider M, Quijano E, Suss A, et al. Emergency contraception: pediatricians' knowledge, attitudes, and opinions. *Pediatrics* 2001;107(2):287-92.