

Trabajos de revisión

Policlínico Docente «26 de Julio»

Anticoncepción de emergencia en la adolescencia

Dr. Miguel Lugones Botell¹ y Dra. Marieta Ramírez Bermúdez²

RESUMEN

Se realizó una revisión actualizada sobre la anticoncepción de emergencia. Esta se basa en la utilización de algunas variantes de métodos anticonceptivos conocidos utilizados después de un coito no protegido. Se hace énfasis en la importancia que tiene el conocimiento de este método como alternativa disponible para los adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia, anticoncepción, hormona, dispositivos intrauterinos, control de la natalidad.

La planificación familiar constituye, sin lugar a dudas, un pilar fundamental en la salud sexual y reproductiva. La planificación familiar se considera un derecho humano, esencial a la dignidad humana. La mayoría de las personas conocen y están enteradas de la planificación familiar y en un momento dado más de la mitad de las parejas casadas en el mundo son usuarias de esta.¹ A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos contraceptivos existentes, muchos embarazos no son planeados ni deseados y muchos conllevan un alto riesgo tanto para la madre como para la descendencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año los embarazos no planificados causan al menos más de 40 millones de abortos, de los cuales alrededor de la mitad se realizan en condiciones desfavorables y son, muchos de ellos, causa de muertes maternas cada año.² La planificación familiar tiene su historia, la cual remonta a la antigüedad.³

Los fundamentos de la llamada anticoncepción de emergencia se remontan a principios del siglo pasado, cuando quedó demostrado que los extractos de los estrógenos producidos por los ovarios interferían en el embarazo de los mamíferos. Sin embargo, en los seres humanos no comienzan a utilizarse los estrógenos poscoitales hasta la década 1940, aunque la primera publicación sobre este procedimiento aparece en los años sesenta, por eso es que en algunas publicaciones señalan esta etapa como el inicio del uso poscoital de ciertas hormonas esteroidales administradas con este fin. En esa misma década las mujeres de norteamérica utilizaban concentraciones de etinilestradiol o de dietilestilbestrol como tratamiento de emergencia ante la posibilidad de una relación no protegida para evitar un embarazo no deseado.^{4,5}

UTILIZACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia este método tiene particular importancia, ya que en esta etapa son frecuentes las conductas sexuales de riesgo y, por las características que tiene este grupo, no se utilizan adecuadamente o no se utilizan de ninguna forma los diferentes métodos anticonceptivos. Y aunque lo ideal sería que se abstuvieran de tener relaciones sexuales, en la práctica médica hemos observado que además de ser muy difícil, no lo hacen, y el inicio precoz y sin protección de las relaciones sexuales es una realidad palpable en la mayoría de los adolescentes. De ahí que sea una alternativa, siempre que la conozcan, y además de insistir en este aspecto, deben explicarse todos los facultativos, para evitar el embarazo no deseado y sus complicaciones.

CONCEPTOS

La anticoncepción de emergencia a veces es llamada «anticoncepción poscoito» y también «píldora del día siguiente». Estos términos pueden crear cierta confusión, fundamentalmente en las usuarias, ya que puede ser utilizada dentro de los primeros 3 días en cualquier momento, sin tener necesidad de esperar «el día siguiente» y, en el caso de los dispositivos intrauterinos, se pueden usar hasta dentro de los primeros 5 días. Por tanto, el concepto lo que trata de reflejar es que requiere un uso emergente, sin especificar el momento exacto en que debe ser utilizado.⁶

Los métodos anticonceptivos de emergencia pueden prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección, cuando falla el método —digamos, rotura de un condón— o cuando el método se usa incorrectamente.

La anticoncepción de emergencia debe ser vista, por tanto, como un método que brinda una segunda oportunidad.⁶ Ha sido concebida para ser utilizada en casos excepcionales; por tanto no debe ser considerada un método de uso habitual o rutinario.

MECANISMO DE ACCIÓN

Hay que considerar en el mecanismo de acción el de las píldoras anticonceptivas de emergencia y el de los dispositivos intrauterinos.

En la actualidad todavía no se comprende bien el modo de acción exacto de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Las investigaciones realizadas hasta la fecha han demostrado que las píldoras anticonceptivas pueden inhibir o retrasar la ovulación. De acuerdo al momento en que se tomen en relación con el ciclo menstrual también pueden inhibir la fecundación al afectar el transporte tubárico del óvulo o, después de ocurrida la fecundación, puede interferir con la implantación uterina del óvulo fecundado al producir alteraciones en la estructura del endometrio, lo que lo convierte en un lugar inadecuado para la nidación.⁷

Es conveniente precisar que las píldoras no pueden perturbar un embarazo ya establecido pues no surten efecto después de que se ha producido la implantación. La eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia es del 75 %.⁸

El mecanismo de acción exacto de los dispositivos intrauterinos (DIU) en la anticoncepción de emergencia no está bien determinado. Se cree que previene la fertilización y la implantación. La implantación ocurre una semana después de la fertilización, por tanto, como los DIU que se utilizan para la anticoncepción de emergencia se colocan dentro de los 5 primeros días después del coito, no producen el aborto.^{9,10} El DIU que libera cobre es altamente eficaz para la anticoncepción de emergencia y tiene una tasa de eficacia reportada superior al 99 %.⁶

DIFERENTES TIPOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y CÓMO UTILIZARLOS

Píldoras anticonceptivas

Pueden utilizarse píldoras combinadas de estrógeno y progestágeno o solamente de progestágeno. El uso de píldoras combinadas que contengan etinilestradiol y levonorgestrel se conoce como método de Yuspe.¹¹ Según la dosis que contengan se usan de la forma siguiente: a) si contienen 50 µg de etinilestradiol y 0,5 mg de norgestrel (0,25 mg de levonorgestrel), debe tomarse una dosis inicial de 2 píldoras tan pronto como sea posible pero nunca después de 72 horas de la relación no protegida y debe repetirse la misma dosis de 2 píldoras a las 12 horas después de la dosis inicial; b) cuando se dispone de píldoras de 30 µg de etinilestradiol y 0,3 mg de norgestrel (0,15 mg de levonorgestrel) la dosis inicial será de 4 píldoras y se debe repetir la misma dosis 12 horas después.⁶

Entre los anticonceptivos combinados con dosis fijas que tenemos en el mercado está el etinor y el microgenon (este último disponible en las consultas de planificación familiar que hay en todos los hospitales y municipios del país) y del que se administra 4 tabletas de inicio lo más cercano al momento del coito no protegido y se repite igual dosis a las 12 horas. También se dispone de tabletas multifásicas que tienen diferentes dosificaciones, lo que dificulta el uso práctico con este objetivo. Entre estas están el trienor y el triquilar, que cuando se usan para este fin deben seleccionarse las 10 últimas tabletas del blíster, que son las que contienen mayor cantidad de levonorgestrel. Por este inconveniente no consideramos prudente su uso y menos en la adolescencia, pues puede crear confusiones y ser mal utilizadas, lo cual no ocurre con las tabletas bifásicas.

Las píldoras solamente de progestágeno no están disponibles en este momento en nuestro país. Estas se fabrican para este fin y contienen 750 µg de levonorgestrel. En este caso, se administra una tableta y luego otra a las 12 horas de la primera. Cuando no existe esta tableta, se pueden utilizar las píldoras de progestina sola que existen en el mercado. Es el caso del aminor, aunque tiene la gran desventaja de que la dosis de este compuesto es muy baja (0,30 µg) y para lograr la dosis adecuada se tendrían que administrar un total de 25 tabletas de una vez y repetir luego la dosis a las 12 horas.⁶

Las píldoras solamente de progestina reducen las probabilidades de embarazo en

aproximadamente el 8 5%. Las combinadas son aproximadamente 75 % eficaces si se usan en el curso de 3 días.

Efectos secundarios de las píldoras

Los efectos secundarios o colaterales dependen del método utilizado. Aunque son similares, se reportan en menor proporción en el grupo que tiene progestina solamente. Las píldoras a veces causan náuseas en la mitad de las pacientes que las utilizan. También se pueden presentar vómitos, dolor de cabeza, mareos, calambres, fatiga o sensibilidad mamaria anormal. Si el vómito ocurre más de dos horas después de tomar las píldoras, la mujer no debe preocuparse, porque el fármaco ya ha sido absorbido por su organismo. Algunos autores recomiendan asociar el uso del meclizine para evitar este efecto secundario y lograr la absorción del medicamento.¹²

También puede ocurrir sangrado irregular hasta la que mujer tenga su menstruación de nuevo, la que puede empezar antes o después de la fecha esperada.

La mayoría de los efectos secundarios desaparecen en un término de 24 a 48 horas. No existe ninguna contraindicación para el uso de las tabletas de anticoncepción de emergencia.

Inicio de la anticoncepción regular después de utilizar las píldoras anticonceptivas de emergencia

Los diferentes métodos anticonceptivos pueden ser utilizados después de las píldoras de emergencia sin ningún tipo de problema. Los anticonceptivos mecánicos, como condones y diafragmas, pueden utilizarse de inmediato. Los anticonceptivos orales e inyectables así como los dispositivos intrauterinos, cuando se produzca la menstruación al igual que las demás pacientes.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Se utilizan los DIU con cobre como anticoncepción de emergencia durante los primeros 5 días después de la relación no protegida. La eficacia de este método es alta, de alrededor del 99 %. La indicación de este método es más precisa: si han transcurrido más de 72 horas del acto sexual sin protección y si la paciente y su médico han valorado este método como alternativa para largo plazo.

Se contraindican el uso de estos dispositivos intrauterinos de emergencia en caso de certeza de embarazo, sepsis o infecciones de transmisión sexual reciente, cervicitis, afección maligna del tracto genital, anomalías uterinas, fibromas que deformen la cavidad uterina, tuberculosis pélvica y enfermedad trofoblástica maligna.

En la adolescencia no es recomendable el uso de este método, porque incrementa el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.

La inserción del DIU debe realizarse cumpliendo los requisitos y la técnica correcta. Las medidas de asepsia y antisepsia resultan muy importantes para prevenir complicaciones infecciosas. Se presentan los mismos efectos colaterales que se describen para el uso de

DIU en la anticoncepción regular. Los más frecuentes son dolor en bajo vientre y sangrado irregular.

Mifepristona

Existen evidencias científicas de que, en una dosis de 10 mg, la mifepristona es sumamente efectiva como anticonceptivo de emergencia. Las investigaciones están en marcha en estos momentos en algunos países, entre ellos China.¹⁰

CONSIDERACIONES FINALES

Consideramos que toda la población debe tener conocimiento de esta alternativa anticonceptiva, que es muy útil también en la adolescencia y que no tiene ningún tipo de contraindicación, ni siquiera en el grupo más vulnerable y necesitado constituido por las adolescentes, pues no afecta en ningún sentido el proceso biológico normal del desarrollo puberal.

Consideramos que el uso de este método no debe estar restringido por recetas médicas, pues está diseñado para ser empleado en situaciones de emergencia y estas no deben ni pueden depender de recetas ni de ningún otro mecanismo que pueda obstaculizar el uso inmediato.

En la medida en que logremos difundir el uso de este método, las pacientes tendrán un recurso más con qué contar para evitar el embarazo no deseado y así los consiguientes abortos provocados, los que en la actualidad, no son pocos.

Siempre es conveniente destacar que este método no protege contra las infecciones de transmisión sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hatcher AR, Ward R, Blackburn R, Geller J. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico. Programa de Información a la población Facultad de Salud Pública. Universidad de Johns Hopkins Editorial Ardent Media INC.; 1999: viii.
2. World Health Organization: Randomized trial of levonorgestrel versus Yuspe Regimen of combined oral contraception. *The Lancet*. 1998; 352:428.
3. Lugones Botell M. Orígenes de la anticoncepción. *Rev Cubana Med General Integr*. 1996; 16(4): 217.
4. González AC. Optar por la anticoncepción. *Profamilia*. 1998;16 (31):50.
5. Machado RH. Historia de la anticoncepción. En: Jorge Peláez Mendoza: *Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio*. La Habana, Científico Técnica; 2001. p.22.

6. Peláez MJ. Anticoncepción de emergencia. En: Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Científico Técnica; 2001. p. 322.
7. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181(5):1263-69.
8. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of periovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. Contraception. 2001;63(3): 123-29.
9. Webb A. How safe is the method of emergency contraception. Fert Control Rev. 1995; 4(2):16-18.
10. IPPF. Boletín Médico de IPPF. Declaración de IMAP sobre anticoncepción de emergencia. 2000; 34(3):2.
11. Yuspe AA, Lancee WI. Ethinilestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertility and Sterility. 1977; 28: 32.
12. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. Obstet Gynecol. 2000; 95(2): 271-277.

Recibido: 21 de agosto de 2005. Aprobado: 15 de noviembre de 2005.

Dr. Miguel Lugones Botell. Calle 72 entre 13 y 15, Municipio Playa. Ciudad de La Habana.

Correo electrónico: lugones@infomed.sld.cu

¹ **Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Diplomado en Ginecología de la infancia y la adolescencia.**

² **Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.**