

Anticoncepción de emergencia

F. López de Castro^a, J. Lombardía Prieto^b y F.J. Rodríguez Alcalá^a

^aMédico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia. Toledo.

^bEspecialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción poscoital o de emergencia (término preferible, ya que remarca el hecho de que no se trata de un método anticonceptivo habitual) comprende los métodos extraordinarios que se utilizan para impedir la fecundación después de un coito no protegido, en un período de tiempo determinado. La razón de ser, pues, de la anticoncepción de emergencia (AE) es la prevención de embarazos no deseados y la disminución del número de abortos provocados, en un contexto de salud reproductiva y planificación familiar. Desde un punto de vista de la salud pública, la AE puede considerarse un método de prevención primaria.

En nuestro país, en 1996, el 12,3% de los embarazos acabaron en una interrupción voluntaria del mismo; este porcentaje llegó al 39,5% en las mujeres menores de 20 años

La AE es demandada con cada vez mayor frecuencia, sobre todo por la población juvenil (el 50% de las primeras visitas que protagonizan las chicas a los centros de planificación familiar es para solicitar la píldora del “día después”). La falta de conocimientos sobre la fecundidad y los medios para regularla, la incapacidad para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva y las dificultades para acceder a los servicios de planificación familiar, son las razones que explican la frecuencia de esa solicitud en este colectivo. Se trata, en cualquier caso, de una demanda social que debe ser atendida lo antes posible.

Aunque aún persiste cierta discusión sobre si se trata de métodos contraceptivos o abortivos, la mayoría de expertos lo considera contracepción, ya que la acción es previa a la implantación del embrión, momento en el que se inicia la gestación (el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos estableció en 1972 el inicio de la gestación en la

implantación del blastocito, hacia el séptimo día posfecundación).

Actualmente, los métodos más habituales de AE son: el uso de anticonceptivos hormonales a base de etinilestradiol y levonorgestrel a dosis mayores de las empleadas normalmente (esta pauta fue descrita por el profesor canadiense Albert Yuzpe et al en 1982, de ahí que este método también se conozca como método de Yuzpe), el uso de progestágenos (levonorgestrel) o la inserción de DIU liberadores de cobre. Otros, como los estrógenos a altas dosis, la mifepristona o el danazol, son menos empleados, por diversas razones.

En conjunto, se considera que la AE tiene una efectividad superior al 75%; es decir, que es capaz de evitar las tres cuartas partes de los embarazos que se producirían de no utilizarla. Sea cual sea el método, será más eficaz cuanto más precozmente se administre, por lo que la atención a una demanda de AE no debe dilatarse demasiado. Habitualmente, se recomienda no sobrepasar las 72 h en el caso de AE hormonal o las 120 h cuando se trata de DIU o mifepristona, aunque se pueden ampliar estos plazos (hasta el quinto y séptimo día, respectivamente), advirtiendo a la mujer de su menor efectividad.

En diciembre de 1995, la OMS incluyó dentro de la lista de medicamentos esenciales las píldoras anticonceptivas de emergencia. En algunos países (EE.UU.², Francia, Inglaterra, Holanda, etc.) ya están comercializados preparados especifi-

En los EE.UU. está aprobado un kit de anticoncepción de emergencia (PrevenE) que contiene un test de embarazo, cuatro píldoras y un folleto informativo

cos para la AE, incluso sin necesidad de prescripción médica. En nuestro país, es inminente la salida al mercado de un anticonceptivo de emergencia a base de levonorgestrel.

INDICACIONES DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Existe indicación de AE en las siguientes circunstancias:

– Uso incorrecto o incidencias en los métodos naturales o de barrera (tales como el mal uso o rotura del preserva-

Correspondencia: Francisco López de Castro.
Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Toledo.
C/ Barcelona, 2. 45005 Toledo.
Correo electrónico: flopez@gapto08.insalud.es

SEMERGEN 2001; 27: 350-357.

tivo, el cálculo equivocado del período de fertilidad o fallo del *coitus interruptus*).

- Interrupción de la toma de anticonceptivos orales durante más de 3 días seguidos (no aceptado por todos) o administración con retraso de un anticonceptivo inyectable.
- Expulsión total o parcial del DIU, coincidente con coito de riesgo de embarazo.
- Casos de violación.
- Uso reciente de fármacos teratógenos, previos al coito.
- Relaciones sexuales bajo el uso de drogas que puedan alterar la conciencia.

MÉTODOS HABITUALES DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Podemos dividir los métodos de AE en dos grupos: hormonales e inserción de DIU de cobre. Dentro de los primeros, los más comunes son el método de Yuzpe (estrógeno más progestágeno) y la utilización aislada de progestágeno (levonorgestrel). Los estrógenos solos a dosis altas ya casi no se emplean y la mifepristona y el danazol aún se consideran en fase de prueba.

Método de Yuzpe (estrógenos más progestágenos)

Sin duda, es el método de AE más utilizado; es simple, eficaz y tiene una buena tolerancia (mejor, en general, que las altas dosis de estrógenos solos). Aunque en España no existe ningún fármaco específicamente comercializado para AE, pueden utilizarse las combinaciones de etinilestradiol y levonorgestrel que se usan habitualmente como anticonceptivos orales. Su mecanismo de acción no está aclarado aún; se cree que pueden retrasar la ovulación, inhibir el cuerpo lúteo (con la consiguiente reducción de progesterona) e impedir la nidación del óvulo fecundado, por alteración del endometrio. Es posible también que puedan dificultar el transporte de los espermatozoides o los óvulos, aunque no existen evidencias de ello. En cualquier caso, considerando la implantación del embrión como el inicio del embarazo, no deben ser considerados abortivos. Si la mujer ya estuviera embarazada, la pauta de Yuzpe no interrumpiría la gestación.

La pauta más habitual, recomendada por la International Planned Parenthood Federation, es una dosis de 0,1 mg de etinilestradiol y 0,5 mg de levonorgestrel (2 comprimidos de Ovoplex[®], o Neogynona[®]), seguida de otra dosis igual a las 12 h, todo ello en las primeras 72 horas. Cuando sólo se disponga de píldoras con 0,03 mg de etinilestradiol y 0,15 mg de levonorgestrel (Microgynon[®], Ovoplex 30/150[®]), se tomarán cuatro píldoras como primera dosis y otras cuatro a las 12 h.

La eficacia del método supera el 95%; no obstante, si hubiera que usarlas con frecuencia, la tasa de fracasos durante un año completo sería mayor que las de la anticoncepción clásica, motivo por el cual la AE no se presta a un uso regular. Un estudio reciente de la OMS ha demostrado una mayor eficacia cuanto más precoz es el tratamiento: las tasas de embarazo pasan del 0,5% si el tratamiento se emplea en las primeras 12 h, al 4,1% si el inicio es más allá de las 60 h. Algunos profesionales, para más seguri-

La eficacia de la AE puede expresarse como “tasa de éxitos” (porcentaje de mujeres que no se quedan embarazadas después de haber usado el método) o como “proporción de embarazos evitados” (en función de la probabilidad de embarazo tras un único coito, el 8%, se estima que las píldoras de emergencia y el DIU de cobre evitan el 75 y el 98%, respectivamente, de los embarazos que se hubieran producido de no utilizar AE). En un estudio realizado en nuestro país por Espinos, hubo dos embarazos en 355 casos

dad, aconsejan tomarlas durante un período de 2 a 4 días, pero esto, lógicamente, aunque aumenta la eficacia (supera el 99% si se administra durante un período de 2 días y antes de 48 h desde que se realizó el coito no protegido) también incrementa los efectos secundarios del tratamiento, por lo que no es recomendable hacerlo.

Las mujeres en tratamiento con medicamentos que tengan poder de inducción enzimática hepática (fenitoína, barbitúricos, benzodiazepinas, carbamacepina, isoniacida, rifampicina, tetraciclinas, metronidazol) deben incrementar cada dosis en un 50%.

Los efectos secundarios más frecuentes son las náuseas y los vómitos, que aparecen en el 50 y el 20% de los casos, respectivamente. Aunque no suelen persistir más de 24 h, pueden llegar a ser molestos, por lo cual debe considerarse la administración profiláctica de antieméticos, 30-60 min antes de cada dosis, en mujeres que han sufrido previamente náuseas con la toma de anticonceptivos hormonales (hay evidencias de que una vez aparecidas, el tratamiento no resulta tan efectivo). Si los vómitos aparecen antes de 1-2 h de la toma, se aconseja repetirla; en caso de vómitos profusos, puede administrarse la dosis por vía vaginal. También es muy frecuente la mastodinia (hasta el 47%), que suele durar pocos días. Otros efectos secundarios, más raros, son mareos, cefalea, gastralgias y menorragias. No existen muchos datos sobre la influencia de la AE en el embarazo, pero la falta de evidencia de teratogenicidad de los anticonceptivos orales y el tiempo en el que se administra (antes de que comience la organogénesis) pueden ser datos tranquilizadores. Aunque en algún estudio se ha descrito un mayor porcentaje de embarazos ectópicos en caso de fallo del método, no se considera que exista evidencia suficiente al respecto.

Respecto a la fecha de la siguiente menstruación, si la AE se administra al principio del ciclo, puede adelantarse algunos días, pero si es durante la segunda parte del ciclo, aparece en la fecha esperada. Es posible un sangrado más copioso de lo habitual. Si la menstruación se retrasa más de una semana o pasan más de 21 días sin menstruación, hay que descartar un embarazo.

La OMS no ha establecido ninguna contraindicación al uso de esta pauta (excepto el embarazo, ya que no tiene

En 13 años de uso en Inglaterra, con 4 millones de usuarias, sólo se han comunicado tres casos de trombosis venosa (en pacientes con otros factores de riesgo añadidos) y un estudio reciente de Vasilakis et al no encontró aumento sustancial del riesgo de tromboembolismo en usuarias de AE. No obstante, puede ser una opción prudente el usar otro método de AE en mujeres con historia de tromboembolismo

sentido su uso porque no surtirán efecto); sin embargo, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists contempla los antecedentes de tromboembolismo como contraindicación relativa y la historia de migraña con aura como absoluta. Otros autores extrapolan las mismas contraindicaciones de los anticonceptivos orales o algunas de ellas, aunque la dosis hormonal y la duración de la AE no tenga nada que ver con la pauta normal, más baja pero más prolongada. Así, la ficha técnica del Preven[®] (un preparado específico para AE hormonal, no comercializado en nuestro país) incluye como contraindicaciones: embarazo, tromboembolismo pulmonar, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial grave, diabetes con complicaciones vasculares, migraña con focalidad neurológica, cáncer de mama, etc. (las habituales de los anticonceptivos orales). Realmente no existen datos sobre el riesgo de la AE en mujeres en las que están contraindicados los anticonceptivos orales, pero la opinión general es que se trata de un método muy seguro, sobre todo si se compara con los riesgos de un embarazo no deseado.

Progestágenos solos

Los últimos estudios señalan que el uso de una pauta de progestágenos solos es tan eficaz o más que la de Yuzpe y tiene una menor incidencia de efectos secundarios. Aunque sólo está comercializado en algunos países, en breve saldrá al mercado español. El efecto como AE no está completamente aclarado, pero parece basarse en la inhibición o retraso de la ovulación y, secundariamente, en dificultar la fertilización, el transporte y la implantación. Su uso como AE no interrumpe un embarazo ya establecido (implantado).

La pauta recomendada como AE es de 0,75 mg de levonorgestrel lo antes posible, no después de 48-72 h, y una segunda dosis igual a las 12 h. También se puede dar una dosis única de 1 mg de levonorgestrel antes de pasadas 12 h del coito no protegido.

La tasa de fallos se sitúa alrededor del 1,4%; es menor cuanto mayor sea la dosis y haya transcurrido menos tiempo (el mayor efecto se sitúa entre las 6 y 10 h y no son tan efectivos pasadas las 24 h). Los efectos secundarios son menos frecuentes que en la pauta de Yuzpe. La incidencia de náuseas es del 20% y la de vómitos del 5%. Metrorragia, amenorrea, mastodinia, cefalea o mareos son

otros posibles efectos. La pauta de levonorgestrel es tan eficaz y con tan pocos efectos secundarios y contraindicaciones, que puede sin duda ser la mejor alternativa de AE. Los preparados específicos para AE (Plan B[®], no comercializado en nuestro país) sólo incluyen como contraindicaciones en su prospecto: embarazo, hipersensibilidad a la sustancia y sangrado genital inexplicado. El uso prolongado de levonorgestrel está contraindicado de forma absoluta en el embarazo (aunque no se han observado efectos teratogénicos), el cáncer de cérvix, vagina, endometrio o mama, la enfermedad hepática, el aborto incompleto y el sangrado vaginal de causa desconocida. Puede darse en migraña o en mujeres con antecedentes de tromboembolismo. Un estudio ya ha demostrado que no se incrementan los efectos secundarios si se les entrega a las mujeres para que se lo autoadministren solas en caso de necesidad, por lo que podría ser en un futuro un fármaco de libre dispensación.

Estrógenos a dosis elevadas

Aunque fue el primer método descrito de AE, en la actualidad casi no se utiliza⁵, por sus frecuentes y molestos efectos secundarios. Actúan inhibiendo el cuerpo lúteo, retrasando la maduración del endometrio y alterando la sincronización necesaria para que se implante el blastocito, por modificaciones morfohistoquímicas del endometrio. También es posible un efecto inhibitorio de la ovulación y del transporte tubárico, de ahí la mayor incidencia de embarazo extrauterino en algunos estudios. Si el óvulo ya se ha implantado, el método resulta ineficaz, por lo que debe administrarse antes de las 72 h, en cuyo caso su eficacia es casi del 99%.

En algunos países, como en Países Bajos, sigue usándose frecuentemente

La pauta más utilizada es etinilestradiol, a una dosis de 5 mg/día durante 5 días.

Sus efectos secundarios más frecuentes son náuseas (70%) y vómitos (33%), que pueden hacer ineficaz el tratamiento, por lo que a menudo hay que administrar un antiemético. También se altera el ciclo menstrual (adelanto o retraso, metrorragia o hipermenorrea) y aparecen mastodinias (20%), elevándose los valores de prolactina (sobre todo si se emplean antieméticos tipo metoclopramida o sulpiride). Otros efectos adversos (tromboembolismo, cefaleas, mareos y distensión abdominal) son menos frecuentes. Además, existen una serie de riesgos en caso de fallo del método, como la gestación extrauterina (incidencia 10 veces mayor que en la población general) o la posible teratogenicidad.

Danazol

Se trata de un derivado androgénico de acción débil, que, básicamente por su efecto luteolítico (también inhibe la ovulación), se está ensayando como AE. La pauta usada es

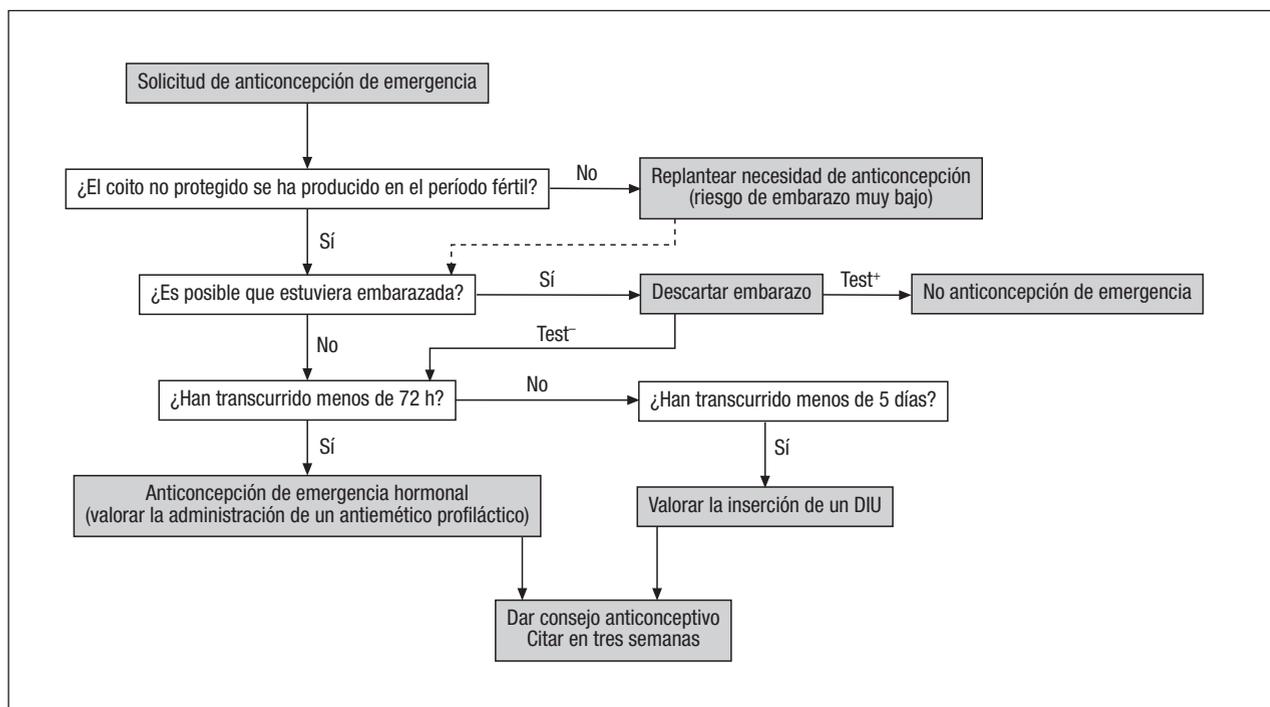


Figura 1. Algoritmo decisional.

de una dosis de 400-600 mg de danazol (Danatrol®), que se repite a las 12 h, o tres dosis de 400 mg con 12 h de intervalo entre ellas. La información técnica del producto no incluye la AE como indicación y no está aprobado oficialmente para ello.

Parece tener menos efectos secundarios que el método de Yuzpe, pero una incidencia de fallos ligeramente mayor. En su uso habitual (endometriosis, enfermedad fibroquística de la mama) está contraindicado en la porfiria, el embarazo y la lactancia, la enfermedad tromboembólica, el sangrado vaginal no diagnosticado y los carcinomas dependientes de andrógenos.

Mifepristona (RU-486)

Es un antagonista de la progesterona, recientemente aprobado en nuestro país para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y, en consecuencia, de uso exclusivo en las clínicas autorizadas. Por el momento, sólo se utiliza como AE en China. Su efecto se basa en el retraso de la ovulación y la inhibición del cuerpo lúteo y de la maduración endometrial. Dada su eficacia y perfil de riesgo, es posible que sea, en un futuro no muy lejano, la primera opción de AE.

Para la intercepción poscoital se usa una dosis entre 10 y 50 mg (menos del 10% de la empleada en la IVE) por vía oral, antes del quinto día.

Está contraindicado en caso de alergia a la sustancia, insuficiencia suprarrenal crónica, asma grave no controlado, tratamiento prolongado con esteroides, porfiria, trastornos hemorrágicos y terapia anticoagulante (por el riesgo de hemorragia). La eficacia es de prácticamente el 100% y los efectos secundarios son menos frecuentes que con la pauta de Yuzpe. Como posibles efectos adversos se

incluyen metrorragia, dolores pélvicos, mareos, náuseas, vómitos, exantema, cefalea o mastalgia.

Dispositivo intrauterino

La inserción de un DIU liberador de cobre debe hacerse dentro de un plazo de 5 días después del coito no protegido. Esta opción es, posiblemente, el método más eficaz de AE (mayor del 99%). Está indicada, de forma especial, en los casos en que se desee proseguir con el DIU como método anticonceptivo regular (lo que lo convertiría en el método de AE más eficiente) o cuando la AE hormonal no se pueda utilizar (por haber transcurrido más de 72 h, vómitos o cualquier otra causa). A pesar de todas estas ventajas, es un método de AE muy poco empleado. El efecto principal parece ser que radica en el carácter blastocistotóxico del cobre, que provoca cambios histológicos en el endometrio, junto a una cierta interferencia en la fecundación. No interfiere con la ovulación o el ciclo menstrual.

El DIU está contraindicado en caso de embarazo, sepsis puerperal o postaborto (en los 3 últimos meses), enfermedad inflamatoria pélvica, tuberculosis pelviana, cervicitis purulenta, enfermedad de transmisión sexual (ETS), cáncer genital, anomalías uterinas congénitas o fibroides, alergia a metales, porfiria o hemorragia vaginal inexplicada. No es recomendable en casos de violación (por la posibilidad de contagio de alguna ETS) o mujeres con alto riesgo de padecer ETS. Además de poder provocar sangrado y dolor, existe un peligro de infección que conlleva el riesgo de una futura esterilidad. Habitualmente se aplica profilaxis antibiótica que cubra *Chlamydia* (tetraciclina, doxiciclina, azitromicina, etc.), pero no existe evidencia de su utilidad.

Tabla 1. Preguntas habituales sobre la anticoncepción poscoital (referido a la anticoncepción de emergencia con la pauta de Yuzpe)

Pregunta	Información
¿Cuál es el riesgo de embarazo después de un coito sin protección?	Para la mujer normal, el riesgo de embarazo es prácticamente nulo en los primeros días del ciclo (el primer día es el primer día que se sangra). El riesgo comienza a subir de allí en adelante hasta llegar al 15% en el día 13 para después bajar hasta el 1% en el día 25.
¿Cuál es la eficacia de las pastillas anticonceptivas de emergencia? ¿Cómo funcionan?	Los resultados realizados encuentran unos índices de fallo por debajo del 5%, por lo que podemos considerar el método como muy eficaz, aunque menos que los anticonceptivos habituales. El mecanismo fundamental de actuación es sobre el endometrio. Lo que producen los preparados hormonales es un desfase madurativo, por lo que el endometrio no resulta adecuado para la implantación del óvulo
¿Los anticonceptivos de emergencia pueden provocar un aborto?	La medicina define el inicio de un embarazo como la implantación de un huevo fecundado en la capa de mucosa que recubre el útero. La implantación ocurre de 5 a 7 días después de la fecundación. Los anticonceptivos de emergencia funcionan antes de la implantación y no cuando la mujer ya está embarazada; por tanto, el uso de la anticoncepción de emergencia no se considera aborto
¿Cómo debo tomarlas?	Tome la primera dosis seguida de otra igual a las 12 h, todo ello en las primeras 72 h desde la relación sexual sin protección. No tome más pastillas de las prescritas, ello no disminuirá más el riesgo de un embarazo, pero sí aumentará el de náuseas y vómitos
¿Qué pasa si tomo la segunda dosis con retraso?	El tomar la segunda dosis con un poco de antelación o retraso (p. ej., 2 h antes o después) probablemente no importa respecto a la efectividad de las pastillas, pero no se sabe con seguridad. Si se olvida la segunda toma, debe repetir la pauta desde el principio
¿Cuáles son los efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE)?	No hay efectos secundarios o a largo plazo después de usar las PAE. Aproximadamente el 50% de las mujeres que toman PAE combinadas tienen náuseas, y el 20% vómitos (si el vómito ocurre dentro de 2 h después de tomar una dosis, se recomienda repetirla). Generalmente, son leves y duran poco más de un día. Otros posibles efectos secundarios son fatiga, dolores de cabeza, vértigo y dolor en los pechos. Se ha descrito un mayor número de embarazos ectópicos (fuera del útero) si el método falla, pero esa posibilidad es muy remota
¿Debo vigilar la aparición de algún síntoma?	Aunque no están descritos efectos graves con la pauta de PAE, por precaución consulte a su médico de inmediato si se presenta alguno de estos síntomas, en las primeras dos semanas después de haber tomado las PAE combinadas: Dolor intenso en una pierna (pantorrilla o muslo) Dolor abdominal intenso Dolor en el pecho o dificultad para respirar Intenso dolor de cabeza, mareos, debilidad, adormecimiento Vista borrosa, pérdida de visión o problemas para hablar Ictericia (color amarillento de la piel)
¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia pueden causar defectos de nacimiento?	No se han llevado a cabo estudios fiables en mujeres que ya estaban embarazadas cuando tomaron las PAE. Sin embargo, existen razones para pensar que los defectos de nacimiento no deben ser una preocupación. Las PAE se toman mucho antes de que comience la organogénesis (el desarrollo de los órganos), así que no es probable un efecto teratogénico. Aquellos estudios que han examinado los nacimientos a las mujeres que inadvertidamente siguieron tomando las pastillas anticonceptivas sin saber que estaban embarazadas no han demostrado un aumento en el riesgo de defectos de nacimiento
¿Cuándo debería tener la próxima regla, después de tomar las PAE?	La próxima regla debería venir más o menos a tiempo. El 25% tienen un retraso de 3 días o más; un 10% tienen un adelanto mayor de 3 días y el resto en las fechas esperadas. Debe consultar con el médico si tiene un retraso de la menstruación superior a una semana de la fecha esperada, para descartar un embarazo. Es posible que la siguiente menstruación sea más escasa o mayor de lo habitual
¿Puedo utilizar la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo habitual?	No. La función de las PAE es brindar protección de emergencia, no una protección continua. Las PAE no son tan efectivas como los otros métodos de anticoncepción Si lo desea, puede empezar a utilizar lo más pronto posible un método anticonceptivo que le dé protección cada vez que tenga relaciones sexuales
¿La anticoncepción de emergencia me puede proteger de infecciones como el sida?	No. Las PAE no le protegerán de un posible contagio de enfermedades de transmisión sexual. Para eso, lo mejor es que emplee preservativos cada vez que tenga relaciones sexuales de riesgo

NORMAS DE ATENCIÓN A LAS MUJERES QUE SOLICITAN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La contracepción de emergencia tiene una especial demanda entre la población juvenil, por lo que a la hora de abordarla hay que tener en cuenta una serie de factores personales y socioculturales, tales como la posible falta de información del demandante, sus pocas habilidades sociales, sus sentimientos ambivalentes y poco claros sobre embarazo-anticonceptivos-aborto, el miedo a que los familiares y amigos se enteren, la vergüenza por no haber tomado precauciones, etc. Ante esta circunstancia, además de resolver el problema hay que procurar intimidad y confidencialidad, y dejar siempre a la usuaria la decisión final.

Aunque algunos expertos entienden que no existe problema jurídico (artículo 162 del Código Civil), en el caso de tratarse de una menor de edad, la prudencia aconseja recomendarle que acuda a la consulta con sus padres o tutores legales. Si no fuera posible, se le puede pautar AE, ya que se trata de evitar un mal mayor y es de aplicación el principio de plena capacidad jurídica que plantea el citado artículo, siempre que el médico considere que la menor tiene suficiente juicio y madurez.

El artículo 162 del código civil exceptúa la representación legal de los hijos en los casos de conflicto de intereses entre padres e hijo o en los actos relativos a derechos de la personalidad del hijo, como lo es la planificación familiar

La atención a esta demanda no es responsabilidad de un especialista o nivel de atención específico, sino del médico al que se le presenta. Si éste tuviera algún reparo, por razones éticas, en atenderla, siempre debe facilitarle información de otros recursos asistenciales y derivarla a la mayor brevedad para la resolución de su caso.

Se debe realizar una correcta anamnesis, que incluya: edad, fecha de la última regla, fecha probable de ovulación, tipo menstrual, número de horas transcurridas desde el coito, otros coitos no protegidos durante el ciclo (para asegurarnos que estamos en el plazo de 72 h), método habitual de anticoncepción, toma de fármacos y enfermedad relevante. Debemos valorar las posibilidades de embarazo; la concepción fuera del período fértil (entre 7 días antes y 6 después de la ovulación) es muy improbable. En cualquier caso, ha de ser la mujer quien decida si lo toma o no (figura 1).

Si existen dudas sobre la última menstruación, debemos descartar un embarazo, realizando un test rápido, si es necesario, antes de hacer la prescripción. Algunos expertos recomiendan hacerlo sistemáticamente, dada la posibilidad de que la mujer confunda con la menstruación la hemorragia de implantación. En caso de gestación, aunque no se han observado efectos sobre la misma, no está indicada la AE, por su ineficacia.

No es necesario ningún examen ginecológico cuando se trata de la pauta de AE hormonal. Algunos autores recomiendan tomar la presión arterial, aunque no es estrictamente necesario. Si se opta por la colocación de un DIU, hay que realizar un examen del flujo vaginal en fresco y un tacto vaginal combinado.

Es fundamental dar una información clara y cuidadosa sobre los distintos aspectos de la AE (tabla 1):

- Forma de uso.
- Eficacia.
- Efectos secundarios (incluyendo qué hacer en caso de vómitos).
- Ausencia de evidencias sobre problemas para el feto en caso de fallo del método.
- Tiempo para esperar el sangrado (se le debe aclarar que la menstruación no sobreviene inmediatamente, equívoco muy extendido, sino que puede presentarse algunos días antes o después de lo previsto).

Si se opta por la pauta de Yuzpe, cabe la posibilidad de ofrecer la receta (con las indicaciones oportunas) o aplicar la dosis justa del preparado hormonal. Debe valorarse la posibilidad de prescribir un antiemético profiláctico en mujeres con experiencias previas de náuseas y vómitos al tomar preparados hormonales similares, ya que su uso una vez aparecida la sintomatología no parece dar buenos resultados. También se puede recomendar tomar las dosis con las comidas, por tolerarse mejor.

Como medida de precaución se le aconsejará a la paciente que consulte en caso de dolor intenso en la pantorrilla o muslo, dolor abdominal intenso, dolor torácico, dificultad para respirar, cefalea intensa, mareos, debilidad, adormecimiento, visión borrosa, pérdida de visión, problemas para hablar o ictericia.

La consulta sobre anticoncepción de emergencia puede servir de puente para facilitar asesoramiento sobre anticoncepción regular, haciendo especial énfasis en los siguientes puntos:

- La AE no es un método anticonceptivo de uso habitual (por su mayor dosis hormonal, sus efectos secundarios desagradables y su menor eficacia a largo plazo).
- La AE no protege de las enfermedades de transmisión sexual.
- La AE no impedirá un embarazo en caso de coito no protegido en los siguientes días o semanas al tratamiento.
- Los anticonceptivos orales pueden empezar a usarse en los siguientes 5 días al comienzo del nuevo ciclo menstrual, mientras los inyectados pueden administrarse en los siete días siguientes al comienzo del nuevo ciclo.

El seguimiento no es absolutamente necesario, pero sí recomendable para insistir en el consejo anticonceptivo. Se le debe aconsejar a la paciente, en cualquier caso, volver (para descartar un embarazo) si no le baja la regla a las 3 semanas del tratamiento o si se retrasa más de una semana sobre la fecha prevista.

Nota aclaratoria

Durante el período de edición de este artículo ha sido comercializado en nuestro país un preparado específico con 0,75 mg de levonorgestrel (NorLevo[®], del Laboratorio Alcalá Farma). Su ficha técnica incluye como contraindicación la hipersensibilidad al preparado; desaconsejando su prescripción en caso de embarazo o insuficiencia hepática grave. Es inminente la salida al mercado de otro preparado similar del Laboratorio Schering (Postinor[®]).

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Adolescent Medicine Committee of Canadian Paediatric Society. Emergency contraception. *Pediatr Child Health* 1998; 3: 359-361.
- Albertazzi P. Emergency contraception: WHO Task Force Study (correspondence). *Lancet* 1998; 352: 1223.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice patterns. Emergency oral contraception, N.º 2. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 56: 203-210.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergency Oral Contraception. ACOG Practice Patterns, N.º 3. Washington The American College of Obstetrics and Gynecologists, 1996.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergency oral contraception. Washington ACOG, 1996.
- Apgar BS, Greenberg G. Using progestins in clinical practice. *Am Fam Phys* 2000; 62: 1839-46, 1849-50.
- Arroyo Zapatero L. Los menores de edad y los incapaces ante el aborto y la esterilización (ponencia). II Congreso Estatal de la Federación de Planificación Familiar de España. Valladolid, 1987.
- Bártfai GY. Emergency contraception in clinical practice: global perspectives. *Int J Gynecol Obstetr* 2000; 70: 49-58.
- Bracken MB. Oral contraceptives and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 552-557.
- Brandrup-Lucanow A. Entre nous. Publicación del Servicio de las Mujeres y la Salud Reproductiva de la Oficina Regional Europea de la OMS 1998; 39: 2.
- Burton R, Savage W. Knowledge and use of postcoital contraception: a survey among health professionals in Tower Hamlets. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 326-330.
- Carlón López R, Gracia 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: 595-599.
- Cerel-Suhl SL, Yeager BF. Update on oral contraceptive pills. *Am Fam Phys* 1999. Disponible en URL [7-03-01]: <http://www.aafp.org/afp/991101ap/2073.html>.
- Cheng D. The intrauterine device: still misunderstood after all these years. *South Med J* 2000; 93: 859-864.
- Cheng L, Gülmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA. Interventions for emergency contraception. *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2000.
- Consortium for emergency contraception. Píldoras anticonceptivas de emergencia. Disponible en URL [18-08-00]: <http://www.path.org/cec/html/esguiasmedicas.htm>
- Cooling H. Emergency Contraception. Update 1999; 58: 976-982.
- Davis V, Dunn S, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Emergency postcoital contraception. *J SOGC* 2000; 92.
- Emergency contraception update. Disponible en URL [21-03-01]: <http://www.path.org/cec/html/esguiasmedicas.htm>.
- Espinos JJ, Senosiain R, Aura M, Manrell 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.
- Fernández Penela S, Llop Ventureira B, Argenta González ML. Agresión sexual. En: SEGO. Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia. Tomo II. Madrid: SEGO, 1993: 111-113.
- García Morillo J. Aspectos legales de la planificación familiar en la adolescencia (ponencia). II Congreso Estatal de la Federación de Planificación Familiar de España. Valladolid 1987.
- Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1997; 337: 1058-1064.
- Glasier A. Safety of emergency contraception. *J Am Med Womens Assoc* 1998; 53 (Supl 2): 219-221.
- Glasier A, Baird D. The effects of self-administered emergency contraception. *N Engl J Med* 1998; 339: 1-4.
- Glasier MD, Thong KJ, Dewar M, Mackie M, Baird DT. Mifepristone (RU 486) compared with high-dose estrogen and progestogen for emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1992; 327: 1041-1044.
- Gold MA. Emergency contraception. *Adv Pediatr* 2000; 47: 309-334.
- Golden N, Seigel W, Fischer M, Schneider M, Quijano E, Suss A et al. Emergency contraception: pediatrician's knowledge, attitudes and opinions. *Pediatrics* 2001; 107 (2): 287-292.
- Grimes DA. Updates in contraception from the XVI World Congress of the Federation of Gynecology and Obstetrics. *Medscape Womens Health* 2000; 5: E3.
- Guillebaud J. Time for emergency contraception with levonorgestrel alone. *Lancet* 1998; 352: 416-417.
- Haspels AA. Emergency contraception: a review. *Contraception* 1994; 50: 101-108.
- Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart GK, Guest F et al. *Contraceptive technology* (17.ª ed. revisada). Nueva York: Ardent Media, 1998.
- Heikinheimo O, Archer DF. Mifepristona: un anticonceptivo potencial. *Clin Obstetr Ginecol* 1996; 2: 425-431.
- Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998; 30: 24-29, 46.
- Hewitt G, Cromer B. Update on adolescent contraception. *Obstet Gynecol Clin Nort Am* 2000; 27: 143-162.
- Ho PC. Emergency contraception: methods and efficacy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12: 175-179.
- Klima CS. Emergency contraception for midwifery practice. *J Nurse Midwifery* 1998; 43: 182-189.
- Kubba AA. Hormonal postcoital contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 101-104.
- Kubba A, Wilkinsson C. Recommendations for clinical practice: emergency contraception. Londres: Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the RCOG, 1998.
- López de Castro F, Campos Campos N, Castillo Portales S, Rodríguez Alcalá FJ. Después del levonorgestrel, ¿será la mifepristona (RU-486) la siguiente "píldora del día después"? *Aten Primaria* 2001; 2: 368.
- Llácer A. Mejorar la salud de las mujeres. En: Álvarez Dardet C, Peiró S, editores. La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
- National Guideline Clearinghouse. Emergency oral contraception. Disponible en URL [12-3-2001]: <http://www.guideline.gov>.
- Navarro Gómez H, Morera Montes J. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1997; 21: 1-10.
- Nordenberg T. Protecting against unintended pregnancy: a guide to contraceptive choices. Disponible en URL [12-03-2001]: <http://www.fda.gov/fdac/features/1997/conceptbl.html>.
- OMS. Anticoncepción de emergencia. Guía para la prestación de servicios. Ginebra: OMS, 1999.
- Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA, on behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999; 353: 721.
- Prescribing information. The PREVEN Emergency Contraceptive Kit consisting of Emergency Contraceptive Pills And Pregnancy Test. Disponible en URL [2-3-2001]: <http://www.preven.com/product/02-06.html>.
- Ramírez Hidalgo A. Intercepción poscoital. *FMC* 2000; 7: 187-194.
- Ramírez Puerta DN, Zarco Rodríguez JV. Doctor, ¿puede mandarme la píldora? [editorial]. *Semergen* 2001; 27: 3-4.
- Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree RV, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 271-277.
- Reuter S. Barriers to the use of IUDs as emergency contraception. *Br J Fam Plann* 1999; 25: 61-68.
- Rodrigues 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: 531-537.

- Sánchez-Borrego R, Balasch J. Ethinyl oestradiol plus dl-norgestrel or levonorgestrel in the Yuzpe method for post-coital contraception: results of an observational study. *Hum Reprod* 1996; 11: 2449-2453.
- Schiavon R, Jiménez-Villanueva CH, Ellertson C, Langer A. Emergency contraception: a simple, safe, effective and economical method for preventing undesired pregnancy. *Rev Invest Clin* 2000; 52: 168-76.
- Serrano Mallagray L, Gancedo Martínez J, Ceña García JI, Ariño Serrat JM. La contracepción oral de urgencia en atención primaria. *Semergen* 2000; 26: 225-226.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. The Canadian Consensus Conference on Contraception (part III). Emergency post-coital contraception. *J SOGC* 2000; 20: 35-36.
- Spitz IM, Van Look PF, Coelingh Bennink HJ. The use of progesterone antagonists and progesterone receptor modulators in contraception. *Steroids* 2000; 65: 817-823.
- Sueiro E, Perdiz C, Gayoso P, Doval JL. Uso y efectos de la anticoncepción postcoital. *Aten Primaria* 1997; 20: 305-310.
- 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.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 697-702.
- The Canadian Consensus Conference on Contraception. *J SOGC* 1998; 20: 1-71.
- Trussell J, Ellertson C. Efficacy of emergency contraception. *Fert Control Rev* 1995; 4: 8-11.
- Trussell J, Ellertson C, Rodríguez G. The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after?. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 150-154.
- Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999; 59: 147-151.
- Vasilakis C, Jicks SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptives pills. *Contraception* 1999; 59: 79-83.
- Von Hertzen E, Van Look FA. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
- Von Hertzen H, Van Look PFA. Research on new methods of emergency contraception. *Fam Plann Perspect* 1996; 28: 52-57.
- Webb A. Emergency contraception: is time to change method? [editorial]. *BMJ* 1999; 318: 342-343.
- Webb A, Russell J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU-486) in oral postcoital contraception. *BMJ* 1992; 305: 927-931.
- Wellbery C. Emergency contraception. *Arch Fam Med* 2000; 9: 642-646.
- Wells E, Crook B, Muller N. Emergency contraception: resources for providers. Seattle: Program for Appropriate Technology in Health, 1997.
- World Health Organisation. Improving access to quality care in family planning; medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Ginebra: WHO, 1996.
- Yuzpe AA, Lance WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977; 28: 932-936.
- Yuzpe AA, Smith PR, Radenmayer AW. A multicenter clinical investigation employing ethinylestradiol combined with norgestrel as a post-coital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982; 37: 508-513.

Anexo. Recursos sobre anticoncepción de emergencia en la red

Office of Population Research	http://opr.princeton.edu/ed/
Program for Technology and Health	http://www.path.org
Planned Parenthood Emergency Contraception	http://www.plannedparenthood.org
American Medical Woman's Association	http://www.amwa-doc.org
Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad (Federación de Planificación Familiar de España)	http://www.centrojuven.org