



EDITORIAL semFYC

Anticoncepción de urgencia 2010

“Emergency contraception 2010”

La anticoncepción de urgencia (AU) comenzó a utilizarse en EEUU en los años sesenta para evitar el embarazo tras violación. Desde la década de los setenta disponemos en España de la posibilidad de realizarla mediante tratamiento hormonal. La pauta de Yuzpe, 2 dosis separadas 12 horas de anticonceptivos hormonales combinados, estrógeno y gestágeno, se ha usado ampliamente en nuestro medio. En el año 2001 se comercializó la específica píldora anticonceptiva de urgencia (PAU) de levonorgestrel (LNG) solo (Norlevo[®], Postinor[®]), mejor tolerado y más efectivo. En un análisis de una muestra de 4.390 prescripciones de todo el país, se observó que las usuarias tenían una edad media de 23 años, un 35% eran adolescentes, un 71% menores de 25 años y un 80% utilizaban la PAU por primera vez¹. Otro estudio posterior sobre 17.149 tratamientos, muestra datos similares en cuanto a la edad, pero solamente un 2% utilizaban la AU por primera vez².

En lo que se refiere a la terminología, se deben abandonar los términos «píldora del día después», porque induce a creer que solo hay un día para tomarla, y «píldora postcoital», ya que sugiere que solo es eficaz tomada inmediatamente, cuando de hecho es un tratamiento que, aunque debe tomarse lo antes posible después del coito no protegido (CNP), tiene un plazo de eficacia más amplio. Se aconseja sustituirlos por el de «emergency contraceptive pills»³, utilizado ya por la OMS, siendo las traducciones más adecuadas «píldora anticonceptiva de urgencia» y «anticoncepción de urgencia».

El LNG inhibe a la hormona luteinizante (LH), de manera que la inhibición o retraso de la ovulación constituye el principal mecanismo de acción y probablemente el único. El espesamiento del moco cervical, haciéndolo impenetrable a los espermatozoides, también podría contribuir a su eficacia si es que se ha producido la ovulación. Estos mecanismos se basan en estudios realizados en mujeres, en ratas y en monas. En estos estudios, no se han producido embarazos

cuando se toma antes de la ovulación, y estos solo ocurren cuando se toma el día de la ovulación o los días posteriores, siendo entonces su tasa igual a la de las mujeres que mantienen relaciones esos días buscando la gestación. No se ha demostrado que induzca cambios en el endometrio que interfieran en la implantación, por lo que no puede impedir la implantación de un huevo fecundado⁴. Si su eficacia fuera del 100%, no cabe duda de que evitaría embarazos después de la fecundación, pero no es así. La PAU no es abortiva, sino que, al contrario, puede evitar abortos al prevenir embarazos no deseados.

El uso repetido de la PAU no plantea problemas de toxicidad y, además, no se está haciendo un uso indiscriminado. Desprovista de estrógenos, la nueva PAU de LNG solo carece de contraindicaciones. En el ensayo de la OMS⁵, en los 7 días tras la toma de la dosis única de 1.500 mcg de LNG, un 9% de las mujeres referían efectos secundarios el primer día, y menos de un 8% los presentaban del 4.º al 7.º día, siendo muy leves y pasajeros.

Para analizar su eficacia, los dos grandes ensayos de la OMS^{5,6} compararon la fertilidad de mujeres sanas de la población de Wilcox, con la de las usuarias de la PAU. El LNG es muy eficaz cuando se utiliza los 4 primeros días tras el CNP, pero su eficacia disminuye del 85% al 31%, sobre todo el quinto día (tabla 1).

El segundo ensayo de la OMS en el año 2002 estableció la eficacia de la PAU de LNG en una sola dosis de 1.500 mcg y en un plazo de hasta 120 h después del CNP, tomándola cuanto antes⁶. La industria farmacéutica actualizó la presentación inicial de dos comprimidos de 750 mcg a un comprimido de 1.500 mcg para una sola toma. Lamentablemente, se niega la PAU a algunas mujeres el cuarto o quinto día tras el CNP.

Una medida eficaz para empezar la anticoncepción reglada tras la PAU de LNG es iniciar el uso de otro método eficaz, como la píldora combinada u otro método hormonal, al día siguiente de tomar la PAU, prescribiéndolo a la vez.

Tabla 1 Porcentaje de embarazos y día de toma de la píldora anticonceptiva de urgencia de levonorgestrel tras el coito no protegido

Día de la toma	% de embarazos	
	Ensayo 1998 ¹	Ensayo 2002 ²
1.º día	0,4	1,7
2.º día	1,2	0,7
3.º día	2,7	2,5
4.º día	–	1,1
5.º día	–	4,8

¹Lancet 1998;352:428–433.

²Lancet 2002;360:1803–10.

Tabla 2 Países de Europa con libre dispensación en farmacias de la píldora anticonceptiva de urgencia de levonorgestrel

Bélgica	Holanda
Bulgaria	Islandia
Dinamarca	Latvia
Eslovaquia	Luxemburgo
Eslovenia	Noruega
España	Portugal
Estonia	Reino Unido
Finlandia	Suecia
Francia	Suiza
Grecia	

Aunque se ha difundido que el uso de la PAU de LNG podría favorecer las infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes, actualmente disponemos de evidencias de que no es así⁷.

En relación con la libre dispensación de la PAU de LNG, la ausencia de prescripción mejora la accesibilidad. En muchos países está disponible sin receta médica (tabla 2), y en algunos ni se tiene que solicitar al personal del punto de venta al estar disponible en las estanterías. La prescripción adelantada (prescribir por si más adelante se puede necesitar) es otra estrategia utilizada. Ya disponemos de evidencias de que la libre dispensación conlleva un aumento del uso de la PAU⁸, sin que ello suponga un abandono de otros métodos más eficaces ni un aumento de las conductas de riesgo en los jóvenes⁹. En España, la libre dispensación de la PAU acaba de comenzar.

Existen algunos aspectos éticos relacionados con la PAU, como la objeción de conciencia. El planteamiento inicial de un posible mecanismo de acción antiimplantatorio y las discusiones sobre el momento en el que comienza la vida (si ya en la fecundación o a partir de la implantación) para justificar un efecto abortivo que no tiene que quedar ya fuera de lugar, al conocerse el mecanismo anovulatorio de la PAU de LNG. Hoy en día, la objeción sería la objeción a un anovulatorio.

Otros aspectos éticos tienen relación con la edad. Un embarazo no deseado en las más jóvenes es todavía más negativo que en edades superiores. El camino no es

obstaculizarles el acceso a la píldora, ya que no deben quedar embarazadas. Una chica de 12-13 años puede conmovernos, probablemente por su inmadurez para mantener relaciones, y dudamos qué hacer. A los menores debemos informarles y prepararlos adecuadamente, y no siempre es fácil. Tras una solicitud de anticoncepción con 12 o 13 años, en algunas pocas ocasiones se esconden situaciones de abuso sexual, y detectarlas es de una gran ayuda para esas chicas, a las que hay que sacar de ese infierno. Evitar embarazos y detectar abusos sexuales en las chicas muy jóvenes es más importante que la cifra de su edad.

Existen otras alternativas en AU. El DIU de cobre es muy eficaz cuando han pasado menos de 120 h tras el CNP. Cuando puede estimarse el tiempo de la ovulación, este plazo puede alargarse hasta el quinto día después de la misma. Por cada 1.000 DIU de urgencia que se insertan, apenas se produce un embarazo, mientras que por cada 1.000 PAU de LNG que se prescriben, entre 15 y 30 mujeres quedan embarazadas. En los entornos en que los médicos de familia insertan DIU, es más sencillo protocolizar este abordaje.

Otra alternativa es la PAU de ulipristal (ellaOne[®]), también conocido como CDB 2914 o VA 2914, modulador selectivo de los receptores de progesterona, que fue autorizado por la Agencia Europea del Medicamento el pasado mes de mayo, está disponible en las farmacias españolas desde el 17 de diciembre 2009 precisando prescripción médica. Se indica su uso hasta cinco días después de un CNP. Se ha lanzado al mercado europeo como la «Píldora de los cinco días». Su mecanismo de acción fundamental es la inhibición o retraso de la ovulación, pero también produce alteraciones endometriales que podrían contribuir a una mayor eficacia.

En un ensayo clínico aleatorio realizado con 1.549 mujeres, ulipristal mostró una eficacia del 89% frente al 69% de LNG (RR=1,89; IC 95%: 0,75–4,64)¹⁰, pero el intervalo de confianza es amplio y el resultado compatible con alta o baja eficacia¹¹. Otros 3 estudios y un metaanálisis¹² se han presentado en el Congreso de la Sociedad Europea de Ginecología realizado en Roma en 2009. Los datos comparativos de ulipristal con LNG en el metaanálisis encuentran una mayor eficacia para ulipristal, (OR=0,55; IC 95%: 0,32–0,93; p=0,025). Estamos a la espera de nuevos datos y de disponer de mayor experiencia clínica con este fármaco.

Puede concluirse que, cuando una mujer solicita la PAU de LNG, cualquiera que sea su edad, el CNP ya ha ocurrido y el tiempo no tiene marcha atrás. Esa mujer puede llevar espermatozoides en su tracto genital y disponemos de un tratamiento sin contraindicaciones, que inhibe o retrasa la ovulación, que no es abortivo, y que puede evitar el embarazo y los abortos derivados de embarazos no deseados.

Bibliografía

1. Lete I, Cabero L, Alvarez D, Olle C. Observational study on the use of emergency contraception in Spain: results of a national survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2003;8:203–9.
2. Ros C, Miret M, Rué M. Descriptive study of the use of emergency contraception in Catalonia (Spain). Comparison between a rural and an urban area. *Gac Sanit*. 2009;23(6):496–500.

3. Stewart F, Trussell J, Van Look FA. Emergency contraception. En: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart F, Kowal D, editores. *Contraceptive Technology* 19th edition. New York: Ardent Media; 2007. p. 87–116.
4. Croxatto HB, Ortiz ME. Como y cuando el levonorgestrel previene el embarazo cuando se administra como anticonceptivo de emergencia. *Población y Salud en Mesoamérica* 2007, vol 4, número 2, artículo 3. Revista electrónica. (Citación de 26 de abril de 2009). Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/4/4-2/4-2-3/index.htm>.
5. Von Hertzen H, Piaggio H, Ding J, Chen J, Song S, Bárfait G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. 2002;360:1803–10.
6. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428–33.
7. Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ*. 2005;331:271.
8. Soon JA, Levine M, Osmond BL, Ensom MHH, Fielding DW. Effects of making emergency contraception available without a physician's prescription: a population-based study. *CMAJ*. 2005;172:878–83.
9. Harper CC, Weiss DC, Speidel JJ, Raine-Bennett T. Over-the-counter access to emergency contraception for teens. *Contraception*. 2008;77:230–3.
10. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, Wan L, Frezieres R, Thomas M, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108:1089–97.
11. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 CD001324.
12. Imann A, Scherrer B, Mathé H, Gainer E. Meta analysis of emergency contraception trials comparing ulipristal acetate with levonorgestrel. HRA Pharma, France. 8 Congress of the European Society of Gynecology. Roma. 2009;1:10–3.

Lorenzo Arribas Mir y María Jesús Ordóñez Ruiz
*Centro de Salud Universitario de La Chana,
Distrito Sanitario Granada,
Servicio Andaluz de Salud, Granada, España*

*Unidad Docente de Medicina Familiar y
Comunitaria de Granada, Granada, España*
Correo electrónico: l.arribas@terra.es (L. Arribas Mir).

Lorenzo Arribas Mir
*Departamento de Medicina Preventiva y
Salud Pública, Facultad de Medicina
de Granada, Granada, España*

*Grupo de Atención a la Mujer de la SEMFYC,
Granada, España*

Belén Arribas Entrala
Facultad de Medicina de Cádiz, Cádiz, España