

Anticoncepción postcoital en Urgencias de Atención Primaria

M. Sainz-Maza Aparicio^a, C. Sánchez Otero^b y S. Sánchez Yubero^c

Médicos de Familia. ^aCentro de Salud San Andrés. Madrid. ^bCentro de Salud La Solana. Talavera. Toledo. ^cCentro de Salud Guayaba. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción postcoital de emergencia es utilizada cada vez con mayor frecuencia por parejas que han tenido relaciones sexuales incorrectamente protegidas. No se trata de un método de interrupción de la gestación, sino de un método que previene la misma.

En su prescripción y en su seguimiento, el médico de familia, bien en los centros de Atención Primaria, bien en los servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), tiene un papel protagonista y una responsabilidad muy importante, por lo que debe conocer los métodos existentes y cómo usarlos de manera apropiada, dejando a un lado los prejuicios o falsas creencias, ya que muchos profesionales piensan que los anticonceptivos hormonales son métodos abortivos, incluso hoy en día. Muchas veces es este profesional la única persona a la que un paciente puede recurrir para intentar conseguir este tipo de anticonceptivos, y en numerosas ocasiones se les deniega por problemas morales o por desconocimiento.

Existen ciertas discrepancias médico-legales que llevan a que algunos profesionales se opongan a su utilización¹, lo cual en algunos países podría suponer un factor coadyuvante en la demanda de interrupción voluntaria del embarazo, y según algunos autores esta demanda podría disminuir si se informara y facilitara la utilización de estos métodos². Sin embargo la mayoría de autores abogan por facilitarlos de manera generalizada ya que el balance riesgo-beneficio es muy evidente como intervención preventiva, con excelente coste-beneficio.

ANAMNESIS

Se debe intentar realizar una correcta historia clínica recogiendo la utilización habitual correcta o no de métodos anticonceptivos, indagando sobre posible falta de información o educación sanitaria de los pacientes, o factores de riesgo psicosociales.

Correspondencia:

M. Sainz-Maza Aparicio.
C/ Embajadores 146-Portal 2- 4.ºA.
28045 Madrid.
e-mail: msaizmazaa@medynet.com

Recibido el 21-10-2002; aceptado para su publicación el 31-03-2003.

Recogeremos la fecha de la última menstruación, horas transcurridas desde el coito no protegido y la existencia de otros coitos no protegidos en el último ciclo.

Si es posible, descartaremos una gestación, pero únicamente porque esta medicación no sería útil ya que no está indicada en casos de gestación comprobada. No es necesario hacerlo de manera sistemática, ya que su empleo no supondría ningún daño para el embrión ni para la mujer, aunque en muchos casos se utiliza para descartar un embarazo de otros coitos previos dada la errónea información de que es un método de interrupción de una gestación, lo que impulsa a algunas parejas a recurrir a ella para intentar interrumpirla.

Es importante informar de las alternativas en caso de fallo del método, intentando indagar en cuál sería su actitud en caso de gestación.

Siempre debemos garantizar un circuito de seguimiento en todos los casos para resolver dudas y valorar la eficacia del método, así como proporcionar una correcta educación sanitaria. En este seguimiento deben involucrarse todos los profesionales que sea posible (enfermeras, médicos de familia, trabajadores sociales, ginecólogos, etc.).

MECANISMOS DE ACCIÓN

Parecen demostrarse distintos mecanismos de acción según la fase del ciclo menstrual.

– Los estrógenos y progestágenos, solos o en combinación, inhiben o retrasan la ovulación. Existe controversia en estudios en humanos sobre los efectos a nivel de la fertilización, transporte de gametos, endometrio, cuerpo lúteo o en la implantación. Estas hormonas no desprenden el embrión cuando éste está ya implantado³.

– El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre inhibe la fertilización por toxicidad directa sobre el esperma y por efecto de cuerpo extraño a nivel endometrial, impidiendo la implantación.

– La mifepristona (RU-486) inhibe la ovulación y bloquea la implantación por retraso en la maduración del endometrio. Causa la regresión del cuerpo lúteo, y es eficaz una vez el embrión se ha implantado, por lo que produce una interrupción de una gestación real, temprana⁴.

INDICACIONES DE LA ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

Los casos en los que está indicada la anticoncepción postcoital se reflejan en la tabla 1.

MÉTODOS DISPONIBLES

Existen varias opciones para su uso como anticoncepción postcoital. Todas ellas tienen una eficacia de entre el 75% al 100%⁵ para evitar embarazos, aunque en el caso de la anticoncepción hormonal este porcentaje se sitúa entre el 75% y el 85%. Deben administrarse antes de 72 horas tras el coito no protegido⁶ excepto la mifepristona. El DIU de cobre puede ser utilizado hasta las 120 horas (5 días) tras el coito y mantenerse como método anticonceptivo posteriormente. Las pautas empleadas están recogidas en la tabla 2.

EFFECTOS SECUNDARIOS

– Náuseas y vómitos son los efectos secundarios más frecuentes, sobre todo con las pautas hormonales más antiguas (pauta de Yuzpe). En ocasiones se asocian antieméticos para disminuir estos efectos⁸. Si se producen vómitos en las 2 horas siguientes de la medicación, se aconseja repetir la pauta. Estos efectos han disminuido notablemente con las nuevas pautas empleadas a base de progestágenos únicamente (levonorgestrel)⁹.

- Fatiga, cefalea, mareo, dolor abdominal.
- Mastodinia.
- Alteraciones del ciclo menstrual: hipermenorrea, retraso en la aparición de la menstruación.
- No existe evidencia sobre los posibles trastornos a nivel vascular en el uso puntual de estos preparados hormonales.

Tabla 1. Indicaciones de la anticoncepción postcoital

Coito no protegido, <i>coitus interruptus</i> sin éxito, eyaculación en genitales externos
Fallo del método de barrera, rotura durante el coito
Expulsión inadvertida o expulsión parcial del DIU
Fallo en la toma de anticonceptivos orales (olvido de dosis)
Exposición a agentes teratógenos
Agresión sexual
DIU: dispositivo intrauterino.

Tabla 2. Métodos disponibles de intercepción postcoital

Estrógeno y progestágeno (100 µg de etinil estradiol y 0,5 mg de levonorgestrel) administrado dos veces, con un intervalo de 12 horas entre las dosis. Neogynona®, Ovoplex 50/250®, 2 g cada 12 horas (dos dosis). (Pauta de Yuzpe)
Levonorgestrel (0,75 mg administrado dos veces con intervalos de 12 horas entre las dosis). Norlevo®, Postinor® 1 g 12 horas (dos dosis)
Estrógeno a altas dosis (5 g de etinil estradiol al día durante 5 días)
Mifepristona (RU-486) (dosis única de 10, 50 ó 600 mg). (Disponible en centros autorizados para interrupción voluntaria del embarazo)
DIU de cobre
Danazol: antagonista de dudosa eficacia ⁷ . (No aprobada en España para esta indicación)
DIU: dispositivo intrauterino.

– Para algunos autores existe un aumento de probabilidad de enfermedad inflamatoria pélvica con la inserción del DIU, en pacientes con múltiples compañeros sexuales o historia de enfermedades de transmisión sexual.

– En los casos de anticoncepción postcoital hormonal se producirá una hemorragia por deprivación entre los 3 y los 21 días desde la administración de la medicación. Cerca del 40% sangrarán antes de lo que les correspondería, pero sólo un 8% sufrirán un pequeño retraso. Debemos sospechar embarazo si no se produce hemorragia pasado este tiempo.

– Se tiene evidencia de la mayor eficacia cuanto antes se administre, pero no existen datos sobre el uso después de las 72 horas, aunque se sabe que no es perjudicial incluso en el caso de que existiera gestación o ineficacia del método.

CONTRAINDICACIONES

– En caso de embarazo el levonorgestrel no estaría indicado, ya que no se trata de un método que interrumpe la gestación. Hay que tener claro que ésta no es una medición que produzca teratogenicidad sobre el embrión, sino simplemente no sería eficaz en este caso. No aumenta el riesgo de embarazo ectópico. Tampoco se han descrito problemas importantes en las mujeres que los han utilizado.

– Enfermedad inflamatoria pélvica en el caso del DIU.

– Para algunos autores también existiría contraindicación relativa al uso de anticonceptivos postcoitales hormonales en el caso de hipertensión arterial (HTA) intensa, hepatopatía aguda, antecedentes de enfermedad vascular o tromboembólica, cáncer de mama, pero no existen estudios que lo avalen en estos casos de utilización puntual¹⁰.

– No presenta efectos importantes si requiere la utilización repetida, pero debemos evitar esta situación proporcionando información y accesibilidad a otros métodos más seguros y alternativos.

PROBLEMÁTICA LEGAL

Los problemas surgen principalmente con la prescripción de anticonceptivos a menores de edad no acompañados de adultos, que por otra parte suponen uno de los grupos principales que demandan el uso de los mismos. Los menores están legitimados para solicitar y recibir información, asistencia y métodos anticonceptivos por parte de los médicos, sin necesidad de autorización de los padres¹¹.

Además algunos autores sostienen que el aumento de información fomenta las relaciones sexuales entre los más jóvenes y el uso inadecuado de estos métodos, olvidando la existencia de métodos alternativos más eficaces. Hay estudios que desmontan esta teoría de manera clara.

Debemos aplicar el principio de plena capacidad jurídica de los menores para solicitar los anticonceptivos, y consentirlo si se demuestra suficiente juicio y madurez para su empleo. Esta valoración, discutible y aparentemente subjetiva, corresponde siempre al médico. En todos los casos son prioritarios el interés y beneficio del menor. La legislación recoge estos principios en el artículo 162 del Código Civil.

CONCLUSIONES

– Se trata de métodos con clara tendencia a aumentar su uso, sobre todo entre mujeres más jóvenes o en mayores de 35 años.

– Es más eficaz cuanto antes se administre. Debería facilitarse desde los centros de salud, pero también en los servicios de Urgencias, sobre todo los fines de semana o fuera de los horarios de las consultas de Atención Primaria o Centros de Orientación Familiar. No obstante en ocasiones esto supone un abuso del método ya que algunas personas lo utilizan reiteradamente en lugar de recibir una orientación sobre métodos anticonceptivos más eficaces.

– En muchos casos no se considera una urgencia como tal. Es cierto que es eficaz en las primeras 72 horas tras el coito, pero es más eficaz cuanto antes se tome. Es preferible que la prescripción la realice un profesional que pueda mantener una educación sanitaria y un seguimiento del método anticonceptivo escogido, como su médico de familia, ginecólogo o en Centros de Planificación Familiar, pero no debemos “apurar” el tiempo si no estamos seguros de poder garantizar el uso temprano de esta alternativa anticonceptiva.

– Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se trata de una medicación esencial, y debería reducirse su elevado precio para facilitar su uso.

– Debemos evitar juicios morales o comentarios subjetivos en la prescripción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carlon López R, García Houghton RF, González Varela A, Martínez Suárez MM, Suárez Gil P. Intercepción postcoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de Atención Primaria. Aten Primaria 2000;26:595-9.
2. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. N Engl J Med 1998;339:1-4.
3. Wetherimer RE. Contracepción Postcoital de Emergencia. Am Fam Physician 2001;8:139-45.
4. Schein AB. Pregnancy prevention using emergency contraception: efficacy, attitudes, and limitations to use. Pediatr Adolesc Gynecol 1999;12:3-9.
5. Kubba AA. Hormonal postcoital contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997;2:101-4.
6. Schiavon R, Jiménez-Villanueva CH, Ellertson C, Langer A. Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro, efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados. Rev Invest Clin 2000;52:168-76.
7. Wanner MS, Couchenour RL. Hormonal emergency contraception. Pharmacotherapy 2002;22:43-53.
8. Grimes DA, Raymond EG. Emergency contraception. Ann Intern Med 2002;137:180-9.
9. Sueiro E, Perdiz C, Gayoso P, Doval JL. Uso y efectos de la anticoncepción postcoital. Aten Primaria 1997;20:305-10.
10. Programa de Salud Reproductiva y Sexual del Área 11 de Atención Primaria de Madrid. 2001. Anexo 2.
11. Bailón E, Arribas L. La pildora del día después: una segunda oportunidad. Aten Primaria 2002;29:430-2.