

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES: NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Jorge Peláez Mendoza

Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología
alogia@infomed.sld.cu

EL INICIO SEXUAL TEMPRANO, LA FALTA DE MADUREZ NECESARIA Y EL DESCONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DAN VÍA LIBRE A LOS COITOS NO PROTEGIDOS, LOS EMBARAZOS NO PREVISTOS Y LOS ABORTOS EN EDADES JUVENILES. POR TANTO, RESULTA IMPRESCINDIBLE QUE LAS/LOS ADOLESCENTES Y PROFESIONALES CONOZCAN DE QUÉ SE TRATA LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

INTRODUCCIÓN

La problemática relativa a los embarazos no deseados cobra cada año un precio elevado a la salud de la mujer, lo cual es aún mucho más evidente cuando nos referimos a las adolescentes. Se calcula que cada año ocurren cuarenta y cinco millones de abortos en condiciones de riesgo, una cuarta parte de los cuales tienen lugar en una adolescente; asimismo, se produce anualmente un estimado de 90 000 muertes maternas causadas por complicaciones de abortos en condiciones de riesgo. Por si esto fuese poco, se estiman en 585 000 las defunciones maternas causadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, ya que gran parte de estas gestaciones son imprevistas y no buscadas. Estos argumentos por sí solos avalan la aseveración de que la anticoncepción de emergencia (ACE) puede ser de gran utilidad en la preservación y promoción de la salud sexual y reproductiva, e incluso, en no pocos casos, salvar la vida de las mujeres.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La ACE se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto

sexual sin protección. Pocos adolescentes y jóvenes saben que este tipo de anticoncepción existe, a pesar de que es particularmente importante para ellos, pues es muy frecuente que los adolescentes y jóvenes tengan relaciones sexuales sin protección por varias razones: no usar un método de barrera en cada acto sexual por descuido, tener relaciones sexuales sin haberlas planificado y sin tener anticonceptivos disponibles, usar un método anticonceptivo incorrectamente, rotura o deslizamiento del condón y en los casos de violación, entre otros.

Lamentablemente la ACE ha sido un tema polémico y a menudo ha creado divisiones entre los profesionales de las Américas desde que el método se dio a conocer públicamente. Si bien la ACE en forma de anticonceptivos orales está disponible en las Américas —en cualquier parte donde la anticoncepción es legal—, el conocimiento de su existencia no es común ni se fomenta, incluyendo gran parte de los Estados Unidos y Canadá. Aunque la ACE está incluida en las normas de planificación familiar de muchos países en la región, las píldoras prescritas específicamente

para la ACE están disponibles solamente en unos pocos países.

La ACE no ha sido diseñada como un método regular de anticoncepción, por lo que, después de su empleo, se debe indicar o continuar con un método regular de anticoncepción si no desea un embarazo. Este tipo de anticoncepción se puede utilizar en cualquier momento del ciclo menstrual y, si es necesario, más de una vez durante un mismo ciclo. Se debe insistir siempre en que la ACE no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

INDICACIONES

Como hemos visto previamente, son variadas las indicaciones de la ACE, las cuales se pueden resumir en tres grandes grupos:

- cuando no se han usado anticonceptivos, incluido el caso de un acto sexual coercitivo y la violación;
- cuando el método no funciona adecuadamente: ruptura de condón, expulsión del dispositivo intrauterino (DIU) y otros;
- en casos en que el método no se usa correctamente: olvido de tomar las píldoras, entre otros.

Los tres métodos principales de la ACE son altas dosis de anticonceptivos orales combinados (método de Yuzpe), los anticonceptivos de sólo progestina (levonorgestrel) y la inserción de un DIU (T de cobre). Como se debe suponer, el uso de los DIU no es recomendable en las adolescentes y jóvenes por el alto riesgo que este grupo posee de contraer una ITS, lo cual se multiplica en el caso de su utilización como método de emergencia pues, en este caso, dada la emergencia se violan gran parte de las disposiciones para la adecuada inserción de un DIU.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: MÉTODO DE YUZPE (ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS)

El método de uso más común para la ACE es una pauta especial de administración de anticonceptivos orales combinados. Esta pauta se ha estudiado extensamente y se ha demostrado que es segura y eficaz. Cuando se usan correctamente, las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) previenen 75 % de los embarazos esperados. Deben tomarse dos dosis de las píldoras: la primera dosis dentro de

las primeras setenta y dos horas después de un acto sexual sin protección, y la segunda al cabo de doce horas. Cada dosis debe contener, por lo menos, 0,1 miligramo de etinil estradiol y 0,5 miligramo de levonorgestrel (LNG), lo cual puede obtenerse tomando cuatro píldoras de «baja dosis» o dos píldoras de «alta dosis» en cada dosis.

Es importante asesorar a las mujeres jóvenes en cuanto a los posibles efectos secundarios de las PAE. Los principales efectos colaterales son náuseas (que ocurren en aproximadamente la mitad de las mujeres) y vómitos (en la quinta parte de las mujeres después de la primera o la segunda dosis). Por lo general, los efectos secundarios desaparecen entre las veinticuatro a cuarenta y ocho horas posteriores a la ingestión del medicamento. Las píldoras comunes de baja dosis contienen 30 microgramos de etinil estradiol y 150 microgramos de levonorgestrel. Las píldoras comunes de alta dosis contienen 50 microgramos de etinil estradiol y 250 microgramos de levonorgestrel.

PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA: ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SÓLO PROGESTINA (LEVONORGESTREL)

Otra opción anticonceptiva de emergencia es la administración especial de píldoras de sólo progestina. Las investigaciones indican que la eficacia de las píldoras de levonorgestrel es semejante, e incluso superior, a la de los anticonceptivos orales combinados (Yuzpe). Deben tomarse dos dosis de la primera dentro de las primeras setenta y dos horas después de un acto sexual sin protección; y la segunda, doce horas más tarde. Cada una de las dosis debe contener, por lo menos, 750 microgramos de levonorgestrel. En algunos países, los anticonceptivos de sólo progestina pueden obtenerse ya empacados; es decir, cada paquete contiene la dosis requerida en una sola tableta. Las mujeres que usan anticonceptivos de emergencia de sólo progestina registran una incidencia considerablemente menor de náuseas y vómitos, comparadas con las usuarias de anticonceptivos orales combinados, aunque hay más probabilidades de que tengan sangrado irregular.

Ahora, tanto si se usa el levonorgestrel o el método de Yuzpe, lo más importante es insistir en la

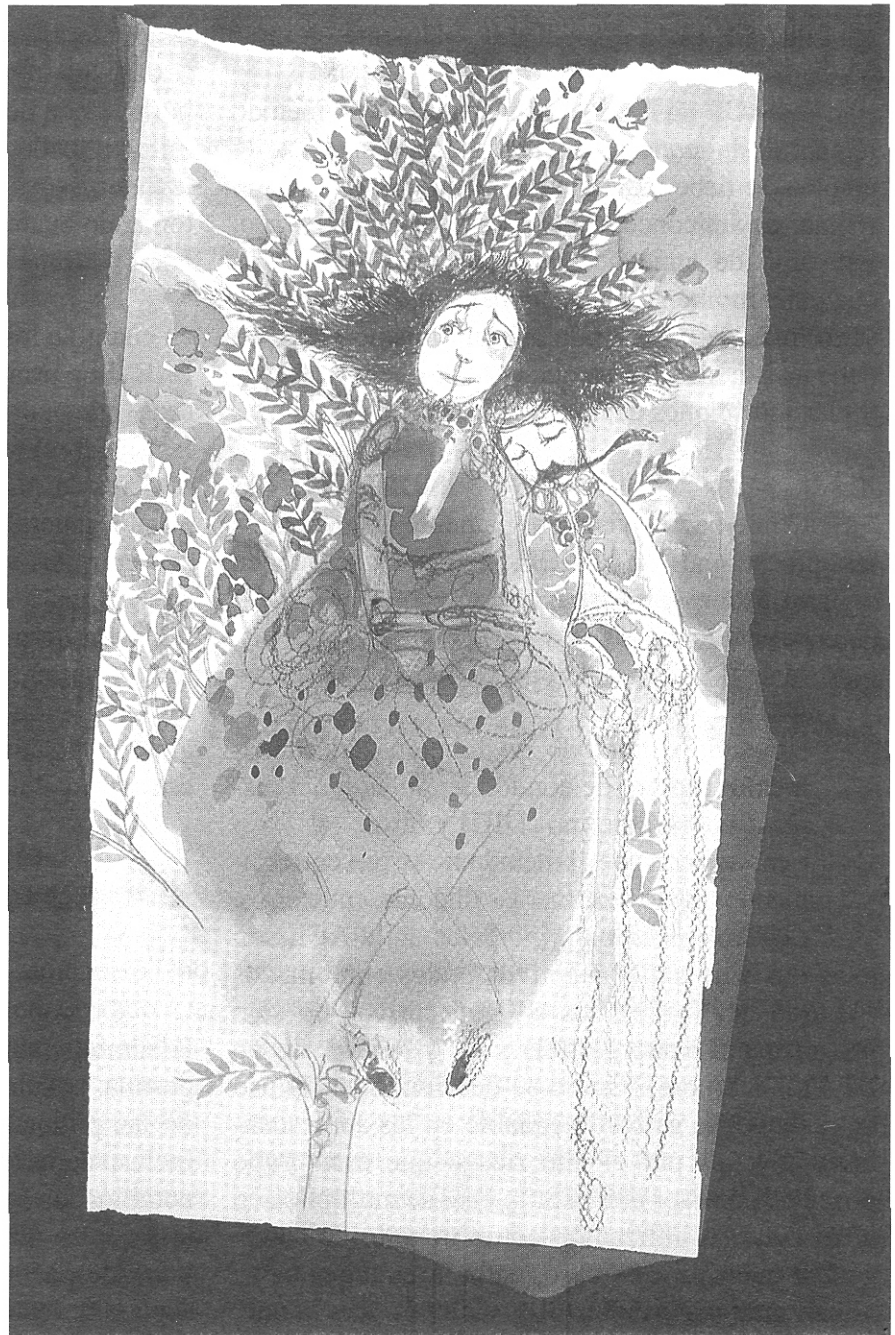
necesidad de que el mismo se inicie lo más temprano posible y nunca posterior a las primeras setenta y dos horas de que haya tenido lugar el coito sin protección. Vale la pena recordar que su uso puede iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual, que no es un método rutinario sino, como su nombre indica, para uso de emergencia, y que no previenen las ITS.

Las PAE, ya sean la de levonorgestrel o las combinadas, son ocho veces más eficaces si se utilizan en las primeras doce horas posteriores al coito no protegido. Se plantea que el retraso en la ingestión de la primera dosis incrementa el riesgo de embarazo en 50 % cada doce horas. Asimismo, se ha comprobado que, en la mayoría de los embarazos prevenidos, el acto sexual ha precedido a la ovulación. Por último, vale aclarar que las PAE no son efectivas si existe un embarazo preestablecido, y que, en ese caso, no alteran su curso, por lo que no se consideran abortivas.

Según una publicación del Grupo Especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la revista *The Lancet* en 1998, cuando se utiliza el método de levonorgestrel como anticoncepción de emergencia durante las primeras setenta y dos horas posteriores a un coito no protegido, se logran prevenir siete de cada ocho posibles embarazos, o sea, 87 % de los embarazos estimados. Esta efectividad es algo menor (75 %) cuando el método utilizado es el de Yuzpe.

MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS PAE

El mecanismo de acción no se conoce muy bien y tal vez se relacione con el momento en que se toman las píldoras durante el ciclo de la mujer.



Se cree que uno de los principales mecanismos está relacionado con un posible efecto inhibitorio de la ovulación, actuando tanto a nivel ovárico como hipotalámico. Además, se ha observado una disminución del transporte de los espermatozoides a través de las trompas de Falopio. Por último, también se ha demostrado que producen cambios y modificaciones tanto a nivel del endometrio como en la calidad del moco cervical, el cual se espesa e impide la penetración de los espermatozoides. Es importante insistir en que las PAE no tienen efecto alguno sobre un embarazo previamente establecido.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA ACE EN LA ADOLESCENCIA?

Hoy día es un hecho de conocimiento generalizado que el inicio de las relaciones sexuales tiene lugar a edades cada vez más tempranas, habitualmente entre los quince y dieciséis años como promedio, aunque evidentemente con diferencias y matices puntuales de acuerdo con las peculiaridades de cada país, religión, cultura y región, sobre todo en lo que respecta a las conocidas diferencias entre el área rural y urbana. Este inicio sexual temprano trae aparejado el hecho de que las/los jóvenes adolecen de la madurez necesaria para prever la ocurrencia de coitos no protegidos y son presa fácil de conductas sexuales de riesgo; en no pocos casos desconocen incluso la existencia de los métodos anticonceptivos o, en el mejor de los casos, no tienen claro cómo utilizarlos adecuadamente. Todo ello incrementa los riesgos de la ocurrencia de coitos no protegidos y favorece la presencia de embarazos no previstos, lo que a su vez explica el hecho de que la cuarta parte de todos los abortos que ocurren cada año en el mundo tengan lugar en mujeres menores de veinte años. Por tanto, el conocimiento y utilización de las PAE por las/los adolescentes constituye una apremiante necesidad de salud.

ACE EN ADOLESCENTES: NUESTRA EXPERIENCIA

Basados en la problemática actual de los adolescentes y nuestro criterio respecto a la importancia de promocionar en ellos el conocimiento y uso de la ACE, iniciamos en el segundo semestre de 1999 un trabajo a lo largo y ancho de nuestro país con vistas a educar a proveedores y adolescentes respecto a las indicaciones y ventajas de la ACE. Igualmente comenzamos en enero del año 2000 una investigación en la cual controlamos las indicaciones y los resultados del uso del método de Yuzpe en las adolescentes que solicitaron el mismo después de una relación no protegida y que

fueron tratadas en nuestro consultorio. Sólo utilizamos el método de Yuzpe, pues es el único que es fácilmente accesible a nuestras adolescentes.

Después de más de cinco años de estudios, hemos encontrado que predominaron las adolescentes con edades entre quince y diecisiete años, seguidas por las que estaban entre dieciocho y diecinueve años; no obstante, tuvimos trece casos con edades entre trece y catorce años. Más de la mitad de las adolescentes tratadas habían terminado estudios secundarios, y una cuarta parte estudios preuniversitarios o técnicos. Nos llamó profundamente la atención que la gran mayoría estudiaba en el momento de la utilización de la ACE, y sólo un porcentaje muy bajo no estudiaba ni trabajaba.

La principal indicación para el uso de la ACE fue la no utilización de los métodos anticonceptivos, seguido por el uso incorrecto del método. Las relaciones sexuales no previstas fue la causa más frecuente esgrimida para el no uso de un método anticonceptivo, en tanto los principales efectos secundarios encontrados, por orden de frecuencia, fueron náuseas, vómitos y fatiga, los cuales, por lo general, desaparecieron durante las primeras veinticuatro horas posteriores al tratamiento. Encontramos una alta efectividad del método de Yuzpe cuando se inició en las primeras cuarenta y ocho horas posteriores a un coito no protegido, descendiendo hasta 50 % cuando se inició entre cuarenta y nueve y setenta y dos horas después. En la actualidad 77 % de las adolescentes son usuarias de un método anticonceptivo permanente, lo cual consideramos como muy positivo.

Estos resultados, aunque limitados por el volumen de la casuística y la utilización solamente del método de Yuzpe, nos alientan a continuar trabajando en la promoción y divulgación del método entre las/los jóvenes, con vistas a lograr una efectiva protección de embarazos no deseados y sobre todo del aborto y sus nefastas secuelas a edades tan tempranas de la vida.

===== BIBLIOGRAFÍA =====

CROXATTO, A. et al. (2001). «Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception». *Contraception*, no. 63, pp. 111-121.

— (2004). «Mecanismo de acción del LNG en la anticoncepción de emergencia». *Rev Chil Obstet Ginecol*, vol. 69, no. 2, pp. 157-162.

HEWITT, G. y B. CROMER (2000). «Update on adolescent contraception». *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 27, no.1, marzo, pp. 143-162.

International Planned Parenthood Federation (I.P.P.F.) (1998). *Pautas médicas y de prestación de servicios en planificación familiar*. Londres.

——— (s.a.). «Incrementando el acceso a la anticoncepción de emergencia». En www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/AE_Acceso.pdf

MADDALENO, M. y E. N. SUÁREZ OJEDA (1995). «Situación social de los adolescentes y jóvenes en América Latina». En *La salud del adolescente y el joven*. Publicación científica de OPS, no. 552. Washington, DC, pp. 71-74.

Organización Mundial de la Salud (1998). «Anticoncepción de emergencia». *The Lancet*, no. 352, pp. 428-433.

PELÁEZ M., J. (2001). «Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes». En *Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas en el nuevo milenio*. Ed. Científico-Técnica, La Habana.

PELÁEZ M., J. y R. W. BLUM (1994). «Abortion among adolescent in Cuba». *Journal of Adolescent Health*, vol. 24, no. 1, pp. 59-62.

PIAGGIO, G. et al. (2003). «Effect of the delay in the administration of LNG for emergency contraception». XVII FIGO Congress, 2-7 noviembre, Chile.

VON HERTZEN, H., G. PIAGGIO y OMS (2002). «Low dose mifepristone and two regimens of LNG for EC: A WHO multicentre randomized trial». *The Lancet*, no. 360, pp. 1 803-1 810.

World Health Organization (s.a.). «Emergency contraception». WHO document (WHO/FRH/FPP/98.19).

YEUNG, W. (2002). «The effects of levonorgestrel on various sperm functions». *Contraception*, vol. 66, no. 6.



Sillones de mimbre 1 (2001)
Técnica mixta sobre cartulina, 100 x 70 cm



La familia se retrata (2001)
Técnica mixta sobre cartulina, 100 x 70 cm