

FORMACIÓN CONTINUADA

Anticoncepción de emergencia

I. Lete Lasa^a, M. Arróniz^b y R. Esquisábel^b

^aGinecólogo. Jefe de Servicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. ^bEspecialista en MFyC. Centro de Salud de San Martín. Vitoria.

Introducción

La anticoncepción de emergencia (AE) puede ser definida como la utilización de un fármaco o sustancia, un mecanismo o dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida.

Hace ya más de 20 años que Yuzpe¹ describió la posibilidad de utilizar una combinación de estrógenos y gestágenos como método de anticoncepción de emergencia, pero a pesar del tiempo transcurrido la AE continúa siendo un método poco utilizado para la prevención de algunos embarazos no deseados.

Entre los factores que pueden influir en su, todavía escasa, utilización cabrían destacar, por una parte, el desconocimiento por parte de la población de este eficaz recurso y, por otra, el mito existente sobre su mecanismo de acción abortivo².

Uno de los datos objetivos que pueden poner de manifiesto la pobre utilización que ha tenido la AE es el hecho que no fue hasta 1997, 20 años después de su descripción, cuando la FDA americana aprobó el régimen de Yuzpe para su utilización en AE³. Una reciente encuesta realizada entre ginecólogos y población general de Estados Unidos⁴ puso de manifiesto que únicamente un 36% de las personas encuestadas sabía que se «podía hacer algo» para prevenir un embarazo tras un coi-

to desprotegido y sólo el 1% había utilizado en alguna ocasión este recurso. En este mismo trabajo se entrevistó a 307 ginecólogos, de los cuales un 77% consideró la AE como un método muy familiar, seguro y efectivo, aunque el 75% de ellos la prescribe en muy contadas ocasiones.

Para mejorar la tasa de utilización de la AE y, por lo tanto, disminuir el número de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), se han propuesto diferentes medidas, entre las que destaca la necesidad de mejorar la educación e información, tanto del personal sanitario como de la población general, y la mejora en la accesibilidad a este tipo de recurso.

Una de las propuestas realizadas es la de permitir que la AE sea prescrita por personal paramédico, experiencia que parece haber alcanzado excelentes resultados en Estados Unidos mediante la dispensación directa por parte de los farmacéuticos⁵. Si bien en Francia la experiencia con los profesores de institutos resultó muy controvertida, hay autores que siguen reivindicando la libre dispensación de este tipo de anticoncepción en aras a mejorar su accesibilidad⁶.

Como profesionales dedicados a cuidar de la salud reproductiva de las mujeres, debemos ser conscientes de que la AE no debe reemplazar a la anticoncepción regular, pero constituye un excelente complemento de ésta para la prevención primaria del embarazo no deseado. Se ha calculado que cada

año, gracias al uso de la AE, se previenen en Estados Unidos alrededor de un millón de IVE y 2 millones de embarazos no deseados que finalizarían en parto⁷. Si a estos hechos unimos la pronta comercialización en España de un preparado específicamente dirigido a la AE, parece oportuno abordar una revisión de conjunto sobre sus características, mecanismo de acción, indicaciones, contraindicaciones, etc.

Mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia

Existen diferentes pautas de AE (tabla 1), con posibles distintos mecanismos de acción, pero la duda fundamental que surge al considerar los regímenes de AE es si su acción es abortiva o no. Numerosos trabajos científicos publicados, que a continuación analizaremos, nos ayudan a comprender el verdadero mecanismo de acción de la AE.

El mecanismo de acción de la AE hormonal es múltiple y no se conoce con exactitud cuál es el fenómeno fisiológico que se altera para evitar una posible gestación, pero desde hace años se viene especulando con la posibilidad de que la AE con métodos hormonales actúe mediante:

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

(Aten Primaria 2001; 28: 59-68)

TABLA 1. Diferentes pautas de anticoncepción de emergencia

Pauta de Yuzpe
100 µg de etinilestradiol + 500 µg de levonorgestrel/12 h (2 tomas) en las primeras 72 h (Neogynona® u Ovoplex®: 2 + 2 grageas)
Dispositivo intrauterino
Efectivo hasta 120 h (5 días) después
Danazol
600 mg/12 h (2 tomas)
Mifepristona (RU 486)
600 mg en una sola dosis
Levonorgestrel
75 µg/12 h (2 tomas)

Fuente: elaboración propia.

Inhibición o retraso de la ovulación

Aunque hay autores que aseguran categóricamente que el mecanismo de acción fundamental de la AE hormonal es la inhibición de la ovulación⁸, la mayoría de los estudios realizados ha puesto de manifiesto que este efecto sólo se consigue en determinadas ocasiones. Antes de que Yuzpe idease su pauta combinada de estrógenos y gestágenos ya se utilizaban otras formas de AE con sólo gestágenos. Garmandia et al⁹ concluyeron, en su trabajo de 1976, que la administración de dl-norgestrel en un momento muy determinado del ciclo, período preovulatorio inmediato, podía inhibir o retrasar la ovulación. Con posterioridad hubo grupos que trabajaron con mediciones hormonales (LH, progesterona, 17-hidroxiprogesterona) para determinar el posible efecto antiovulatorio de la pauta de Yuzpe, y los resultados que obtuvieron fueron semejantes, de manera que la inhibición de la ovulación se produce en el 21-27% de las ocasiones^{10,11}.

Recientemente el grupo que más publicaciones y estudios ha realizado sobre la AE, utilizando un modelo matemático de cálculo de probabilidad de embarazo, llegaba a la conclusión de que la efectividad del método de Yuzpe no se conseguiría si el único mecanismo de acción fuese evitar, o retrasar,

la ovulación y consideraban que existían otros mecanismos de mayor peso¹².

Alteración del transporte tubárico del óvulo fecundado

Uno de los argumentos que se ha utilizado para explicar el efecto regulador de la fertilidad de la AE es que ésta puede influir en el transporte tubárico del óvulo fecundado acelerando o enlenteciendo su paso¹³, pero los estudios en los que se basa dicha explicación están realizados en animales y este efecto no ha podido ser demostrado en seres humanos¹⁴.

Efecto luteolítico

La posible acción de la AE hormonal sobre el cuerpo lúteo se consideró a partir de un trabajo publicado en 1985¹⁵, en el que se comparó el comportamiento del ciclo en 493 mujeres a las que se administró AE, con altas dosis de estrógenos, o con la pauta de Yuzpe. En el grupo que fue tratado con la pauta de Yuzpe se observó un acortamiento de la fase lútea, hecho que podría ser explicado como consecuencia del efecto luteolítico en un 30% de las ocasiones. No obstante, otros autores que han analizado el efecto de la AE cuando se administra después de producida la ovulación han concluido que el efecto de la pauta de Yuzpe sobre el cuerpo lúteo no parece

ser el principal mecanismo de acción de este tipo de anticoncepción¹⁶.

Acción sobre el endometrio

De todos es conocido que durante el ciclo menstrual normal el endometrio se prepara para recibir un óvulo fecundado y que cualquier cambio que afecte al desarrollo endometrial puede comprometer el curso normal del embarazo.

Si bien autores de reconocido prestigio en el terreno de la AE, como Glasier¹⁷, consideran que las evidencias disponibles sugieren que el principal mecanismo de acción de la AE con estrógenos y gestágenos es la inhibición y/o retraso de la ovulación, para la mayoría de los diferentes autores consultados el efecto primordial se produce en el endometrio. Los estrógenos, administrados poscoitalmente, retrasan la maduración del endometrio y alteran la sincronización necesaria para que se implante el blastocisto¹⁸. Este efecto sobre el endometrio fue puesto de manifiesto por Van Santen et al¹⁹, quienes realizando biopsias endometriales a mujeres a las que se administró estrógenos en la segunda fase del ciclo observaron un retraso en el desarrollo morfológico del endometrio, y por Kubba et al²⁰, quienes demostraron que tras la administración de AE se produce una acusada disminución de los receptores esteroides en el endometrio. El mecanismo de acción del dispositivo intrauterino (DIU) insertado con propósito de intercepción poscoital no ha suscitado tanta polémica como las pautas con hormonas, y parece que su efecto se produce, fundamentalmente, sobre el endometrio más que sobre el transporte espermático²¹.

¿Es la AE abortiva?

Si como parece el principal mecanismo de acción de la AE es su efecto antiimplantatorio, la cues-

tión que se plantea es si su efecto es o no abortivo. Esta cuestión ha preocupado desde hace años a los investigadores implicados en el desarrollo de las hormonas esteroides con fines anticonceptivos y ya en 1969 Jacob y Morris²² publican sus trabajos en conejas, en los que demuestran que el embrión es muy resistente a la acción de altas dosis de estrógenos. Con posterioridad, Bacic et al²³, tras administrar etinilestradiol (EE) entre los días 21 y 28 del ciclo a mujeres con ciclos regulares comprueban que, tras 3 ciclos de tratamiento, un 75% de las mujeres queda embarazada y concluyen que cuando el EE es administrado una vez producida la implantación el embarazo no se interrumpe. En la misma línea Grimes²⁴, en una interesante carta enviada al Comité Editorial del New England, considera que aunque el mecanismo de acción de la AE fuese, únicamente, antiimplantatorio este tipo de anticoncepción no podría ser considerada como método abortivo puesto que la gestación comienza con la implantación y no con la fertilización. Para este autor cualquier método de regulación de la fertilidad, incluida la AE, que actúe antes de la implantación no puede ser considerado como abortivo.

Indicaciones de la anticoncepción de emergencia

La AE está indicada en las siguientes situaciones:

1. Coito desprotegido. Este argumento supone un porcentaje muy bajo de las demandas de AE, habiéndose cuantificado en un estudio realizado por nosotros en un 12,7%²⁵.
2. Accidentes durante la utilización de un método anticonceptivo regular. La rotura de un preservativo supone la primera causa aducida por las parejas que solicitan AE, tal y como puso de manifiesto un estudio sueco realizado con

762 mujeres que solicitaron AE²⁶. Los diferentes estudios consultados, en la presente revisión, informan de porcentajes de rotura de preservativo, como causa de solicitud de AE, que oscilan entre el 63²⁷ y el 79,5%²⁵. En cambio, en un trabajo realizado en 1994 por Steiner et al²⁸, sólo un 4-7% de las parejas que utilizan AE lo hacen por rotura o desplazamiento (retención) del preservativo. Estas abrumadoras diferencias entre las series publicadas deben hacernos reflexionar sobre la realidad de la demanda de AE; probablemente muchas de las parejas que no han utilizado ningún método anticonceptivo aducen la rotura del preservativo para evitar actitudes censuradoras por parte de los profesionales, aumentando de manera ficticia la tasa real de roturas o desplazamientos del preservativo.

3. Violación. Todo protocolo de atención a la mujer sometida a malos tratos y abusos sexuales debe contemplar, de forma necesaria, la instauración de una pauta terapéutica que impida un embarazo. No existen muchos estudios realizados en este sentido, pero hemos encontrado un trabajo publicado en 1992 en el que se estudia a 182 mujeres violadas que son tratadas con pauta clásica de AE (pauta de Yuzpe). Ninguna de ellas quedó embarazada tras haber sido agredidas sexualmente y recibir el tratamiento²⁹.
4. Por último, la utilización reciente de sustancias teratogénicas (p. ej., ácido retinoico) supone una clara indicación de AE en caso de coito desprotegido o accidentado.

Contraindicaciones

Si bien las dosis hormonales utilizadas en la AE son relativamente bajas, podría darse la circunstancia de la presentación de algún efecto adverso tras su administración que, en alguna medida, contraindicaría su uso. Para un organismo de reconocido prestigio mundial como la IPPF,

no existen contraindicaciones absolutas para la AE con hormonas a excepción del embarazo, sospechado o conocido³⁰. El hecho de que la gestación suponga una contraindicación absoluta para la AE no radica en la posible acción teratogénica de la pauta hormonal administrada, que no existe como demostró Bacic²³, sino en que una vez producida la implantación la AE ya no es efectiva, por lo que no tiene sentido su administración. Recientemente se ha añadido una nueva contraindicación absoluta para la AE con régimen de Yuzpe: el antecedente de migraña con aura³¹.

En la tabla 2 se resume el manejo clínico ante una demanda de AE hormonal.

Efectividad de la anticoncepción de emergencia

La probabilidad de que se produzca un embarazo tras un único coito, no protegido, en período periovulatorio, no puede considerarse superior al 35%³², mientras que si el coito tiene lugar en otro momento del ciclo, alejado de la ovulación, esta probabilidad oscila entre el 5³³ y el 15%³⁴.

Para valorar la efectividad de la AE se utilizan dos criterios diferentes:

1. Cálculo de porcentaje de éxitos, definidos por la presentación de la menstruación, por ciclos tratados.
2. Número de embarazos prevenidos tras la administración de la AE.

Debido a que cada una de las pautas de AE presenta tasa de efectividad diferente, nos parece razonable analizar, en el conjunto de esta revisión, cada uno de los métodos por separado, utilizando el criterio de estudiar los métodos actualmente disponibles en España y haciendo una aproximación al uso del LNG.

TABLA 2. Algunos aspectos del manejo clínico de la AE hormonal

Anamnesis
Antecedentes personales y posible toma de medicación intercurrente
FUR* y tipo menstrual. Cálculo del día del ciclo del coito y del día probable de la ovulación
Preguntar por otros coitos no protegidos en ese mismo ciclo
Horas transcurridas desde el coito
Anticoncepción habitual
Pruebas complementarias
No resultan necesarias
Realizar test de embarazo según los datos de la anamnesis
Efectos secundarios
Informar de la posibilidad de náuseas y vómitos
Recomendar la ingesta de la AE con una comida y no prescribir antieméticos (aumentan la prolactina y producen más mastodinia)
Citar en consulta en 3 semanas
Fallo del método
No existe peligro de teratogénesis, por lo que no es necesario recomendar una IVE
Uso repetido de la AE
No existe un límite de utilización.
Se utilizan dosis limitadas de estrógenos y gestágenos que no suponen un riesgo para la salud. La eficacia es menor que con la anticoncepción regular, por lo que nuestra actitud deberá ser la de intentar instaurar un método continuo

*Fecha de la última regla. Fuente: elaboración propia.

Método de Yuzpe

Es generalmente admitido que la tasa de fracasos de la AE con este régimen ronda el 4%, como han puesto de manifiesto diferentes tipos de estudios, alguno retrospectivo³⁵ y otros prospectivos²⁵. Cuando el análisis de efectividad se realiza sobre el porcentaje de embarazos prevenidos, los diferentes estudios informan de reducciones de entre el 70³⁶ y el 87%³⁷. El grupo de Trussell realizó en 1996 un metaanálisis de 10 estudios publicados, hasta entonces, que facilitaban datos sobre el día del ciclo en que se había producido el coito desprotegido, y calcularon que la AE con la pauta de Yuzpe evitaba un 74% de embarazos no deseados (IC del 95%, 62,9-79,2)³⁸. Con posterioridad los mismos autores efectúan un reanálisis del metaanálisis anteriormente citado y concluyen que la efectividad del método de Yuzpe para evitar el embarazo es mayor del 74%, puesto que los fallos incluidos en los trabajos originales incluían a mujeres que ya es-

taban embarazadas cuando tomaron la AE o a mujeres que continuaron realizando coitos sin protección tras la ingesta de la AE³⁹.

Danazol

El danazol es un esteroide sintético, químicamente similar a la testosterona, que a nivel ovárico puede interferir directamente el desarrollo del folículo dominante y a nivel endometrial tiene acción antiprogestacional induciendo la atrofia del mismo⁴⁰. Su uso como método de AE fue propuesto en 1986 por Colombo et al⁴¹, quienes utilizando dosis de 600 mg/12 h, para una dosis total de 1.200 mg, informaron tasas de fracaso del 0,9%, bastante inferiores a las del régimen de Yuzpe. El mismo grupo de autores publicó en 1990 un nuevo estudio que informaba de tasas de fallos del 0,8%⁴², si bien en 1991 se publicaron los datos provisionales de un trabajo comparativo de 3 pautas diferentes de AE que cifraban la tasa de fallos del danazol en un 3,6%⁴³. En nuestro país un grupo de investi-

gadores de la Universidad de Salamanca, utilizando una pauta de 200 mg/12 h/4 días (dosis total, 1.600 mg), informa de una eficacia del 100%, puesto que no hubo ni un solo embarazo entre las 48 mujeres que fueron tratadas con esta pauta⁴⁴. Los datos de este último estudio parecen confirmar que la eficacia del danazol está directamente relacionada con la dosis administrada, y suponen la apertura de una nueva alternativa eficaz para la AE.

Dispositivo intrauterino (DIU)

El DIU, como AE, puede ser utilizado hasta 120 horas después del coito desprotegido y su principal mecanismo de acción es antiimplantatorio. El DIU está considerado como uno de los métodos más efectivos de AE con tasas de fallos inferiores al 1%⁴⁵, e incluso cercanas al 0%⁴⁶ según algunos autores. La razón por la que su utilización no está más extendida, a pesar de su gran efectividad, es el riesgo de transmisión de alguna enfermedad de transmisión sexual que cobra especial relevancia cuando la población diana fundamental de la AE son mujeres jóvenes y nulíparas⁴⁷.

Mifepristona (RU 486)

La mifepristona es un esteroide sintético con actividad acusadamente antiprogestacional, que al principio fue comercializada para la inducción farmacológica del aborto. En España está disponible desde hace más de un año, pero su única indicación es la de la finalización voluntaria del embarazo, antes de los 49 días de gestación, y debe ser utilizada en medio hospitalario. Todos estos condicionantes hacen que no podamos utilizar este recurso de AE farmacológica, que presenta una alta eficacia. En 1992 se publicaron los datos de un estudio comparativo entre RU 486 y pauta de Yuzpe que incluía a 800 mujeres;

TABLA 3. Efectividad y efectos secundarios del régimen de Yuzpe y del levonorgestrel en AE

Resultados del estudio del Task Force de la OMS		
	Método de Yuzpe (n = 341 mujeres)	Levonorgestrel (n = 331 mujeres)
Embarazos		
Esperados	22	20
Observados	9	8
Efectos secundarios (%)		
Náuseas	46,5	16,1
Vómitos	22,4	0,7

Modificada de Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation⁵².

en el grupo de mujeres tratadas con RU 486 no se produjo ningún embarazo⁴⁸. Este estudio inicial dio pie a que la OMS iniciase un trabajo de investigación sobre las aplicaciones de la RU 486 en AE, trabajo que finalizó con la publicación en 1999 de los resultados sobre más de 1.700 mujeres tratadas con RU 486 en diferentes dosis, con tasas de fallos cercanas al 1%⁴⁹.

Levonorgestrel

A pesar de que ya en 1991 se publicó un primer artículo sobre la eficacia del levonorgestrel (LNG) como método de AE⁵⁰ y de que en 1993 otro grupo de investigadores concluyó que el LNG suponía una alternativa aceptable al método de Yuzpe⁵¹, no ha sido hasta 1998 cuando la OMS publicó en *The Lancet* los resultados de un ensayo clínico controlado y aleatorio que ponían de manifiesto que la pauta con LNG, en dosis de 0,75 mg/12 h, resultaba más efectiva en la prevención del embarazo que la pauta clásica. Con LNG la tasa de fallos de la AE se estima en un 1,1% (IC del 95%, 0,6-2,0) y el porcentaje de embarazos evitados en un 85%⁵². La importancia de este último ensayo clínico viene determinada por la polémica que ha suscitado sobre la posible asociación entre efectividad de la AE y el tiempo transcurrido entre el coito sin protección y el inicio del tratamiento. Para la OMS la

eficacia de los tratamientos disminuye a medida que pasan las horas, lo que puede suponer un considerable impacto en las políticas sanitarias y en los programas de planificación familiar. La tabla 3 refleja los resultados comparativos de la pauta de Yuzpe y la de LNG, según los datos de este estudio.

Efectividad de la AE asociada al intervalo de inicio del tratamiento

Aunque Yuzpe describió su pauta de AE como válida en las 72 horas siguientes al coito sin protección, ya se hablaba de que un factor importante a considerar era el tiempo transcurrido entre la relación sexual y la administración hormonal⁵³, y los primeros trabajos que analizaron la efectividad de su método ya comenzaron a proporcionar pistas sobre una posible relación entre efectividad e inicio precoz del tratamiento. Así, Van Santen, en 1985, después de analizar una amplia serie de 632 mujeres que solicitan AE, observa que todos los embarazos se produjeron en aquellas mujeres que habían iniciado la toma del combinado estroprogestativo después de pasadas 24 horas desde el coito⁵⁴. No obstante, no todos los autores están de acuerdo en la existencia de un posible gradiente de pérdida de eficacia asociado al tiempo, y algunos llegan a considerar que la pauta de Yuzpe pue-

de ser efectiva incluso después de pasadas 72 horas desde el coito, basando su argumentación en que el principal mecanismo de acción de la AE es antiimplantatorio y en que el tiempo que transcurre desde la ovulación hasta la implantación es de 6 días⁵⁵. Nosotros, en un estudio prospectivo realizado sobre 244 mujeres en 1995, encontramos que cuando el tratamiento se inicia antes de pasadas 24 horas el porcentaje de gestaciones es menor (2,9%) que si se comienza después de ese período (6,3%)²⁵. Ante la discrepancia existente entre los diferentes estudios, en 1996, Trussell et al realizaron una revisión de 9 artículos publicados sobre la efectividad de la pauta de Yuzpe y dedujeron que el intervalo entre el coito y el inicio del tratamiento no afecta a la eficacia de éste⁵⁶, revisión sobre la que discrepa el grupo de la OMS, quienes tras reanalizar el estudio que dio origen a la polémica concluyen que con la pauta de LNG o con la de Yuzpe, cuanto antes se inicie el tratamiento se consiguen mayores tasas de efectividad⁵⁷. La cuestión está, por tanto, en plena polémica y su pronta resolución es una cuestión de gran importancia por cuanto puede alterar las pautas de comportamiento de los diferentes niveles asistenciales.

Efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia hormonal

El principal y más frecuente efecto secundario del método de Yuzpe es la presentación de náuseas y/o vómitos, circunstancia que puede ocurrir hasta en un 50% de las mujeres⁵⁸. La mayoría de los estudios que hemos revisado informan de tasas parecidas de este tipo de efecto indeseable. Fue precisamente este elevado porcentaje de mujeres con problemas gastrointestinales lo que estimuló a diferentes grupos de trabajo a investigar nuevas posologías o nue-

vos fármacos para la AE. Las pautas más habituales hasta hace unos pocos años incluían el uso de dl-norgestrel en combinación con etinilestradiol, pero un interesante estudio comparativo, realizado en Barcelona, demostró que la utilización de LNG se asociaba a tasas menores de efectos secundarios (23,5%)⁵⁹.

Las otras pautas terapéuticas con hormonas parecen presentar una menor incidencia de efectos secundarios, y éste ha sido el principal motivo para realizar trabajos de investigación en los que sustentan las recomendaciones para su más amplia utilización⁶⁰.

Uno de los argumentos esgrimidos para la implantación del LNG como método de AE ha sido la posibilidad de que, al eliminar el estrógeno, se eliminara o disminuyese el riesgo de enfermedad tromboembólica asociado a éste⁶¹. Realmente este argumento parece carecer de base científica, puesto que la cantidad de estrógeno utilizada en la pauta de Yuzpe es baja y los estudios poblacionales no han podido demostrar un riesgo de trombosis venosa asociado a la AE. En el Reino Unido, donde en 1997 se estimaba que se habían realizado alrededor de 4 millones de prescripciones de AE, se habían registrado en esa fecha 3 casos de trombosis venosa profunda, de los que uno había evolucionado hacia embolismo pulmonar y muerte¹⁷. En 1999 un grupo de epidemiólogos realiza un estudio de casos y controles anidado en el estudio de cohortes del Royal College of General Practitioners y no encuentran ningún episodio de tromboembolismo venoso asociado a la AE⁶². La ausencia de efectos secundarios graves en el ámbito de la enfermedad cardiovascular podría explicarse por el hecho de que las alteraciones de los factores de la coagulación que se pueden producir tras la administración de un combinado de estrógenos y gestágenos son de muy corta duración⁶³. Otro de los problemas

que se pueden plantear tras la administración de la AE es la posible acción teratogénica de esta pauta terapéutica en caso de fallo del método. Los diferentes estudios realizados no han podido demostrar que la pauta clásica de AE tenga potencial teratogénico⁶⁴.

Utilización de la anticoncepción de emergencia

En cualquier trabajo de revisión sobre determinada pauta terapéutica, los datos epidemiológicos se describen al inicio de la revisión. Nosotros, de una manera consciente, hemos dejado este apartado para el final del presente artículo por cuanto consideramos que las tasas de utilización de la AE están íntimamente ligadas a las tasas de conocimiento y a los programas específicos de distribución y accesibilidad, apartados estos últimos que tienen mejor cabida en las consideraciones finales.

Si, como en las líneas anteriores se ha manifestado, la AE supone un excelente recurso para evitar hasta un 80% de los embarazos no deseados, cabría esperar que su uso fuese amplio entre la población en edad fértil, pero todos los autores que han publicado sobre este tema están de acuerdo en que la AE se utiliza en muy baja medida⁶⁵, aun a pesar de que puede suponer una importante ayuda para las mujeres que la utilizan⁶⁶. Se han mencionado diversas razones para justificar la baja tasa de utilización de la AE, de entre las que nosotros destacaríamos las siguientes.

Desconocimiento del método por parte de la población

Es generalmente aceptado que el conocimiento de la AE es bajo⁶⁷, y esta afirmación cobra especial relevancia cuando se analizan estudios como el de Serfaty, que realiza una encuesta prospectiva a 300 mujeres francesas que se so-

metieron a IVE. De las 300 mujeres, 86 se habían percatado de la posibilidad de haber quedado embarazadas tras un coito, pero desgraciadamente 63 (73%) desconocían la existencia de la AE. De haberla conocido y utilizado se podrían haber ahorrado, en este estudio, cerca de 50 IVE⁶⁸. En otro interesante estudio, llevado a cabo en un ambiente cultural muy diferente, se entrevistó a 167 enfermeras y 63 estudiantes de enfermería de Nigeria, de las que el 95% nombró, al menos, un método de anticoncepción regular, pero sólo el 2,6% citó espontáneamente la AE como recurso de regulación de la fertilidad⁶⁹.

Para mejorar el conocimiento de la población general, y de las mujeres en particular, sobre la AE el único recurso que ha demostrado su efectividad es la educación sexual en el ámbito de la familia, colegio, instituto, etc. Las experiencias de países del área nórdica, como Finlandia, nos enseñan que el fácil acceso a la educación sexual y a la AE no incrementan la actividad sexual entre los adolescentes⁷⁰ o bien, como en el caso escocés, que cuando más de la tercera parte de los jóvenes adolescentes conoce la AE y cómo acceder a ella las tasas de IVE son más bajas que en el resto del país⁷¹. En Estados Unidos, país de hábitos diferentes a los europeos y con una tasa de aborto muy elevada entre adolescentes, los programas exhaustivos de difusión de la AE han dado resultados muy satisfactorios entre estudiantes universitarios⁷². No obstante, y a pesar de lo manifestado hasta ahora, el análisis del estudio realizado entre 3.000 mujeres de 18-44 años sobre el conocimiento de la AE demostró que sólo un 30% de las mujeres finlandesas mayores de 35 años conocía la AE⁷³.

Difícil acceso a la AE

Los grupos que más frecuentemente buscan o necesitan la AE

TABLA 4. Base legal que sustenta la posibilidad de administrar la anticoncepción de emergencia a menores de edad sin necesidad del consentimiento paterno

Artículo 162 del Código Civil

Los padres que ostentan la patria potestad tienen la responsabilidad legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan: los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo

son los de jóvenes adolescentes y mujeres mayores de 35 años⁷⁴ y, bien por temor, bien por pudor, en muchas ocasiones no encuentran la respuesta adecuada a su demanda. Parece existir un consenso entre todos los interesados en el ámbito de la AE sobre que la mejora de la accesibilidad puede reducir drásticamente los embarazos no deseados y las IVE⁷⁵, y sobre el hecho de que no hay excusa para aquellos programas de planificación familiar que no proveen la AE de forma rutinaria⁷⁶, pero existe una mayor controversia en los métodos para mejorar dicha accesibilidad. Entre las medidas que se han sugerido para mejorar la accesibilidad de las parejas a la AE, cabrían destacar:

1. La implicación de otros profesionales sanitarios en su prescripción. Hasta el momento, y en la mayoría de los países de nuestro entorno, la responsabilidad única de la prescripción de la AE recae sobre el personal médico. Si bien no disponemos de datos referentes a nuestro país, los resultados de una encuesta llevada a cabo entre pediatras americanos, responsables de la atención integral de los adolescentes en aquel país, demostraron que sólo el 20% de aquéllos había prescrito en alguna ocasión AE⁷⁷, lo que parece insuficiente para atender toda la demanda existente. Además se da la circunstancia de que existen serias discrepancias entre lo que piensan los médicos y los clientes; para los médicos la AE debe ser de prescripción médica, mientras que para los clientes debería ser más accesible y debería poderse

obtener en escuelas, máquinas expendedoras, etc.⁷⁸. En la tabla 4 se expone parte del artículo 162 del Código Civil cuya interpretación permitiría la prescripción de AE a jóvenes menores de edad. Se han ideado nuevas formas de prescripción, implicando a los farmacéuticos, que parecen haber dado buenos resultados, tanto en el Reino Unido, donde el 75% de los farmacéuticos se mostró «de-seoso» de poder participar en este tipo de actividad⁷⁹, como en Estados Unidos⁸⁰, donde la experiencia de este novedoso programa, recogida en una encuesta realizada por los propios farmacéuticos, puso de manifiesto que más del 50% de las mujeres prefería poder comprar la AE, directamente y tras el consejo del farmacéutico, porque estos profesionales tenían un horario más amplio y accesible⁸¹. Resulta evidente que en el caso de España son necesarios cambios legales que posibiliten estas nuevas formas de prescripción que, desde nuestro punto de vista, deberían incluir, además, a enfermeras, matronas y otro personal paramédico. En este sentido existen experiencias positivas con líneas telefónicas calientes (hot lines) y páginas web capaces de responder al 76% de la demanda que les llega⁸².

2. Libre dispensación de la AE. Existen sectores de la vida social e instituciones de suficiente credibilidad, como la OMS, que consideran que, debido a la seguridad y ausencia de efectos secundarios, así como a la no existencia de contraindicaciones, la AE podría ser prescrita libremente (OTC: over the counter)⁸³, lo que aumentaría

su disponibilidad. Esta experiencia ya está en marcha desde 1996 en Nueva Zelanda con buenos resultados, pero con la oposición de los médicos, que consideran que la AE debe ser prescrita sólo por ellos⁸⁴. No obstante, un editorial de New England de 1998 se muestra partidario de la prescripción OTC de la AE basando su afirmación en el hecho de que, si pretendemos que la AE resulte eficaz y efectiva, debe estar disponible 24 horas al día, 7 días por semana⁸⁵. Ante el temor de que la libre dispensación y acceso a la AE pueda suponer un incremento desorbitado de su uso, el editoralista nos recomienda la lectura de un artículo, publicado en el mismo número de tan prestigiosa revista, en el que se relata la experiencia de un programa, llevado a cabo en Edimburgo (Escocia), con 2 grupos de mujeres. Uno de los grupos se llevó a casa una dosis de AE, mientras que el otro fue aleccionado para acudir a su médico en caso de necesitar la AE. Un 47% de las mujeres que disponían en su casa de la AE la utilizaron en alguna ocasión frente al 27% de las que debieron acudir a su médico. Dentro del grupo de las que tenían la AE en casa, sólo un 12% la utilizó en más de una ocasión, mientras que en el otro grupo este porcentaje fue del 13%. Los autores concluyeron manifestando que la autoadministración del tratamiento no aumenta significativamente su utilización, ni hace que las mujeres abandonen el método de anticoncepción regular que usan habitualmente⁶.

Conclusiones

El recurso a la AE es un importante elemento para reducir el número de embarazos no deseados, y los sanitarios y la sociedad en general debemos ofrecer a las parejas una segunda oportunidad, mejorando el acceso a la AE mediante la educación, el consejo

y la prescripción adelantada del tratamiento⁸⁶. La pronta disponibilidad en el mercado español de un producto específicamente destinado a la AE, que contiene LNG, supone una excelente noticia para todos aquellos que trabajamos para mejorar la salud global de las mujeres, pero habida cuenta de que este régimen de AE va a resultar más caro⁸⁷, no debemos abandonar los «viejos» métodos hasta estar seguros de que toda mujer que necesite una anticoncepción de emergencia pueda acceder a alguna de las pautas⁸⁸. Los médicos de familia deben informar a sus clientes en edad reproductiva acerca de la eficacia y disponibilidad de la AE⁸⁹.

Bibliografía

1. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977; 28: 932-936.
2. Lete I. Anticoncepción poscoital: un recurso necesario. Editorial. *Boletín de la Sociedad Española de Contracción* 1999; 12: 1-2.
3. Food and Drug Administration. Prescription drug products: certain combined oral contraceptives for use as emergency postcoital contraception. *Fed Regist* 1997; 62: 8610-8612.
4. Del Banco SF, Mauldon J, Smith M. Little knowledge and limited practice: emergency contraceptive pills, the public and the obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 1006-1011.
5. Ellertson C, Trussell J, Stewart FH, Winikoff S. Should emergency contraception pills be available without prescription? *J Am Med Women Assoc* 1998; 53: 226-232.
6. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med*, 1998; 339: 1-4.
7. Trussell J, Stewart F. The effectiveness of postcoital contraception. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 262-264.
8. Swahn ML, Westlund P, Johansson E, Bygdeman M. Effects of postcoital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 738-744.
9. Garmandia F, Kessura E, Urdanivia E, Valencia M. Luteinizing hormone and progesterone in women under postcoital contraception with d-norgestrel. *Fertil Steril* 1976; 27: 1250-1255.
10. Rowlands A, Kubba A, Guillebaud J, Bounds W. A possible mechanism of action of danazol and ethinylestradiol/norgestrel combination used as postcoital contraceptive agents. *Contraception* 1986; 33: 539-545.
11. Ling WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril* 1979; 32: 297-302.
12. Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 872-876.
13. Grou F, Rodrigues I. The morning-after pill-how long after? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1529-1534.
14. Chang MC, Harper MJK. Effects of ethinylestradiol on egg transport and development in the rabbit. *Endocrinology* 1966; 78: 860-872.
15. Van Santen MR, Haspels AA. A comparison of high-dose estrogens versus low-dose ethinylestradiol and norgestrel combination in postcoital interception: a study in 493 women. *Fertil Steril* 1985; 43: 206-213.
16. Ling WY, Wrixon W, Zayid I, Acorn T, Popat R, Wilson E. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II: effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertil Steril* 1983; 292-297.
17. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1997; 337: 1058-1064.
18. Tejerizo LC, Lanchares JL. Contracción poscoital precoz y tardía. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1993; 17: 157-166.
19. Van Santen MR, Haspels AA, Heijnen HFG, Rademakers LHPM. Interfering with implantation by postcoital estrogen administration. II: endometrium epithelial cell ultrastructure. *Contraception* 1988; 38: 711-724.
20. Kubba AA, Withe JO, Guillebaud J, Elder MG. The biochemistry of human endometrium after two regimens of postcoital contraception: a d-norgestrel/ethinylestradiol combination or danazol. *Fertil Steril* 1986; 45: 512-516.
21. Álvarez F, Brache V, Fernández E. New insights on the mode of action of intrauterine contraceptive devices in women. *Fertil Steril* 1988; 49: 768-773.
22. Jacob D, Morris JM. The estrogen activity of postcoital antifertility compounds. *Fertil Steril* 1969; 20: 211-222.
23. Bacic M, De Casparis AW, Diczfalusy E. Failure of large doses of ethinylestradiol to interfere with early embryonic development in the human species. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107: 531-534.
24. Grimes DA. Emergency contraception. Expanding opportunities for primary prevention. *N Engl J Med* 1997; 337: 1078-1079.
25. Lete I, Casás A, Lertxundi R, Etxebarria A, Giménez E, Peciña ML et al. Contracción poscoital con bajas dosis de estroprogestágenos. *Prog Obst Gin* 1995; 38: 539-543.
26. Tyden T, Wetterholm M, Odland V. Emergency contraception: the user profile. *Adv Contracept* 1998; 14: 171-178.
27. Percival-Smith RKL, Abercrombie B. Postcoital contraception: some characteristics of women who use this method. *Contraception* 1988; 37: 425-429.
28. Steiner M, Piedrahita C, Joanis C, Glover L, Spruyt A. Condom breakage and slippage rates among study participants in eight countries. *Int Fam Plann Perspect* 1994; 20: 55-58.
29. Rambow B, Adkinson C, Frost TH. Female sexual assault: medical and legal implication. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 727-731.
30. IMAP. Declaración del IMAP sobre anticoncepción para adolescentes. *Boletín Médico IPPF* 1994; 28: 1-3.
31. Kubba AA. Hormonal postcoital contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 101-104.
32. Calaf J, Lenti O. Anticoncepción hormonal. En: Vanrell JA, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P, editores. *Fertilidad y esterilidad humanas*. Barcelona: Masson-Salvat, 1994; 493-508.
33. Lete I, Álvarez JD. Intercepción poscoital hormonal. En: *Curso de habilidades en anticoncepción para médicos de atención primaria y planificación familiar*. Madrid: Sociedad Española de Contracción, 1999; 75-80.
34. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation: effects on the proba-

- bility of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby. *N Engl J Med* 1995; 333: 1517-1521.
35. Kovacs CT, Matthiesson H, Westcott M. Postcoital intervention: a family planning clinic experience of 213 cases. *Med J Aust* 1984; 141: 425-426.
 36. Creinin MD. A reassessment of efficacy of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Hum Reprod* 1997; 12: 496-498.
 37. Espinós JJ, Senosiain R, Aura M, Vanrell C, Armengol J, Cuberas N et al. Safety and effectiveness of hormonal postcoital contraception: a prospective study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999; 4: 27-33.
 38. Trussell J, Ellerston C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam Plann Perspect* 1996; 28: 58-64.
 39. Trussell J, Rodríguez G, Ellerston C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999; 59: 147-151.
 40. Balasch J. Aplicaciones clínicas del Danazol. En: Balasch J, editor. *Manual práctico de hormonoterapia ginecológica*. Barcelona: Edika Med, 1992; 43-46.
 41. Colombo UF, Zuliani G, Molla R, Santini F, Santarone MA, Benzi G. Danazol: a new method of postcoital contraception. *Contracept Fertil Sexual* 1986; 14: 131-135.
 42. Zuliani G, Colombo UF, Molla R. Hormonal postcoital contraception with an ethinystradiol-noegestrel combination and two danazol regimens. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 37: 253-260.
 43. Webb AM. Alternative treatments in oral postcoital contraception: interim results. *Adv Contracept* 1991; 7: 271-279.
 44. Tejerizo LC, Lanchares JL, Redondo J, García A, Hernández J. Contracepción poscoital: utilización de Danazol. *Toko Gin Pract* 1996; 55: 21-25.
 45. Trussell J, Ellerston C. Efficacy of emergency contraception. *Fertil Control Rev* 1995; 4: 8-11.
 46. Wright DW, Thompson PM. Monitoring a postcoital contraceptive service. *Br J Fam Plann* 1986; 12: 88-91.
 47. Webb AM. Intrauterine contraceptive devices and antigestagens as emergency contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 243-246.
 48. Glasier A, Thong KJ, Dewar M, MacKie M, Baird DT. Mifepristone (RU 486) compared with high dose estrogen and progestagen for emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1992; 327: 1041-1044.
 49. Task Force on Postovulatory Methods on Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 697-702.
 50. He CH, Shi YE, Xu JQ. A multicenter clinical study on two types of levonorgestrel tablets administered for postcoital contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 1991; 36: 43-48.
 51. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in postcoital contraception. *Hum Reprod* 1993; 8: 389-392.
 52. 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: 428-433.
 53. Ferrer J, Pérez C. Intercepción. En: Abad L, Navarro J, editores. *Avances en contracepción hormonal oral*. Madrid: Acción Médica, 1992; 91-96.
 54. Van Santen MR, Haspels AA. Interception II: postcoital low dose estrogens and norgestrel combination in 633 women. *Contraception* 1985; 31: 275-293.
 55. Grou F, Rodrigues I. The morning-after-pill. How long after? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1529-1534.
 56. Trussell J, Ellerston C, Rodríguez G. The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after? *Obstet Gynecol* 1996; 88: 150-154.
 57. Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999; 353: 721.
 58. Percival-Smith RK, Abercrombie B. Postcoital contraception with dl-norgestrel/ethinylestradiol combination: six years experience in a student medical clinic. *Contraception* 1987; 36: 287-293.
 59. Sánchez-Borrego R, Balasch J. The Yuzpe method for postcoital contraception: ethinylestradiol plus dl-norgestrel or levonorgestrel. *Hum Reprod* 1996; 11: 2449-2453.
 60. Webb AM, Russell J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol and mifepristone (RU 486) in oral postcoital contraception. *BMJ* 1992; 305: 927-931.
 61. Guillebaud J. Time for emergency contraception with levonorgestrel alone. *Lancet* 1998; 352: 416-417.
 62. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999; 59: 79-83.
 63. Webb AM, Taberner D. Clotting factors after emergency contraception. *Adv Contracept* 1993; 9: 75-82.
 64. Braken MB. Oral contraception and congenital malformations in offsprings: a review and metanalysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 552-557.
 65. Muia E, Ellerston C, Lukhando M, Elul B, Clark S, Olenja J. Emergency contraception in Nairobi, Kenya: knowledge, attitudes and practices among policymakers, Family Planning providers and clients, and university students. *Contraception* 1999; 60: 223-232.
 66. Trussell J, Koenig J, Ellerston C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: the cost effectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health* 1997; 87: 932-937.
 67. Jhonston TA, Howie PW. Potential use of postcoital contraception to prevent unwanted pregnancy. *BMJ* 1985; 290: 1040-1041.
 68. Serfaty D. La contracepción poscoital. *Contracept Fertil Sex* 1985; 13: 359-364.
 69. Gichangi PB, Karanja JC, Kigundu CS, Fonck K, Temmerman M. Knowledge, attitudes and practices regarding emergency contraception among nurses and nursing students in two hospitals in Nairobi, Kenya. *Contraception* 1999; 59: 253-256.
 70. Kosunen E, Vikat A, Rimpelä M, Rimpelä A, Huhtala H. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. *BMJ* 1999; 319: 91.
 71. Graham A, Green L, Glasier A. Teenagers' knowledge of emergency contraception: questionnaire survey in South East Scotland. *BMJ* 1996; 312: 1567-1569.
 72. Harper C, Ellerston C. The emergency contraceptive pills: a survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1438-1445.
 73. Kosunen E, Sihvo S, Hemminki E. Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland. *Contraception* 1997; 153-157.

74. Sandheimer SJ. Update on oral contraceptive pills and postcoital contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1992; 4: 502-505.
75. Trussell J, Stewart F, Guest F, Hatcher RA. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 269-273.
76. Van Look PF, Von Hertzen H. Emergency contraception. *Br Med Bull* 1993; 49: 158-170.
77. Sills MR, Chamberlain JM, Stephen J. The association among Pediatricians' knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception. *Pediatrics* 2000; 105: 954-956.
78. Langer A, Harper C, García-Barrios C, Schiavon R, Heimburger A, Elul B et al. Emergency contraception in Mexico City: what do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception* 1999; 60: 233-241.
79. Blackwell D, Cooper N, Taylor G, Holden K. Pharmacists' concerns and perceived benefits from the deregulation of hormonal emergency contraception. *Br J Fam Plann* 1999; 25: 100-104.
80. Wells ES, Hutchings J, Gardner JS, Winkler JL, Fuller TS, Dowing D et al. Using pharmacies in Washington State to expand access to emergency contraception. *Fam Plann Perspect* 1998; 30: 1-8.
81. Gardner JS, Fuller TS, Hutchings J. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998; 339: 1395.
82. Trussell J, Duran V, Shochet T, Moore K. Access to emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 267-270.
83. Ulmann A. Emergency contraception: a European perspective. *Entre Nous* 1998; 40: 11.
84. Williams C. New Zealand doctors resist emergency contraception. *BMJ* 1996; 312: 463.
85. Stubblefield P. Self-administering emergency contraception. A second chance. *N Engl J Med* 1998; 339: 41-42.
86. Gold MA. Prescribing and managing oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 695-718.
87. Ellerston C, Blanchard K, Webb AM, Brigigg A, Haskell S. Emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 1477.
88. Webb AM. Emergency contraception: is it time to change method?. *BMJ* 1999; 318: 342-343.
89. Wertheimer RE. Emergency postcoital contraception. *Am Fam Physician* 2000; 62: 2287-2292.