



CONTRACEPCIÓN

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido importantes avances en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas. Por ejemplo, se han introducido los anticonceptivos orales combinados de bajas dosis, los parches transdérmicos, los implantes subcutáneos y los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel.

La elección del método anticonceptivo depende de diversos factores. Uno de los factores que se debe tener en cuenta a la hora de elegir un método anticonceptivo es la eficacia del mismo. La eficacia de un método anticonceptivo es la capacidad que ofrece para impedir la gestación. Suele expresarse mediante el índice de Pearl que se define como el número de embarazos que presentarían, teóricamente, 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año. La tabla 1 recoge la eficacia de diversos métodos anticonceptivos. La eficacia teórica es la tasa de embarazos por 100 mujeres en un año de utilización de un método anticonceptivo en condiciones óptimas y la eficacia real es la condicionada por posibles fallos humanos en su utilización. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente tienen un amplio rango de eficacia, habitualmente estos métodos tienden a ser más efectivos a medida que se adquiere más experiencia con el mismo. Otros factores relevantes en la elección de un método anticonceptivo son los efectos adversos y contraindicaciones del método utilizado, los beneficios no contraceptivos, el cumplimiento, la edad, la actividad sexual, el coste y la actitud del usuario hacia los anticonceptivos. También se deben considerar ciertas situaciones especiales recogidas en la tabla 2.

Tabla 1. EFECTIVIDAD DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

EFECTIVIDAD DE GRUPO	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ÍNDICE DE PEARL	
		Eficacia real	Eficacia teórica
	Sin método	85	85
Sólo algo efectivos usados de manera habitual	Espermicidas	29	18
	<i>Coitus interruptus</i>	27	4
Efectivos usados correctamente	Abstinencia periódica o "métodos basados en el conocimiento de la fertilidad"	24	1-9
	Esponja (con espermicida)		
	Mujeres no nulíparas	32	20
	Mujeres nulíparas	16	9
	Diafragma (con espermicida)	16	6
Preservativo	Femenino	21	5
	Masculino	15	2
	Efectivos usados de forma típica	Anticonceptivos orales combinados	8
Muy efectivos usados correctamente	Parche transdérmico	8	0,3
	Anillo vaginal	8	0,3
	Progestágenos inyectables	3	0,3
	Siempre muy efectivos	DIU cobre	0,8
Sistema intrauterino de levonorgestrel		0,1	0,1
Implantes de progestágenos		0,05	0,05
Esterilización femenina		0,5	0,5
Esterilización masculina		0,15	0,10

0-1 Muy efectivo; 2-9 Efectivo; 10-30 Algo Efectivo

TABLA 2. ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN SITUACIONES ESPECIALES

SITUACIÓN CLÍNICA	COMENTARIOS
Migraña	
Con aura, cualquier edad	El uso de AOC está contraindicado. Considerar la utilización de DIU o métodos barrera. Se puede considerar la utilización de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos en el caso de inicio de tratamiento.
Sin aura y edad >35 años	Considerar la utilización de DIU o de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos.
Sin aura y edad <35 años	Considerar la utilización de DIU o de sistemas anticonceptivos con progestágenos solos. Se puede considerar los AOC en el caso de inicio de tratamiento.
Epilepsia	
En tratamiento con fármacos inductores enzimáticos (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	Considerar el uso de DIU o de sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel; también puede considerarse el uso de inyectables hormonales combinados así como de inyectables de progestágenos solos. No se recomienda el uso de AOC ni de progestágenos solos vía oral o en implantes subdérmicos.
Hipertensión arterial	
PA sistólica 140-159 mm Hg o PA diastólica 90-99 mmHg	El uso de AOC no está recomendado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos.
PA sistólica >160 mmHg o PA diastólica >100 mmHg	El uso de AOC está contraindicado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos solos (excepto inyectables)
Con enfermedad vascular	El uso de AOC está contraindicado. Considerar el uso de DIU, métodos barrera o contracepción con progestágenos solos (excepto inyectables)
Diabetes mellitus	
Controlada, sin complicaciones y sin otros factores de riesgo CV	Considerar el uso de cualquier método anticonceptivo.
Con complicaciones (nefropatía, Retinopatía, neuropatía, HTA...)	El uso de AOC está contraindicado.
Tabaquismo	
Edad <35 años	Considerar el uso de cualquier método contraceptivo. En el caso de optar por AOC es necesario informar a la paciente de la importancia del abandono del hábito tabáquico.
Edad >35 años	El uso de AOC está contraindicado. Es adecuado cualquier sistema anticonceptivo con progestágenos solos, DIU o métodos barrera.
Cáncer de mama	
	La contracepción hormonal está contraindicada. Recomendado el DIU.
Hepatitis vírica activa	
	La contracepción hormonal está contraindicada. Recomendado el DIU.
Lactancia	
	Es adecuado cualquier sistema anticonceptivo con progestágenos solos, DIU o métodos barrera. No se recomienda el uso de AOC hasta pasados 6 meses del parto.

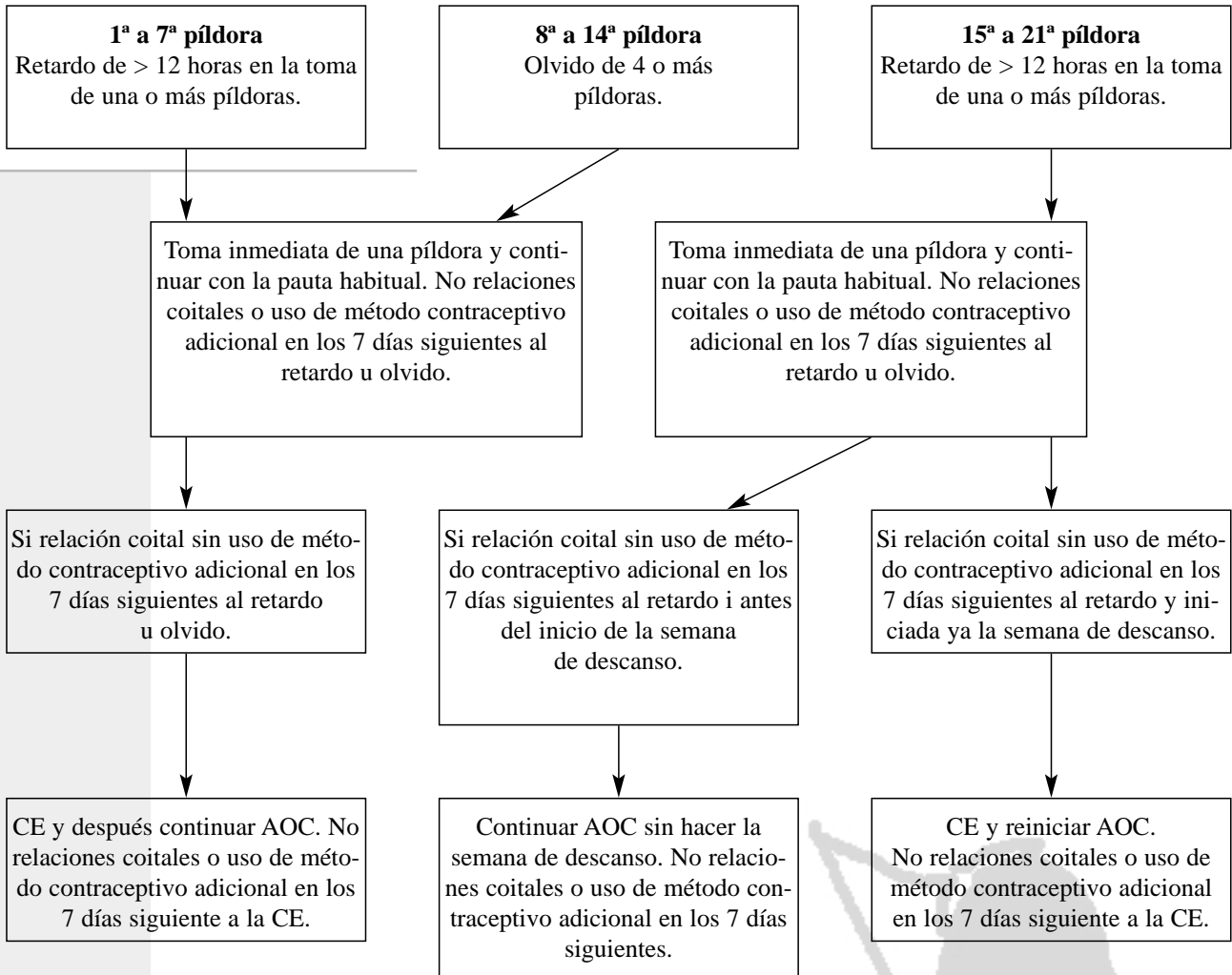
AOC: Anticonceptivos orales combinados.

Modificada de 2

Es importante instruir a los pacientes en el manejo de los anticonceptivos. Debemos insistir en las precauciones que deben tomar en casos de olvidos (ver tabla 3), vómitos o diarreas, y las posibles interacciones con otros medicamentos. Además se les debe recordar que deben consultar cualquier síntoma alarmante.

En esta revisión únicamente nos centraremos en los anticonceptivos hormonales combinados y en los progestágenos. Finalmente repasaremos el tema de la contracepción de emergencia.

TABLA 3. OLVIDOS EN LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS



CE: Contracepción de emergencia; AOC: Anticonceptivos orales combinados

Modificada de 3

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Los anticonceptivos hormonales combinados contienen tanto estrógenos como progestágenos. Junto con el preservativo, constituyen el método anticonceptivo más ampliamente utilizado, debido a su alta efectividad, simplicidad de uso y no afectación de la relación sexual. Actualmente en España están comercializados en forma de comprimidos, parches, anillo vaginal e inyección intramuscular.

1. COMPRIMIDOS

Los preparados disponibles en España se recogen en la tabla 4. Las formulaciones pueden ser monofásicas (cada comprimido contiene una cantidad fija de estrógeno y progestágeno), bifásicas (cada comprimido contiene una cantidad fija de estrógeno y la cantidad de progestágeno aumenta en la segunda mitad del ciclo) o trifásicas (la cantidad de estrógeno puede ser fija o variable y la cantidad de progestágeno aumenta según 3 fases iguales).

Se utiliza un tipo de estrógeno, el etinilestradiol, a diferentes dosis. Mientras que los tipos de progestágenos son muchos y presentan diferente potencia, aunque no está clara la implicación clínica de estas diferencias. Los nuevos progestágenos (drospirenona y desogestrel) parece que presentan un menor efecto androgénico. Los progestágenos también se clasifican según el orden de comercialización (primera, segunda y tercera generación), aunque esta clasificación no está universalmente aceptada.

Tabla 4. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS POR VIA ORAL

ESTRÓGENO	PROGESTÁGENO	ESPECIALIDAD
Monofásicos con progestágenos de 2ª generación		
Etinilestradiol 50 ìg	Levonorgestrel 250 ìg	Neogynona® Ovoplex®
Etinilestradiol 30 ìg	Levonorgestrel 150 ìg	Microgynon® Ovoplex 30/150®
Etinilestradiol 20 ìg	Levonorgestrel 100 ìg	Loette®
Monofásicos con progestágenos de 3ª generación		
Etinilestradiol 30 ìg	Desogestrel 150 ìg Gestodeno 75 ìg	Microdiol® Gynovin®
Etinilestradiol 30 ìg	Drospirenona 3 mg	Minulet® Yasmin®
Etinilestradiol 20 ìg	Desogestrel 150 ìg	Suavuret®
Etinilestradiol 20 ìg	Gestodeno 75 ìg	Harmonet® Meliane®
Etinilestradiol 15 ìg	Gestodeno 60 ìg	Melodene 15® Minesse
Bifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-7 y 8-22)		
Etinilestradiol 40 ìg Etinilestradiol 30 ìg	Desogestrel 25 ìg Desogestrel 125 ìg	Gracial®
Trifásicos con progestágenos de 2ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)		
Etinilestradiol 30 ìg Etinilestradiol 40 ìg Etinilestradiol 30 ìg	Levonorgestrel 50 ìg Levonorgestrel 75 ìg Levonorgestrel 125 ìg	Triagynon® Triciclor®
Trifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)		
Etinilestradiol 30 ìg Etinilestradiol 40 ìg Etinilestradiol 30 ìg Modificada de 2	Gestodeno 50 ìg Gestodeno 70 ìg Gestodeno 100 ìg	Triminulet® Trigynovin®

1.1. Eficacia

Los anticonceptivos hormonales combinados son un método altamente efectivo. Con un uso perfecto alcanzan el 99.9 % de eficacia aunque habitualmente fallan del 3 al 8 %. Las causas más frecuentes de disminución de la eficacia anticonceptiva son las alteraciones en la toma de comprimidos (olvido de alguna píldora, aumento en el intervalo de los días de descanso), las alteraciones digestivas y las interacciones con otros fármacos.

1.2. Mecanismo de acción

El principal mecanismo de acción es la supresión de la secreción de la gonadotropina, de esta forma inhiben la ovulación. Otros mecanismos de acción que contribuyen a la alta eficacia de este método anticonceptivo son:

- Desarrollo de atrofia endometrial, haciendo que el endometrio no sea receptivo a la implantación.
- Producción de un moco cervical viscoso que impide el transporte del esperma.
- Posible efecto en la secreción y peristaltismo de las trompas de falopio lo que interfiere en el transporte del óvulo y el esperma.

1.3. Contraindicaciones

Las contraindicaciones absolutas son:

- Que haya pasado menos de 6 semanas tras el parto si se está en periodo de lactancia.
- Fumadora con más de 35 años (= 15 cigarrillos al día)
- Hipertensión (sistólica = 160 mm Hg , diastólica = 100 mm Hg)
- Historia actual o pasada de tromboembolismo venoso
- Enfermedad coronaria isquémica
- Historia de accidente cerebrovascular
- Enfermedad coronaria valvular complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación atrial, historia de endocarditis bacteriana subaguda)
- Migraña con síntomas neurológicos focales
- Cáncer de mama
- Diabetes con retinopatía, nefropatía y neuropatía
- Cirrosis severa
- Tumor hepático

Las contraindicaciones relativas son:

- Fumadora con más de 35 años (< 15 cigarrillos al día)
- Hipertensión controlada
- Hipertensión (sistólica 140-159 mm Hg , diastólica 90-99 mm Hg)
- Migraña con más de 35 años
- Enfermedad de la vejiga sintomática
- Cirrosis moderada
- Historia de colestasis causada por anticonceptivos hormonales combinados
- Uso de medicación que puede interferir con el metabolismo de los anticonceptivos hormonales combinados

1.4. Riesgos y beneficios

Los riesgos más importantes a tener en cuenta en mujeres en tratamiento con anticonceptivos orales combinados son:

- Tromboembolismo venoso (TEV): El riesgo de tromboembolismo venoso es una complicación conocida desde la introducción de los anticonceptivos hormonales combinados. En el año 2001 la Agencia Española del Medicamento emitió una nota informativa, tras evaluar la información disponible, sobre el riesgo de tromboembolismo venoso asociado a la utilización de anticonceptivos orales de tercera generación. La tabla 5 recoge el riesgo de TEV en diferentes situaciones. En esta nota se concluye que a la hora de prescribir un anticonceptivo oral combinado por primera vez, debe tenerse en cuenta que el incremento de riesgo de tromboembolismo venoso estimado para los anticonceptivos orales de 3ª generación (que contienen al menos 20 microgramos de etinilestradiol asociado a desogestrel o gestodeno) frente a los anticonceptivos orales combinados de 2ª generación (que contienen menos de 50 microgramos de etinilestradiol asociado a levonorgestrel) es mayor durante el primer año de uso. Asimismo, recuerda las contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados en mujeres que padezcan, o tengan antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa y los factores de riesgo del TEV (obesidad, periodo post-parto, intervención quirúrgica reciente o antecedentes familiares de trombosis venosa).

- Infarto de miocardio: En mujeres que usan anticonceptivos orales combinados con un contenido de etinilestradiol mayor de 50 microgramos la frecuencia de infarto de miocardio se incrementa aproximadamente unas 3 veces, el tabaquismo y una edad superior a 35 años agravan este riesgo. Estudios recientes han puesto de manifiesto que los anticonceptivos orales combinados con un contenido de etinilestradiol inferior a 50 microgramos no aumentan el riesgo de infarto de miocardio.

- Accidente vascular cerebral: Se ha observado un incremento significativo del riesgo de accidente vascular cerebral en los preparados con alto contenido de estrógenos. En otros estudios con los preparados actuales no se ha encontrado este incremento de riesgo.

TABLA 5. RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EN DIFERENTES SITUACIONES

SITUACIÓN	RIESGO DE TEV (por 100.000 mujeres/año)
Mujeres sanas de entre 15 y 44 años que no toman anticonceptivos orales combinados	5 a 10 casos
Mujeres que toman anticonceptivos orales combinados que contienen menos de 50 µg de etinilestradiol con levonorgestrel	20 casos
Mujeres que toman anticonceptivos orales combinados que contienen al menos 20 µg de etinilestradiol en combinación con desogestrel o gestodeno	30 a 40 casos
Embarazo	60 casos

Los anticonceptivos orales combinados también presentan aspectos beneficiosos para la salud que no están relacionados con su utilidad anticonceptiva:

- Prevención del cáncer de endometrio
- Prevención del cáncer de ovario
- Prevención de quistes ováricos
- Prevención de la enfermedad fibroquística mamaria
- Regulación de la menstruación
- Reducción de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda
- Reducción de embarazos ectópicos
- Reducción de dismenorrea y menorragia
- Tratamiento de la perimenopausia
- Tratamiento del acné
- Aumento de la densidad mineral ósea y prevención de las fracturas osteoporóticas postmenopausicas.

1.6. Efectos adversos: Habitualmente se experimentan efectos adversos menores durante los 3 primeros ciclos, por lo que es importante informar a la paciente para evitar que suspenda el tratamiento de forma innecesaria. Éstos son:

- Sangrado irregular: Aparece en el 10-30 % de las mujeres durante el primer mes de tratamiento, y parece que es más habitual durante los 3 primeros ciclos. No existen diferencias entre los diferentes preparados. Parece que este efecto adverso mejora con el tiempo.

- Amenorrea: Se produce amenorrea en el 2-3 % de las pacientes que utilizan estos fármacos. Este efecto adverso no es peligroso y puede revertir al cambiar de preparado.
- Cloasma: Puede que nunca desaparezca completamente. No es efectivo cambiar de preparado. El uso de protectores solares puede evitar la hiperpigmentación.
- Tensión mamaria: Habitualmente este efecto adverso mejora con el tiempo. Parece que son menos frecuentes en las mujeres que utilizan combinados con menos cantidad de estrógeno. La ingesta de cafeína puede ayudar a reducir la mastalgia.
- Náuseas: Es un efecto adverso común que disminuye con el tiempo.

1.7. **Interacciones:** Las interacciones farmacológicas más importantes de los anticonceptivos orales combinados están recogidas en la tabla 6. Todas ellas tienen como efecto final la reducción de la efectividad de los anticonceptivos.

Tabla 6. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

Grupo terapéutico	Principio Activo	Mecanismo Interacción	Actuación recomendada
Antiepilépticos	Carbamazepina Oxcarbamazepina Fenitoina Primidona Topiramato	Inducen la actividad enzimática hepática	Si coexisten durante un corto periodo de tiempo es necesario utilizar un método contraceptivo adicional durante el mismo tiempo y una semana después de finalizar el tratamiento, excepto en el caso de la rifabutina y rifampicina, que se debe mantener durante 4 semanas. Si coexisten en tratamiento de larga duración es necesario utilizar un método contraceptivo adicional. En el caso de rifabutina y rifampicina es necesario utilizar siempre un dispositivo intrauterino y mantener este método contraceptivo, al menos, 8 semanas después de suspender el tratamiento.
Antifúngicos	Griseofulvina		
Antiretrovirales	Nelfinavir Nevirapina Ritonavir		
Antituberculosos	Rifabutina Rifampicina		
Antibióticos de amplio espectro	Ampicilina Amoxicilina Penicilina V Doxiciclina	Reducen la circulación enterohepática de estrógenos	Pautas antibióticas cortas: es necesario utilizar un método contraceptivo adicional a lo largo del tratamiento y, al menos, durante 1 semana después de su finalización. Pautas antibióticas superiores a 3 semanas: No requieren precauciones ya que se desarrollan resistencias bacterianas en el intestino.

Modificada de 3

2. PARCHES TRANSDÉRMICOS

Contiene una combinación de 6 mg norelgestromina y 750 mcg de etinilestradiol y es de reposición semanal. Cada parche transdérmico libera 150 mcg de norelgestromina y 20 mcg de etinilestradiol cada 24 horas. El sistema transdérmico evita el primer paso hepático, por lo que la biodisponibilidad es mayor, lo que permite dosis menores y menos efectos secundarios. La única especialidad comercializada en España es Evra®. Puede estar especialmente indicado en pacientes que tengan problemas de cumplimiento, ya que se aplica un parche una vez a la semana durante tres semanas consecutivas, seguidas de una semana libre de parche por ciclo. En cuanto a su eficacia, el índice de Pearl con el uso perfecto es de 0.7 % y del 0.88 % con el uso habitual. La eficacia es menor en mujeres con peso corporal mayor de 90 Kg.

El mecanismo es similar al de los anticonceptivos orales. El principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, pero también puede contribuir a la eficacia del producto las alteraciones del moco cervical y endometrio. Los efectos adversos, contraindicaciones y riesgos son similares a los anticonceptivos orales, con una mayor frecuencia de manchado y hemorragia durante los dos primeros meses. Las reacciones en el sitio de aplicación se presentan en el 20 % de los casos, habitualmente son leves o moderadas, únicamente el 2 % de las mujeres deben finalizar el tratamiento debido a este efecto adverso.

3. ANILLO VAGINAL

Es un anillo flexible de 54 mm de diámetro que se coloca en la vagina, libera 15 mcg de etinilestradiol y 0,120 mg de etonogestrel cada día. Esta vía de administración también evita el paso hepático. La especialidad comercializada en nuestro país se denomina Nuvaring. Se puede insertar y extraer por la propia paciente, una vez insertado el anillo se dejará en la vagina durante 3 semanas seguidas, después de un periodo de una semana de descanso se insertará un nuevo anillo. Su efectividad puede ser superior al 99 %. En los ensayos realizados se han obtenido índices de Pearl entre 0.65 y 1.18. Tiene un grado de cumplimiento del 85 %-90 %.

Presenta las mismas indicaciones y contraindicaciones que los anticonceptivos orales combinados y puede resultar indicado para las mujeres que prefieran la vía vaginal. Es muy frecuente el aumento del flujo vaginal, el resto de los efectos secundarios son similares a los anticonceptivos orales combinados. Puede no ser adecuado para mujeres con prolapso uterino o estreñimiento grave.

4. INYECCIÓN

Se administra por vía IM mensualmente y está compuesta por 150 mg de algestona y 10 mg de estradiol. La única especialidad comercializada en España se denomina Topasel. Se recomienda en mujeres con enfermedades psiquiátricas, o en mujeres que viajan mucho y tienen grandes cambios horarios.

PROGESTÁGENOS

Actualmente en España los anticonceptivos que contienen solamente progestágenos están disponibles por vía oral, inyección IM, implante subcutáneo y dispositivo intrauterino.

1. PROGESTÁGENOS ORALES

La única presentación disponible en España es Cerazet (compuesta por 75 mcg de desogestrel). El principal mecanismo de acción es la alteración del moco cervical, reduce el volumen del moco, incrementa su viscosidad y alteran su estructura molecular, de esta forma la penetración del esperma es nula o muy baja. La ovulación se puede suprimir total o parcialmente. Presenta índices de embarazos ligeramente superiores a los anticonceptivos orales combinados (ver tabla 1) y exige un control posológico estricto. Este método anticonceptivo estaría indicado en mujeres que requieran un método libre de estrógenos. Así, estaría recomendado en mujeres de más de 35 años que fumen, mujeres que tengan migraña con síntomas neurológicos, mujeres que no toleren los efectos secundarios de los anticonceptivos combinados, o mujeres que estén en periodo de lactancia. Las contraindicaciones absolutas son embarazo y cáncer de mama. Las contraindicaciones relativas son hepatitis viral activa y tumores hepáticos. La reacción adversa más frecuente es el sangrado irregular.

2. INYECCIÓN

Está compuesto por medroxiprogesterona 150 mg. Únicamente existe una especialidad comercializada que se denomina Depo Progevera®. Se administra en inyección IM cada 2-3 meses. El mecanismo de acción más importante es la inhibición de la secreción de las gonadotropinas a nivel pituitario, por lo que suprime la ovulación. De la misma forma incrementa la viscosidad del moco e induce atrofia endometrial.

Este método estaría indicado en mujeres que tienen problemas con el cumplimiento de otros métodos anticonceptivos, también en mujeres que requieren un método libre de estrógenos al igual que los progestágenos por vía oral. Las contraindicaciones y efectos adversos son similares a los progestágenos por vía oral. Aunque es un método anticonceptivo reversible puede retrasar el retorno de la ovulación una media de 9 meses. Además, la mayoría de los estudios demuestran una reducción en la densidad mineral ósea, aunque parece que no causa osteoporosis.

3. IMPLANTES SUBCUTÁNEOS

Se insertan en la cara interna del brazo y liberan de forma controlada el progestágeno. Requieren de la implantación por personal especializado, aunque el procedimiento suele ser sencillo y rápido, tanto para su implantación como para su extracción.

Existen comercializadas dos presentaciones en España:

- Implanon®: Es un implante monovarilla que libera etonorgestrel de manera continuada y se debe reemplazar cada 3 años.
- Jadelle®: Son dos cilindros flexibles que liberan levonorgestrel como contraceptivo de mantenimiento hasta un máximo de 5 años, aunque se recomienda sustituirlo a los 4 años sobre todo en mujeres que pesan más de 60 Kg.

Estos dispositivos son de utilidad en mujeres en las que el cumplimiento sea problemático y/o muestren preferencia por la vía subcutánea de administración. Los efectos adversos más frecuentes son hemorragias irregulares o prolongadas, lo que origina abandonos del tratamiento en algún caso. Además, en el brazo portador de los implantes han sido más frecuentes las tromboflebitis y flebitis superficiales.

4. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Es un sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel de 52 mg con una tasa inicial de liberación de 20 µg/24 h. La única especialidad comercializada se denomina Mirena®. En los ensayos clínicos realizados, el DIU de levonorgestrel ha demostrado una eficacia algo superior al DIU de cobre < 250 mm³. En cuanto a los efectos adversos, durante los primeros meses puede dar lugar a sangrado intermitente y manchado. Tras 3-6 meses de tratamiento se ha observado la aparición de un 20 % de casos de amenorrea. Además, puede presentar, en los primeros meses, un perfil de reacciones adversas similar al de los progestágenos. Este dispositivo puede ser una alternativa útil para mujeres no nulíparas con menstruaciones abundantes y prolongadas, en las que la posible amenorrea no suponga un rechazo.

CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA

Se denomina contracepción de emergencia el uso de diferentes métodos que, utilizados por la mujer después de una relación coital con riesgo de embarazo no deseado, son capaces de prevenirlo.

1. GESTÁGENOS: LEVONORGESTREL

La administración de levonorgestrel 1.5 mg por vía oral es el tratamiento de contracepción de emergencia hormonal más efectivo y con menos efectos adversos de los disponibles actualmente en España.

Presenta diversos mecanismos de acción según el día del ciclo en el que se administra: inhibición o retardo de la ovulación, cambios en el endometrio, modificaciones en el moco cervical. No interrumpe una gestación ya implantada.

El levonorgestrel consigue una reducción de la tasa de embarazos de un 95 % si se administra durante las primeras 24 horas después del coito, de un 85 % entre las 25 y las 48 horas después de éste y de un 58 % si la administración se produce entre las 49 y 72 horas siguientes al coito. Los efectos secundarios más frecuentes son las náuseas (23 %), los vómitos (6%), mastodinia (10%), cansancio (17%), mareo (11%) y cefalea (10%). Está contraindicado en caso de embarazo o antecedente de hipersensibilidad a alguno de los componentes. Como contraindicación relativa están los síndromes de mala absorción.

La dosis recomendada es de 1,5 mg (dos comprimidos de 0,75 mg) después de la relación coital de riesgo (antes de las 72 horas). Si la paciente experimenta vómitos dentro de las 2-3 horas siguientes a la administración de una dosis, ésta tendrá que volver a repetirse lo antes posible. Es más eficaz y presenta menos efectos adversos que el método de Yuzpe. Las presentaciones disponibles en España de levonorgestrel 0.75 mg son Norlevo y Postinor.

2. ESTRÓGENOS Y PROGESTÁGENOS COMBINADOS: PAUTA DE YUZPE

Ha sido el tratamiento más ampliamente utilizado desde los años 70. El mecanismo de acción también es variado y similar al del levonorgestrel. Tampoco interrumpe la gestación una vez implantada.

La pauta de Yuzpe consigue una reducción en la tasa de embarazos de un 77 %, si el tratamiento se toma en las primeras 24 horas, de un 36 % entre las 25 y las 48 horas y de un 31 % entre las 49 y las 72 horas siguientes al coito de riesgo. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas (50%), vómitos (19 %), mastodinia (20%), cansancio (28%) mareo (17%) y cefalea (10%).

La pauta recomendada es de 2 comprimidos (0.05 mg de etinilestradiol y 0.25 mg de levonorgestrel por comprimido) lo antes posible después de la relación coital de riesgo (antes de 72 horas) y dos comprimidos más a las 12 horas de la primera dosis. Si la paciente experimenta vómitos dentro de las 2-3 horas siguientes a la administración de una dosis, ésta tendrá que volver a repetirse lo antes posible. Está contraindicado en caso de embarazo y antecedentes de hipersensibilidad a alguno de los componentes. Las contraindicaciones relativas son antecedentes de tromboembolismo venoso, las primeras 6 semanas posparto, la lactancia materna y los síndromes de mala absorción grave.

3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Es el método más efectivo de contracepción de emergencia aunque para su inserción se requiere un profesional preparado. No hay estudios que comparen la efectividad del DIU con la contracepción de emergencia hormonal.

El DIU actúa evitando la implantación del huevo fecundado. Presenta una baja incidencia de efectos secundarios, el más frecuente es el aumento del sangrado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Nuevos medicamentos comercializados en España. Evra ®. Panorama Actual del Medicamento 2003; 27 (2669): 779-786.
2. Anónimo. Anticonceptivos ¿Qué hay de nuevo? Infac 2004, Volumen 12-nº 8. Disponible en: www.euskadi.net/sanidad/cevime.
3. Contracepció d'emergència. Guies de pràctica clínica i material docent. Disponible en: www.gencat.net/ics.
4. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo Colegios Oficiales Farmacéuticos 2005.
5. WHO (2004) Medical eligibility criteria for contraceptive use (third edition). World Health Organization. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications
6. WHO (2004) Selected practice recommendations for contraceptive use (first edition). World Health Organization. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications
7. SOGC Clinical Practice Guidelines. Canadian Contraception Consensus 2004. Disponible en: www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps143_1_3.pdf
8. Comunicación sobre riesgos de medicamentos (ref 2001/10). Nota informativa. Riesgo de tromboembolismo venoso asociado a la utilización de anticonceptivos orales de tercera generación. Disponible en: <http://www.agemed.es>
9. Navarro H, Morera M. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. Inf Ter Sist Nac Salud 1997;21:1-10.
10. Lopez de Castro F, Lombardía J. Novedades en anticoncepción hormonal. Inf Ter Nac Salud 2005; 29:57-68.

Comité De Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

Miguel Aguiló (FCC) · Glòria Alba (FCH) · Joan Altamiras (FCH) · Manel Ballester (Cardiólogo) · Josep Barrio (Infectòleg) · Salvador Benito (Intensivista) · Xavier Bonafont (FCH) · Joaquim Bonal (FCH) · Patricia Bravo (FCH) · Neus Caelles (FCC) · Daniel Cardonal (FCH) · Federico Castillo (FCH) · Isabel Castro (FCH) · Anna Clopés (FCH) · Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad Salamanca) · Jose Angel Expósito (FCH) · Rosa Farré (FCH) · M^a José Faus (Prof. Titular Universidad Granada) · Benet Fité (FCC) · Jordi Foncuberta (Hematòleg) · Miquel Franco (Internista) · Pilar Gascón (FCC) · M^a Rosa Güell (Neumòleg) · Gemma Guinovart · Eduard Idalgo (FCH) · Cristina de Irala Indart (FCH) · Francesc Jané (Farmatóleg Clínic) · Rosa Jordana (FCC) · Fernando Fernandez-Llivos (FCC) · Milagros Garcia (FCH) · M^a Antonia Mangues (FCH) · Francisco Martínez (FCC) · Lluís Mendarte (FCH) · Josep Monterde (FCH) · Rita Moreira (FCH) · M^a Estela Moréno Martínez (FCH) · Margarita Ramoneda (FCC) · Gemma Rodríguez Trigo (Neumòloga) · M^a Luisa Sala (FCH) · Joaquim Sanchis (Neumòleg) · Amparo Santamaría (Hematòloga) · Angel Sanz Granda (Consultor Farmacoeconomía) · Pablo Torredadella (Medicina y Cirugía) · Laura Tuneu (FCH) · Guillermo Vazquez (Internista e Intensivista) (FCH) Farmatóleg Clínic Hospitalario. (FCC) Farmacéutic Clínic Comunitario.



DICAF, S.L.

Información y suscripciones:

DICAF, S.L. - C/ Muntaner, 560, pral. 1ª - 08022 BARCELONA
Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 - E-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>

Edita:	The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L. c/Muntaner, 560 pral.1ª - 08022 BARCELONA
ISSN:	1575-3611 - N.I.F.: B-61640439
Imprime:	Gràfiques Gispert, S.A. - Depósito legal: GI-557/1999