

CARTA AL EDITOR

Se invita a los lectores a enviar cartas al Editor, con comentarios, preguntas o críticas sobre artículos que hayan sido publicados en la Revista y a las que los autores aludidos puedan responder. También serán bienvenidos los comentarios sobre problemas de actualidad biomédica, clínica, de salud pública, de ética y de educación médica. Podrá aceptarse la comunicación preliminar de datos parciales de una investigación en marcha, que no haya sido publicada ni sometida a publicación en otra revista. La extensión máxima aceptable es de 1.000 palabras, con un máximo de 6 referencias bibliográficas (incluyendo el artículo que la motivó) y 1 Tabla o Figura. Se recomienda adjuntar una copia idéntica para PC, en diskette de 3,5", un espaciado a 1,5 líneas, tamaño de letra 12 pt y justificada a la izquierda. Las cartas que se acepten podrán ser acortadas y modificadas formalmente, por los Editores.

Anticoncepción de emergencia, Levonorgestrel y embarazo ectópico

Emergency contraception, Levonorgestrel and ectopic pregnancy

Sr. Editor: Es conocido el mayor riesgo de Embarazo ectópico (EE) producido ante el fracaso de los fármacos anticonceptivos de permanencia¹. Se discute si los fármacos anticonceptivos de emergencia (AE) tienen ese mismo efecto²⁻⁵. No se había resuelto este problema por no existir una estimación precisa de la tasa de EE en la población general, ya que el rango entre 1-2% publicado es muy amplio para permitir comparaciones precisas⁶; además, la población de referencia sobre la cual se utilizó el fármaco y fracasó como anticonceptivo tampoco era, a menudo, conocida. Un trabajo reciente estima confiablemente la incidencia de EE en la población general⁷. Encuentra 24 EE en un total de 1.490 embarazos (24/1490= 0,0161= 1,61%). En la literatura hay datos de uso de levonorgestrel (LNG) como AE que permiten probar la hipótesis nula que cuando fracasa como AE la frecuencia de EE es similar a la de la población general. Hay un caso de EE en 17 embarazos después de fracaso

del método Yuzpe (LNG + etinilestradiol) en dos dosis (2D), dando una incidencia de 1/17= 0,0588= 5,88%⁸. Otro caso con 2D de LNG está descrito en un estudio de la OMS entre 44 fracasos ocurridos con una o 2D de LNG⁹ (1/44= 0,0227= 2,27%); pero sólo 24 embarazos resultaron con 2D, lo que da una incidencia corregida por población de referencia de 1/24= 0,0417= 4,17%. Un tercer estudio describe 3 casos de EE con 2D de LNG en 73 fracasos como AE¹⁰, lo que da una incidencia de 3/73= 0,0411= 4,11%. En el total de 2D de LNG con o sin etinilestradiol se da una incidencia de 5/114= 0,0439= 4,39%, que comparada con la de la población general (1,61%) sucede que, esperando 0,0161x 114= 1,84 se encontraron 5. La probabilidad de Poisson de encontrar 5 o más por simple azar esperando 1,84 es 0,039, significativa al nivel de 5%. Si se consideran los casos con LNG sólo (4/97= 0,0412= 4,12%) esta probabilidad es 0,073, que también es baja. El hecho de que tres estudios independien-

tes sobre uso de 2D de LNG, cuando fracasa como AE, muestren incidencias de EE más del doble de la incidencia máxima descrita en una revisión extensa⁶, es muy poco probable que se deba al simple azar. Aun esto es poco probable para los dos estudios con LNG sólo. LNG utilizado como dispositivo intrauterino de dispendio lento aumenta más de 32 veces la incidencia de EE (51,56% vs 1,61%)¹¹. Se concluye que levonorges-

trel utilizado como anticonceptivo de emergencia aumenta el riesgo de embarazo ectópico cuando fracasa como anticonceptivo, lo que debería comunicarse al usuario.

Dr. Carlos Y Valenzuela

Programa de Genética Humana, Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

REFERENCIAS

1. LARIMORE WL, STANFORD JB. Postfertilization effects of oral contraceptives and their relationship to informed consent. *Arch Fam Med* 2000; 9: 126-33.
2. SHEFFER-MIMOUNI G, PAUZNER D, MASLOVITCH S, LESING JB, GAMZU R. Ectopic pregnancies following emergency levonorgestrel contraception. *Contraception* 2003; 67: 267-9.
3. HARRISON-WOOLRYCH M. Letter to the editor. *Contraception* 2004; 69: 83.
4. GAINER E, MÉRY C, ULMANN A. Letter to the editor. *Contraception* 2004; 69: 83-4.
5. SHEFFER-MIMOUNI G, GAMZU R. Letter to the editor. *Contraception* 2004; 69: 84-5.
6. TAY JI, MOORE J, WALKER JJ. Ectopic pregnancy. *BMJ* 2000; 320: 916-9.
7. TAYAL VS, COHEN H, NORTON HJ. Outcome of patients with an indeterminate emergency department first trimester pelvic ultrasound to rule out ectopic pregnancy. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 912-7.
8. KUBBA AA, GUILLEBAUD J. Case of ectopic pregnancy after postcoital contraception with ethinyloestradiol-levonorgestrel. *BMJ* 1983; 287: 1343-4.
9. VON HERTZEN H, PIAGGIO G, DING J, CHEN J, SONG S, BÁRTFAI G ET AL. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 2002; 360: 1803-10.
10. GAINER E, MÉRY C, ULMANN A. Levonorgestrel-only emergency contraception: real-world tolerance and efficacy. *Contraception* 2001; 64: 17-21.
11. BACKMAN T, RAURAMO I, HUHTALA S, KOSKENVUO M. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol* 2004; 190: 50-4.

Correspondencia a: Dr. Carlos Y Valenzuela. Programa de Genética Humana, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia 1027, Casilla 70061, Independencia, Santiago, Chile. Fax (56-2) 7373158; Phone (56-2) 6786456 - 6786302. E-mail: cvalenzu@med.uchile.cl