

La anticoncepción hormonal de emergencia: mitos y realidades

EMERGENCY HORMONAL CONTRACEPTION: MYTHS AND REALITIES

Pág. 2-5

Dr. Alejandro A. Marín Mora¹

1 Médico, Máster en Bioderecho por la Universidad de Murcia, España
Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica

Recibido: 10/11/19

Aprobado: 20/11/19

Resumen:

La anticoncepción hormonal de emergencia ha sido objeto de debate por lo mitos que han surgido en torno a su uso, sin embargo, existe evidencia científica basada en diversas investigaciones biomédicas que demuestran que los dos principales mitos: que se trata de un “tratamiento abortivo” y que su uso en la población aumenta las infecciones de transmisión sexual, son falsos. Palabras clave: aborto, anticoncepción hormonal de emergencia, infecciones de transmisión sexual.

Dentro de la denominada anticoncepción hormonal de emergencia podemos encontrar distintos métodos farmacológicos que se han utilizado a lo largo del tiempo; al inicio se utilizaron altas dosis de un estrógeno¹; posteriormente el uso del estrógeno fue reemplazado por dosis altas de anticonceptivos orales combinados, conteniendo etinil-estradiol y levonorgestrel, conocido hoy como régimen de Yuzpe. También pueden señalarse los fármacos acetato de ulipristal, la mifepristone¹, y debe agregarse el levonogestrel de 1,5 mg de una toma.

No obstante, se hará referencia únicamente al denominado método Yuzpe y a la anticoncepción con Levonorgestrel en unidosis. Estos métodos consisten en el uso de una dosis hormonal dentro de los 3 días posteriores a una relación coital no

protegida o en casos de violencia sexual, o bien cuando existe evidencia de falló del método de planificación regular, para prevenir un embarazo no planificado. A diferencia de otros métodos anticonceptivos de uso regular, la anticoncepción oral hormonal de emergencia debe utilizarse como su nombre lo indica únicamente como “método de emergencia”. Sí bien estos métodos son conocidos como “la píldora del día después”, debe señalarse, que dicho término no es apropiado, ya que este tratamiento debe ser iniciado lo antes posible, inmediatamente luego del coito no protegido y hasta 72 horas después de este, dado a que como se conoce bien la tasa de efectividad disminuye proporcionalmente conforme de retrasa el uso, allí la importancia de no crear barreras en el acceso al medicamento. Cierta literatura cataloga la eficacia de la siguiente manera: en las primeras 24 h la eficacia es del 95 %, de 24 a 48 h 85 %, y de 48 a 72 h 58 %².

La OMS recomienda uno de los fármacos siguientes para la anticoncepción de urgencia³:

- Píldoras anticonceptivas de urgencia de acetato de ulipristal (AU), tomadas en una dosis única de 30 mg;
- Píldoras anticonceptivas de urgencia de levonorgestrel (LNG) en una dosis única de 1,5 mg, o bien dos dosis de levonorgestrel de 0,75 mg separadas por 12 horas.
- Píldoras AOC, divididas en dos tomas: una



toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,5 mg de LNG, seguida de una segunda toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG 12 horas después (método Yuzpe).

Este método si bien es utilizado desde la década de los sesenta, no fue sino hasta en 1999 cuando el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Medicamentos Esenciales incorporó ambos métodos (Yuzpe4 y Gestágeno solo) en la lista de Drogas Esenciales⁵.

La anticoncepción hormonal de emergencia está aprobada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)⁶, y las agencias reguladoras de Europa, Norte América y muchas de las de Asia y de América Latina. Está disponible en España, Italia, Austria, Brasil, formando parte, en muchos de ellos, de los programas de salud reproductiva; siendo de venta libre en países como Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Israel, Marruecos, Noruega, Portugal, Sudáfrica, Suecia, Reino Unido, Alemania y en Nicaragua entre otros.

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)⁷ y la OMS, el mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia⁸ radica en tres procesos esencialmente, el aumento del pH del fluido uterino (inmovilización de espermatozoides), el aumento de la viscosidad de moco cervical, provocando una disminución del número de espermatozoides en cavidad uterina y el mecanismo principal supresión y/o postergación del pico de Hormona Luteinizante causando una inhibición del desarrollo folicular, la maduración y expulsión del óvulo por parte del ovario⁹⁻¹⁰.

La bibliografía consultada¹¹ no demuestra interferencia en la implantación o alteración del endometrio. Asimismo, no existen restricciones para la elegibilidad médica de las usuarias

de píldoras anticonceptivas hormonales de emergencia. Por lo anterior múltiples países desarrollados con autoridades regulatorias de referencia, han autorizado la comercialización de este producto farmacéutico en categoría de libre venta al consumidor. En Costa Rica para su dispensación únicamente es requerido el consejo farmacéutico en la farmacia de comunidad, tal como lo establece el Decreto Ejecutivo N0 41.722 denominado “Dispensación de los anticonceptivos orales de emergencia”, que se encuentra vigente y que responde de manera certera al mercado y farmacoepidemiología nacional.

Si bien no protege contra las infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y no ofrece protección continua contra el embarazo, la anticoncepción oral hormonal de emergencia ha demostrado seguridad documentada, además reduce el riesgo de embarazos no deseados así como abortos y sus efectos secundarios son de corta duración. Por lo anterior resulta de vital importancia la educación en sexualidad y afectividad que se brinde en espacios educativos a la población.

Descartando así que la anticoncepción hormonal de emergencia tenga efectos abortivos, el siguiente mito versa en que el uso dentro de este medicamento en una sociedad puede provocar aumento en las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Distintos autores descartan esa premisa, al señalar “El aumento del acceso a los productos de provisión de anticoncepción hormonal de emergencia para jóvenes no correspondió a aumentos en el comportamiento sexual de riesgo”¹².



En torno a esta idea, al ser la sexualidad y su expresión tan diversa y dependiente de tantos factores socio-económicas, culturales, familiares, personales, entre otros muchos, y estar vinculada a procesos y campañas de educación, en fin, su análisis y estudio se torna complejo para los investigadores, por lo que el comportamiento en sexualidad y el aumento de las infecciones de transmisión sexual no puede atribuirse al uso de la anticoncepción hormonal de emergencia.

Un artículo publicado en JAMA explica lo siguiente:

“el impacto en la salud pública puede ser insignificante debido a las altas tasas de relaciones sexuales sin protección y la subutilización relativa del método. Dado que existe evidencia clara de que ni el acceso a la farmacia ni la provisión anticipada comprometen el comportamiento sexual o anticonceptivo, no parece razonable restringir el acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia”¹³.

Por lo tanto, puede observarse como el acceso sin receta o que sea exclusivo su despacho en una clínica médica no inciden en patrones de comportamiento sexual, tasas de embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Además, debe señalarse que los anticonceptivos hormonales protegen, sobre todo, de las infecciones genitales bacterianas, y que su uso por más de 1 año está asociado con un descenso de un 50% de la incidencia de salpingitis aguda¹⁷. Esto puede deberse al mecanismo de espesamiento del moco cervical, la disminución de la dilatación cervical, del flujo menstrual, y del espesor endometrial.



Bibliografía citada

1. Creinin MD, Fox MC, Teal S. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstet Gynecol.* 2007;103:851-9.
2. Gemzell-Danielsson K 1, Berger C. Emergency contraception-mechanisms of action. *Contraception.* 2013;87:300-8.
3. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
4. Yuzpe, A. Lance WJ. Ethinylestradiol and dlnorgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977; 28:932-6.
5. World Health Organization (Organización Mundial de la Salud). Emergency Contraception: a guide for service delivery. WHO/FRH7FPP798.19, Geneva, 1998.
6. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. *Boletín Médico IPPF Med Bull.* 2004; 38 (1):1-2.
7. FIGO. Emergency Contraceptive Pills Medical and Service Delivery Guidelines. International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). 3rd Edition. 2012.
8. World Health Organization (WHO, 1998b). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998, 352:428-33.
9. Alvarez F et al. Efecto del regimen Yuzpe en la fase folicular en la funcion ovarica. *CLAE*, 2002.
10. Groxatto y col. Mecanismo de acción del LNG en la anticoncepción de emergencia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2): 157- 162
11. Taskin O, Brown RW, Young DC, Poindexter AN, Wiehle RD. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial $\alpha 1$ and $\alpha \beta 3$ integrins in the late implantation window. *Fertil Steril* 1994;61:850-855.
12. Gonsalves L, Hindin MJ. Pharmacy provision of sexual and reproductive health commodities to young people: a systematic literature review and synthesis of the evidence. *Contraception.* 2017 Apr; 95(4):339-363.
13. Raine TR. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005 Jan 5;293(1):54-62.
14. OMS. Control de ETS y atención primaria de salud para las mujeres: experiencia y desafíos. *Out Look.* 1998;15(2).
15. Henry K. ¿Protegerán contra las ITS los diafragmas? *Network en español.* 2003;22(4):1-4.
16. Colectivo de autores. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. En: Colectivo de autores. Tratamiento de infecciones de transmisión sexual. San José: Ed. Caja Costarricense de Seguro Social; 2005:4-18.
17. Quentin R, Lansac J. Enfermedad inflamatoria pélvica. *Tratamiento médico. Europ J Obstet Gynecol Reproduct Biol.* 2000;92:189-92.

Bibliografía consultada

Protocolos para la Atención a Víctimas de Delitos Sexuales y Derivados de la Violencia Doméstica. Disponibles en: <https://ministeriopublico.poderjudicial.go.cr/index.php/es/biblioteca-digital/protocolos-para-la-atencion-a-victimas-de-delitos-sexuales-y-derivados-de-la-violencia-domestica>

Decreto Ejecutivo N0 41.722 denominado "Dispensación de los anticonceptivos orales de emergencia". Costa Rica.

