

ORIGINALES

## ASPECTOS DE LA «PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS» EN ADOLESCENTES DE NUESTRO MEDIO

M. Correa Rancel<sup>1</sup>, F. Marín Rodríguez<sup>2</sup>, M.N. Rancel Torres<sup>3</sup>, P.J. Rodríguez Hernández<sup>4</sup>,  
B. Correa Ceballos<sup>1</sup>, F.R. Martín Casañas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife. <sup>2</sup>Centro de Salud de Anaga. Tenerife. <sup>3</sup>Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Tenerife. <sup>4</sup>Hospital de Día Infantil y Juvenil «Diego Matías Guigou y Costa. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

### RESUMEN

Se aborda el uso de métodos anticonceptivos de urgencia por las adolescentes de nuestro medio durante 6 años completos, analizando su epidemiología, niveles de instrucción e índice de fallos. Confrontando con otros marcadores de embarazos no deseados, como las interrupciones voluntarias de embarazos, se deduce que la formación de este sector sobre contracepción de urgencia debería ser mejorada y así disminuir de forma notable los incidentes indeseables.

**Palabras clave:** contracepción de urgencia, adolescentes, píldora postcoital.

### PSTCOITAL PILL IN ADOLESCENTS

#### SUMMARY

We consider the use of emergency contraceptive by teenagers in our health service over six years and analyze the epidemiology of the patients, the level of education and the failure rate. We compared to other indicators of unwanted pregnancies, abortions, the population should be made more aware of emergency contraception and can drastically reduce the number of unwanted pregnancies.

**Key words:** emergency contraception, teenagers, postcoital pill.

BSCP Can Ped 2006; 30 (1): 75-79

#### Correspondencia:

M. Correa Rancel  
Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife  
Avenida Madrid, nº 3, P1, 2ºB  
e-mail: martacorrear@yahoo.es

### INTRODUCCIÓN

La anticoncepción de urgencia consiste en el uso de un fármaco o de un dispositivo con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida.

Se conoce que el recurso de la píldora postcoital (PP) reduce el número de embarazos no deseados y también las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en más de un 50%.

Las indicaciones de la PP son: el coito desprotegido, accidentes durante el uso de métodos anticonceptivos regulares, abusos sexuales y el uso reciente de sustancias teratógenas<sup>1</sup>. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible tras la situación de riesgo.

Todos los métodos anticonceptivos hormonales actuales tienen una eficacia alta, pero está influenciada por factores dependientes de la usuaria, como son el olvido, vómito o interacción de fármacos. Se acepta que las mujeres que toman un anticonceptivo oral tienen un 7% de fallos en el primer año de utilización<sup>2</sup>. Se considera que el índice de fallos de los métodos hormonales es de un 2%<sup>3,4,5</sup>.

Se han utilizado, con fines contraceptivos, métodos hormonales como el de Yuspe (anticonceptivo oral administrado antes del tercer día del coito de riesgo), que ya ha se encuentra en desuso<sup>6,7</sup> y ha sido sustituido por la píldora de gestágenos que lleva levonorgestrel 750 mg por comprimido, declarado medicamento esencial por la OMS en 1998<sup>1</sup>. Se

toma un comprimido y otro a las 12 horas<sup>8</sup>. Otros tratamientos usados fueron el danazol 600mg cada 12 horas o el RU486-mifepristona<sup>9</sup> 10 mg en dosis única, de los que no tenemos experiencia. Cuando ha transcurrido más de 5 días algunos han preconizado la colocación de un DIU.

El mecanismo de acción probablemente se basa en que la PP interviene inhibiendo o retrasando la ovulación (por un retraso en el pico preovulatorio de LH), reduciendo la motilidad tubárica, acortando la fase lútea o dificultando la implantación endometrial. Si la paciente estuviese embarazada, no produciría su aborto, ni causaría malformaciones.

La PP tiene pocas contraindicaciones y pocos efectos secundarios: náuseas, vómitos, sangrado irregular (en usos reiterados). Todos son pasajeros. Si vomita antes de 2 horas, después de la toma de PP debe repetirse la toma y usar antieméticos, o bien, administrarla vía vaginal.

Se ha objetado que las mujeres jóvenes tienen más difícil acceso a los métodos de contracepción hormonal, porque necesitan la receta médica y la compra del producto, y además, falta de confianza, miedo a que no se guarde su secreto, objeción de conciencia, y todo ello puede retrasar el uso del método o impedirlo.

Debe salvarse la barrera psicológica, ganándose la confianza en las más jóvenes, con lo cual disminuyen sus riesgos de embarazos no deseados.

Cuando la paciente es menor de edad siempre surgen dudas a los profesionales a la hora de prescribir la PP. La ley 41/2002 dice que «cuando la paciente es menor de edad, no incapaz, ni incapacitada, pero emancipada o con dieciséis años cumplidos no cabe prestar el consentimiento por representación, salvo en casos de IVE, técnicas de reproducción asistida o ensayos clínicos»<sup>10</sup>. Por lo tanto, se puede recetar, sin problemas a las pacientes con edad igual o superior a los 16 años, mayoría de edad médica. En las pacientes entre 12-16 años el médico debe valorar la «capacidad de consentir» y el desarrollo psicológico de la paciente y según el resultado de éste adoptar la decisión. Se tiene poca experiencia en la contracepción de urgencia de adolescentes menores de 13 años.

La PP se usa menos de lo que sería la tónica normal de prescripción y ello puede deberse, entre otros, a desconocimiento por parte de las usuarias<sup>11,12</sup>, aunque esto ha ido cambiando en los últimos años.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó el análisis estadístico de todas las pacientes menores de 20 años que solicitaron contracepción de urgencia en consulta de planificación familiar del Centro de Salud de Anaga (Tenerife) durante los años 1998 y 2003, y algunos casos de los años contiguos (1997 y 2003).

La contracepción hormonal utilizada se fundamentó en métodos hormonales como el de Yuste y la píldora de levonorgestrel desde su comercialización.

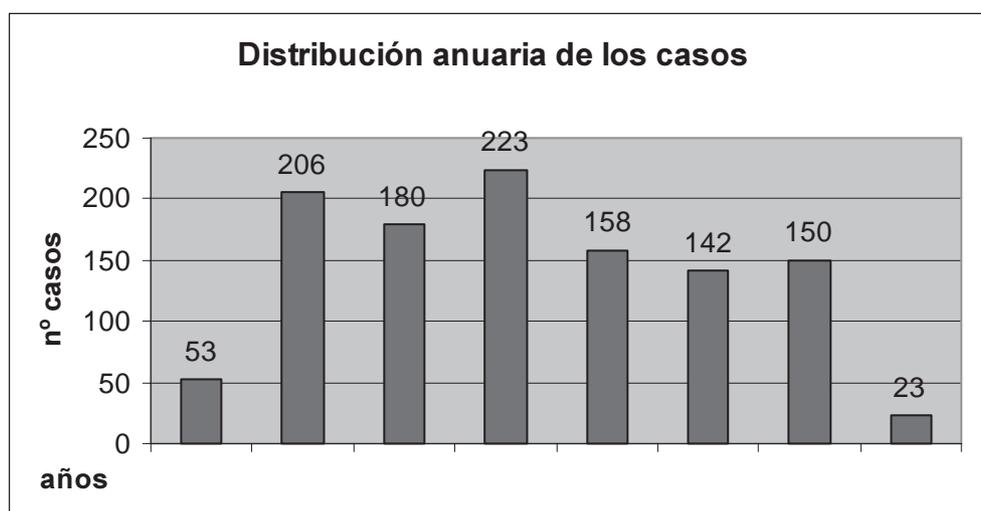
## RESULTADOS

Entre 1997 y 2004, en consulta de planificación familiar, se atendieron 1135 casos que solicitaban PP (Figura 1). Su distribución por edades muestra que casi la mitad, el 47,4% (538 pacientes) eran mujeres de edad inferior a 20 años, un contingente importante en el total del grupo (Tabla 1).

Estas mujeres tenían un nivel de instrucción de estudios primarios en el 48,65%; estudios medios en el 22,83% y superiores en el 28,32%. Tratándose de mujeres jóvenes, en formación, es de suponer que esta distribución no es definitiva.

El porcentaje de fallos en los casos en que utilizamos contracepción de urgencia en todo el grupo fue de 1,14%, registrándose 13 embarazos. En el grupo de las adolescentes (538 casos), los embarazos correspondientes fueron 6, o sea, un porcentaje de 1,11% de fallos, bastante equiparable al del total del grupo (Tabla 2). Los embarazos que se produjeron en los días periovulatorios, y el tiempo transcurrido entre coito y PP fue inferior a 48 horas en todos los casos.

Por otro lado, en la revisión de las edades de las IVE que se produjeron entre 2001 y 2003<sup>13</sup>, encontramos que una parte importante de ellas, que supuso el 12%, correspondían a jóvenes de menos de 20 años, todos ellos casos de embarazos no deseados producidos por fallo en el sistema contraceptivo empleado (Tabla 3).



**Figura 1.** Solicitud de Contracepción de Urgencias.

< 20 años .....	538 casos .....	47,4%	597 casos = 52,6%
21-25 años .....	312 casos .....	27,4%	
26-30 años .....	169 casos .....	14,88%	
31-35 años .....	72 casos .....	6,34%	
> 35 años .....	44 casos .....	3,87%	
Total .....	1.135 casos .....	100%	

**Tabla 1.** Edades de los casos atendidos en relación a las adolescentes.

Nº de embarazos (1.135 casos) 13 .....	1,14%	
M. Yuzpe (735 casos) 8 embarazos .....	1,09%	
M. levonorgestrel (400 casos) 5 embarazos .....	1,25%	
Grupos de edad		
< 20 años .....	6 embarazos. .... 46,6%	
21-25 años .....	3 embarazos .....	23,08%
26-30 años .....	2 embarazos .....	15,38%
> 31 años .....	2 embarazos .....	15,38%
Embarazos en menos de 20 años		
Nº de casos: .....	538 = 6 embarazos .....	1,11%

**Tabla 2.** Embarazos tras fallos de Contracepción postcoital y edad.

< 20 años	12%
21-30	50%
31-40	33%
>41	5%

**Tabla 3.** Edades en interrupciones voluntarias del embarazo.

## DISCUSIÓN

La adolescencia se podría definir como un período de cambios profundos entre la infancia y la edad adulta, en la que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y la capacidad reproductiva. Se adquiere madurez en el desarrollo cognitivo, personalidad y valores ético-morales y se produce la adaptación al grupo socio-cultural. La Organización Mundial de la Salud estableció que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años de edad<sup>14</sup>, subdividida en temprana: 10-14 años, y tardía: 15-19 años<sup>15</sup>.

El problema de los adolescentes es, básicamente, la discrepancia entre la madurez física e intelectual; por ello, tienen dificultad para percibir las consecuencias negativas de la actividad sexual, como la transmisión de determinadas enfermedades venéreas y la posibilidad de un embarazo, problema con profundas implicaciones psíquicas, sociales y médicas. La mayoría de sus conflictos se evitarían si se abstuviesen de conductas sexuales arriesgadas; pero como es improbable que acepten esta recomendación, los profesionales de la salud debemos ayudarles a disminuir sus riesgos y la mejor manera de hacerlo es proporcionarles una adecuada información sexual y anticoncepción si estuviera indicada.

Si, además, tenemos en cuenta que los adolescentes representan la sexta parte de la población española, y que la edad media de inicio de relaciones sexuales es a los 17 años, e incluso menos, podemos llegar a la conclusión de las dimensiones del problema. Por otro lado, el desconocimiento de los métodos contraceptivos de urgencia es bastante universal, siendo aludido por otros autores como un factor más que contribuye a su bajo uso<sup>16,17</sup>. Sólo un tercio de la población de riesgo tiene conocimientos útiles sobre ellos<sup>12,18</sup>.

Se debe recalcar a las adolescentes que la PP no es un procedimiento anticonceptivo habitual y cómodo que las eximirían de otras precauciones planificativas, porque las llevarían a nuevas complicaciones; sólo como una solución de urgencia. De todos modos, siempre es preferible facilitar la PP que dar oportunidad a embarazos no deseados que, en muchos casos, conducirían a IVE, con mayores riesgos y compromisos morales o marcando el futuro de las jóvenes<sup>7</sup>.

La PP es un buen método para evitar esos embarazos, posibles en relaciones sexuales sin protección, tan frecuente en las adolescentes. Puede evitar hasta el 98,8% de embarazos cuando se administra en los plazos considerados óptimos, antes de las 72 horas. Por tanto, es importante difundir información sobre PP entre las jóvenes de riesgo y facilitarles el acceso a los métodos, lo cual no aumenta la promiscuidad. Las pacientes se comportan sexualmente independientemente del método empleado. Las que utilizan anticonceptivos orales también pueden ser candidatas de la PP, porque se conoce la frecuencia con que las usan inadecuadamente por olvido o abandono<sup>19</sup>.

## CONCLUSIONES

Las adolescentes constituyen un grupo social que merece mayor atención médica respecto a sus hábitos sexuales. La PP, que impediría el embarazo hasta el 98,8%, no es suficientemente empleada. Hay que promocionar más la anticoncepción y difundir el uso de la contracepción de urgencia en adolescentes con relaciones sexuales sin protección, como segunda oportunidad, para disminuir las consecuencias negativas de un embarazo no deseado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lete I, Bajo J, Doval JL, Álvarez D, Haya J. Actualización práctica ante el coito de riesgo. Chiesi España, S.A. Depósito legal B. 27.986-2004.
2. Trussell J, Vaughan B. Contraceptive Failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect*, 1999; 31:64-72.
3. Speroff, Darney. Contracepción, segunda edición capítulo 10. Marban. 1998.
4. Sánchez Borrego R, Balasch J. Ethinyl estradiol plus dl-norgestrel or levonorgestrel in the Yuzpe method for post-coital contraception: results of an observational study. *Hum Reprod* 1996; 11, 11:2449-53.
5. Sánchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guía práctica en anticoncepción oral. Capítulo 10. Emisa. 2003.

6. Haya J. Anticoncepción: la hermana pobre de la ginecología. *Toko Gin Pract* 2004; 63 (3):201-2.
7. Haya J. El problema de la anticoncepción postcoital. *Toko Gin Pract* 2004; 63 (4):313-4.
8. Task Force on Postovulatory Methods on Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 2003; 352:428-33.
9. Webb AM, Russell J, Elsten M. Comparasion of Yuzpe regimen, Danazol, and Mifepristone (RU 486) in oral postcoital contraception. *BMJ* 1992; 305:927-31.
10. Ley 41/2002 de 14 noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE N° 274; 15-11-2002.
11. Gordon AF, Owen D. Emergency contraception: change in knowledge of women attending for termination of pregnancy from 1984-1996. *Br J Fam Plann* 1999- jan 24 (4):121-2.
12. Foster DG, Harper CC, Bley JJ. Knowledge of emergency contraception among women aged 18 to 44 in California. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:150-6.
13. Reyes J. Estadística de asistencia 2004. Información de régimen interno.
14. O.M.S./F.N.U.A.P./U.N.I.C.E.F.: Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción. 1989.
15. Laverde E, Contreras L, Rodríguez E. Embarazo en adolescentes: repercusiones psíquicas. *Actualizaciones Pediátricas*. 1993; 3(3):116-25.
16. Smith B, Gurney E, Aboulela L, Templeton A. Emergency contraception: a survey of women's knowledge and attitudes. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103:1109-116.
17. Crosier A. Women's knowledge and awareness of emergency contraception. *Br J Fam Plann* 1996; 22:87-90.
18. Harper C, Minnis A, Padian N. Male sexual partners and the use of emergency contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1093-9.
19. Emans SJ, Grace E, Woods ER, Smith DE and cols. Adolescents compliance with the use of oral contraceptives. *JAMA* 1987; 257:3377.