

# Contracepción de emergencia: algunas dudas razonables

JC. Buñuel Álvarez

ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut). Girona.

---

*Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:387-92*

*José Cristóbal Buñuel Álvarez, p416ucua@pgirona.scs.es*

En el presente número de la *Revista Pediatría de Atención Primaria* se publica una revisión sobre la contracepción de emergencia (CE)<sup>1</sup>. Los pediatras nos enfrentamos cada vez con mayor frecuencia a este nuevo reto como consecuencia de la disminución de la edad en la que los adolescentes comienzan su actividad sexual: casi cuatro de cada diez ya han mantenido su primera relación sexual completa a una edad promedio de 16 años<sup>2,3</sup>.

La CE se ha ido imponiendo progresivamente como un método para evitar el embarazo no deseado en diversos países del mundo<sup>4</sup>. Existen guías de práctica clínica, tanto en España<sup>5</sup> como en otros países<sup>6</sup>, que ofrecen abundante información sobre la eficacia contraceptiva de la CE así como sobre sus potenciales efectos adversos. Es, sin embargo, llamativa

la escasa evidencia que existe sobre el mecanismo de acción del levonorgestrel, el preparado comercializado para su uso en España y otros países, aspecto reconocido por los autores de las guías mencionadas<sup>5,6</sup>.

Y es precisamente aquí donde es absolutamente necesario disponer de toda la información posible, ya que uno de los posibles mecanismos de acción sugeridos y mencionados en la revisión<sup>1</sup>, el conocimiento de la posible existencia de un efecto antiimplantatorio de un óvulo ya fecundado (efecto posfertilización), puede influir, tanto en un sector de médicos como de usuarias, a la hora de tomar una decisión. Según el sistema de creencias y valores personales, tanto de la usuaria como del profesional sanitario responsable de su atención, la posibilidad de que un óvulo ya fecundado pue-

da no implantarse en el útero puede ser considerado o no como aborto.

Una revisión que tuvo como objeto estudiar el posible efecto posfertilización, tanto de la pauta de Yuzpe (combinación de estrógenos y progestágenos) como de la administración de levonorgestrel únicamente, y que se basó en todos los estudios publicados en inglés entre 1966 y 2001 recuperables a través de MEDLINE, concluyó que ambos métodos pueden "probablemente, actuar en ocasiones mediante un efecto posfertilización, independientemente del momento del ciclo menstrual en el que son utilizados"<sup>7</sup>.

Este dato por sí solo ya introduce la sombra de una "duda razonable" a la hora de considerar si el levonorgestrel puede actuar en algunas ocasiones, para algunas personas, como un fármaco potencialmente abortivo o no. Este hecho, insuficientemente puesto de manifiesto en la mayor parte de las guías existentes, puede resultar decisivo dentro del proceso de toma de decisiones. A pesar de que la probabilidad de embarazo tras un solo contacto sexual es extremadamente baja (8%)<sup>8</sup> y de que el levonorgestrel puede actuar a otros niveles, inhibiendo la ovulación y/o produciendo modificaciones en el moco cervical<sup>1</sup>, no puede descartarse la pro-

babilidad de estar interfiriendo en el proceso de implantación de un óvulo ya fecundado. Es decir: de un embrión.

A esta incertidumbre se añade la confusión actualmente existente a la hora de definir qué es embarazo. De forma tradicional se ha considerado que el embarazo se inicia una vez el óvulo es fecundado. Sin embargo, con posterioridad se ha llegado a considerar que el embarazo se inicia una vez que el óvulo fertilizado está ya implantado en el útero<sup>9</sup>, recibiendo entonces el óvulo fecundado aún no implantado la calificación de preembrión. Dicho preembrión no disfrutaría de los mismos derechos que el embrión propiamente dicho, reservándose este término cuando la implantación uterina ya ha tenido lugar<sup>10</sup>. En dicho debate entran en juego sin duda sistemas de valores y creencias contrapuestos e incluso determinados intereses, como el empleo de los denominados preembriones para diversos fines (reproducción asistida, experimentación). De la misma forma, la denominación de aborto se reservaría sólo para la expulsión de un embrión ya implantado, mientras que la eliminación de un preembrión no recibiría tal denominación.

A la vista de este estado de confusión terminológica, es necesario intentar arrojar un poco de luz e insistir en un hecho

evidente, ya señalado por las autoras de la revisión objeto de este editorial<sup>1</sup>, pero que merece ser recalcado: el proceso que culmina en el nacimiento de un nuevo ser humano se inicia nueve meses antes, en el momento de la concepción. Dicha concepción es previa –lógicamente– a la implantación posterior del óvulo ya fecundado o embrión en el útero. La toma de conciencia de este hecho por parte de profesionales sanitarios y potenciales usuarias es fundamental ya que, según los valores y creencias personales de algunos de ellos, la CE podría, en una minoría de casos, interferir con la implantación de un óvulo ya fecundado y ser considerado, por tanto, en ocasiones como potencialmente abortivo.

El hecho de que una elevada proporción de la población sea sexualmente activa en plena adolescencia<sup>2,3</sup> plantea otros problemas. Probablemente el principal es el embarazo no deseado, una de las posibles causas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Uno de los motivos que indujo a la aprobación de la CE en nuestro medio en el año 2001 fue precisamente intentar disminuir la incidencia de IVE. Es lícito preguntarse, por tanto, si la aprobación de la CE se ha seguido de una disminución de las IVE. Los datos oficiales del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>11</sup>, sin em-

bargo, ponen de manifiesto un aumento lento pero constante de la incidencia de IVE desde el año 2000 hasta 2004: desde 7,14 hasta 8,94 IVE por cada 1.000 mujeres y año. Desglosando por grupos de edad, en adolescentes < 19 años, el ascenso ha sido superior a la media nacional: desde 7,49 a 10,57 IVE por cada 1.000 mujeres y año<sup>11</sup>. Es cierto que ya existía un ascenso constante en el porcentaje de IVE desde el año 1995, según consta en dichas estadísticas oficiales<sup>11</sup>. Sin embargo, la aprobación de la CE en 2001 y su posterior dispensación gratuita en los propios centros sanitarios públicos no ha contribuido a frenar esta tendencia. Un estudio realizado en el Reino Unido tampoco ha constatado una disminución de las IVE tras la introducción de la CE<sup>12</sup>.

Junto con estos datos, no debe ignorarse que la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (gonococia y sífilis), en descenso progresivo desde 1995, han experimentado un ligero repunte al alza desde el año 2001 hasta 2003, último año para el que existen datos oficiales<sup>13</sup>: desde 1,98 hasta 2,55 casos de gonococia/100.000 habitantes y año, y desde 1,72 hasta 2,19 casos de sífilis/100.000 habitantes y año<sup>13</sup>. Lógicamente, no es posible en modo alguno establecer una relación causa-efecto entre este hecho y la

aprobación de la CE (serían necesarios estudios específicamente diseñados para probar esta hipótesis), pero estos datos deben servir para recordar a nuestras adolescentes que la CE tiene un efecto sólo contraceptivo y que no previene el contagio de una ITS: no es descabellado suponer que la utilización repetida de la CE por una minoría de usuarias –hasta un 27,6% en alguna serie<sup>14</sup>– puede implicar un aumento del riesgo de contraer una ITS, riesgo que se incrementaría en el caso de que se mantengan relaciones con más de una pareja.

En resumen, nos encontramos ante un fármaco, el levonorgestrel, de innegable eficacia contraceptiva en el 95% de los casos<sup>5</sup> si se administra precozmente, pero del cual se desconoce exactamente su mecanismo de acción. Los profesionales sanitarios y usuarias potenciales deben conocer, en el momento en que se produzca una demanda de CE debido a una relación sexual sin protección, que uno de los potenciales mecanismos de acción sugeridos puede ser la producción de modificaciones en el endometrio que imposibilitan la implantación de un óvulo ya fecundado. Aun cuando la probabilidad de embarazo tras una relación sexual única es extremadamente baja<sup>8</sup> y conociendo que el levonorgestrel puede actuar a otros niveles del ciclo anteriores a la con-

cepción, la posibilidad de la existencia de dicho potencial efecto posconcepcional debe ser conocido por médicos y usuarias. Para muchos de ellos la existencia del mismo puede ser un motivo de conflicto moral personal que debe ser respetado. En este sentido, es necesario conocer que la legislación actual permite la prescripción del levonorgestrel a menores sin que sea preciso el conocimiento de los padres<sup>15-19</sup>, pero también existe “un enorme respeto jurisprudencial”<sup>15</sup> respecto a la opción de objeción de conciencia por parte del médico, dato importante para quien quiera ejercer dicho derecho. Por otra parte, en nuestro medio, la incidencia de IVE prosigue su ritmo ascendente, sin que la aprobación y dispensación gratuita de la “píldora del día después” haya contribuido a frenar esta tendencia desde que fue aprobada en 2001. Debe entonces replantearse su eficacia para lograr el objetivo de disminuir el porcentaje de IVE.

Las autoras de la revisión concluyen planteando diversos interrogantes, todos ellos de sumo interés: “¿estaremos induciendo, con este recurso, confusión en los jóvenes?, ¿estaremos normalizando las relaciones sexuales en esta época de la vida?, ¿afecta al equilibrio psicológico del adolescente?”<sup>1</sup>. Para todos ellos es urgente encontrar una respuesta me-

dante el diseño y posterior realización de los estudios pertinentes que ayuden a clarificar la situación.

Y, en cualquier caso, se hace necesaria una adecuada "pedagogía de la sexualidad"<sup>20</sup> que, además de simplemente proporcionar información sobre los diversos métodos anticonceptivos, se base en la

educación de la afectividad<sup>20,21</sup>. Una educación que transmita a los adolescentes "una concepción positiva e integradora de la sexualidad y de cómo ésta debe estar al servicio de la felicidad personal"<sup>20</sup>. Una empresa que, en todo caso, implica directamente a padres y a los profesionales de los sistemas educativo y sanitario.

---

## Bibliografía

1. Acosta Navas B, Muñoz Hiraldo ME. Contracepción poscoital de urgencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:523-30.
2. Diz MC, Sueiro E, Chas MD, Diéguez JL. Comportamientos sexuales de adolescentes del medio rural gallego (3.ª parte). *C Me Psicomos*. 2003;67-68:46-60.
3. Mesa Gallardo MI, Barella Balboa JL, Cobena Manzorro M. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Aten Primaria*. 2004;33:374-80.
4. Vastaq V. Plan B for "Plan B"? FDA denies OTC sales of emergency contraceptive. *JAMA*. 2004;291:2805-6.
5. Almirall Oliver R, Battalla Martínez C, Benaque Vidal E, Catalán Ramos A, Costa Sampere D, Heredia Prim F, et al. Contracepció d'emergència. Septiembre de 2004 [Consultado el 01/10/2006]. Disponible en [www.gencat.net/ics/professionals/guies/docs/guia\\_contracepcio.pdf](http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/docs/guia_contracepcio.pdf)
6. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Emergency Contraception. *Pediatrics*. 2005;116:1026-35 [Consultado el 02/10/2006]. Disponible en <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;116/4/1026>.
7. Kahlenborn C, Stanford JB, Larimore WL. Postfertilization effect of hormonal emergency contraception. *Ann Pharmacother*. 2002;36:465-70.
8. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby. *N Engl J Med*. 1995;333:1517-21.
9. Ethics Advisory Board. HEW support of research involving human in vitro fertilization and embryo transference. Washington DC: US Government Printing Office; 1979.
10. Rodríguez EM. El estatuto del preembrión, una perspectiva biológica. *Ars Medica*. 1999;1:99.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud Pública. Prevención y Promoción. Interrupción voluntaria del embarazo [Consultado el 1/10/2006]. Disponible en [www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)
12. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Seaman P, Walker J, et al. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception*. 2004;69:361-6.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Infecciones de transmisión sexual, marzo

2005. Infecciones de transmisión sexual. Resultados 2003. Evolución 1995-2003. [Consultado el 1/10/2006]. Disponible en <http://cne.isciii.es/htdocs/sida/its.pdf#search=%22ministerio%20de%20sanidad%20y%20consumo%20enfermedades%20de%20transmision%20sexual%22>

14. Aginaga Badiola JR, González Santotomás R, Guillem Martínez E, Cerdiera Benito C, Reguera Cámara A, Madrid Blabas A. Análisis de las demandantes de pastillas anticonceptivas de urgencia. *Emergencias*. 2002;14:125-9.

15. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Amarilla Gurdín M, editor. Barcelona: Chiesi España; 2004.

16. Benítez Rubio MR, Medranda de Lázaro MI, Pizarro Hernández C. Anticoncepción en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5: 89-114.

17. Pérez García I, Pérez Campos EF, Plá Ernst E. Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 (Supl 1):S81-7.

18. Antequera Vinagre JM. Los menores y la atención sanitaria tras la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:459-69.

19. Antequera Vinagre JM. Los menores y la atención sanitaria tras la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:511-29.

20. Vila M. Pedagogía de la sexualidad: una necesidad perentoria. *Bioètica i Debat*. 2001;7:8-9.

21. Zamarra San Joaquín MP. Ideas clave para desarrollar educación para la salud sobre afectividad y sexualidad. *Educando para la vida*. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:505-21.

