

- Cost-Effectiveness of three methods of Emergency Contraception. *Am J of Public Health* 1997; 87: 932-37.
17. Glasier A: Emergency contraception. *N Engl J Med* 1997; 337: 1058-64.
 18. Bromham DR, Oloto EJ: Tratando de prevenir el aborto. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 81-87.
 19. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonogestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
 20. World Health Organisation. Emergency Contraception, Geneva 1998.
 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Octubre 1998.
 22. Reed B, Francis C, Blencowe P, Lamb V et al: Access to Family Planning Clinics: a local experience. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999; 4: 49-53.

T023

INTERCEPCION – CONTRACEPCION POSTCOITAL*L. Cabero y A. Pérez*

La medicina ha ido avanzando a medida que han ido surgiendo nuevas necesidades. La sociedad actual precisaba de un nuevo método para evitar el embarazo no deseado en un momento determinado, creándose así los nuevos métodos postcoitales, existiendo una variedad de los mismos (píldora del minuto después o de la mañana siguiente, semanal...). Gracias a ellos, la tasa de abortos provocados ha experimentado una gran reducción.

Los primeros trabajos sobre intercepción en animales datan de mediados de los sesenta (Morris, 1963). Fueron estudiados posteriormente por Kuchera en 1971. Se han estudiado los distintos momentos (son más activos cuanto más precozmente se toman, entre las 24-48 horas después del coito desprotegido) y factores que intervienen en la fecundación e implantación (capacitación y migración de los espermatozoides, transporte tubárico, fertilización, función luteínica, implantación y viabilidad embrionaria). Hoy en día, también existen preparados para evitar el carácter postcoital, la píldora precoital.

Se define como intercepción a la prevención de la anidación de un óvulo eventualmente fecundado (blastocisto). La probabilidad de embarazo para una mujer que ha tenido una relación desprotegida, varía entre el 20 y 42% a mitad del ciclo, mientras que en cualquier otro momento del ciclo, oscila por el 5%.

En la práctica clínica la intercepción es sinónimo de contracepción postcoital. Se distinguen dos tipos: la precoz y la tardía. La forma precoz se corresponde con la

intercepción; en cambio la contracepción tardía no tiene otra finalidad que la inducción de un sangrado y que produce la eliminación del embrión anidado.

Está indicado utilizar la intercepción en los casos de coitos no protegidos, o de fallo percibido del anticonceptivo de uso habitual. Otras situaciones podrían ser: las violaciones, las relaciones bajo la influencia de drogas, el incesto, el uso de teratógenos y en deficiencias mentales.

MECANISMOS DE ACCION

La intercepción se logra a través de dos mecanismos: la acción tubárica y la acción endometrial. A nivel tubárico, la administración de elevadas dosis de estrógenos potencia la "contracción ístmica", impide el tránsito tubárico y el embrión degenera en la trompa. Los estrógenos también aumentan el tono -adrenérgico e incrementa el contenido muscular en PGF2, lo que favorece la contracción de la capa muscular. A veces puede restar la nidación en algún repliegue tubárico, siendo 10 veces mayor el riesgo de embarazo ectópico en la pacientes sujetas a intercepción que en la población general. La administración de progestágenos, por el contrario, acelera el transporte tubárico, dilata la unión istmo-ampular y el embrión se halla demasiado temprano en la cavidad endometrial para implantarse.

La administración conjunta de estro-progestágenos (danazol, antiporogesterónicos, DIU de cobre...) altera también la fisiología tubárica, siendo una de las formas alternativas.

A nivel endometrial, los métodos de intercepción crean una alteración en el medio endocrino (disminución de receptores esteroideos y alteración de la enzima isocitrato deshidrogenasa endometrial o reacción antinidatoria), produciendo alteraciones endometriales que imposibilitan la correcta anidación.

TIPOS DE INTERCEPCION

CONTINUADA

Se utilizan dosis variables de gestágenos, levonorgestrel, acetato de quingestanol o noretindrona. Su eficacia es menor que la de los estrógenos. Presenta como efectos secundarios molestias gastrointestinales, cefaleas, nerviosismo, dolor abdominal. Puede ocasionar en un 15% alteraciones menstruales.

DE URGENCIA

Los métodos para evitar una implantación de un óvulo fecundado, pueden ser:

ESTROGENOS SOLO A ALTAS DOSIS

Tras los estudios de Morris en 1969, se utilizó un estrógeno sintético: el dietil estilbestrol, a dosis de 55 o 75µg durante tres o cinco días en inyectable, tras el coito. Dejó de utilizarse tras los estudios que demostraban su teratogenicidad por

Shapiro. Posteriormente se utilizó el etinil-estradiol a dosis de 2 a 5 mg/vo durante 5 días.

El mecanismo de acción es la de una rápida proliferación endometrial, que impide la anidación, y la acción luteínica de los estrógenos daría lugar a un aborto precoz. La tasa de fallos oscila entre un 0.6- 1%. Uno de los principales inconvenientes de este método son la presencia frecuente (30-50%) de efectos secundarios gastrointestinales, cefaleas, tensión mamaria, retención de líquidos...El uso de dietilestibestrol origina la aparición de adenocarcinoma de células claras de vagina en hijas de mujeres que tomaron altas dosis de este tipo de estrógenos.

ESTROGENOS A BAJA DOSIS MAS PROGESTAGENOS

El método más usado es el de Yuzpe, que consiste en dos comprimidos de 50µg de etinil estradiol y otros 500µg de levonorgestrel, dentro de las primeras 48 horas y posteriormente dos comprimidos más a las 12 horas (dosis total: 2 mg LNG y 200 mcg de EE). La tasa de fallos oscila por el 1% y los efectos secundarios son mucho menores que con la anterior pauta.

Otra pauta, en la que también se utilizan los anteriores preparados, es la de Dexeus, en la que se cambian las dosis: 100µg de etinil estradiol y otros 100µg de levonorgestrel, dentro de las primeras 72 horas y posteriormente dos comprimidos más a las 12 horas.

PROGESTERONA SOLA

La forma de administración de la progesterona como dosis única, es la vía intramuscular, antes de las 12 horas que le siguen al coito

ANTAGONISTAS DE LA PROGESTERONA

Mifepristona (RU 486). En 1982 aparecieron los primeros trabajos de Herrmann acerca del RU-486, con la esperanza de llegar a disponer algún día de la píldora del mes se consiguió este preparado. En 1982 aparecieron los primeros trabajos de Herrmann acerca del RU-486. Presenta propiedades antiprogesterónicas. Se le ha denominado también como píldora de *contragestión*, por ser capaz de provocar un aborto precoz. Se toma en una amenorrea no superior a los diez primeros días de la falta de la menstruación. Las dosis son de 400-600 mg durante dos a cuatro días. A los cuatro días de la ingesta de la píldora aparece una privación indolora. Antes de las seis semanas, 200 mg al día durante cuatro días producen un aborto en el 100% de los casos. Entre la sexta y la novena semana, a igual dosis, se produce un aborto en el 50% de los casos, continuando el embarazo en el otro 50% de los casos. Según los datos del 8 de Marzo de 1990 publicados en el New England Journal of Medicine, como método abortivo tiene una eficacia del 96% en sus primeras fases. También se conocen efectos secundarios, como una hemorragia inten-

sa, dolor por las contracciones, náuseas, anemia... Los efectos antiglucocorticoides son relativamente poco importantes, porque su administración es muy corta. Por otro lado podría alterar los mecanismos inmunológicos. Desafortunadamente, los resultados obtenidos no han estado a la altura de las esperanzas, y el RU-486 se utiliza actualmente en asociación con prostaglandinas como método de interrupción voluntaria del embarazo.

Están surgiendo nuevos fármacos antiprogesterónicos o implantatorios como el anordin (2 -17 dietinil-A-Nor-5 androstina-2 -1-7 betadioldipropionato), el SIPPR 113, la gestrinona y el ORF 9 731.

DANAZOL

La administración de una dosis total de 800-1200 mg distribuidos en dos tomas separados 12 horas. La seguridad del método se sitúa por el 2% de embarazos.

DIU POSTCOITAL

Desde los trabajos de Lippes, se conoce la eficacia del DIU en la intercepción, alterando la implantación y la ulterior anidación. Es un buen método, ya que presenta una seguridad del 0.1% en la tasa de embarazos, y puede continuarse con el método si se desea utilizar un método anticonceptivo. Hay que destacar la posibilidad de enfermedades infecciosas tras su aplicación.

ANALOGOS DE LA GnRH

En 1982, Yen, Sheenan y Casper trabajaron con triptorelina. En 1983, Lemay ha realizado trabajos con buserelina vía nasal a dosis de 300 mcg cada 12 horas. Sin embargo, su seguridad está lejos de los obtenidos con los métodos descritos anteriormente.

VALORACION DE LA PACIENTE

Una paciente que solita una intercepción deberá ser evaluada, para estimar el mejor método según sus condiciones de salud.

Es necesario la práctica de una anamnesis, que porporcionará datos y hechos imprescindibles para la decisión del método, como: la fecha de la última menstruación, el tipo menstrual, descartar otros coitos no protegidos en días próximos al de la consulta, tiempo transcurrido desde el coito, método anticonceptivo utilizado ese ciclo por la mujer o pareja, medicaciones coexistentes y patología médica de importancia.

Constituyen una contraindicación absoluta para la intercepción la sospecha de embarazo y la existencia de otros coitos no protegidos en el mismo ciclo, ya que no puede garantizarse la implantación sobrepasadas las primeras 72 horas de margen de acción terapéutica.

No se recomienda la intercepción como anticonceptivo de uso habitual. Su uso provocaría alteraciones en el ciclo menstrual y al final, la suma de dosis sería la parecida a la de la toma de anticonceptivos hormonales de dosis media.

DEFENSA DEL SI

Las razones por las que defendemos el SI se basan en tres pilares:

- a) La Eficacia
- b) La Efectividad
- c) La Eficiencia

La eficacia porque vistos los resultados presentados es una metodología que aporta una solución a un problema, y con un nivel más que aceptable. La efectividad dado por el hecho de que su práctica puede realizarse sin demasiados problemas, de manera que no requiere una metodología sofisticada, lo cuál la hace extremadamente accesible a la potencial usuaria. Y por último, eficiente, dado que cuando se analizan los costes, mirando el resultado, especialmente cuando se incluyen en el análisis los derivados de lo que se pretende evitar (embarazo no deseado), se trata de una metodología altamente eficiente. Por lo tanto, la intercepción postcoital, utilizando medicamentos, debe prodigarse y facilitarse de manera que cualquier mujer pueda acceder a la misma, dentro de su sistema sanitario, y sin reservas excepto las estrictamente médicas.

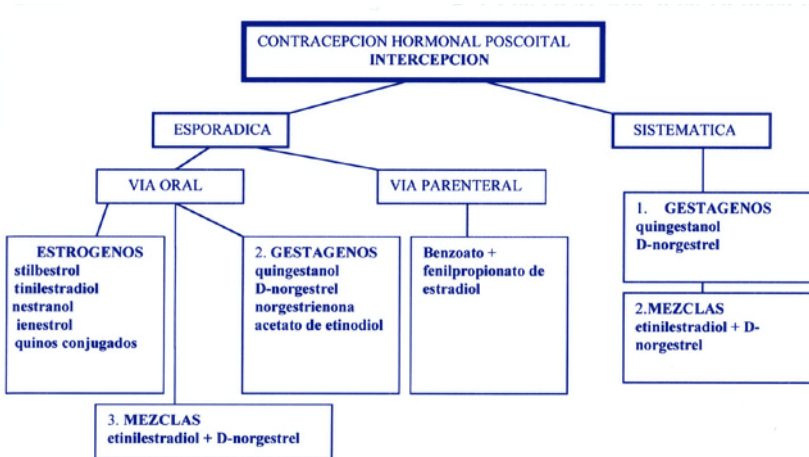


Tabla I. DIFERENTES METODOS DE INTERCEPCION

Método	Posología	Plazo de Administ.	Tasa de embarazos	Ventajas	Inconvenientes
Estrógenos a alta dosis	DES 50mg/24h EE 5mg/24h EC 30mg/24h Durante 5 días	72h	0,6%-1,1%	Gran Eficacia	Mala tolerancia Náuseas,vómitos -Meno-Metrorrag
Progestágenos	LNG 0,75 Unica toma	12h	1%	Unidosis de gran interés si existe contraind. A los estrógenos	Mala tolerancia -Metrorragias Plazo de administ sólo12h postcoito
Estroprogestágenos Método de Yuzpe	LNG 1mg EE 100mcg Una toma con esta dosis y repetir 12h	72h	1.8%	Eficaz Simple Corto Mejor tolerancia que estrógenos a alta dosis y progestágenos	Mala tolerancia -Náuseas,vómitos Mayor tasa embarazo
Donazol	400mgr-600 mgr Una toma con esta dosis repetir 12h	72h	2%	Eficaz Simple Corto Mejor tolerancia digestiva	Método Similar de Yuzpe
DIU	Preferible con Cu	6-7 días	0,1%	Máxima eficacia Permite continuar la contracepción	Riesgo Infección nulióparas dolor a la inserción postovulatorio

Tabla II. RESUMEN DE LA EFICACIA CONTRACEPTIVA DE DIFERENTES TECNICAS DE INTERCEPCION. REVISION BIBLIOGRAFICA (3)

	Nº pacientes	Nº embarazos	Tasa de embar.
EE de altas dosis	3.168	19	0,6
Otros estrógenos alta dosis	975	11	1,1
Estroprogestativos Método de Yuzpe	3.802	69	1,8
Danazol	998	20	2.0
DIU	879	1	0,1