

Anticoncepción de emergencia

Emergency related to anticonception

Javier Maure Barcia^I; Jorge Ramón Sancristóbal Díaz^{II}; Mercedes de la Caridad Rodríguez Carvajal^{III}

^IEspecialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Cmdte. Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Cmdte. Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Cmdte. Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: cuando se revisa la literatura médica referente al embarazo no deseado, es usual encontrar reportes que informan la existencia de cifras elevadas de muertes maternas producidas por abortos en condiciones de riesgo, de los cuales una cuarta parte corresponde a las adolescentes. Para evitar estas gestaciones no deseadas una variante eficaz es la anticoncepción de emergencia.

OBJETIVO: aportar un conocimiento actualizado sobre la anticoncepción de emergencia y sus beneficios para los médicos de la atención primaria de salud.

MÉTODOS: se realizó una revisión bibliográfica actualizada sobre la anticoncepción de emergencia, y sus beneficios como alternativa para disminuir el número de embarazos no deseados y de abortos provocados en la atención primaria de salud.

CONCLUSIONES: la anticoncepción de emergencia ha demostrado ser una opción eficaz y prácticamente inocua para la prevención de gestaciones no deseadas. A pesar de esto, es una técnica aún poco conocida y empleada en nuestro país entre los médicos de la atención primaria de salud.

Palabras clave: Anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos, anticoncepción de emergencia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: when medical literature related to non-desired pregnancy is reviewed, it is common to find reports on existence of high figures of mother death provoked by miscarriages in risk situations, from which a quarter of them correspond to adolescents. To avoid these non-desired pregnancies an effective variant is the emergency contraception.

OBJECTIVE: to provide updated knowledge on emergencies, and its benefits for physicians of health primary care.

METHODS: we made an updated bibliographic review on emergency contraception, and its benefits like alternatives to decrease the non-desired pregnancies figures, and the miscarriages provoked in health primary care.

CONCLUSIONS: emergency contraception has shown to be an efficient option and practically safe to the non-desired pregnancies. Despite it, is a not yet known technique, and used in our country among physicians of health primary care.

Key words: Oral contraceptives, intrauterine devices, emergency contraception.

INTRODUCCIÓN

El acceso universal a los servicios de salud reproductiva, en particular de planificación familiar y de salud sexual como derecho reproductivo de la mujer y el hombre, constituyó uno de los principales objetivos discutidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo efectuada en El Cairo, Egipto en 1994.¹ El programa de acción de esta conferencia se desarrolló a partir de la conceptualización de la Salud Reproductiva como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad en todos los aspectos relacionados al sistema reproductivo y sus funciones. Por lo tanto la salud reproductiva implica que la gente sea capaz de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y tenga la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuando y con que frecuencia hacerlo". Los programas de planificación familiar deben proporcionarles a los usuarios información, educación y consejerías, así como una gama adecuada de anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos procedimientos que utiliza la pareja para evitar o espaciar los embarazos, ya sea temporal o definitivamente, los cuales se clasifican en:²

1. Dependientes del coito

- a) Coito interrumpido.
- b) Condón.
- c) Tapón cervical (cremas).
- d) Diafragma (con espermicidas).
- e) Abstinencia periódica.
- f) Esponja (con espermicida).

2. Independientes del coito

- a) Píldoras combinadas o solo de progestina.
- b) Progestinas inyectables y subdérmicas.
- c) Dispositivos intrauterinos.
- d) Anticoncepción quirúrgica femenina (salpingectomía) y masculina (vasectomía).

Los métodos hormonales son de tipo sistémico, y se basan en preparados de un progestágeno combinado con un agente estrogénico, o de un progestágeno solo.

En Cuba, el Código de Familia establece el derecho de cada pareja a planificar sus embarazos. Por esta razón, el sistema nacional de salud ha puesto a disposición de la comunidad una red de servicios de planificación familiar a nivel de la APS, con el objetivo de brindarlos a la población y que estén a su alcance los métodos anticonceptivos en cantidad y variedad necesarios, además de ofrecer consejería médica que ayude a seleccionar, junto a la pareja, el método más adecuado y eficaz. Estos elementos tienen el propósito de evitar los embarazos no deseados, así como los abortos provocados.²

Según estadísticas de la OMS se producen en el mundo 200 millones de embarazos y 529 mil muertes maternas, y el 13 % de estas por abortos en condiciones de riesgo. Muchos embarazos no deseados se producen en la adolescencia con graves consecuencias para la vida de las mujeres jóvenes y sus hijos.³ En Cuba, según el anuario estadístico de 2006, existe una cobertura anticoncepcional total del 77 %, de los cuales solo el 9,8 % corresponde a los métodos hormonales (7,9 % píldoras y 1,9 % inyectables), y ese mismo año se realizaron en el país 67 903 abortos inducidos con una tasa de 20,8 x 1 000 mujeres entre 12 y 49 años.⁴

En la decisión de la pareja de prevenir o interrumpir una gestación, uno o ambos miembros pueden utilizar métodos anticonceptivos para prevenir la gestación de forma provisional, o recurrir a la esterilización para evitarla de forma permanente. Si estas medidas fallan, se puede recurrir a la anticoncepción de emergencia, pero esta no debe utilizarse como medio rutinario de anticoncepción.⁵

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

La AE, también llamada contracepción poscoital, es una de las alternativas que pueden ser utilizadas para evitar un embarazo no deseado en mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección, si han tenido un accidente con su método anticonceptivo, o en pacientes que han sido víctimas de abuso sexual.⁶ Este tipo de anticoncepción consiste en el uso de hormonas anticonceptivas durante las primeras 72 h o la inserción de un dispositivo intrauterino con cobre (DIU) en los primeros 5 días posteriores al coito desprotegido. Este método es conocido popularmente como *la píldora del día siguiente*, sin embargo en opinión de la doctora *Bardisa Ezcurra*,⁶ el término grabado en la imaginación popular es incompleto por 2 razones:

1. La píldora no es el único método AE.
2. Las píldoras que se emplean como anticonceptivo de emergencia pueden y deben

tomarse durante las primeras 72 h después del coito no protegido y no solo a la mañana siguiente.

Con el uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia, el porcentaje de embarazos tras un único coito desprotegido a la mitad del ciclo disminuye del 8 al 2 % aproximadamente.

Indicaciones y contraindicaciones

La AE está indicada en:

1. Relaciones sexuales no protegidas.
2. Violación.
3. Accidente anticonceptivo: ruptura del condón, desplazamiento del diafragma, olvido de más de 2 tabletas anticonceptivas, olvido del inyectable hormonal.
4. Expulsión del DIU.
5. Confusión con el método del ritmo.

Según la OMS, la única contraindicación de la AE es la existencia de un embarazo confirmado. A su vez, existen varios métodos para la AE, que se pueden dividir en *hormonales*, entre los que se emplean métodos de uso regular como las píldoras combinadas que contienen estrógenos y progestágenos, las que contienen progestágenos solamente o la antiprogéstina mefipristona o RU-486; y los métodos *no hormonales*, entre los que se emplean los DIU con cobre. En la [tabla](#) se presentan los principales métodos utilizados en la AE.

Tabla. Métodos de AE

		Formulación	Dosis
Hormonales	Tabletas de progestágeno solo	Levonorgestrel (1,50 mg)	1 tab
		Levonorgestrel (0,75 mg)	2 tab/dosis única o 1 tab seguida de otra tab a las 12 h
		Dosis alta etinil-estradiol (50 mg) Levonorgestrel (0,25 mg) Etinil-estradiol (50 mg) Norgestrel (0,50 mg) (Método de Yuzpe)	2 tab seguidas de otras 2 tab a las 12 h
	Tabletas anticonceptivas combinadas	Dosis baja etinil-estradiol (20 mg) Levonorgestrel (0,10 mg)	5 tab seguidas de otras 5 tab a las 12 h
		Etinil-estradiol (30 mg) Levonorgestrel (0,15 mg)	4 tab seguidas de otras 4 tab a las 12 h
		Etinil-estradiol (30 mg) Norgestrel (0,30 mg)	
		Antiprogésterinas	RU-486 o mefipristona
No hormonales	DIU	T con cobre	Inserción en el útero hasta 120 h (5 días) después del coito no protegido

Métodos hormonales

Consisten en la administración de esteroides hormonales estrogénicos y progestacionales. Los anticonceptivos orales (AO) simulan el efecto de las hormonas ováricas. Producen una retroalimentación negativa sobre el hipotálamo, inhiben la liberación de hormona liberadora de gonadotropina, y por consiguiente, la liberación hipofisaria de las gonadotropinas que estimulan la ovulación. Reducen el espesor del endometrio, y hacen que el moco cervical se vuelva más espeso e impermeable a los espermatozoides.⁵ Existen 2 regimenes hormonales para la AE.

Tabletas anticonceptivas hormonales combinadas: los anticonceptivos orales combinados (AOC) son preparados de estrógenos y progestágenos sintéticos. Hay 2 tipos de AOC:¹

- Monofásicos: todas las píldoras del ciclo tienen la misma concentración de hormonas estrogénicas y progestacionales.
- Multifásicas: para cada ciclo hay 2 (bifásicas), o 3 (trifásicas) variantes en las concentraciones de estrógeno y/o progesterona.

En el esquema combinado que se recomienda en la actualidad (método de Yuzpe), las píldoras de estrógeno y progestágenos incluyen una combinación de 50 mcg de etinilestradiol y 0,25 mg de levonorgestrel, o 0,5 mg de norgestrel tomadas en 2 dosis separadas por 12 h (para una dosis total de 200 mg de etinilestradiol y 1 mg de levonorgestrel o 2 mg de norgestrel).⁶

En nuestro país, en la actualidad, el producto de elección es el microgynon (etinilestradiol 0,03 mg+levonorgestrel 0,15 mg), tabletas que están disponibles en los servicios de planificación familiar a nivel de la APS. Cuando solo se dispone de píldoras con 30 mcg de etinilestradiol y 0,15 mg levonorgestrel (etinor) deberán tomarse 4 tabletas antes de las 72 h después de haber tenido un coito desprotegido, y otras 4 tabletas 12 h después de la dosis inicial.

Tabletas anticonceptivas de progestágeno solo: las píldoras de progestágeno solo son anticonceptivos hormonales que solamente contienen progestágenos. El régimen de tabletas de progestágenos solo consiste en la administración de una dosis total de 1,50 mg de levonorgestrel que se puede administrar en dosis única de 1,5 mg o dividida en 2 dosis de 0,75 mg=750 mcg cada una, tomadas con un intervalo de 12 h. Con este esquema se evitan los efectos colaterales de los estrógenos.⁶ Cuando solo se dispone de píldoras con 0,03 mg=30 mcg de levonorgestrel (aminor) se requieren dosis de 25 tabletas. El tratamiento de ambos regímenes terapéuticos debe ser iniciado tan pronto como sea posible después de una relación sexual desprotegida, porque la eficacia disminuye con el tiempo, en tanto se acerque más a la implantación. Estudios demuestran que la mayor eficacia anticonceptiva ocurre si el tratamiento se realiza dentro de las primeras 72 h, sin embargo otros indican que el régimen continúa siendo moderadamente efectivo si se realiza entre las 72 y las 120 h.^{7,8}

Mecanismo de acción

Todos los anticonceptivos esteroidales operan mediante la combinación de efectos directos e indirectos a los mismos niveles: hipófisis, ovario, endometrio y cerviz.⁹ La acción primordial de los anticonceptivos orales combinados (AOCs) es inhibir la ovulación mediante la inhibición de la hormona folículo estimulante pituitaria (HFS) y la hormona luteinizante (HL), para impedir de este modo la maduración folicular y la onda preovulatoria de la HL. El efecto sobre el moco cervical está dado por el

componente progestágeno que lo torna relativamente impermeable a los espermatozoides.

Las píldoras de progestágeno solo (PPS) ejercen un efecto multifocal sobre el aparato genital, el cual provoca cambios que se complementan para lograr su efecto anticonceptivo: a) reduce la cantidad del moco cervical a la mitad del ciclo y lo mantiene en un estado de alta viscosidad que hace difícil la penetración de los espermatozoides, y b) cambios en la función ovárica que van hasta la inhibición total de la ovulación. Los mecanismos de acción de las PAE han generado extensa discusión en diferentes países, entre los responsables de las políticas de salud y grupos sociales conservadores, muchos de los cuales consideran que la AE es un método mini-abortivo.⁶

En tal sentido se han realizado múltiples investigaciones con el objetivo de conocer el mecanismo de acción de las tabletas en la AE; en la actualidad existen varias hipótesis, que en cierta medida, se corresponden con los mecanismos descritos para la anticoncepción hormonal regular.¹⁰ Todas las investigaciones realizadas sobre los mecanismos de acción de la AE apuntan a que actúan interfiriendo con los eventos pre o posovulatorios inmediatos, pero siempre en los eventos que ocurren con anterioridad a la implantación como son: la maduración del folículo, la modificación del moco cervical, el transporte de óvulos y espermatozoides y la fecundación.⁶ Algunos estudios han mostrado la ocurrencia de interferencia en el transporte y penetración del espermatozoide y la interferencia con la función del cuerpo lúteo.⁷

Lo que ha quedado claro es que, una vez iniciado el embarazo, las píldoras anticonceptivas de emergencia no logran impedir su curso, así que no provocan aborto.¹⁰ Además, se ha confirmado experimentalmente que en la especie humana, la administración de esteroides estrogénicos o progestacionales no puede interferir con los procesos de implantación o nidación, una vez que estos se han iniciado.⁶ La efectividad de los AE depende del momento del ciclo menstrual en que ocurre el contacto sexual desprotegido, y el tiempo en que se realice el esquema de AE.^{7,11} Debemos recordar que el embarazo no tiene lugar inmediatamente después de la relación sexual, sino que es un proceso gradual y progresivo. El intervalo entre el coito y la ovulación es la variable temporal más importante que determina la probabilidad de un embarazo.⁶

Efectos indeseables

Como su nombre lo indica, la AE debe usarse solamente en situaciones de emergencia, y nunca como un método regular de planificación familiar,⁹ debido a que los efectos colaterales con el empleo de las PAE son más frecuentes e intensos que con las píldoras anticonceptivas de uso rutinario. Los efectos adversos que se pueden presentar por la administración de los AE suelen presentarse en mayor por ciento asociados a las tabletas combinadas, y estas pueden ser: cefaleas, fatigas, mareos, náuseas, vómitos, dolor abdominal y sangramientos irregulares. Estos efectos indeseables usualmente no ocurren por más de 3 días después del tratamiento.

Si se utilizara el régimen de tabletas combinadas puede asociársele meclizine (50 mg) o metoclopramida (10 mg), 1 tableta 1 h antes de cada dosis. Cuando la paciente presente vómitos dentro de las primeras 2 h siguientes después de haber tomado la primera o la segunda dosis, deberá tomarse otra dosis lo más pronto

posible. Si el vómito se presentase después de 2 h de las dosis no será necesario repetir la dosis.

Métodos no hormonales

El DIU de cobre es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, que no tiene efecto sistémico. Este puede ser insertado en el útero hasta 120 h (5 días) posteriores al coito no protegido, y quedar posteriormente como método anticonceptivo regular. Este método es una opción que debe tenerse en cuenta, si por alguna razón las píldoras están contraindicadas o no están disponibles.⁶

Mecanismo de acción

Las evidencias indican que los DIU de cobre impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos, entre los cuales se plantean la alteración o inhibición de la migración de los espermatozoides en la parte alta del tracto genital femenino, en la inhibición de la fertilización y en el transporte del óvulo.^{1,3} Provocan, además, alteraciones químicas a nivel del endometrio, así como un obstáculo mecánico en el tránsito del espermatozoide, y por último, actúan en la nidación, la cual no se efectúa por esta causa.³

Por otra parte, los DIU de cobre inducen una inflamación endometrial estéril con aumento de macrófagos por la presencia del cuerpo extraño, que se incrementa con la presencia del cobre.^{11,12} La inflamación endometrial persistente puede impedir la implantación si se produce la fecundación.⁵

La AE ha demostrado ser una alternativa eficaz y prácticamente inocua para la prevención de embarazos, cuando se ha tenido un contacto sexual desprotegido o ha fallado su método anticonceptivo, y evita la utilización de la interrupción con todos los riesgos que ello conlleva. Ahora bien, este método no puede constituirse como un procedimiento habitual para evitar embarazos no deseados o no planificados. Esta técnica es aún poco utilizada en nuestro país a nivel de la APS por parte de los que brindan y reciben el servicio de planificación familiar, por lo que creemos que sería útil aumentar el conocimiento sobre este procedimiento entre los médicos de este nivel de atención para prevenir los embarazos no deseados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hueso Carlos M, Carignan Charles S. Pautas médicas y de servicios para planificación familiar. Inglaterra: Federación Internacional de Planificación de la Familia. Publicaciones Médicas de IPPF. 1998
2. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. Anticoncepción. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004.p.251-61.
3. Aspectos Epidemiológicos. Beneficios de la anticoncepción de emergencia. Disponible en: http://www.Salud.gob.mx/sitios_temporales/diasiguiente/08 Consultado 26 de mayo de 2008.
4. Anuario Estadístico 2006. MINSAP. Ciudad de La Habana; 2007.

5. Beers Mark H, Porter Robert S. Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. XI edición. Tomo VIII. Sección 18. Planificación familiar. Anticoncepción de Emergencia. Madrid: Elsevier; 2007.p.2357.
6. Bardisa Ezcurra L. Anticoncepción de emergencia ¿La píldora del día después? Revista de Sexología y Sociedad. 2003;9(22):20-5.
7. Raymond E, Yusuf A, Camp S, Edmunds M, Huber D, Huevo-Toledo C, et al. Emergency Contraceptive Pills. Medical and Service Delivery. Guidelines. Second Edition. Washington DC: The International Consortium for Emergency Contraception; 2004.p.4-7.
8. Ellertson C, Evans M, Ferien S. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. Obstet Gynecol. 2003;101:1168-71.
9. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Volumen I. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.p.502.
10. Ortiz Lee C. La anticoncepción de emergencia en la adolescencia. Revista de Sexología y Sociedad. 2004;10(25).p.19-22.
11. Croxatto HB, Devoto L, Duran M. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. Contraception. 2001;63:111-21.
12. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Volumen 2. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001.p.262.

Recibido: 18 de julio de 2008.

Aprobado: 20 de agosto de 2008.

Javier Maure Barcia. Calle 17 No. 358, apto. 3, entre G y H, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: jmaure@infomed.sld.cu