

Sobre la contracepción de emergencia

FL. Crespo Ramos^a, JF. Menárguez Puche^b

^aResidente de MFyC. CS Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.

^bMédico de Familia. Doctor en Medicina. Profesor Asociado de Medicina Preventiva (Facultad de Medicina de Murcia). CS Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:163-6

Félix L. Crespo Ramos, felixluis@telefonica.net

Sr. Director:

Hemos leído con especial interés los artículos dedicados a la contracepción de emergencia (CE) aparecidos en el número de julio/septiembre de su revista. Es de remarcar la importancia del tema así como las controversias que suscita, especialmente en relación con los mecanismos de acción y el concepto de menor maduro. Considerando la oportunidad y calidad tanto del editorial firmado por Buñuel Álvarez¹ como del artículo de Acosta Navas y Muñoz Hiraldo², deseáramos comentar algunas cuestiones sobre lo tratado en ambos documentos.

En primer lugar, decir que nos parece muy honesto el claro posicionamiento de los autores en los aspectos éticos del tema. Las creencias y valores de cualquier autor, en general, impregnan, aun

sin pretenderlo, no sólo las opiniones sino la elección de los temas de estudio o la forma en que se interpreta la información, incluso la que habitualmente consideramos más objetiva, como es la científica. Hacer explícito este punto de partida aporta una clave fundamental para la lectura crítica de los artículos. Resulta llamativo el objetivo central que, desde nuestro punto de vista, ocupa dicho posicionamiento moral en el artículo de Acosta y Muñoz, que en principio debería ser una revisión científica sistemática o narrativa.

En otro orden de cosas también sorprende la ausencia, o al menos el escaso tratamiento, de cuestiones en nuestra opinión importantes. Un aspecto básico es reflexionar sobre el objetivo principal de la CE, que no es otro que evitar embarazos no deseados, definidos por la

Organización Mundial de la Salud (OMS) como una situación de especial riesgo para la salud de la mujer. Aspectos muy relevantes como el respeto a la libertad individual de las personas sobre cuándo quieren tener sus hijos o las limitaciones que supone la atención a las adolescentes en la consulta pediátrica hasta unos "inmaduros" 14 años de edad son matices sobre los que en nuestra opinión se debería haber profundizado.

Sin embargo, y a pesar de la importancia de lo anteriormente señalado, nos limitaremos a hacer algunas puntualizaciones sobre aspectos concretos que han sido tratados en ambos artículos en un intento de aportar algunos datos objetivos que puedan completar de alguna forma la visión dada por ambos documentos. Revisaremos en particular algunas definiciones, el mecanismo de acción y la relación, o ausencia de relación, entre CE y enfermedades de transmisión sexual (ETS) o el incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).

En el artículo de Acosta y Muñoz se define como "abortivo" aquel mecanismo o sustancia "que actúa después de la concepción". Esto supone, claro, asumir el inicio del embarazo, matiz clave para el autor al hablar de CE, en el pre-

ciso instantáneo de la concepción. En relación con este punto, en el apartado de mecanismos de acción de la CE los autores dicen que ésta "no es considerada abortiva por determinados organismos oficiales" sin especificar que las instituciones a que se refieren son la OMS y la práctica totalidad de sociedades científicas y médicas. Estas organizaciones definen, contrariamente a los autores, el inicio del embarazo a partir de la implantación del embrión.

En ambos artículos se insiste en la relevancia de un mecanismo tras la concepción en la CE. En el editorial de Buñuel, en concreto, se cita, apoyando la inhibición de la implantación como mecanismo principal, una revisión que agrupa publicaciones hasta el año 2001. Sin embargo, aun admitiendo que el mecanismo de acción es múltiple y poco conocido, la literatura más actual indica que el papel de un mecanismo tras la fertilización pudiera ser mucho menor del que se pensaba³ o incluso nulo, atendiendo a modelos animales⁴, y se incrementa el peso del efecto a nivel folicular⁵. Resulta discutible también concluir, como hacen Acosta y Muñoz en su artículo, que el efecto contraceptivo que aparece a las 72 horas después del coito de riesgo implique de forma obligada la existencia de un mecanismo de

inhibición de la implantación. Aspectos bien conocidos como las marcadas diferencias en la efectividad de la CE según el momento del ciclo menstrual o la rápida disminución de la efectividad tras las primeras 24 horas cuestionan esta opinión.

Otros temas analizados por Buñuel en su editorial son los aumentos, ambos marginales, en la incidencia de las ETS e IVE coincidiendo históricamente con la puesta en marcha en nuestro país de la CE. Sobre el aumento de las ETS, decir que las pacientes que llegan al sistema con una ETS están en situación de riesgo para un embarazo no deseado y deberían ser informadas de la necesidad de hacer uso de la CE en cada contacto desprotegido⁶. Por otra parte, la CE parece no incrementar el riesgo de ETS en adolescentes⁷, ni favorecer el incremento en la incidencia de los eventos de riesgo o el abandono de otros métodos anticonceptivos⁸. Incluso podría dar una mayor capacidad de negociación del uso del preservativo incrementando la posibilidad de empleo en posteriores actividades sexuales. Por último, recordar que las usuarias de CE tienen un perfil de bajo riesgo para ETS⁹. En cuanto a la estabilización del número de IVE, también comentado por Acosta y Muñoz, señalar únicamente que, si bien es cierto que la disminución

de las IVE cuantificadas en diversos estudios no ha sido la deseada, también lo es que el factor limitante en la efectividad de la CE, como en el resto de métodos anticonceptivos, parece ser la no percepción del contacto de riesgo como tal por parte de la posible usuaria, que, por tanto, no hace uso de ella¹⁰. No deberían usarse, en nuestra opinión, estos datos como un argumento en contra de facilitar el acceso a este método, medida necesaria aunque no suficiente, sino a favor de la promoción de un mejor uso de este método. Otros aspectos no tenidos en cuenta en la argumentación, como el incremento en nuestro país del número de mujeres inmigrantes, usuarias mayoritarias de la IVE, podrían condicionar la estabilización de esas tasas.

Para terminar, si nos preguntamos con Acosta y Muñoz sobre los efectos de la CE en el equilibrio psicológico de las adolescentes, deberíamos hacerlo sin olvidar los efectos mentales negativos, probablemente mucho mayores, de un embarazo no deseado o una IVE. En cuanto al objetivo de la "educación de la afectividad" de que habla Buñuel, nos sumamos a él en su relevancia aunque, a un nivel personal, nos resulta difícil ver cómo podremos realizarla si fallamos a nuestras adolescentes en un momento de crisis, clave en la relación

medico-paciente, en que recurren a nosotros quizá por primera vez. Si en este importante encuentro "espantamos" a nuestras pacientes, difícilmente podre-

mos recuperar su confianza. Y es imposible aplicar intervenciones, por deseables o buenas que sean éstas, si se carece de pacientes sobre las que aplicarlas.

Bibliografía

1. Buñuel JC. Contracepción de emergencia: algunas dudas razonables. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:387-92.
2. Acosta Navas B, Muñoz Hiraldo ME. Contracepción poscoital de urgencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:523-30.
3. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception*. 2004;69(5):373-7.
4. Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, Parraguez VH, Croxato HB. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Hum Reprod*. 2004;19(6):1352-6.
5. Baenwald AR, Pierson RA. Ovarian follicular development during the use of oral contraception: a review. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26(1):19-24.
6. Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH, Clark A, Malinski C, Helters JR, et al. Failure of family-planning referral and high interest in advanced provision emergency contraception among women contacted for STD partner notification. *Contraception*. 2004;69(3):241-6.
7. Stewart HE, Gold MA, Parker AM. The impact of using emergency contraception on reproductive health outcomes: a retrospective review in an urban adolescent clinic. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(5):313-8.
8. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(1):54-62.
9. Fox J, Weerasinghe D, Marks C, Mindel A. Emergency contraception: who are the users? *Int J STD AIDS*. 2004;15(5):309-13.
10. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception*. 2005;71(3):2002-7.

