

# LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LA ADOLESCENCIA

Dr. Carlos Ortiz Lee



Hospital Pediátrico Docente Pedro Borrás.  
Federación Internacional de Ginecología infanto juvenil.  
clapa@infomed.sld.cu

## VARIANTES UTILIZADAS EN LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA DURANTE LA ADOLESCENCIA DESPUÉS DE UN COITO NO PROTEGIDO, CON EL OBJETIVO DE EVITAR UN EMBARAZO NO DESEADO.

Cuando se pasa revista a la literatura médica referente al embarazo no deseado, lo usual es encontrar reportes que informan una cifra elevada, sin muchas diferencias entre regiones y países.

Por esta razón, cada año se realizan unos cuarenta y cinco millones de abortos, en lo que constituye sólo un estimado; por cuanto, no hay estadísticas confiables en muchos países que tienen limitaciones legales para el aborto voluntario. Por otro lado, la cuarta parte de estos abortos corresponde a adolescentes, lo que hace más sombrío el panorama.

Para evitar estos embarazos, que aparecen sin estar planificados, una variante eficaz es la anticoncepción de emergencia, que en la actualidad es poco conocida y escasamente utilizada en nuestro país.

En la adolescencia este método tiene particular importancia, ya que en estas edades son frecuentes las conductas sexuales de riesgo y, por las características propias de ese grupo etáreo, no se utilizan adecuadamente los diferentes métodos anticonceptivos. Si tenemos en cuenta que los abortos y los partos en la adolescencia tienen un elevado riesgo para la salud de estas jóvenes, sobre todo para las menores de quince años, podemos imaginar la importancia que reviste la difusión en este grupo de la anticoncepción de emergencia.

Resulta evidente que lo ideal sería que los adolescentes se abstuvieran de tener relaciones sexuales; sin embargo, en la práctica médica hay que ser objetivos, de manera que debemos tener la claridad suficiente para estar convencidos de que el inicio precoz de las relaciones sexuales es una realidad palpable, por múltiples razones que escapan a los propósitos de este trabajo.

### ¿EN QUÉ CONSISTE?

La anticoncepción de emergencia se basa en la utilización de algunas variantes de métodos conocidos, posteriormente a la realización de un coito no protegido, con el objetivo de evitar un embarazo no deseado.

Ha sido nombrada de varias maneras. Todavía vemos que se le refiere a veces como la «píldora de la mañana siguiente», aunque realmente esta terminología no es la más correcta, porque las píldoras para la anticoncepción de emergencia (P.A.E.) se pueden emplear más allá de la «mañana siguiente», como veremos más adelante.

Además de las píldoras, también los dispositivos intrauterinos se utilizan para este fin.

### ¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES?

En esencia, podemos decir que la única indicación de este tipo de anticoncepción es la realización de *un coito desprotegido*. Lo que ocurre es

que el coito puede ser desprotegido por múltiples razones, entre las que tenemos las siguientes:

- no utilización de ningún método de anticoncepción,
- uso inadecuado de anticoncepción hormonal regular,
- condón que se rompe o se desliza,
- diafragma que se desplaza o se retira precozmente,
- fallo en los cálculos cuando se utiliza la abstinencia periódica,
- expulsión de dispositivo intrauterino,
- coito interrumpido fallido,
- abuso sexual y violación.

### **¿QUÉ VARIANTES DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EXISTEN?**

Se han diseñado algunas variantes para la anticoncepción de emergencia, pero las combinaciones de estrógenos y progestágenos (método de Yuzpe) y el uso de progestágenos solos son las más utilizadas en la actualidad. Se ha empleado con éxito el mifepristone y hasta el danazol. También se utilizan con éxito los dispositivos intrauterinos, aunque no constituyen la mejor opción para las adolescentes, porque incrementan las posibilidades de procesos inflamatorios pélvicos, entre otras razones.

### **MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS P.A.E.**

Se han realizado múltiples investigaciones con el objetivo de conocer el mecanismo de acción de las tabletas en la anticoncepción de emergencia; en la actualidad existen varias hipótesis, que en cierta medida se corresponden con los mecanismos descritos para la anticoncepción hormonal regular.

Se ha planteado que las P.A.E. pueden actuar provocando la inhibición o cuando

menos el retraso del momento de la ovulación. De igual forma se postula que interfieren en el transporte del óvulo y el espermatozoide y también que pudieran producir alteraciones en la estructura del endometrio, lo que lo convierte en un lugar inhóspito para la nidación; de modo que lo mismo impediría la fertilización que la implantación.

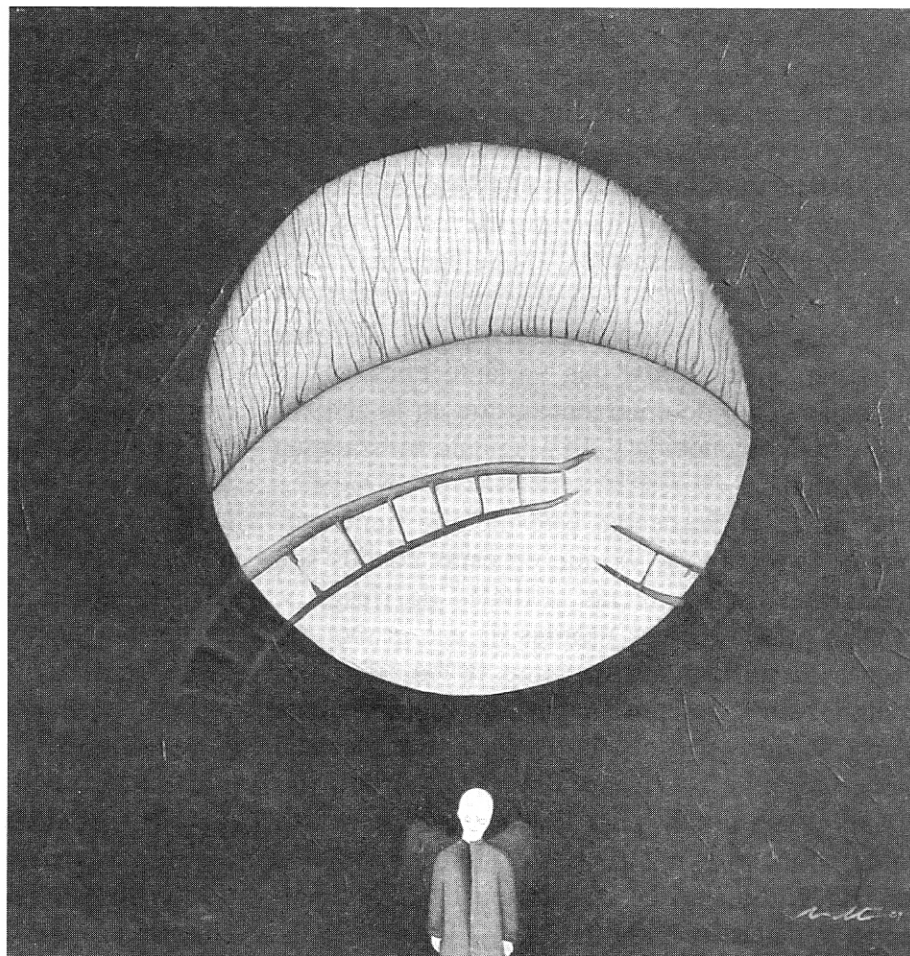
Lo que ha quedado claro es que, una vez iniciado el embarazo, las P.A.E. no logran impedir su curso, así que no provocan aborto. Esto tiene mucha importancia frente a los cuestionamientos de carácter religioso que todavía se hacen al método.

### **MODO DE EMPLEO**

Existen diferentes formas de emplear las tabletas como método de emergencia, pero lo más importante es conocer las dosis mínimas requeridas:

- etinilestradiol, 100 microgramos
- levonorgestrel, 500 microgramos.

Cualquier variante que utilicemos debe tener esta dosis mínima, porque de lo contrario no hay seguridad de que se logre el objetivo propuesto.



**I feel blue. Desde aquí arriba** (2001).  
Óleo/lienzo, 64 x 64 cm

Entre los anticonceptivos combinados con dosis fija que encontramos en nuestro mercado (por ejemplo, Etinor), la dosificación habitual es 30 microgramos para el etinilestradiol y 150 microgramos para el levonorgestrel, por lo que se deben administrar 4 tabletas lo más cercano posible al momento del coito desprotegido, repitiendo igual dosis a las 12 horas.

También encontramos en el mercado las tabletas multifásicas, que tienen diferentes dosificaciones. En ese caso, tendrían que seleccionar las tabletas que correspondan para lograr la dosis mínima señalada. En el Trienor, por ejemplo, se deben utilizar las 10 últimas tabletas del blíster, que son las que contienen mayor cantidad de levonorgestrel. Por esta razón, no consideramos prudente indicar la anticoncepción de emergencia a adolescentes con este tipo de tabletas, pues existen otras que no tienen esta desventaja, ya que la indicación de las trifásicas puede crear confusiones.

Las píldoras de progestágeno solo (no disponibles en este momento en nuestro país) han sido especialmente fabricadas para este fin y contienen 750 microgramos de levonorgestrel (0,75 miligramos). En este caso, se administra una tableta, seguida de la repetición de la dosis a las 12 horas, igual que en el caso de las combinadas. Cuando no existe la tableta diseñada para este tipo de contracepción, se pueden utilizar las píldoras de progestina sola que existen en el mercado, como el Aminor, que se comercializa en nuestro país, con la desventaja de que la dosis de este compuesto es muy baja (30 microgramos). Para lograr la dosis requerida se tendrían que administrar 25 tabletas de una vez, para repetir la dosis a las 12 horas.

### **¿CUÁNDO SE DEBEN ADMINISTRAR?**

Un detalle importante es que deben administrarse, preferentemente, en las primeras 12 horas de ocurrido el coito desprotegido. La mayoría de las investigaciones revisadas recomiendan el uso precoz de las P.A.E., haciendo hincapié en que cuanto más cerca del coito desprotegido se administran, mayor probabilidad de éxito tienen; sin embargo, establecen un límite máximo de efectividad antes de las 72 horas del coito desprotegido. Empero, en los últimos años los estudiosos del tema han demostrado que son efectivas pasadas

las 72 horas, porque el tiempo que media entre la ovulación y la implantación es de unos 6 días. En este sentido, existen varias investigaciones que reportan su empleo con efectividad hasta las 120 horas; o sea, su efectividad se extiende hasta cinco días después del coito.

### **EFFECTOS COLATERALES**

Los efectos colaterales o secundarios difieren también en dependencia del método utilizado. A pesar de que son similares, se reportan en menor proporción en el grupo de progestina sola.

Se pueden presentar náuseas, que aparecen hasta en 50 % de los casos en el régimen combinado de Yuzpe, mientras solamente en 20 % de las pacientes que emplean progestina sola. Lo mismo sucede, lógicamente, con los vómitos, que ocurren en 20 % de las pacientes que emplean el método de Yuzpe, contra sólo 5 % en el otro grupo. El sangramiento irregular es infrecuente, y en ocasiones aparecen sensibilidad mamaria, cefalea y mareos. De cualquier modo, estos efectos son temporales y suelen desaparecer en pocas horas.

Cuando se producen vómitos en las primeras dos horas después de la administración de las tabletas, algunos autores recomiendan la repetición de la dosis, previa administración de un antiemético; sin embargo, otros autores sugieren que el vómito puede ser un signo de la absorción de las tabletas. En estos casos, otros autores proponen la vía vaginal, pues consideran que se absorben bien por la vagina.

De cualquier manera, la efectividad demostrada por el método de progestina sola es mayor que el de Yuzpe, por lo que se recomienda su elección siempre que esté disponible.

### **CONTRAINDICACIONES**

Afortunadamente no existe ninguna contraindicación para las P.A.E., ni siquiera en los casos que tienen contraindicación absoluta para el uso de anticoncepción hormonal regular, debido a que las dosis son muy bajas y se requiere sólo un día de tratamiento.

### **DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS**

Los dispositivos intrauterinos también han sido empleados como método de emergencia. Se

indican cuando pasan 72 horas del coito desprotegido, porque se pueden insertar hasta 120 horas después y su efectividad es muy elevada. No obstante, con las nuevas noticias de que las P.A.E. son efectivas también hasta las 120 horas, el uso del dispositivo intrauterino con este objetivo pudiera cuestionarse.

Las indicaciones para el empleo de esta variante son similares a las de las P.A.E., con la particularidad de que no se recomienda su uso en adolescentes, porque incrementan el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras razones. Sin embargo, si la adolescente ha tenido otros embarazos, o decidió elegir este dispositivo como método de anticoncepción regular, entonces se puede utilizar.

En el caso de los dispositivos, hay que tener en cuenta las contraindicaciones conocidas, que son válidas también para su uso en los casos de emergencia. Especial cuidado debemos tener, por ejemplo, en los casos de violaciones, que tienen igualmente el riesgo de embarazo, pero en éstos la inserción de un dispositivo pudiera ser muy traumática desde el punto de vista emocional, además de que existe un riesgo elevado de enfermedad inflamatoria, por la posibilidad de infecciones de transmisión sexual. En estos casos, es preferible utilizar el método de las tabletas.

En nuestro país no disponemos, por el momento, de las píldoras de levonorgestrel, que han sido especialmente fabricadas para este fin. Empero, tenemos a nuestro alcance las píldoras combinadas, que se pueden emplear para el método de Yuzpe. En estos momentos el Etinor es ideal para ese objetivo.

Pensamos que se debe educar a la población, brindándole el conocimiento de este importante método alternativo de anticoncepción, que afortunadamente no tiene ninguna contraindicación, ni siquiera en el grupo más vulnerable y necesitado, que son las adolescentes, porque no afecta en ningún sentido el proceso biológico normal de desarrollo puberal.

Por otro lado, su uso no debe ser restringido a consultorios ni a recetas médicas, porque el método está diseñado precisamente para ser empleado en situaciones de emergencia, y éstas no pueden depender de recetas ni de otro tipo de trabas.

Consideramos que es nuestro deber poner en manos de nuestras pacientes esta nueva arma, con la que tendrán a su alcance un nuevo instrumento para evitar el embarazo no deseado y paralelamente los abortos voluntarios que trae consigo esta situación, que no son pocos.

===== **BIBLIOGRAFÍA** =====

*Los anticonceptivos orales hoy día.* Population Reports, serie A, no. 9, 2000.  
*Boletín Médico de IPPF*, t. 34, no. 3, junio, 2000.  
 LINDBERG, C. E. «Emergency contraception for prevention of adolescent pregnancy». *American Journal of Maternal/Child Nursing*, vol. 28, no. 3, 2003, pp. 199-204.  
*Mensajes sobre salud sexual y reproductiva.* T. 1. Population Council, 1999.  
 ORTIZ LEE, C., et al. «Sexualidad y adolescencia: primeras relaciones». Trabajo presentado en el VI Congreso Latinoamericano

de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, La Habana, mayo, 1999.  
 PELÁEZ MENDOZA, J., et al. *Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio.* Editorial Científico Técnica, La Habana, 2001.  
 TECHNICAL GUIDANCE/COMPETENCE WORKING GROUP. *Recommendation for updating selected practices in contraceptive use.* Vol. II. Ed. M. Gaines. US Agency for International Development, WHO, sept., 1997.  
 WHO. *A key to a brighter future. Biennial Report, 1990-1991.*

