

Comentario editorial

Anticoncepción de emergencia

*Dra. María Eugenia Escobar**

La edad de inicio de las relaciones sexuales ha ido descendiendo a lo largo del tiempo; actualmente es de 15,7 años en promedio para las mujeres en nuestro país. Este hecho no es sorprendente si se tiene en cuenta que la madurez sexual biológica se alcanza a los 11 o 12 años y al mismo tiempo se ha promovido la postergación del matrimonio después de los 25, con lo que se amplió considerablemente la ventana entre ambos eventos; durante ese lapso de 10 a 15 años los adolescentes están expuestos a estímulos sociales y de los medios de comunicación altamente erotizadores. Una gran proporción de esos adolescentes que comienzan su vida sexual tempranamente lo hacen sin protección anticonceptiva adecuada o con protección discontinua. Prueba de ello es que, en nuestro país, el 15% de los nacimientos proceden de mujeres adolescentes entre 10 y 19 años. El embarazo y parto en las adolescentes son situaciones de alto riesgo. Las tasas de mortalidad infantil son notablemente altas para las madres menores de 15 y de 15 a 19 años, hecho relacionado con carencias socioculturales más que con factores biológicos. Esta situación ha merecido la atención de las autoridades de Salud Pública, hasta el punto que la ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires incluye como uno de sus objetivos: "Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/los adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada".

La anticoncepción de emergencia (AE) es un conjunto de métodos anticonceptivos que se utilizan después de una relación sexual no protegida para evitar un embarazo no deseado. La AE está apro-

bada por la Organización Mundial de la Salud. Originariamente se desarrolló para ser utilizada en casos de violación y posteriormente se extendió su uso a otras situaciones. Los métodos más usados de AE son los hormonales, conocidos comúnmente como "la píldora poscoital". Estos incluyen el régimen combinado, etinil-estradiol más levonorgestrel (método de Yuzpe) y el régimen de levonorgestrel solo. Este último se encuentra disponible en nuestro medio. Ambas hormonas son las mismas que se utilizan como anticonceptivos en forma regular,

pero se diferencian porque en la AE se administran en dosis más altas y hasta 72 horas después de la relación sexual no protegida.

El mecanismo de acción de la AE hormonal es complejo, según el momento del ciclo en

que se usa. Está bien demostrado que altera la migración y función espermática y administrada durante la fase folicular interfiere con el proceso ovulatorio. Especial preocupación ha habido en torno a la posibilidad de que las hormonas mencionadas puedan interferir con el proceso de implantación. Algunos estudios han encontrado alteraciones en la morfología endometrial o en la expresión de ciertas moléculas dependientes de la progesterona. Por otro lado, en el caso del levonorgestrel, existen estudios recientes en el ser humano y en animales de laboratorio que no encuentran alteraciones en el desarrollo pregestacional del endometrio luego de administrado este compuesto en forma de AE, por lo que sugieren que no actuaría impidiendo el proceso de implantación. De todos modos, se considera que se requiere mayor investigación sobre este punto y la conclusión hasta el presente es que el modo de acción exacto de la AE

*Ver artículo
relacionado en
la página 460*

* Grupo de trabajo de Ginecología Infanto-Juvenil. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Comité de Endocrinología (SAP).

no está totalmente aclarado, si bien la mayor evidencia favorece un mecanismo de acción prefertilización, al menos en el caso del levonorgestrel.

El trabajo de los autores González Aguilar y Croccheri evalúa la mejoría en el grado de información sobre la "píldora poscoital" después de una intervención educativa breve en una población de adolescentes sanos mayores de 16 años que concurren a la consulta de control en salud en un hospital.

Es positivo que al dar la información, los autores hayan enfatizado el carácter de tratamiento de emergencia de este método anticonceptivo y la necesidad de usar otro en forma regular. Esto debe explicitarse clara y firmemente al adolescente, quien debe entender el carácter de excepción de este tipo de anticoncepción y no recurrir repetidamente a su uso, como suele observarse en la práctica. Es común que las adolescentes, aun habiendo recibido información clara por profesionales, no adopten una anticoncepción programada, por razones inherentes a conflictos frente a la sexualidad, que muchas veces se resuelven mediante actos impulsivos. En este contexto, la solución fácil de la AE es una tentación para algunos adolescentes.

Es importante remarcar, como lo hicieron los autores, la falta de protección de este método con respecto a las enfermedades de transmisión sexual. Para muchas mujeres, especialmente en el grupo etario que nos ocupa, el riesgo de infección puede ser igual o mayor que el riesgo de embarazo. Esto ha sido reconocido en trabajos sobre el tema, y se recomienda que los servicios que ofrecen AE deberían ofrecer simultáneamente pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, especialmente por *Chlamydia trachomatis*, que es la enfermedad bacteriana de transmisión sexual más común, tiene drásticas consecuencias sobre la fertilidad y habitualmente es asintomática.

Los autores de este trabajo mencionan en el diseño, como criterios de exclusión, las "objeciones religiosas". Este no es un punto menor y debemos reflexionar acerca del hecho de que las potenciales usuarias o el

personal de salud que debe brindar la información puedan expresar objeciones de tipo religioso o moral. Ambas situaciones son atendibles y respetables. Los adolescentes deben recibir una información objetiva y completa (incluido el mecanismo de acción) acerca de este método y otros disponibles. En cuanto al personal de salud, debe sentirse cómodo con la información que está entregando. En EE.UU., donde las enfermeras tienen un papel esencial en proveer información anticonceptiva, un estudio demostró que algunas no se sentían cómodas sugiriendo el uso de AE a sus pacientes. En esos casos se sugiere que las pacientes sean derivadas a otros proveedores para obtener información y acceso a este método.

Si bien los propios autores reconocen las limitaciones de su estudio, la conclusión es que la intervención efectuada incrementó significativamente el conocimiento de los adolescentes sobre el método en cuestión. Al respecto, conviene no perder de vista que el desafío no reside solamente en incrementar el conocimiento, sino en lograr que los adolescentes se encuentren más alertas respecto a algunos posibles riesgos del comportamiento sexual, enseñarles los medios para reducirlos, y estimular el desarrollo de la autoestima.

"Si los adolescentes no toman conciencia de que son valiosos, todo el conocimiento del mundo no servirá de nada, solamente será memorización". ■

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Duran-Sanchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A, Schiavon R, Larrea F. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64(4): 227-34.
- Marions L, Hulthenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, GemzellDanielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002; 100(1): 65-71.
- Muller AL, Lladós CM, Croxatto HB. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception* 2003; 67(5): 415-9.
- Lindberg CE. Emergency contraception for prevention of adolescent pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2003; 28(3):199-204.
- Grimes DA, ed. *The Contraception Report*. Warren Township, N.J: Emron Inc, 1994: 4.