



Utilización de la Anticoncepción de emergencia

(Anticoncepción Hormonal Postcoito)

¿Qué es la Anticoncepción de Emergencia?

La anticoncepción de emergencia se puede usar como respaldo y en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual no protegida, con el propósito de prevenir un embarazo no deseado o no planeado. Para mejorar su eficacia, este método debe utilizarse preferentemente durante las primeras 72 horas después del coito no protegido o cuando se sospeche la falla de un método local, de barrera u otro. Aunque la eficacia disminuye puede ser útil hasta 120 horas después del evento. De acuerdo con la NOM-005-SSA2-1993,¹ de los servicios de planificación familiar, se le conoce como anticoncepción hormonal postcoito.

Las indicaciones de la anticoncepción de emergencia son:

- Es el único método disponible para prevenir un embarazo después de una violación sexual, por

lo cual la NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención² establece que se debe ofertar este método de manera inmediata

- Por falla de anticonceptivos
- Posterior a una relación sexual no protegida

La Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar reconoce como anticoncepción hormonal postcoito únicamente a las combinaciones de estrógenos y progestinas (método de Yuzpe) y la presentación farmacéutica de progestinas solas (levonorgestrel).

La Organización Mundial de la Salud recomienda como primera opción la presentación de levonorgestrel, y recomienda la utilización del método de Yuzpe en caso de que la presentación de progestinas solas no esté disponible.³

Mecanismos de acción de anticoncepción de emergencia:

A nivel folicular

Altera la maduración folicular y disminuye la calidad del folículo produciendo un folículo disfuncional que no será capaz de liberar un óvulo maduro.³ La administración exógena de hormonas similares a las producidas por el ovario, por retroalimentación negativa, suprime la producción de gonadotrofinas hipofisarias: FSH (hormona estimulante del folículo) y LH (hormona luteinizante) que son elementales para el desarrollo folicular adecuado.

A nivel de espermatozoides

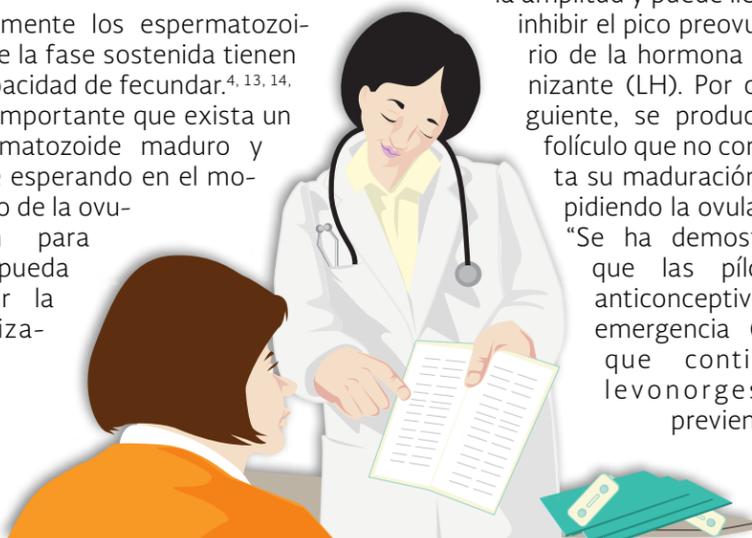
Después de la eyaculación, los espermatozoides requieren de un proceso de preparación que le facilita tener mayor capacidad para fertilizar un óvulo. A este proceso se le conoce como “capacitación espermática”.

La migración de los espermatozoides tiene dos fases:

Fase rápida Llegan los primeros espermatozoides a la trompa, a los pocos minutos del coito.

Fase sostenida es el periodo durante el cual los espermatozoides almacenados en las criptas del cuello uterino migran en sucesivas cohortes hacia las trompas en el curso de varios días.⁴

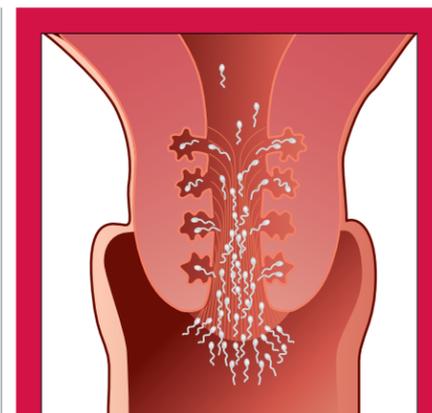
Únicamente los espermatozoides de la fase sostenida tienen la capacidad de fecundar.^{4, 13, 14, 15} Es importante que exista un espermatozoide maduro y viable esperando en el momento de la ovulación para que pueda ocurrir la fertilización.



La AE al igual que los hormonales orales, disminuye la filancia del moco e incrementa el pH, lo que afecta el proceso de capacitación espermática dificultando la migración hacia la cavidad endometrial y el lumen intratubario.^{4,13,14,15} Al disminuir su movilidad, los espermatozoides son más susceptibles a la fagocitosis.

Efecto postovulatorio

Está comprobado que la administración de progesterona en la fase folicular previa a la ovulación, altera la amplitud y puede llegar a inhibir el pico preovulatorio de la hormona luteinizante (LH). Por consiguiente, se produce un folículo que no completa su maduración, impidiendo la ovulación. "Se ha demostrado que las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) que contienen levonorgestrel previenen la



En el epitelio de las trompas continúa el proceso de maduración de los espermatozoides, que se vuelven "hiperactivos". Este proceso también es susceptible de modulación hormonal.

ovulación y no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento interno del útero) o en los niveles de progesterona cuando son administradas después de la ovulación.^{4, 5, 6, 7} Por lo tanto, las PAE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no provocarán un aborto".^{3,4,7}

¿Cuáles son las dosis?

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar las presentaciones farmacéuticas y dosis correspondientes se muestran en el cuadro siguiente:

Presentaciones farmacéuticas	1ª dosis durante las primeras 120 horas después de la relación sexual	2ª dosis máximo 12 horas después de la primera dosis*
Tabletas de 0.75 mg levonorgestrel	1	1
.05 mg EE + 0.25 mg levonorgestrel .05 mg EE + 0.5 mg dl-norgestrel	2	2
.03 mg EE+ 0.15 mg levonorgestrel .03 mg EE+ 0.300 mg dl-norgestrel	4	4



La eficacia del método es mayor con la primera presentación, es decir levonorgestrel solo, dos tomas de 0.75 mg, alcanzando 89%, las combinaciones de estrógenos y progestinas tienen una eficacia menor aunque no despreciable (76%).³

¿Hay contraindicaciones médicas para la Anticoncepción Hormonal Postcoito o de Emergencia (AE)?

No, ninguna. Aún en caso de usuarias con enfermedades con un componente vascular, como la migraña, la angina de pecho, la cardiopatía isquémica, las dosis que se administran son tan pequeñas que no tienen un impacto clínico significativo.¹



Efectos Secundarios

Los efectos secundarios más comunes son náusea, mareo, vómito, cefalea, mastalgia, manchado intermenstrual y variaciones en el siguiente ciclo menstrual dependiendo del día del ciclo en que se administró la dosis.^{5,6,11,12} Estos efectos se presentan más frecuentemente cuando se utiliza el método de Yuzpe.^{14,15} El levonorgestrel solo produce considerablemente menos molestias que las pastillas combinadas, en especial, reducen en un 50% la náusea y el vómito. Si la usuaria presentara vómito en las primeras dos horas después de ingerido el medicamento, debe repetir la dosis. Si se presentara vómito en una segunda ocasión, se recomienda administrar los hormonales por vía vaginal.

Se debe recomendar a la usuaria acudir al médico si:

1. El patrón de sangrado menstrual siguiente es distinto al que normalmente se presenta

2. Hay dolores inusuales o intensos de cabeza o de hipogastrio
3. La menstruación se retrasa más de una semana respecto a la fecha prevista

No se recomienda el empleo rutinario de pastillas de anticoncepción de emergencia, ya que:

- Son menos efectivas que el apearse a un método anticonceptivo de uso regular.
- Puede interferir en el reconocimiento del día del ciclo menstrual.
- No protege contra una infección de transmisión sexual.

Sin embargo, los lineamientos de prescripción de Pastillas de Anticoncepción de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud afirman que, el uso reciente de las píldoras anticonceptivas de emergencia no debe ser una razón para negar a las mujeres el acceso al método, ya que su uso repetido no representa riesgos para la salud.^{5, 6, 11, 12}

Mitos	Realidades ⁸
1. Es teratogénico	No existe evidencia científica que lo demuestre. Los estudios realizados concluyen que la proporción de defectos al nacimiento, entre los recién nacidos de mujeres que ingirieron las pastillas anticonceptivas de emergencia accidentalmente durante el embarazo, no es mayor que en los productos de mujeres que no las tomaron. ⁸
2. Incrementa el riesgo tromboembólico	No existe evidencia de que las pastillas para la anticoncepción de emergencia representen un riesgo para la salud a nivel de eventos tromboembólicos. ⁹
3. No se debe prescribir con enfermedades metabólicas concomitantes	Las ventajas de prevenir un embarazo no planeado o no deseado superan los riesgos de usar la anticoncepción de emergencia. ¹⁰
4. Incrementa el riesgo de cáncer de mama	No se ha demostrado este efecto ni siquiera con la exposición a hormonales orales de mayor dosis y de uso prolongado. ¹⁶
5. Causa desmineralización ósea	No existe evidencia de que las pastillas de anticoncepción de emergencia produzcan desmineralización ósea. ^{10, 17}
6. La AE predispone al embarazo ectópico	No se ha encontrado una incidencia mayor de embarazo ectópico después del uso de la anticoncepción de emergencia. ^{10,17}



Referencias y recursos en Internet:

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.
2. NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.
3. WHO Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2015/apps.who.int/iris/bitstream/10665/172915/1/WHO_RHR_15.07_eng.pdf
4. International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) and International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy? Statement on mechanism of action, March 2012 (http://www.cecinfo.org/custom_content/uploads/2012/12/ICEC_FIGO_MoA_Statement_March_2012.pdf)
5. Durand M, Seppala M, Cravioto M del C, Koistinen H, Koistinen R, Gonzalez-Macedo J, Larrea F. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodeilin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. *Contraception* 2005; 71: 451-457
6. Mittal S. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia: Aspectos prácticos de la BSR (última revisión: 1 de noviembre de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
7. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. G. Noé, H.B. Croxatto, A.M. Salvatierra, V. Reyes, C. Villarroel, C. Muñoz, G. Morales, A. Retamales. *Contraception* 84:486-492, 2011.
8. Phillips, O, Simpson, J, The Global library of women's medicine, Anticoncepción y Malformaciones Congénitas. (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843 / GLOWM.10398.
9. Stegeman BHL, De Bastos M, Rosendoal FR et al; Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis *BMJ*. 2013 Sep 12:347.
10. Gallo MF, López ML, Grimes DA et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014 Jan 29:1.
11. Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Duran-Sanchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodriguez A, Schiavon R, Larrea F. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64(4):227-234. 3.
12. UNDP Programa de Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas . United Nations Development Programme/United Nations Population Fund/World Health Organization/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy and side effects of immediate postcoital levonorgestrel used repeatedly for contraception. *Contraception* 2000;61(5):303-8.
13. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C, Ortiz ME, Vantman D, Vega M, von Hertzen H. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001; 63: 111-121.
14. Croxatto HB, Ortiz ME, Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2): 157-162 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262004000200011&script=sci_arttext
15. UNFPA y Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. AOE (anticoncepción oral de emergencia). Una mirada científica. Lima, Perú, 2006. <http://www.clae.info/downloads/Publicaciones/SPOGAOEMiradaCientifica.pdf>
16. Freund R, Kelsberg G, Safranek S, Q/Do oral contraceptives put woman with a family history of breast cancer at increased risk? *Journal of Family Practice*, 63 (9) 2014:540,549.
17. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es>. Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N°244. Febrero de 2016.