
Réplica

B. Acosta Navas

Pediatra de AP. EAP Peñagrande CS Doctor Castroviejo. Servicio Madrileño de Salud, Área V. Madrid.

*Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:169-70
Beatriz Acosta Navas, beatrizan25@yahoo.es*

Sr. Director:

Después de leer muy gustosa y detenidamente las consideraciones sobre nuestra revisión en torno a la contracepción de emergencia (CE), tengo que agradecer, en primer lugar, la consideración del calificativo de nuestro artículo como de calidad.

Lamento y excuso la visión rectilínea de los doctores JM. Menárguez y FL. Crespo para interpretar los posicionamientos de una forma tan trivial. En nuestra profesión es necesario el conocimiento teórico y práctico de nuestra ciencia para llevar a cabo una buena praxis. Esto debe acompañarse de la responsabilidad que recae sobre nosotros, dado que se ponen a nuestro alcance oportunidades de actuación inciertas. De ahí que plantee cuestiones: por qué "son" las cosas, por qué "son como son" y "qué repercusiones" tienen¹. De la respuesta a estas cuestiones dependerán nuestro quehacer médico e,

incluso, la calidad asistencial que prestemos. Pienso que la ética no está para decidir si algo es bueno o malo, sino para elegir lo mejor para el paciente, para resolver conflictos de valores.

En beneficio y en respeto a la libertad de las conciencias, los pacientes deben decidir con la información que tenemos la obligación de aportarles.

El objetivo central de este artículo, tras una revisión amplia de la literatura científica, es invitar a la reflexión y toma de decisiones tanto del médico prescriptor como del paciente.

En cuanto a la "libertad de tener los hijos cuando se quiera" y la "madurez del menor", son temas que lindan con el abordado, pero que por su amplitud y complejidad escapan a la revisión que se ha realizado, además de implicar unas aptitudes no meramente científicas.

Que determinados organismos oficiales consideren que el embarazo se inicie con

la implantación del embrión no excluye la existencia de un ser humano desde que tiene lugar la fecundación y vuelvo a resaltar que parte del mecanismo de acción de este fármaco es interferir en la implantación del embrión.

Corregir que no se ha querido decir que la eficacia de este fármaco, cuando se administra a las 72 horas, implica obligadamente un efecto antimplantatorio, sino que obligadamente, tras 72 horas de un coito no protegido, existirá un porcentaje de óvulos fecundados –hasta el test de embarazo más sensible no será positivo hasta que se haya implantado²– y parte de la eficacia de la píldora sería debida a su efecto tras la fertilización.

Anotar que no se propone como argumento en contra de la CE el aumen-

to de IVE, sino que se cuestiona la eficacia de este recurso independientemente del tipo de paciente que la solicite.

Finalmente, destacar que aunque el embarazo no deseado tiene consecuencias negativas, también las tiene la interrupción del embarazo³. Estoy de acuerdo con el doctor Buñuel en la necesidad de “educar para prevenir”, proyecto del que son principales responsables los padres, a los que debemos apoyar con nuestros conocimientos y los recursos disponibles, así como a nuestras pacientes adolescentes. Opino que esa educación preventiva no se puede realizar en una consulta aislada, es un largo proceso que exige una continuidad, formación y compromiso personal.

Bibliografía

1. Ayllón Vega JR. En torno al hombre. Introducción a la filosofía. 9 ed. Madrid: Rialp; 2002.

2. Westhoff C. Emergency contraception. *N Engl J Med.* 2003;349:1830-5

3. AVA. Asociación Víctimas del Aborto. [Sitio en Internet][Consultado el 03/05/2006]. Disponible en www.vozvictimas.org

