

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: UNA OPCIÓN A CONSIDERAR EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Por:

Dr. Yoandy López de la Cruz

Especialista en Medicina General Integral. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptorios DeCS:

ANTICONCEPCION/métodos
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Subject headings:

CONTRACEPTION/methods
PRIMARY HEALTH CARE

Señor Editor:

Me place poner en su conocimiento los resultados del estudio piloto desarrollado en el Consultorio Médico de la Familia “La Caridad de los Indios”, del municipio Manuel Tames en Guantánamo, con el objetivo de demostrar el comportamiento y la eficacia de la anticoncepción de emergencia (AE) a este nivel, ya que, según nuestras indagaciones, no existe en nuestro país evidencia científica publicada acerca de su indicación e implementación en la atención primaria de salud.

Tomando su enfoque verdaderamente científico en el año 1964, gracias a los estudios del doctor holandés Ary Haspels¹, la AE vino a resolver la problemática común a la mayoría de los métodos anticonceptivos existentes hasta entonces, de tener que colocarse o emplearse antes del inicio de las relaciones sexuales. Desde ese momento, infinidad de investigadores y estudios han demostrado fehacientemente la efectividad anticoncepcional del empleo de altas dosis de hormonas (estrógenos y progesteronas) suministradas preferiblemente en las 72 horas posteriores al coito, así como la colocación de un DIU preferentemente dentro de los cinco días después de este²; sin embargo, a causa del gran desconocimiento de los médicos y de la inexistencia en ocasiones de fórmulas adecuadas³, en el mundo continúa siendo un método anticonceptivo casi desconocido, y en Cuba, indudablemente no forma parte del arsenal de formas contraceptivas con que cuenta la inmensa mayoría de nuestros médicos de familia.

Motivados modestamente por erradicar esta situación, durante los meses de noviembre de 2004 a marzo de 2005 desarrollamos un estudio explicativo en el área de salud antes mencionada, en el cual estuvieron dispuestas a participar, previa firma del consentimiento informado, 12 voluntarias cuyas características sociales, culturales y sexuales (entiéndase regularidad del ciclo menstrual, trastornos conocidos de la fertilidad, entre otras), nos permitían conocer con la mayor exactitud la fecha de su ovulación, para hacerla coincidir con el coito potencialmente fecundante y con el empleo del método anticonceptivo en cuestión.

Diez voluntarias accedieron a ser tratadas con tabletas y dos optaron por el empleo del DIU (Multiload). Debemos señalar que en nuestras farmacias no existen presentaciones diseñadas para ser empleadas solo como tabletas anticonceptivas de emergencia, pero el Etinor, presente en nuestro mercado, puede ser empleado, gracias a sus concentraciones hormonales, a razón de 4

tabletas cada 12 horas (dos dosis), por lo que constituye un eficaz sustituto de los preparados extranjeros conocidos como método de Yuzpe², y fue el usado por nosotros en el estudio.

Basados en la regularidad de sus ciclos menstruales, a todas se les calculó la fecha "exacta" de su posible ovulación, y esta fue la seleccionada para la aplicación del método. Este propio día, a cada una de las pacientes se le realizó un interrogatorio y examen ginecológico exhaustivo, con el objetivo de descartar la existencia de un embarazo que pudiera falsear los resultados del ensayo. Una de las diez voluntarias del Etinor presentó un cuadro sintomático de una posible gestación, por lo cual se decidió no incluirla en el estudio. Las restantes 11 pacientes participaron finalmente en el experimento: Las dos dosis de Etinor fueron administradas entre las 12-24 horas posteriores al coito, y el Multiload fue insertado a la mañana siguiente de este, según las normas requeridas para tal procedimiento.

Finalmente, a todas las pacientes les fue entregada una encuesta que recogía la información necesaria acerca de los principales efectos adversos percibidos con posterioridad al empleo de los métodos anticonceptivos en cuestión, así como su tiempo de aparición, para descartar que se tratase de otro proceso no relacionado con el tratamiento. De igual modo, fueron orientadas y tomadas todas las medidas a nuestro alcance, para evitar que en el transcurso de ese ciclo menstrual pudiera ocurrir un contacto fecundante sobre el cual no se aplicara la AE y deviniera en un resultado falso negativo, así como para la identificación temprana de un posible embarazo, como resultado del fracaso del método.

En primer lugar, nos ocupamos de los resultados del Multiload, y se halló que en el período esperado, las dos voluntarias a las que les fue insertado este como AE, presentaron su menstruación sin ninguna alteración, por lo que para ellas se dio por terminado el estudio, con un 100 % de efectividad, y se les informó que podían permanecer protegidas con este DIU durante los próximos cinco años, si este fuera su deseo. Dos pacientes no constituyen una muestra significativa para estudio alguno, y su comparación con otros trabajos dejaría mucho que desear por la gran diferencia cuantitativa de las muestras involucradas. No obstante, semejanzas existen: En una investigación de 299 mujeres que emplearon el DIU como AE, ninguna quedó embarazada, y en otra de 879 solo en una el método fracasó^{4,5}. Asimismo, en la década del 80 del pasado siglo, Van Santen publicó en Holanda una serie de inserciones poscoitales de DIU con un 100 % de eficacia contra el embarazo, e indicó, además, que la T de cobre, por ejemplo, es casi tan eficaz como la esterilización masculina o femenina⁶.

Por otra parte, en la búsqueda de estudios semejantes al nuestro desarrollados en el extranjero, que nos permitieran comparar resultados en cuanto al empleo de tabletas, seleccionamos uno publicado por la revista The Lancet el 8 de agosto de 1998, cuyo título en español es: "Ensayo controlado seleccionado al azar de levonorgestrel contra pauta de Yuzpe de los anticonceptivos orales combinados para la anticoncepción de emergencia", del cual decidimos extraer lo concerniente al régimen de Yuzpe que involucró a 979 voluntarias de más de una veintena de ensayos en todo el mundo⁷.

El promedio de edad de nuestras pacientes fue de 22,9 años, mientras que el de las analizadas en The Lancet fue de 27,2. Los promedios de duración del ciclo menstrual fueron de 28,4 y 28,8 días respectivamente, mientras que seis de nuestras voluntarias habían tenido al menos un embarazo anterior, comparadas con 619 del estudio patrón. En estas características, luego del análisis estadístico, hallamos una concordancia muy significativa entre ambos trabajos. En cuanto al intervalo de tiempo entre coito y tratamiento, a la mayoría de las pacientes del estudio multicéntrico extranjero (459) se les administró el anticonceptivo en las 24 horas posteriores al contacto, al igual que nuestras nueve voluntarias. Es necesario aclarar que, por las características de nuestro estudio, decidimos aplicar la AE en el período de tiempo más corto posible después del coito, ya que se ha demostrado que de esto depende casi por completo su eficacia⁸; por este motivo, y por la escasez de voluntarias, no decidimos arriesgarnos empleando el método en diferentes pautas de tiempo, como ocurre en el resumen publicado por The Lancet.

Finalmente, en el período esperado, aunque sin coincidir exactamente con las fechas calculadas, todas las pacientes presentaron sangrado menstrual, y no se hallaron en un razonable lapso de tiempo posterior, evidencias clínicas de embarazo uterino. Este éxito obtenido en nuestro estudio coincide perfectamente con algunos de los ensayos parciales que constituyen el total de casos analizados por The Lancet, que mostraron un 100 % de efectividad, y fueron desarrollados por

centros científicos en Jos, Lagos, Ljubljana, Northbridge, Québec City, Szeged, Tbilisi y Ulan Bator; este último se destaca por su completa efectividad en 75 voluntarias⁷.

Al comparar los resultados globales, sus autores detectaron 31 embarazos del total de 979 involucradas, contra ninguno entre nuestras nueve voluntarias, así como solo nueve embarazos en las 459 mujeres que recibieron la anticoncepción en las 24 horas posteriores al coito, y ningún embarazo entre las nuestras. Estadísticamente, ambos resultados concordaron muy significativamente.

Respecto a los efectos adversos, prácticamente se presentaron todos los descritos por la bibliografía en estos casos, sobre todo las náuseas, vómitos, mareos y la hipersensibilidad mamaria, resultados que también, en mayor o menor medida, coinciden con los descritos en el artículo de The Lancet.

En sentido general, nuestro estudio concluyó con un 100 % de efectividad, y avala lo establecido por la *U.S. Food and Drug Administration* y otras organizaciones, que señalan más de un 75 % de efectividad con las píldoras⁹ y un 98 % mediante los DIU empleados como AE¹⁰, lo que demuestra la validez del empleo de esta alternativa en países como el nuestro, donde desafortunadamente cada año miles de embarazos no deseados culminan en una cama de legrado, con las consecuentes alteraciones y daños a la salud que este ocasiona, tanto a la mujer como al resto de su familia.

Referencias bibliográficas

1. Wells E, Crook B, Muller N. A brief history of emergency contraceptive pills. In: Emergency contraception. A resource manual for providers. Seattle: program for appropriate technology in health; 1997. p. 2-4.
2. Casanova Fonticiella FJ, Iglesias Yera AE, Alemán Ramírez PE. Anticoncepción de emergencia. Medicentro Electrónica [serie en Internet]. 2003 [citado 24 Oct 2004];7(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v7n203/anticoncepcion.html>
3. Consorcio sobre anticoncepción de emergencia. Píldoras anticonceptivas de emergencia. Guías médicas y de prestación de servicios. En: Expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global. Los Ángeles: IPPF; 2001. p. 41-51.
4. Kleinman RL. Dispositivos intrauterinos. En: Manual de planificación familiar para médicos. Londres: IPPF; 1989. p. 119-50.
5. Millar ER, Shane B, Murphy E. Dispositivos intrauterinos. En: Seguridad de los métodos anticonceptivos, rumores y realidades. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998. p. 21-2.
6. Barnett B. El DIU T de cobre: seguro, eficaz, reversible. Network Esp. 2000;20(1):4-8.
7. Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet. 1998;352:428-33.
8. Best K. Divulgación de los secretos de la anticoncepción de emergencia. Network Esp. 2001;21(1):13-7.
9. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Sëller JS, Shelton JD. La contracepción oral de emergencia. Anticonceptivos orales para la contracepción postcoital. En: Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Washington: Population Reports; 1999. p. 521-8.
10. Finger WR. El DIU T de cobre. Network Esp. 2000;20(1):10-1.