

## **Anticoncepción de emergencia. Urgent Contraception.**

Juan Carlos Pérez Morales (1) , Maribel Tusell Pérez de Corcho (2)

### **RESUMEN**

Un embarazo no deseado tiene múltiples consecuencias biológicas, psicológicas, sociales y económicas. La prevención del embarazo tras un coito sin protección mediante el uso de métodos anticonceptivos es altamente efectiva pero constituye una opción subutilizada. En este artículo se relacionan los métodos actualmente disponibles, los cuales incluyen una combinación de estrógeno-progestina (etinilestradiol 0.10 mg y levonorgestrel 0.50 mg, dos dosis con intervalo de 12 horas), progestina (levonorgestrel 0.75 mg, dos dosis con intervalo de 12 horas), estrógeno (etinilestradiol 2.5 mg, , dos dosis con intervalo de 12 horas durante 5 días), andrógeno (danazol 400-600 mg, , dos dosis con intervalo de 12 horas ), antiprogestágeno (mifepristona 10 mg, dosis única) y los dispositivos intrauterinos de cobre (inserción dentro de 5 días).

**Palabras claves:** ANTICONCEPCIÓN, ANTICONCEPTIVOS ORALES, DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

1. Especialista de primer grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Avila.
2. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Policlínica Norte, Ciego de Avila.

### **INTRODUCCIÓN**

La anticoncepción de emergencia (AE) se refiere a la prevención del embarazo después de una relación sexual sin protección, mediante el uso de métodos anticonceptivos(1). No se trata de un nuevo procedimiento pues se usó por primera vez en los años 60 cuando se utilizaron altas dosis de estrógenos como una opción de anticoncepción emergente(2), sin embargo esta opción es poco conocida entre profesionales de la salud y población en general.

A pesar de ser menos eficaz que un método usado correcta y sistemáticamente, la AE puede prevenir muchos embarazos no deseados y se acepta que debe promoverse por todos aquellos encargados de brindar consultas de planificación familiar como método de respaldo o auxiliar para las mujeres que han olvidado usar un método anticonceptivo, lo han usado incorrectamente, han sufrido un accidente durante su utilización o que han sido víctimas de una agresión sexual.

Entre todos los métodos anticonceptivos disponibles, los anticonceptivos orales combinados (AOCs) y los dispositivos intrauterinos (DIUs) pueden ser seguros y eficaces como métodos de AE si se usan de una forma determinada(3), aunque existen otras opciones menos divulgadas y estudiadas pero que igualmente ofrecen excelentes resultados.

En el presente artículo ofrecemos una panorámica actual sobre los diferentes métodos de AE, dirigida fundamentalmente a aquellos profesionales que laboran en la atención primaria.

#### **Tabletas anticonceptivas de emergencia**

Los AOCs que se usan después del coito son los mismos que se usan como método anticonceptivo regular, pero tomados en una dosis de por lo menos 100 microgramos de

etinilestradiol y 0.5 miligramos de levonorgestrel, dentro de las primeras 72 horas tras una relación sexual sin protección, repitiendo la dosis 12 horas después(4). Este régimen fue propuesto por Yuzpe en 1974 cuando publicó los resultados de un estudio piloto(5), por lo cual se conoce universalmente con su nombre.

Constituyen un método seguro y su eficacia preventiva del embarazo es de 75 %(6), aunque esta se eleva si se utiliza con menos de 24 horas tras el coito(7). Puede usarse más de una vez en un solo ciclo menstrual si es necesario y durante cualquier etapa del mismo, específicamente durante los días fértiles cuando la posibilidad de embarazo es más elevada(1).

Actualmente se desconoce el mecanismo de acción exacto de los AOCs en la AE. Sin embargo, la información existente indica que el efecto anticonceptivo ocurre antes de la implantación(1)(8), por lo cual no puede ser considerado como abortivo. De forma general se acepta que el mecanismo de acción de la AE hormonal es múltiple(9)(10), estando relacionado con los siguientes efectos:

1. Inhibición o retraso de la ovulación.
2. Alteraciones del transporte tubárico del óvulo.
3. Efecto luteolítico.
4. Acción antiimplantatoria endometrial.

No se asocia la AE con graves complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas y vómitos que aparecen hasta en el 50% de las mujeres, lo cual puede reducir la eficacia de las píldoras(4). Por tal motivo se recomienda la administración previa de antieméticos, los cuales se repiten con intervalos de 4-6 horas. Otros efectos incluyen cefalea, mastodinia, retención de líquidos, irregularidades menstruales, dolor abdominal y cambios en el estado de ánimo(1)(11).

Si el régimen no surte efecto y la mujer queda embarazada, se ha demostrado que el embarazo puede continuar sin ningún peligro para el feto(1). No hay evidencias de que incremente el riesgo de embarazo ectópico(12).

La única contraindicación reconocida por todos es el embarazo(1)(13). Otros autores aceptan la migraña con aura como contraindicación absoluta(6) y los antecedentes de tromboembolismo como contraindicación relativa(14).

Los AOCs han sido evaluados recientemente como AE entre 72-120 horas después de un coito sin protección, demostrando una efectividad favorable, por lo cual pueden constituir una opción para aquellas mujeres que no pueden usar un DIU (15).

#### Otros métodos hormonales Levonorgestrel

Las píldoras sólo de progestina son una opción de AE para las mujeres que no pueden usar estrógenos y para las que no tienen contraindicada la progestina. La primera dosis debe ser de 0.75mg administrada dentro de 8 horas después del coito con una dosis complementaria 12 horas más tarde(3). Con este régimen la tasa de fallos de la AE se estima en un 1.1% y el porcentaje de embarazos evitados en un 85% (16), además, es mejor tolerado al reportarse menos efectos secundarios en comparación a cuando se usan AOCs(9)(17). Pocos estudios han evaluado el mecanismo de acción, se ha sugerido que el levonorgestrel suprime el crecimiento folicular y el desarrollo del cuerpo lúteo(18), variando con relación a si es tomado inmediatamente antes o después de la ovulación, aunque estos mecanismos se deben explorar más(19).

#### **Mifepristona (RU486)**

Utilizada fundamentalmente para la inducción del aborto, la mifepristona es un esteroide sintético capaz de bloquear la acción de la progesterona(18), que ha sido empleado como AE pues administrado dentro de las 72 horas posterior al coito sin protección es capaz de evitar la implantación(20). Se han utilizado diferentes esquemas con tasas de fallos

cercanas al 1% (21), el más empleado 600 mg en dosis única, aunque según este estudio 10 mg parecen ser suficientes y es mejor tolerado.

El efecto secundario más frecuente es la demora en el comienzo de la menstruación, además se han reportado náuseas, fatigas, debilidad, cefalea y vómitos. No tiene actividad teratogénica reconocida y su única contraindicación es el embarazo deseado(18).

#### Danazol

El Danazol es una hormona andrógena utilizada en el tratamiento de la endometriosis, capaz de interferir en el desarrollo folicular y a nivel endometrial tiene acción antiprogestacional(9). Se ha empleado como AE en régimen de 600mg cada 12 horas en dos dosis, con tasas de fallos variables entre 0.8% y 3.6%(22)(23). Las náuseas constituyen el efecto secundario más frecuente, siendo reportado en el 10% de los casos. Con menor frecuencia aparecen mastodinia, cefalea, vómitos, dolor pélvico, cansancio, letargo y mareos(18). No se ha relacionado con efectos teratogénicos(23)(24).

#### Estrógenos

El dietilestilbestrol fue utilizado como AE durante los años sesenta y principios de los setenta, hasta que se asoció con efectos teratogénicos y adenocarcinoma de vagina(11). En la actualidad el etinilestradiol es usado en dosis de 2.5 mg cada 12 horas durante cinco días, comenzando dentro de las primeras 72 horas tras una relación sexual desprotegida(18). Su eficacia es muy buena con tasas de fallo entre 0.1 y 1%(25).

Sin embargo, se ha relacionado con un incremento en el riesgo de embarazo ectópico por alteración de la motilidad tubaria así como una mayor incidencia de efectos secundarios, fundamentalmente náuseas y vómitos lo cual ha limitado su utilización(18).

#### Métodos no hormonales

Los DIUs son una excelente opción de AE para una mujer con más de 72 horas después de la relación sexual desprotegida, con tasas de fallos inferiores al 1%.(11)(25). Su acción es antiimplantatoria, los efectos secundarios y las contraindicaciones de los DIUs son los mismos durante el uso normal que durante el uso para la AE y el procedimiento de inserción es el mismo en ambos casos(3).

Su principal limitante es el riesgo de diseminación de una enfermedad de transmisión sexual. Sus ventajas además de su gran efectividad, es que continua brindando anticoncepción por espacio de hasta 10 años y la posibilidad de su utilización con más de 5 días después de la relación sexual no protegida(18).

#### CONCLUSIONES

Muchos factores están relacionados con la ocurrencia de un embarazo no deseado, el cual puede provocar desajustes emocionales, sociales y económicos. Además, en el orden biológico se asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Varios métodos han sido utilizados y evaluados durante los últimos 30 años como AE demostrando ser seguros y eficaces, algunos de ellos no están disponibles en nuestro país por lo cual los AOCs y los DIUs de cobre resultan la principal opción.

En los últimos cinco años, importantes organizaciones internacionales de salud reproductiva, incluida la OMS, han trabajado para hacer que la disponibilidad de la AE se generalice más, para aumentar los conocimientos que tienen los proveedores y los consumidores acerca del método, y para estudiar cuestiones de investigación que no se han resuelto(8).

Constituye un reto para nuestras instituciones de salud lograr la difusión de la AE como vía para reducir el número de embarazos no planificados y por tanto la necesidad de recurrir al aborto.

## **ABSTRACT**

Accidental pregnancy has many social, psychological, biological and economic consequences. Emergency postcoital contraception, a method used to prevent pregnancy after unprotected sexual intercourse, is highly effective but underutilized birth control option. This article discusses the options currently available including an estrogen-progestin combination (ethinylestradiol 0.10 mg with levonorgestrel 0.50 mg given within 72 hours of intercourse and repeated 12 hours later), progestin alone (levonorgestrel 0.75 mg twice a day), estrogen alone (ethinylestradiol 2.5 mg twice a day for 5 days), androgen (danazol 400-600 mg twice a day), the antiprogestin synthetic steroid (mifepristone 10 mg per dose) and the copper intrauterine device (placed within 5 days of intercourse).

**Key words:** CONTRACEPTION, CONTRACEPTIVES, ORAL, INTRAUTERINE DEVICES

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. FHI. Anticonceptivos orales. En: Serie de actualización en tecnología anticonceptiva. Carolina del Norte: Family Health International; 1997.
2. Melanie AG. Prescribing and managing oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents. En: Adolescent gynecology, part II: the sexually active adolescent. *Pediatric Clin North Am* 1999; 46(4):695-712.
3. Linn C. Anticoncepción después del coito sin protección. *Network en Español* 1995; 15(1):4-9.
4. Linn C. Los AO: una opción de emergencia. *Network en Español* 1996; 16(4):14-7.
5. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Jamzy I. Postcoital contraception: A pilot study. *J Reprod Med* 1974; 13 (2):53-7.
6. Trussel J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam Plann Perspect* 1996; 28 (2): 58-64.
7. Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999; 353 (9154): 721.
8. Finger WF. La anticoncepción después del acto sexual. *Network en Español* 2001; 21(1): 4-9.
9. Lete I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Atención Primaria* 200; 28(1):59-68.
10. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptives devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(5):1263- 69.
11. Schein AB. Pregnancy prevention using emergency contraception: efficacy, attitudes and limitations to use. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999; 12(1):3-10.
12. Van Look PF, Stewart F. Emergency contraception. En: Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, eds. *Contraceptive technology*. 17 ed. New York: Ardent Media; 1998:277.
13. Oureshi M, Attaran M. Review of newer contraceptive agents. *Cleve Clin J Med* 1999; 66 (6): 358-66.
14. Kubba AA. Hormonal postcoital contraception. *Eur J Contracep Reprod Health Care* 1997; 2 (2): 101-4.
15. Rodríguez I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184 (4):531-7.

16. Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352 (9126): 428-33.
17. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomised comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in postcoital contraception. *Hum Reprod* 1993; 8 (3): 389-92.
18. La Valleur J. Emergency contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27 (4): 817-39.
19. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63(3): 123-9.
20. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F. *Contraceptive technology*. 16 ed. New York: Irvington Publishers, 1994: 415-32.
21. Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. *Lancet* 1999; 353 (9154):697-702.
22. Webb AM. Alternative treatments in oral postcoital contraception: interim results. *Adv Contracept* 1991; 7 (2-3): 271-9.
23. Zuliani G, Colobo UF, Molla R. Hormonal postcoital contraception with an ethynylestradiol-norgestrel combination and two danazol regimens. *Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 37 (3):253-60.
24. Webb AM, Trussell J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol and mifepristone (RU-486) in oral postcoital contraception. *BMJ* 1992; 305 (6859): 927-31.
25. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1997; 337 (20): 1058-64.

## ANEXOS

### Anticoncepción de emergencia

Método	Tiempo después del coito	Dosificación
Anticonceptivos orales combinados	Dentro de 72 horas	Etinil estradiol 0.10 mg y levonorgestrel 0.50 mg, repetir la dosis a las 12 horas
Anticonceptivos orales sólo de progestina	Dentro de 8 horas	Levonorgestrel 0.75 mg, repetir la dosis a las 12 horas
Antiprogestina	Dentro de 72 horas	Mifepristona 10 mg, dosis única
Andrógeno	Dentro de 72 horas	Danazol 400-600 mg, repetir la dosis a las 12 horas
Estrógeno	Dentro de 48 horas	Etinil estradiol 2.5 mg cada 12 horas por 5 días
No hormonal	Dentro de 5 días	Insertar DIU de cobre