

TITULO: Anticoncepción de Emergencia: “Debatiendo entre pares ”.

Autores: Grupo Juvenil Cable a Tierra (Seminario “Entre pares: actores y promotores comunitarios”) Borile, Mónica - Nicolato Maria Rosa- Vidal Marcela –

Definimos la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) como la ingesta de compuestos hormonales para prevenir un embarazo dentro de los cinco días (120 horas) siguientes a una relación sexual no protegida. Cuanto más temprana sea la toma, su efecto protector será mayor. La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) es un recurso anticonceptivo

Reconocemos los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos y a todos los métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad hayan sido científicamente aprobadas, así como al derecho a decidir en un ámbito de confidencialidad, privacidad e intimidad, y a la toma de decisiones libres e informadas.

Tratar de evitar un embarazo no esperado después de una relación sexual no protegida no es un método nuevo. El primer caso documentado de su uso en seres humanos aparece recién en la década de los ´60, cuando médicos de los Países Bajos lo utilizaron en una niña de 13 años violada en la mitad del ciclo menstrual. En los primeros ensayos clínicos se usaron altas dosis de estrógenos (Haspels y col 1976), posteriormente se las reemplazó por altas dosis de anticonceptivos orales combinados conteniendo etinil estradiol y levonorgestrel (Yuzpe y col 1974). A esta combinación se la conoce como el método de Yuzpe.

El uso de anticoncepción de emergencia con progestágeno levonorgestrel LNG se propuso por primera vez en América Latina en 1973, siendo hoy el método de elección.

Reconocemos que el acceso de la población a la AOE es una contribución importante desde el punto de vista de la salud personal, social y pública, ya que permite a las mujeres evitar un embarazo no deseado que, de producirse, puede terminar en aborto inducido en condiciones inseguras con las consecuencias negativas asociadas a este desenlace.

Consideramos prioritarias las poblaciones de mujeres jóvenes, con pertenencia étnica, pobres y con bajo nivel educativo, entre otras, que por el estigma y la desigualdad de género no tienen acceso integral y diferenciado a los servicios de salud sexual y reproductiva y, en particular, al uso de la AOE.

Del posicionamiento sobre los Mecanismos de Acción de la Anticoncepción de Emergencia del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) destacamos:

✓ Efecto sobre la migración espermática:

Al momento de la ovulación, el moco cervical presenta condiciones adecuadas para la migración espermática ya que es transparente, abundante, elástico, y sus

moléculas se disponen en paralelo formando verdaderos canales, de forma tal que facilita la migración de los espermatozoides (Laguna, 2007).

Con el uso de la AOE esta arquitectura normal es alterada, provocando que el moco cervical se torne grueso, espeso, hostil, y que sus moléculas se encuentren entrecruzadas sin formar canales. Esto impide el proceso de migración. Según Kesseru (1973), el levonorgestrel aumenta también el pH del fluido uterino, así como la viscosidad del moco cervical, fenómenos que inmovilizan a los espermatozoides:

Al ocurrir el coito, los espermatozoides migran desde el cuello uterino en dos fases: una fase rápida y breve, por la cual llegan los primeros espermatozoides a la trompa a los pocos minutos después del coito, y una fase sostenida en el tiempo por la cual los espermatozoides almacenados en las criptas del cuello uterino migran en sucesivas cohortes hacia la trompa en el curso de varios días.¹

Únicamente los espermatozoides que migran en la fase tardía tienen capacidad fecundante, el tiempo de latencia permite que este proceso sea potencialmente alterado por el levonorgestrel. (Croxatto, 1996 y Ortiz, 1995).

Por otra parte, el levonorgestrel tiene efectos sobre la capacidad de los espermatozoides para adherirse al óvulo por la mayor producción de glicodelina-A, sustancia que se segrega en el endometrio y dificulta la unión del espermatozoide con la zona pelúcida del ovocito. (Durand M, 2005 y Munuce, 2006)

✓ Efecto sobre la ovulación

En el caso del método de YuzpeSwahn (1996), administró el método de Yuzpe (uso de AOE de píldoras anticonceptivas regulares combinadas de Etinil estradiol + Levonorgestrel) el día 12 del ciclo. Seguidamente se pudo observar la supresión o postergación del pico de Hormona Luteinizante (LH) en 6 de las 8 mujeres estudiadas, con lo que se demuestra su acción anticonceptiva.

Croxatto (2002) por su parte, hicieron uso del método de Yuzpe en diferentes momentos de la fase folicular del ovario: cuando el diámetro del folículo dominante tenía de 12 a 14 mm, de 15 a 17 mm ó 18 mm (ovulación inminente). Con esto se comprobó la correlación inversa entre este marcador (diámetro folicular) y la inhibición de la ovulación, ya que mientras más grande fue el diámetro, menor la capacidad de la AOE de producir anovulación, por ello fue que esta ocurrió en 80%, 50% y 0% de los casos según fuera el diámetro folicular. Sus hallazgos demostraron que mientras más cerca de la ovulación se encuentra la mujer el efecto de esta forma de AOE es incipiente o nulo.

En consecuencia, existe interferencia con procesos previos a la fecundación. En la mujer, los 6 días fértiles del ciclo menstrual son el día de la ovulación y los 5 días que la preceden. Los espermatozoides depositados en el tracto genital femenino pueden fecundar un oocito liberado del folículo hasta 5 días después del coito (Wilcox, 1995). Este espacio de varios días que puede transcurrir entre un coito y la ovulación hace posible que el anticonceptivo de emergencia actúe interfiriendo con procesos previos a la fecundación. Varios investigadores han demostrado que la administración de LNG-AOE interfiere con la ovulación. Dicha interferencia es dependiente de cuán avanzada esté la fase folicular y más específicamente si se da antes o después de iniciado el pico de LH (Durand, 2001;

Novoika, 2007 y Noe, 2010). Kesseru (2004), demostró que la administración de 400 µg de LNG produce una disminución de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina observable a partir de las 3 horas post tratamiento, aumenta la densidad del moco cervical y el pH intrauterino, lo cual inmoviliza los espermatozoides. Estos efectos no se observaron en otro estudio en que los intervalos entre coito, tratamiento y examen del moco cervical y de la migración espermática fueron más prolongados (Do Nascimento, 2006).

El hecho de que la efectividad de LNG-AE disminuye cuando aumenta el intervalo entre la relación sexual desprotegida y el tratamiento, hace prever que la interferencia con la implantación es poco probable. Numerosas investigaciones se han realizado buscando posibles cambios histológicos y fisiológicos en biopsias de endometrio de mujeres tratadas con LNG-AE. Un estudio reciente concluye que no hay efectos deletéreos sobre los marcadores de implantación, de manera que es improbable que la prevención de embarazos por LNG-AOE se produzca por fallas en la implantación (Meng, 2010). Tampoco se encontró que LNG afecte la implantación de embriones humanos in vitro (Meng, 1991).

Razones éticas impiden estudiar directamente en la mujer y determinar si LNG-AOE afecta la fecundación y la implantación. Por lo tanto, *la razón embarazos observados / embarazos esperados* se ha establecido como el método para estimar la eficacia de LNG-AOE. La estimación de los embarazos esperados requiere establecer con precisión si la relación sexual desprotegida ocurrió en los días fértiles del ciclo y en cuál de ellos. (Novoika, 2007 y Noe, 2010). Varios estudios proporcionan evidencia sobre que el LNG-AE mostró ser muy efectivo para evitar el embarazo cuando se administra antes de la ovulación. En cambio, cuando se usa muy cercano a o inmediatamente después de la ovulación, se observó el mismo número de embarazos que se hubiesen producido si no se hubiera usado el anticonceptivo.

Por todas las evidencias arriba mencionadas, se entiende que este anticonceptivo sólo es eficaz en la fase anterior a la ovulación, pero “mientras más cerca esté la ovulación, el uso de las píldoras de emergencia no es capaz de detenerla y como consecuencia, aquella ocurre, y de haber las condiciones adecuadas puede ir seguida de fecundación, sin que ésta pueda ser interrumpida por la AOE.”, lo que explica las fallas anticonceptivas del método (Távora, 2010) Como aclara Távora, sin embargo, este método deberá administrarse en toda relación no protegida independientemente de la fase del ciclo en que la mujer pueda presuntamente encontrarse.

Lugar de Trabajo: Escuela de Medicina Universidad Nacional del Comahue
Las/os estudiantes de medicina deben tener conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, entre ellos la anticoncepción de emergencia (AOE) para poder brindar información adecuada en la consulta, en las actividades que desempeñan como agentes de salud y para su auto-cuidado.

Se desarrollo un proceso de investigación/acción evaluando conocimientos, actitudes y experiencias en relación a la AOE con alumnas/os de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Cipolletti. Río Negro. Patagonia Argentina.

Metodología:

Alumnos cursantes del seminario “Entre pares: actores y promotores comunitarios” realizaron una encuesta a otras/os alumnos de medicina en relación a la AOE a través de un cuestionario autoadministrado.

Luego del mismo entregaron folletería con información sobre la temática abordada favoreciendo un espacio de debate.

Participaron de esta primera consulta 114 alumnos 63% de los cuales fueron de sexo femenino.

La etapa etaria prevalente fue entre 18 a 23 años constituyendo el 81%.

Del total de los encuestados el 40 % cursa 1º año, 55 % profesan religión católica.

Consultados si es un método abortivo el 32% considera que SI lo es.

Se destaca el 35% refiriendo que impide la implantación del huevo fecundado y el 31% que es una persona sujeta a derecho desde la concepción.

El 58% No lo considera abortivo, refieren que impide la fecundación e inhibe la implantación, 13% destacan que no hay vida, 4% refiere modificaciones endometriales. 13 % no responde.

Consultado sobre los tiempos más adecuados para su indicación

el 9% refiere lo antes posible,

antes de las 24 horas el 19%,

antes de las 48 hs. el 24%.

En relación a si indicarían la AOE el 71% respondió afirmativamente.

Refiriéndose a cuando no la indicarían:

el 25% no sabe/ no contesta.

El 24% no la prescribiría por reacciones adversas,

el 11% no la indicaría cuando se presenta recurrencia en la toma y

el 9% no se la indicarían a menores de 18 años.

En relación a los efectos colaterales el 27% desconoce cuáles son,

el 22% refiere que no posee efectos colaterales,

el 34 % refiere sintomatología ginecológica/ hormonal y

un 10% de manifestaciones gastrointestinales.

Conclusión: Los estudiantes necesitan tener un mayor conocimiento sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, abordar los mitos instalados sobre sus mecanismos de acción, indicaciones y efectos colaterales.

En este resumen se tomaron los parámetros considerados de mayor incidencia en el estudio.