

Instituto Superior de Ciencias Médicas

Anticoncepción de emergencia

Dra. Farah Ricardo Saint-Félix,¹ Dra. Cecilia Melián Savignón,² Dr. Onel Valón Rodríguez,³ Dra. Silvia Reinoso Ortega⁴ y Al. Eglis Esteban García Alcolea⁵

La anticoncepción surge por la necesidad del hombre de espaciar la reproducción. Sin embargo, la anticoncepción no fue considerada como una necesidad para la humanidad hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue lejano a cero y la migración ya no pudo aliviar los excesos en el crecimiento poblacional mediante la ocupación de amplias tierras inhabitadas.¹ El uso de la anticoncepción desde la antigüedad, nos demuestra que la sociedad, independientemente de su punto de vista, ha comprendido la necesidad de utilizar estas técnicas. Su evolución, que en primera instancia estuvo más influida por las costumbres y las creencias, permite que hoy contemos con una vasta gama de anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos. Durante los últimos 30 años, se han desarrollado una serie de métodos que se consideran seguros y eficaces. Estas opciones son predominantemente variaciones de las formulaciones de anticonceptivos orales y dentro de estas se encuentran las denominadas “píldoras de la mañana siguiente”. Sin embargo, un mejor nombre es “anticonceptivos de emergencia”. Según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anticoncepción de emergencia (AE) es un método de prevención de embarazos que funciona dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber mantenido una relación sexual sin protección.^{1, 2} No se considera un método de planificación familiar, su uso se reserva solo para situaciones de emergencia.²⁻⁵

Básicamente hay dos tipos de anticoncepción de emergencia:

- Tabletas de anticonceptivos orales:
 - Combinados(etinilestradiol y levonorgestrel)
 - Levonorgestrel solo
- Dispositivo intrauterino liberador de cobre (DIU)(3)

Las raíces de la anticoncepción de emergencia moderna se remontan a los años 20. Los veterinarios fueron los primeros en aplicar los frutos de este hallazgo y comenzaron a usar estrógenos en perros y caballos que se habían apareado cuando el dueño no quería que lo hicieran. No obstante a los informes que circulaban sobre el uso clínico de estrógeno poscoito en seres humanos en la década de los años 40, el primer caso documentado no se publicó hasta mediados de los años 60, cuando médicos de los países bajos aplicaron la práctica veterinaria de tratamiento de estrógenos después del coito a una niña de 13 años que había sido violada en la mitad del ciclo menstrual. Más o menos al mismo tiempo, expertos de los Estados Unidos investigaban la eficacia de altas dosis de estrógenos y hacia finales de la década de los 60, esas preparaciones se convirtieron en el tratamiento estándar. Sin embargo, los protocolos de provisión del servicio no estaban estandarizados, muchos proveedores no sabían de la existencia de este método y el acceso a este era limitado. A principio de la década de los 70 se dejaron de lado las altas dosis de estrógenos y se comenzó a utilizar una combinación estándar de estrógeno-progestina. El médico canadiense Albert Yuzpe *et al* comenzaron a estudiar en 1972 un tratamiento combinado, orientado por su observación de que una dosis de 100 microgramos de estrógenos junto con 1,0 de progestina norgestrel-dl induce a cambios endometriales, incompatibles con la implantación. Este método pasa a ser conocido como el “método Yuzpe” y reemplazó las preparaciones de altas dosis de estrógenos, no solo porque ofrecía una menor incidencia de efectos secundarios, sino porque las altas dosis de estrógeno estaban vinculadas al cáncer de vagina en las hijas de mujeres que habían tomado este medicamento para prevenir la pérdida del feto. La investigación sobre tratamiento que deja de lado al estrógeno, también comenzó a principios de la década de los años 70 en América Latina.

Un informe de 1973, describió los resultados obtenidos en una investigación experimental en gran escala, de 5 dosis de levonorgestrel de entre 150 microgramos a 400 microgramos por tableta.

Los resultados indicaron que las dosis más bajas no eran eficaces porque causaban ciertas distorsiones del período menstrual, principalmente reducían el ciclo. Este experimento fue el primer gran avance en materia de anticoncepción poscoito regular y sentó las bases para los métodos con levonorgestrel que se convirtieron en métodos que ahora se encuentran disponibles en muchos países en desarrollo y en Europa Oriental. En un esfuerzo por reducir los efectos secundarios del uso de elevadas dosis de estrógenos, en la década de los 90 se realizaron investigaciones sobre la eficacia de las píldoras solo de progestina para la anticoncepción de emergencia. En un estudio multicéntrico a gran escala, investigadores de la OMS descubrieron que un régimen de 2 dosis de 0,75 mg de levonorgestrel prevenían el embarazo después de un coito sin protección. Recientemente, un estudio de la OMS reveló que una dosis única de 1,5 mg de levonorgestrel puede sustituir a dos dosis de 0,75 mg. Ambos regímenes son considerados muy eficaces para prevenir el embarazo.^{6, 7}

Las últimas observaciones deberían simplificar aún más el uso de este método para mujeres que necesitan anticoncepción de emergencia, sin que exista un aumento de efectos secundarios.^{3,4} Los métodos de anticoncepción de emergencia con progestina han demostrado ser más eficaces y producir menos efectos secundarios que aquellos que utilizan estrógenos como el método de Yuzpe.³⁻⁶ Más recientemente se han investigado otros dos métodos: el Danazol y el Mifepristone.

El Danazol es una progestina sintética y antigonadotropina, que a principios de la década de los 80 se utilizó como un anticonceptivo de emergencia. Rowlands *et al* fueron los primeros en informar su uso en la anticoncepción de emergencia. Estudios posteriores han notificado que no es muy eficaz y por esto es poco usado actualmente en la anticoncepción de emergencia.⁷ El Mifepristone, también conocido como RU486, es una antiprogestinona que actúa a nivel de los receptores y tiene una elevada eficacia como AE.^{6,7} La inserción de un DIU en el útero dentro de los 5 días después de un coito sin protección es otro de los métodos de AE descritos y se registra como de gran eficacia.⁵⁻⁷ Actualmente el uso de la anticoncepción de emergencia se impone, si nos detenemos a analizar las tasas de aborto y embarazos no deseados en el mundo. Se estima que 210 millones de mujeres del orbe quedan embarazadas cada año, pero 80 millones de estos no son planeados. Los embarazos no deseados traen como resultado 19 millones de abortos inseguros cada año, a nivel mundial. Muchos son los países que han hecho suya esta práctica apoyada por la OMS dentro de estos tenemos: Argentina, Bangladesh, Brasil, Egipto, Francia, Alemania, Jamaica, Kenia, Nueva Zelandia, Polonia, Estados Unidos, entre otros,¹ en algunos de los cuales las píldoras aparecen como productos formulados y etiquetados para ser usados específicamente como AE. En otros lugares, donde no existe un producto etiquetado, las píldoras para AE pueden ser sacadas de paquetes de tabletas anticonceptivas normales.^{3,4}

A pesar de su uso en muchos países, a partir de la gran publicidad que alcanzó el método desde abril de 1995, fecha en que se celebró una conferencia en Italia, auspiciada por la South to South Corporation, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPFF), Family Health International, Population Council y la OMS^{6, 8} sigue siendo una práctica desconocida aún por los proveedores de salud. En nuestro país, a pesar de los múltiples esfuerzos que se hacen en materia de salud y planificación familiar, la AE es una práctica poco conocida y de uso no generalizado, cuya aplicación sería de gran utilidad ante el número creciente de abortos provocados, gestaciones no deseadas y embarazos en la adolescencia, que tienen tendencia a elevarse en nuestro medio.⁹⁻¹⁵

Dado el gran número de países que no utilizan la AE, en los últimos 5 años un consorcio de organizaciones internacionales, incluida la OMS, ha trabajado con el fin de ampliar el acceso a ella y aumentar el nivel de conocimientos de proveedores y consumidores acerca de este método.^{3,4}

Métodos

Se realizó un estudio exploratorio de la literatura nacional y extranjera disponible en las bibliotecas del Hospital Materno Norte "Tamara Bunke", del Instituto Superior de Ciencias Médicas y de las maestrías, así como también en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas (tanto en bases de datos como documentos impresos), durante el período 2004-2005, sobre el método conocido como **anticoncepción de emergencia** (mecanismo de acción, regímenes empleados, dosis, eficacia, efectos colaterales y contraindicaciones)

Consideraciones éticas

El advenimiento de la anticoncepción de emergencia ha suscitado un gran dilema bioético en torno a considerarlo o no como un método abortivo. La génesis del problema estriba en la definición del momento en que comienza el embarazo.

Existen 2 grandes corrientes que se fundamentan en definiciones adoptadas por prestigiosas autoridades en la temática:

- ◆ La que lo define como un método abortivo teniendo en cuenta que el embarazo se inicia con la fecundación.
- ◆ La que no lo considera como un método abortivo, pues estima que el embarazo se inicia cuando ocurre la implantación.^{1-4, 7-9}

Sea cual fuere su posición ante este controvertido asunto, pensemos por un instante en los riesgos que implica un aborto provocado o en las consecuencias que tiene para un niño, la madre o la familia un nacimiento no deseado o un embarazo en la adolescencia. El decidir cuándo tener hijos y cuántos pueden ser es un derecho humano como lo es evitar un embarazo producto de una violación sexual.

Los métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, deben ser accesibles para las mujeres y parejas que lo necesitan porque es parte de los derechos a la salud reproductiva de la mujer y los derechos reproductivos son derechos humanos.

Lejos de desgastarnos en problemas de definiciones y dilemas bioéticos, les invitamos a reflexionar en torno a un método anticonceptivo, no para la planificación familiar, disponible para los casos de emergencia.

Es responsabilidad de las autoridades sanitarias educar a la población en su uso mediante la implementación de programas de planificación familiar, así como también garantizar la accesibilidad de las parejas que lo necesitan.^{1-8, 16-20}

Desarrollo

Entre las principales situaciones en las cuales una mujer puede requerir anticoncepción de emergencia,²¹⁻²⁸ figuran:

- Coito voluntario sin protección anticonceptiva
- Uso incorrecto o inconsciente del método anticonceptivo habitual
- Equivocación en el cálculo del período de fertilidad
- Falla de abstinencia coital durante los días fértiles
- Coito interrumpido fallido
- Ruptura o deslizamiento del condón o método de barrera utilizado
- Inicio del método hormonal, inyectable u oral, tardíamente en el ciclo
- Violación⁹

En relación con el momento del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer que ingiere las pastillas o emplea un DIU, la anticoncepción de emergencia funciona de la siguiente forma:

- Detiene la liberación de los óvulos.
- Impide la fecundación.
- Impide la implantación en el útero del óvulo fecundado.²¹

Dentro de los regímenes empleados encontramos:

- Método Yuzpe
- Levonorgestrel (2 dosis)
- Levonorgestrel (1 dosis)
- Mifepristone
- Danazol
- Dispositivos intrauterinos.⁷

➤ Método Yuzpe

El método Yuzpe es el más estudiado de anticoncepción oral poscoito, pues permite evitar un embarazo dentro de las primeras 72 horas, después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Actualmente se realizan en México pruebas del método Yuzpe, de administración por vía vaginal, en cremas y aerosoles. Si bien el tratamiento exacto varía mucho en los países del mundo, este consiste en tomar ciertas dosis de píldoras anticonceptivas, luego de una relación sin protección o hasta 72 horas después.⁸

Este método para la AE utiliza píldoras que contienen tanto estrógenos como progestina (100 mg de etinilestradiol y 0,50 mg de levonorgestrel) y se administran en 2 dosis. La dosis inicial dentro de las primeras 72 horas después de un contacto sexual sin protección y una segunda dosis, 12 horas después. Hasta hace poco era el único método hormonal disponible de AE.⁴⁻⁷

Los efectos secundarios del método Yuzpe son los mismos que se experimentan comúnmente con el uso a corto plazo de anticonceptivos orales: náuseas, incluidos vómitos en 20 % de los casos, dolores de cabeza, hipersensibilidad de mamas, dolores abdominales y mareos. La náusea es el efecto secundario más común, generalmente lo sufre 50 % de las usuarias. Si se toman las tabletas con alimento o con leche se puede reducir la sensación de náuseas, si bien aún no se ha investigado si esta práctica inhibe o no el efecto del medicamento. Algunos clínicos recomiendan el uso de un medicamento antiemético que previene las náuseas, por ejemplo el dimenhidrinato o el clorhidrato de ciclizina 1 hora antes de la dosis. En cuanto a la próxima menstruación ocurre usualmente alrededor del tiempo esperado o antes.⁶

Los estudios realizados sobre la eficacia del método Yuzpe ofrecen resultados muy variados, en parte porque es un poco diferente para un método poscoito que para un método anticonceptivo corriente. Con un enfoque potencial los investigadores observan mujeres que utilizan la anticoncepción de emergencia en un ciclo determinado y calculan el número de embarazos producidos, luego dividen el número de embarazos por el número de mujeres que tomaron el medicamento. Cuando se estudia de esta manera la tasa de fallo del método varía desde aproximadamente 0,2 a 2 %. Esta tasa de eficacia es útil en la medida en que indica que entre todas las mujeres tratadas con esta terapia es probable que se quedaran embarazadas 2 % o menos; sin embargo, estos resultados no toman en cuenta el hecho de que algunas de las mujeres no hubieran quedado embarazadas aún cuando no hubieran utilizado el método objeto del estudio.

Las mujeres generalmente no usan el método Yuzpe ciclo tras ciclo, sino esporádicamente y por lo general en los momentos de mayor probabilidad de embarazo, como por ejemplo después de relaciones sexuales durante el período ovulatorio. En consecuencia estudios mejor realizados del método limitan la observación a mujeres con ciclos regulares. Para estas mujeres se puede estimar el número esperado de embarazos mediante las tablas de fecundidad publicadas, si los investigadores registran el día del ciclo en que se mantuvieron las relaciones sexuales sin protección (o detalles acerca del ciclo de la mujer, tales como la duración usual de su período y el primer día del último período menstrual). De los 10 trabajos de investigación disponibles que intentaron emplear este diseño óptimo es posible calcular una reducción proporcional de los embarazos relacionados con el uso del método Yuzpe. Al comparar los embarazos observados y esperados se ha demostrado que el método Yuzpe reduce las posibilidades de embarazo en aproximadamente 74 %.⁶

Un estudio multicentro llevado a cabo por la OMS demostró que la eficacia de este método disminuye con el incremento del intervalo de inicio del tratamiento después de la relación sexual sin protección. En la literatura no se notifican efectos secundarios serios. Reciente un estudio de cohorte de una población sugiere que el uso por corto tiempo de AE no está asociado con el incremento del riesgo de tromboembolismo venoso. Las contraindicaciones del método de Yuzpe difieren de las correspondientes a los contraceptivos orales combinados. El consenso médico general es que este tratamiento no tiene contraindicaciones y no hay evidencias que vinculen su uso con el riesgo de malformaciones congénitas del feto. Sin embargo, algunos clínicos temen que este riesgo puede ser más elevado con el método Yuzpe. En consecuencia, para adoptar una postura más conservadora, un clínico debería hablar con una mujer antes que comience el tratamiento para eliminar la posibilidad de un embarazo preexistente; por ejemplo un embarazo que haya resultado de un coito no protegido ocurrido más de 72 horas antes de iniciar el tratamiento.^{8,9}

La dosis exacta a utilizar en el método de Yuzpe depende de la concentración del principio activo en la tableta (**cuadro 1**).

Una de las razones de la popularidad del método Yuzpe es que las hormonas utilizadas son los ingredientes activos que se encuentran en varias marcas comunes de anticonceptivos orales combinados, por ejemplo: las mujeres en Viet Nam pueden usar Microgynon para practicar el método Yuzpe, simplemente doblando el número de tabletas de esta formulación en menor dosis. En otras palabras deben tomar 4 píldoras por cada mitad de régimen. En los países en desarrollo no se encuentra ningún producto empacado específicamente para el método Yuzpe, si bien los anticonceptivos orales para este tratamiento se encuentran disponibles en muchos países. En varios países europeos las tabletas equivalentes al Ovrál se encuentran disponibles en envases de 4 tabletas, con una etiqueta que explícitamente la recomienda para casos de emergencia (**cuadro 2**).

A continuación dejamos algunas precauciones y advertencias para las usuarias del método Yuzpe:

Cuadro 1. *Relación de las diferentes formulaciones a emplearse en nuestro medio*

Nombre comercial	Principios activos	Dosis a usar antes de las 72 h	Dosis a usar a las 12 h después de la primera hora
Norgestrel E	Norgestrel 0,50 mg Etinilestradiol 0,05 mg	2 tabletas	2 tabletas
Etinor	Levonorgestrel 0,15mg Etinilestradiol 30 mg	4 tabletas	4 tabletas
Aminor	Levonorgestrel 0,03	25 tabletas	25 tabletas
Trienor*	Etinilestradiol 0,03 mg Levonorgestrel 0,125 mg	4 tabletas	4 tabletas

* No se recomienda su uso por ser un anticonceptivo trifásico (contiene tabletas de 3 tipos de dosis). De usarse, deben tomarse de las 10 últimas tabletas del sobre.

Cuadro 2. *Diferentes formulaciones a emplear en el mundo con sus dosis correspondientes*

MARCAS	1ra dosis (durante las primeras 72 h después de la relación)	2da dosis (12 h después de la primera dosis)
Eugynon 50	2 pastillas	2 pastillas
Nordiol	2 pastillas	2 pastillas
Ovrál	2 pastillas	2 pastillas
Neogynon	2 pastillas	2 pastillas
Lo- Femenal	4 pastillas	4 pastillas
Nordet	4 pastillas	4 pastillas
Microgynon	4 pastillas	4 pastillas

Precauciones

- ◆ Si se toman las pastillas de un paquete que contiene 28 píldoras, es necesario asegurarse de tomar las que contienen hormonas. No hay que olvidar que los paquetes de 28 pastillas, tienen 7 de ellas que son de azúcar y vienen marcadas con colores diferentes.
- ◆ Solo en caso de vómito se debe tomar una dosis extra. Tomar más pastillas de las indicadas no hace al método más efectivo y puede incrementar la sensación de náuseas.

Advertencias

- ◆ Este no es un método abortivo, por lo que no funciona si ya hay un retraso en la menstruación.
- ◆ Consulta a tu médico antes de tomar cualquier medicamento cuyo uso requiera receta médica.
- ◆ No debe ser usada en lugar de los métodos de planificación familiar.
- ◆ Solo debe ser empleado en urgencias como: violación,²⁸ cuando fallan los anticonceptivos, si la fémina ha olvidado tomar 2 ó más pastillas anticonceptivas y cuando se han tenido relaciones sexuales sin protección y la mujer quiere evitar el embarazo.
- ◆ No previene contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- ◆ Si las mujeres que han empleado este método piensan reanudar sus relaciones sexuales y no utilizan anticonceptivos en ese momento, deben planear la adopción de alguno.
- ◆ La AE disminuye considerablemente su eficacia 72 horas después de la relación sexual desprotegida, por lo que se recomienda tomarlo en este período.

➤ Levonorgestrel (2 dosis)

Su uso para la contracepción de emergencia fue informado por primera vez por Ho and Kwan.⁷ Se utiliza un régimen de 2 dosis cada una de 0,75 mg de levonorgestrel. La primera dosis debe usarse dentro de las primeras 72 horas después de un contacto sexual sin protección y la segunda se administra 12 horas después de la primera. Dentro de las ventajas que exhibe este método está el ser mejor tolerado y resulta más eficaz que el método Yuzpe (OMS, 1998). Este régimen evita aproximadamente 85% de los embarazos si se utiliza dentro de las primeras 72 horas de un coito sin protección. Investigadores de la OMS sugieren que este régimen solo de progestina reemplaza al régimen de Yuzpe, debido a que es más eficaz y tiene menos efectos secundarios (IHPCEGO, 2003).⁴

Análisis de datos combinados de ambos métodos mostraron que tanto en el método Yuzpe como con el uso de levonorgestrel la eficacia aumenta mientras más temprano se inicie el tratamiento dentro de las primeras 72 horas después de una relación sexual sin protección.^{6,15} A pesar de las grandes ventajas de este método sobre el de Yuzpe no es tan asequible como él, manteniéndose este último como único método hormonal de anticoncepción de emergencia en algunos países.^{6,7}

Los principales efectos secundarios de las píldoras de AE son náuseas y vómitos. Aproximadamente la mitad de las mujeres que utilizan el régimen de Yuzpe experimentan dichos efectos y una de cada 5 vomita luego de la primera o segunda dosis. En las que usan solo el régimen de progestina, la tasa de náusea y vómito es de 20 y 5%, respectivamente. Por lo general estos efectos secundarios no duran más de 24 horas y pueden ser eliminados en muchos casos con la ingestión de antieméticos antes del tratamiento.^{2,4}

➤ Levonorgestrel (1 dosis)

Un estudio de la OMS reveló que una dosis única de 1,5 mg de levonorgestrel puede sustituir a dos dosis de 0,75 mg administradas con un intervalo de 12 horas. Ambas formas son muy eficaces para prevenir la gestación (Von Hertzen, 2002). La elevación de la dosis no trae aparejado un aumento de los efectos secundarios. Estudios realizados plantean que este régimen es eficaz hasta 5 días (120 horas) después de un contacto sexual sin protección aunque al igual que el resto de los métodos de AE su eficacia aumenta con la disminución del intervalo de inicio del tratamiento después de la relación sexual sin protección.

➤ Mifepristone o RU 486

Actualmente se postula como uno de los métodos de AE más eficaces, así lo demuestra un estudio donde se administró esta progesterona a 585 mujeres dentro de las primeras 72 horas de la relación sexual sin protección, donde se obtuvo como resultado que ninguna concibiera un embarazo.

Un estudio multicentro realizado por la OMS concluyó que la dosis de Mifepristone puede ser reducida a 10mg sin perder su eficacia,⁸ del mismo modo la eficacia no disminuye al aumentar en 5 días (120 horas) el intervalo de inicio del régimen después de un contacto sexual sin protección.^{6,7}

Estudios que los comparan con el método de Yuzpe concluyen que es más eficaz y tiene menos efectos secundarios, especialmente náuseas y vómitos.⁷

La reducción de la dosis de Mifepristone a usar en 10 mg sin disminuir la eficacia puede hacer este régimen más aceptable porque la dosis es mucho más baja que aquellas requeridas para el aborto.^{6,7}

Una de las desventajas del uso del Mifepristone es que origina un retraso en el inicio de la siguiente menstruación, lo que puede provocar ansiedad en la mujer. Este efecto parece estar en relación con la dosis utilizada, de modo que emplear dosis más bajas minimizará el retraso sin comprometer la efectividad.⁵⁻⁷

➤ **Danazol**

Este esteroide sintético muestra poca efectividad en la prevención del embarazo, lo que hace que sea poco usado hoy día para la AE. Lo anterior está sustentado en estudios que han mostrado tasas de embarazos hasta de 6%.⁷

➤ **Inserción de anticonceptivos intrauterinos**

Este método es muy efectivo en la AE y consiste en la inserción poscoital de anticonceptivos intrauterinos que puede realizarse hasta 5 días después de un coito sin protección.^{6,7} Un estudio realizado en 1995 informó una tasa de embarazo menor de 1% en 84000 inserciones poscoitales. Según otro estudio, este método puede prevenir 92,4% de las gestaciones.⁷

Su uso puede estar asociado con complicaciones como: dolor, sangramiento y enfermedad inflamatoria pélvica. No se aconseja usar en mujeres con riesgos de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica como aquellas con varias parejas sexuales y las que han sido víctimas de violación.

➤ **Barreras para el uso de la anticoncepción de emergencia**

- Las mujeres proveedoras de salud reproductiva pueden desconocer sobre los métodos de la AE, aunque el conocimiento sobre estos ha aumentado en algunos países.
- Aún si la mujer ha escuchado hablar de la AE, ella puede no conocer la forma correcta de usarla.
- En algunas naciones hay resistencia a educar a los consumidores en el uso de la AE por comportamiento sexual irresponsable y que confíen en la anticoncepción de emergencia más que en los efectivos métodos anticonceptivos regulares; otras veces los proveedores se rehúsan a suministrar estos métodos, pues los consideran abortivos.
- En muchos países las drogas usadas para la AE pueden requerir ser prescritas por un médico.
- Hay pueblos en los que las autoridades de salud no facilitan el pronto acceso a la AE, por lo cual contrasta el tiempo de inicio del tratamiento con los resultados óptimos.
- Existen pocos productos empacados para la AE en los países que usan este método y en algunos de ellos no existe ninguno; esto es una inconveniente para los consumidores y proveedores.
- Para la inserción de un DIU existen otras barreras adicionales como: falta de tiempo e instrumentos, necesidad de un profesional y carencia de espacio.⁷

Conclusiones

Más de 30 años de experiencia con anticonceptivos de emergencia han establecido que estos métodos pueden reducir sustancialmente las posibilidades de embarazo y que sus efectos secundarios son aceptables en las mujeres. Los anticonceptivos de emergencia son de fácil uso, de relativamente bajo costo y en muchos países ya están disponibles para las mujeres que los necesitan. Dentro de los regímenes que se utilizan, el Levonorgestrel y el Mifepristone son los más eficaces y su incidencia de efectos secundarios es baja. Sin embargo, el método de Yuzpe, que tiene mayores efectos secundarios es el más conocido y usado. De todos los métodos de AE, la inserción de DIU es el de mayor eficacia. El principal obstáculo en el uso de la AE puede ser en buena medida su ignorancia. Los suministradores y defensores de servicios de salud reproductiva deben educarse unos a los otros e instruir a las mujeres acerca de estas importantes opciones disponibles.

Recomendaciones

Se recomienda realizar investigaciones acerca de estas importantes opciones que pueden ser utilizadas por las mujeres en casos de emergencia, llevar a cabo una actualización del tema a los médicos generales básicos y a los estudiantes para que puedan educar a la población en el uso de estos métodos, propagandizar dichos métodos por los medios de difusión masiva para que sean del conocimiento de toda la población femenina, así como también establecer la prestación de este servicio de salud en las consultas de planificación familiar de las áreas de salud.

Referencias bibliográficas

1. Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://www.reproductiverigts.org/esp.pub.fac.anticoncep.html>> [consulta: 20 septiembre 2005].
2. Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://www.geosalud.com/antic-emergencia/index.htm>> [consulta: 20 septiembre 2005].
3. Díaz S. Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://geosalud.com/antic-emergencia/anticoncepciones.htm>> [consulta: 20 de septiembre 2005].
4. Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://www.rhoespañol.org/html/cont-ec.htm>> [consulta: 20 septiembre 2005].
5. Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/provocado.html>> [consulta: 20 septiembre 2005].
6. Biblioteca Cochrane. Revisión sobre anticoncepción de emergencia. [biblioteca virtual en línea] <<http://ccp.ucr.ar.cr/ac/cochrane.htm>> [consulta: 20 septiembre 2005].
7. Pack Chung H. Emergency contraception: methods and efficacy. Queen Mary Hospital Hong Kong: University of Hong Kong, 2000.
8. Castañeda Adolfo J. La anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/artolu.html>> [consulta: 20 septiembre 2005].
9. Restrepo H. La anticoncepción de emergencia ¿De interés para la salud pública? [biblioteca virtual en línea] <<http://geosalud.com/antic-emergencia/anticoncepcionsp.htm>> [consulta: 20 septiembre 2005].
10. Fuentes M. ¿Qué es la anticoncepción de emergencia? [biblioteca virtual en línea] <<http://es.catholic.net/culturadelamuerte/285/706/articulo.php?id=4863>> [consulta: 20 septiembre 2005].
11. Mayo Abadi D. Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vu130-1-04/gin05104.htm>> [consulta: 20 septiembre 2005].

12. Hatcher Rinechart W. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Apéndice A. Bol OMS 1999;16-24.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003.
14. Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://www.vidahumana.org/temas/abortivos.html>> [consulta: 20 septiembre 2005].
15. Yudt S. ¿Por qué los adolescentes necesitan la anticoncepción de emergencia? [biblioteca virtual en línea]<<http://www.beenwire.com/español/articulos/es-20040622p102-AE.asp>> [consulta:20 septiembre 2005].
16. Cabrera Artola R. Anticoncepción de emergencia o aborto [biblioteca virtual en línea]<<http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/emergencia.html>> [consulta: 20 septiembre 2005].
17. Vasilakis C, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. Contracepcion 1999; 59:79-83.
18. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contraception 1999; 59:147-51.
19. Finger WR. La anticoncepción después del acto sexual. Fam Health Internat 2001;21(1):4-9.
20. Introducción a los métodos anticonceptivos (Serie Actualización de Tecnología). Fam Health Internat.Durham2000:19-24.
21. Cronatto HB, Devoto L, Durand M. Mechanism of action of hormonal preparation used for emergency contraception : a review of the literature. Contraception 2001;63(3):111-21.
22. Piaaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, van Look PFA, Word Health Organization Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Timing of emergency contraception with levon or gestrel or the Yuzpe regimen. Lancet 1999; 353:721-6.
23. Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. Lancet 1999; 353:697-702.
24. Jamieson MA, Hertweck SP, Sanfilippo JS. Emergency contraception: lack of awareness among patients presenting for pregnancy termination. J. Pediatr Adolesc Gynecol 1999; 12:11-6.
25. Reuter S. Barriers to the use of IUDs as emergency contraception. Br J Fam Plann 1999; 25:63-8.
26. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. N Engl J Med 1998; 339:1-4.
27. Kosunen E, Vikat A, Rimpela A, Huhtala H. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. Br Med J 1999;319:91-8.
28. Londoño L, Ortiz B, Gil A. Embarazo por violación: la crisis multiple. Call: Fundación Sí Mujer, 2000. (Colección Ciencias-Bid)

Dra. Farah Ricardo Saint-Félix. Calle 9 nr 160 altos, entre Aguilera y Fernández Marcané, Reparto Santa Bárbara, Santiago de Cuba
E-mail: farah@sierra.scu.sld.cu

¹ **Especialista de I Grado en Embriología Humana. Profesora Asistente**

² **Especialista de II Grado en Embriología Humana. Máster en Ciencias de la Educación. Profesora Auxiliar**

³ **Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor**

⁴ **Especialista de I Grado en Anatomía Humana. Profesora Asistente**

⁵ **Estudiante de sexto año de Medicina**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ricardo Saint-Félix F, Melián Savignón C, Valón Rodríguez O, Reinoso Ortega S, García Alcolea EE. Anticoncepción de emergencia [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(1) <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san10106.htm> [consulta: fecha de acceso].