Anticoncepción de emergencia

– un conocimiento necesario ***para todos los médicos*** –

Dra. Stephanie Viroga

Especialista en Ginecotocología, Farmacología y Terapéutica.
Profesora Adjunta de Clínica Ginecotocológica A.
Profesora Adjunta del Departamento de Farmacología y Terapéutica.
Posgrado en Endocrinología Ginecológica.
Universidad de la República.
Montevideo, Uruguay.

Anticoncepción como politica de salud

La anticoncepción ha cambiado a la humanidad, permitiendo a las mujeres planificar sus vidas y empoderarse en la decisión de la maternidad. La OMS considera esencial la anticoncepción para el desarrollo de la salud y las comunidades.

La ***anticoncepción de emergencia*** se define como *el uso de medicamentos o la inserción de un dispositivo intrauterino para prevenir un embarazo no deseado luego de una relación sexual no protegida en el período fértil del ciclo de la mujer.*

La anticoncepción de emergencia es un pilar fundamental para ***la prevención de un embarazo no deseado frente a una relación sexual sin protección o una falla u olvido en una anticoncepción habitual***.

Debemos considerar a la anticoncepción de emergencia como una ***política de salud***, destacando la importancia de informar a las mujeres de los distintos métodos y su efectividad, empoderándolas para que conozcan y soliciten el método más adecuado.

• *Efectividad*

La ***efectividad*** de la anticoncepción de emergencia depende directamente de la proximidad al evento con que se realice, por lo tanto es necesario que ***no sólo los ginecólogos, sino todos los médicos*** conozcan las opciones anticonceptivas para poder asistir y orientar a las pacientes a la brevedad posible.

E-mail: stephyviroga@gmail.com

El objetivo de los diferentes métodos utilizados es prevenir o retrasar la ovulación y, en caso de que la ovulación ocurra, que el endometrio sea no receptivo. Por lo tanto son métodos efectivos ***siempre que no se haya dado la implantación***, ya que una vez ocurrida la implantación estos métodos no tienen beneficio. Los métodos de anticoncepción de emergencia no son medidas que finalicen un embarazo ya implantado.

• *Valoración de la paciente*

Para la selección del método anticonceptivo, lo primero es valorar adecuadamente a la paciente que nos plantea la anticoncepción de emergencia. Debe analizarse en este sentido:

- la relación ***temporal*** de la relación sexual sin protección, con el ciclo menstrual de la paciente,
- si se trata de una ***falla*** de un método anticonceptivo habitual (*por ejemplo de cuántas pastillas fue el olvido*)
- qué otros medicamentos recibe la paciente que pudieran afectar la eficacia de la contracepción.

Debemos considerar además los criterios de elegibilidad de la OMS para la selección del método.

Métodos anticonceptivos de emergencia

Dentro de los métodos más utilizados se encuentra la toma oral de compuestos hormonales y la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre.

• *Compuestos hormonales orales*

Entre los primeros métodos conocidos se encuentra el método "*Yuzpe*", que implica la toma de 50 mcg de etinilestradiol y 250 mcg de levonorgestrel en las primeras 72 horas luego de la relación sexual sin protección y esto se repite 12 horas más tarde.

De no encontrarse disponibles estas presentaciones pueden utilizarse 4 comprimidos con 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel, repitiendo nuevamente estos 4 comprimidos a las 12 horas de la primera toma.

Posteriormente se ha planteado el uso exclusivo de levonorgestrel de 1,5 mg monodosis, siendo actualmente el más utilizado dado su mayor disponibilidad y facilidad en la toma.

• *Dispositivos intrauterinos*

También dentro de los primeros métodos utilizados en anticoncepción de emergencia fue la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre. Cabe destacar que se trata de un método efectivo, pero para su aplicación es necesario contar con un médico que esté formado en su colocación.

El cobre ***inhibe la fertilización*** dado su efecto tóxico sobre el óvulo y espermatozoide. En caso de que la fertilización ocurra, esto también evita la implantación.

Su efectividad para evitar finalmente la implantación es ***hasta los 5 días luego de la relación sexual sin protección***.

Este método no es muy utilizado en Uruguay, pero sería necesario difundir e instruir sobre su uso, sabiendo además que todas las instituciones asistenciales cuentan con un ginecólogo de guardia, con capacidad técnica para su colocación.

• *Acetato de ulipristal*

En los últimos años en las guías clínicas se ha agregado otro método anticonceptivo de emergencia: el uso de acetato de ulipristal, un modulador de los receptores de progesterona que se administra por vía oral.

Esta indicación es un uso aprobado para este medicamento a nivel internacional, siendo lo recomendado en caso de anticoncepción de emergencia acetato de ulipristal en monodosis de 30 mg.

En Uruguay se cuenta con este medicamento, si bien el uso actual es sobre todo para el tratamiento de los sangrados uterinos anormales por miomatosis.

Cabe recordar que esta indicación en sangrados ha sido restringida en muchos países, dados los efectos adversos con el uso crónico de este medicamento. Sin embargo, estos efectos adversos no se ven con la monodosis, por lo que deberíamos considerar este medicamento disponible en Uruguay como una buena opción

Factores a considerar en la elección del método

Además de conocer con qué métodos contamos, debemos tener en cuenta otros factores, como el uso de otros medicamentos que pudieran afectar la efectividad anticonceptiva de los compuestos hormonales.

Como ejemplo, el uso de fármacos inductores enzimáticos -como algunos antirretrovirales- disminuye la efectividad de levonorgestrel así como de ulipristal.

En el caso de ulipristal también debería evitarse su uso en situaciones con un ph gástrico aumentado, como puede ser el de pacientes tratadas con antihistamínicos o inhibidores de la bomba de protones.

Debemos también informar a la paciente de los efectos adversos esperables de estos tratamientos y educar respecto a que debe realizar frente a los mismos. Por ejemplo, en caso de ***vómitos*** en las primeras 2-3 horas posteriores a la ingesta de un compuesto hormonal deberá consultar para valorar la necesidad de repetir la toma o incluso optar por la colocación de un dispositivo intrauterino.

Otro efecto adverso que debemos informar es que frente a la toma de los compuestos hormonales puede haber ***alteraciones del ciclo menstrual***, que se bien son esperados, no deben menospreciarse y frente a un retraso menstrual se debe descartar de todos modos un embarazo, luego de transcurridas 3 semanas desde la relación sexual sin protección.

La consulta por anticoncepción de emergencia aún no termina allí.

Debemos tomarnos el tiempo necesario para conversar con la paciente sobre cómo continuará su anticoncepción.

Por ejemplo, debemos asesorar frente a una nueva relación sexual de riesgo si se puede o no repetir la anticoncepción de emergencia.

La mayoría de las guías establecen que en el caso de ***levonorgestrel*** podría repetirse en el mismo ciclo, pero no ***ulipristal***.

Más allá de la anticoncepción de emergencia, debemos instruir y empoderar a la mujer a ***elegir un método anticonceptivo de forma habitua***l para evitar estas situaciones de emergencia.

Conclusiones

La consulta por anticoncepción siempre debe ser considerada una urgencia.

No debe olvidarse que frente a una relación sexual sin protección no sólo debemos instaurar medidas para un embarazo no deseado, sino también valorar la posibilidad de infecciones de transmisión sexual y actuar en consecuencia.

La paciente debe conocer al retirarse de este tipo de consultas los pasos institucionales a seguir en caso de fracaso de la anticoncepción de emergencia y el hecho de un eventual embarazo no deseado, para concurrir oportunamente a consultar con los equipos de interrupción voluntaria del embarazo, si así lo desea.

Todo médico y sistema de atención, tanto de primer nivel como urgencias, debe estar preparado y capacitado para informar y asesorar a estas pacientes, ofreciéndoles los métodos anticonceptivos de emergencia disponibles.

En caso que esto no sea posible, deben existir los mecanismos para que la paciente sea derivada en forma oportuna a un profesional que pueda asesorarla e indicar las medidas necesarias.

Aprobado para publicación: 07/12/2020

Bibliografía

1. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Emergency Contraception. (August 2011, updated January 2012). http://www.fsrh.org/pdfs/ CEU guidance Emergency Contraception11.pdf.
2. Munuce MJ, Gómez-Elías MD, Caille AM, Bahamondes L, Cuasnicú PS, Cohen DJ. Mechanisms involved in the contraceptive effects of ulipristal acetate. Reproduction. 2020;159(3):R139-R149.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Emergency contraception. Pediatrics. 2005 ;116(4):1026-35.
4. Li HWR, Resche-Rigon M, Bagchi IC, Gemzell-Danielsson K, Glasier A. Does ulipristal acetate emergency contraception (ella®) interfere with implantation? Contraception. 2019 ;100(5):386-390.
5. Mozzanega B, Nardelli GB. UPA and LNG in emergency contraception: the information by EMA and the scientific evidences indicate a prevalent anti-implantation effect. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019 ;24(1):4-10.