



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 2003; 49 (1) : 8-11

### **POR QUÉ SE RETRASA EL USO DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO**

*Luis Távara Orozco*

#### **INTRODUCCIÓN**

A riesgo de convertir en un exceso el tratamiento de este tema, puesto que en los últimos tiempos se ha abundado en información y discusiones al respecto, hemos querido escribir esta nota, con el propósito de decir nuestra palabra en condición de profesional especialista en problemas de salud de la mujer.

Recientemente la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y el Colegio Médico del Perú han dicho públicamente su palabra en base al examen juicioso de publicaciones y opiniones de expertos y, por tanto, no se les podrá enrostrar que defienden intereses particulares; por el contrario, su posición es la más ajustada al conocimiento científico, a la Ética y a la Deontología.

Hoy en día, vivimos la época de la globalización y, dentro de las Ciencias de la Salud, asistimos a la Medicina Basada en Evidencias, cuya corriente de pensamiento nos pone en la alternativa de usar la experiencia y las mejores prácticas que probadamente son las más adecuadas para ofrecerlas a quienes requieren de nuestro aporte profesional<sup>1</sup>.

Quisiéramos definir la Anticoncepción de Emergencia como un conjunto de métodos anticonceptivos que pueden utilizar las mujeres después de un coito no protegido para evitar un embarazo no deseado, una de las epidemias más alarmantes en el mundo en vías de desarrollo, que condiciona fatales consecuencias en las vidas y salud de las mujeres y niños y cuyo más grave resultado es evidentemente la muerte materna<sup>2-5</sup>. En esta nota nos ocuparemos únicamente de la anticoncepción hormonal oral de emergencia.

#### **LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA DENTRO DE LA PRÁCTICA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

La Planificación Familiar no es de ahora, siempre existió y durante muchos siglos las mujeres de todo el mundo han utilizado diversos recursos y preparaciones hasta llegar a la disponibilidad que hoy tenemos<sup>2</sup>.

Desde la década de los años 60, se empezó a utilizar la anticoncepción de emergencia con el uso de cantidades elevadas de estrógenos, los mismos que, al condicionar severos efectos colaterales en las mujeres usuarias, determinaron la búsqueda de mejores opciones<sup>2,4</sup>. Yuzpe<sup>6</sup>, en Canadá, durante los años 70 demostró que las



mismas píldoras anticonceptivas (etinilestradiol + levonorgestrel) son un recurso mejor elaborado, hasta que en los últimos años se ha conseguido demostrar que uno de los componentes de ellas (el levonorgestrel) da mejores resultados en cuanto a eficacia y con menor frecuencia de efectos colaterales<sup>7,8</sup>.

Estas sustancias vienen siendo empleadas con éxito en todo el mundo y han contribuido a reducir sustancialmente la frecuencia del embarazo indeseado y su funesta consecuencia, el aborto inducido<sup>9</sup>. Miremos el caso de los Países Bajos, en donde está permitido el aborto voluntario, pero en donde también existe gran información y acceso a la anticoncepción de emergencia. Revisando las estadísticas podemos comprobar que en esos países el aborto inducido reporta la menor frecuencia y la muerte materna por esta causa es inexistente.

## **COMO FUNCIONA LA PILDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA**

Antes de hablar de los mecanismos de acción atribuidos a esta píldora, revisemos sucintamente con Horacio Croxato<sup>10,11</sup>-fecundo investigador de la Universidad Católica de Chile-, lo que ocurre con la fecundación e implantación del huevo fecundado.

La ovulación en la mujer ocurre una vez al mes, en días que son variables; se puede extender desde el décimo hasta el vigésimo segundo día del ciclo en condiciones absolutamente normales. Producida la ovulación, el óvulo procedente del ovario tiene tan sólo 24 horas para recibir al espermatozoide, porque luego se deteriora.

La fecundación o fertilización no ocurre inmediatamente luego de una relación, conforme se cree, dado que el espermatozoide tiene un tiempo de vida hasta de 6 días y permanece en el aparato genital de la mujer, capacitándose hasta el momento que se produce la fertilización.

La formación de un nuevo individuo requiere de la presencia de células vivas, el óvulo y el espermatozoide. La unión de ambas da lugar a la fecundación, que resulta en el cigoto, también célula viva. Por tanto, la vida no empieza allí -conforme se dice frecuentemente-; la vida continúa allí. Este cigoto necesita multiplicarse y convertirse en embrión, trasladarse desde la trompa de Falopio, en donde se origina, hasta el útero, en donde finalmente se debe anidar para dar lugar a la implantación o concepción, con lo que se inicia el embarazo. Los organismos científicos a nivel internacional, como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo han definido así, porque en condiciones normales o naturales gran parte de los cigotos producidos no llegan a implantarse.

Durante su viaje hacia el útero, el cigoto está expuesto a múltiples contingencias y al final tiene la posibilidad de convertirse en un ser humano, en situación semejante a una semilla que es proyecto de árbol pero no es tal, o semejante a un huevo que puede convertirse en ave pero aún no es tal. El tiempo y las condiciones favorables del medio interno materno le asegurarán finalmente su crecimiento y desarrollo para transformarse en individuo y persona.

Mientras el cigoto, convertido en embrión viaja a lo largo de la trompa, el útero se prepara como resultado de la acción de las hormonas ováricas para recibir al concepto. Entre el séptimo y décimo día, el embrión se sumerge en la mucosa del útero llamada endometrio, lo que da lugar al inicio del embarazo. En condiciones naturales, muchos de estos embriones ya implantados se pierden por circunstancias adversas a nivel del endometrio, sin que la mujer advierta siquiera que tenía un embarazo, porque estos



hechos ocurren antes que se dé el retraso menstrual, que pone en evidencia ante la mujer la probabilidad de una gestación.

## **MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES DE EMERGENCIA**

Se estima que las píldoras anticonceptivas de emergencia son capaces de evitar un embarazo no deseado, en promedio hasta 75%, si son tomadas dentro de las primeras 72 horas después del coito. La eficacia anticonceptiva mejora con el uso del levonorgestrel como sustancia única<sup>2,7,8,12,13</sup>.

Los investigadores y las instituciones científicas más serias nos reportan que la píldora de emergencia impide o retrasa la ovulación, interfiere con la capacitación y la migración de los espermatozoides. Si es que ha ocurrido la fecundación, la píldora ya no actúa y resulta inocua para la mujer y para el embrión. No existen pruebas de que la píldora de emergencia altere la implantación o desprenda un embrión que ya se ha implantado, por cuanto el componente progestágeno (levonorgestrel) tiene, por el contrario, un efecto protector sobre el embarazo. Por ello no se puede invocar científicamente que la píldora es abortiva<sup>2,12-20</sup>.

## **DESTINATARIAS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**

Todas las mujeres que quieran evitar un embarazo no deseado<sup>2-5</sup>. Ellas son:

- Las que han tenido coito voluntario sin uso de anticonceptivos.
- Las que usaron incorrectamente el anticonceptivo o les falló su uso adecuado por: rotura o deslizamiento del condón, cálculo equivocado en el método natural, expulsión del dispositivo intrauterino (DIU), eyaculación en la vagina o genitales externos durante un coito interrumpido, interrupción de anticonceptivos orales o aplicación retrasada de inyectable.
- Las que han sido violadas, aún dentro del matrimonio.

Hoy tenemos a la vista una gran experiencia acumulada con el uso de anticonceptivos de emergencia. Existe un amplísimo estudio clínico controlado, de tipo colaborativo conducido por la OMS, en el que se demuestra las bondades del método, sin la presencia de efectos colaterales de consideración<sup>7,8</sup>.

## **FACTORES QUE SE OPONEN A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**

No obstante, las pruebas existentes que sustentan las bondades de la píldora de emergencia se mantienen aún factores que dificultan su uso:

- Falta de información del público, porque quienes están obligados a hacerlo guardan silencio o informan tendenciosamente.
- El personal que presta los servicios puede no tener suficiente información y/o entrenamiento.
- Los que toman decisiones no comprenden bien la función de la anticoncepción de emergencia para proteger la salud de las mujeres o tienen creencias o sistemas de valores opuestos a las verdades científicas.
- Problemas culturales influenciados por posturas religiosas o políticas.
- El producto puede no estar al alcance de las potenciales usuarias.



En nuestro medio existe información, aunque no suficiente pero existe; además, hay la expectativa de las potenciales usuarias, la aprobación administrativa a nivel ministerial desde hace casi dos años, el conocimiento de los trabajadores de salud, la disponibilidad del anticonceptivo de emergencia. Pero, lo que no existe es la decisión de las autoridades a nivel sectorial. Por el contrario, se atrasa su aplicación so pretexto de "un mejor estudio". ¿De qué estudio hablamos ahora que los investigadores y las instituciones que cautelan la salud de las mujeres en el mundo recomiendan su uso?2,21 ¿Qué evidencia científica se puede exhibir para posponer su uso? ¿De qué protección a la salud de los peruanos estamos hablando, cuando desde hace casi dos años se sigue "evaluando" su uso, mientras continúan ocurriendo embarazos no deseados, abortos clandestinos y, peor aún, muertes maternas a consecuencia del retraso en la aplicación de la anticoncepción de emergencia? De estos hechos no existe registros.

Es absurda hoy en día una postura fundamentalista, basada en preconceptos y que perjudica a las mujeres más pobres, porque las que tienen recursos saben cómo acceder a una buena metodología anticonceptiva de emergencia. Es urgente cerrar el paso a la cultura de la intolerancia, a la cultura del aborto clandestino y de la muerte materna. En tanto existan ataduras para hacer uso del derecho a la anticoncepción, seguirá ocurriendo el aborto clandestino y la muerte.

Paradójicamente, ahora que estamos inmersos en la globalización, en una economía de mercado, en donde se nos dice que es éste el que regula las decisiones de la sociedad a nivel universal, aceptamos la libertad de decidir para todo orden de cosas, excepto para aquellas que deben tener como depositarias únicamente a las personas en su función sexual y reproductiva. Por ello quiero terminar ya no con una pregunta, sino con una exigencia de quien acompaña a diario las necesidades de las mujeres de este país, de las que necesitan ser personas y no objeto de decisiones de terceros, de esas mujeres que esperan justicia para sí. Con ellas digo "por qué no usar la anticoncepción de emergencia"



## BIBLIOGRAFÍA

1. Villar J, Gülmezoglu AM, Khana J, Carroli G, Hofmeyr GJ, Lumbiganon P. Salud reproductiva basada en evidencia en los países en desarrollo. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (N.º5). Ginebra: OMS/ RHR/ 02, 1S, 2002.
2. OMS. Anticoncepción de emergencia. Ginebra: OMS, 1999, 63p.
3. Bellagio Conference on Emergency Contraception. Consensus Statement on emergency contraception. *Contraception* 1995; 52: 211-3.
4. Schiavon R, Jiménez-Vallanueva CH, Ellerston C, Langer A. Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro, efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados. *Rev Investig Clín del Instituto Nacional de la Nutrición (México)* 2000; 52(2):168-76.
5. Finger W. La anticoncepción después del acto sexual. *Network en español* 2001; 21(1): 4-9.
6. Yuzpe AA Thurlow HU, Jamzy I. Postcoital contraception: a pilot study. *J Reprod Med* 1974; 13: 53-8.
7. WHO. Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptive for emergency contraception: A randomized controlled trial. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
8. Cheng L, GüImezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia (Translated Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Sigue 1*, 2002. Oxford: Update software.
9. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México: CONAPO ed 1997.
10. Croxato H. Nociones básicas sobre la generación de un nuevo ser humano y sobre la píldora anticonceptiva de emergencia. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Mimeo, 2001.
11. Croxato H, Devoto L, Durand. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of literature. *Contraception* 2001; 63: 111-21.
12. Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton J. La contracepción oral de emergencia. En: *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva*. Baltimore: Programa de información en población, Centro de programas de comunicación. Facultad de Salud Pública. Universidad Johns Hopkins, Julio 1999, Pág. 5-20 a 5-28.
13. Nelson A, Hatcher R, Ziemann M, Watt A, Darney P, Creinin M. Emergency contraception. En: *Managing contraception*. Tiger, Georgia: Bridging the Gap Foundation 2000-2001, Pág. 63-8.
14. Ribera R, Jacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1263-9.
15. Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod* 2000; 15: 2351-5.
16. Swahn MI, Westlund P, Johannisson E. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 738-44.
17. Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 872-6.
18. WHO. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. Geneva: WHO, 1996.



19. Braken MB. Oral contraception and congenital malformation in offspring: a review and metaanalysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 552-7.
20. Raman-Wilms L, Tseng AL, Einarson TR, Koren G. Fetal genital effects of first trimester sex hormone exposure: a metaanalysis. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 141-9.
21. <http://www.acog.org>. ACOG supports safety and availability of over the-counter emergency contraception, Feb 28, 2001.