

Febrero de 2013

AE Y ABORTO MÉDICO

Anticoncepción de emergencia y aborto médico: ¿Cuál es la diferencia?

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) son un método efectivo y seguro para prevenir el embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Funcionan inhibiendo el proceso de la ovulación (la liberación de un óvulo), o impidiendo la unión del óvulo y el espermatozoide. Las PAE no terminan o interrumpen un embarazo ya en curso.

Las PAE son diferentes de los regímenes de medicamentos para aborto médico (en cuya categoría se incluye la mifepristona, conocida también como la píldora abortiva o RU-486 y el misoprostol, una prostaglandina). Ambos tratamientos son de importancia crucial para la salud reproductiva de las mujeres en todo el mundo, pero la confusión entre estos dos tratamientos puede convertirse en una barrera que impide el acceso más amplio a la anticoncepción de emergencia.

¿Cuál es la diferencia entre la anticoncepción de emergencia y el aborto médico?

Las PAE son un método anticonceptivo de respaldo adicional utilizado para prevenir un embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, o cuando falla el método anticonceptivo utilizado. El aborto médico es un método no quirúrgico para terminar un embarazo ya establecido.

La anticoncepción de emergencia consiste en utilizar métodos anticonceptivos que funcionan después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, pero antes del embarazo. Estos regímenes de PAE pueden ser usados hasta 120 horas (cinco días) después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, mucho antes de que comience el embarazo. Hay cuatro tipos principales de PAE: progestina sola (levonorgestrel), el método de Yuzpe (dosis más altas de píldoras anticonceptivas normales que contienen estrógeno y progestina), el acetato de ulipristal, y la mifepristona en una dosis baja. Las PAE de mifepristona contienen de 10 a 25 mg de mifepristona y únicamente se encuentran disponibles en Armenia, China, Rusia, y Vietnam.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia previenen el embarazo fundamentalmente, o tal vez exclusivamente, retrasando o inhibiendo la ovulación. Si una mujer ya está embarazada al momento de tomar las pastillas, éstas no le inducirán un aborto. En el caso del levonorgestrel, el producto más comúnmente disponible, existe una clara evidencia de que su principal mecanismo de acción es la interferencia con la ovulación. Es posible que el levonorgestrel pueda interferir con otros procesos *anteriores* a la fertilización (como obstaculizar la migración de espermatozoides), pero no tiene efectos *después* de la fertilización. No existe ninguna evidencia que respalde la teoría de que las PAE de levonorgestrel interfieran con la implantación de un óvulo fecundado^{1,2,3}. Los mecanismos precisos de acción para el acetato de ulipristal y la mifepristona en las dosis usadas para la anticoncepción de emergencia no han sido estudiados tan extensamente como aquellos de las PAE con solo progestina, por lo que no es posible hacer afirmaciones definitivas acerca de cómo funcionan. Sin embargo, la evidencia sugiere que un efecto primario de las PAE de acetato de ulipristal y de mifepristona es la interferencia con la ovulación, y no se cuenta con pruebas concluyentes de que impedirían la implantación de un óvulo fecundado. Ninguno de estos regímenes interrumpe un embarazo ya establecido⁴.

El aborto médico se utiliza después de iniciado el embarazo (cuando un óvulo fecundado se implanta en la pared uterina). Mientras que las PAE se deben tomar dentro del primer par de días después de tener relaciones sexuales sin protección, el aborto médico solo se puede llevar a cabo después de haberse confirmado el embarazo. Hay un par de regímenes diferentes para el aborto médico. El medicamento mifepristona (conocido anteriormente como "RU-486") ha sido aprobado en muchos países para ser usado en combinación con misoprostol para terminar un embarazo. En estos casos se administra en dosis mucho más altas y en un régimen diferente que cuando se usa como anticonceptivo de emergencia. Después de confirmado el embarazo, la mujer debe tomar una dosis alta (200 a 600 mg) de mifepristona, generalmente seguida de misoprostol, lo cual provoca contracciones uterinas⁵. Si no está disponible la mifepristona, se puede usar una dosis más alta solo de misoprostol para inducir un aborto médico. La dosis de mifepristona necesaria para inducir un aborto médico es de 8 a 60 veces más alta que la dosis que se usa para la anticoncepción de emergencia.

¿Por qué es importante esta distinción?

La confusión entre estos dos métodos a menudo ha significado una barrera para acceder a las PAE. En muchos contextos ha surgido una oposición significativa a las PAE a partir de la afirmación de que inducen el aborto y por lo tanto no pueden ser proporcionadas en entornos donde existen restricciones al aborto. Es importante que las personas que defienden la anticoncepción de emergencia puedan hacer una distinción clara entre los dos regímenes: el aborto médico y las PAE, respaldando el acceso a ambos métodos.

Mientras que la mifepristona para el aborto médico es administrada siempre bajo la supervisión de proveedores de servicios de salud, el uso de las PAE no requiere atención médica previa. Las mujeres mismas pueden determinar su necesidad de usar las PAE—un método seguro, simple y auto-administrable—para prevenir un embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección^{6,7}. Las PAE son extremadamente seguras para las usuarias y no causan defectos de nacimiento si el método falla y quedan en embarazo^{8,9,10}. Por esta razón las PAE de levonorgestrel están disponibles sin receta médica en muchos países y se pueden obtener directamente en las farmacias.

¿Por qué un mayor acceso a las PAE es importante para la salud y los derechos reproductivos de las mujeres?

Las PAE son el único método anticonceptivo actualmente disponible que las mujeres pueden auto-administrarse para prevenir un embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección. Son especialmente importantes en casos en los que han sido vulnerados los derechos de las mujeres, como por ejemplo, en casos de violación o de relaciones sexuales forzadas. Sin importar razones, todas las mujeres deberían tener derecho a acceder sin restricciones a todos los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia.

Recomendación

Ninguna barrera médica o jurídica debería limitar el uso de las PAE. Las PAE son un método de respaldo adicional seguro y efectivo, para prevenir, en lugar de terminar, un embarazo no deseado. Los responsables de la formulación de políticas públicas, los profesionales de área de la salud y otros defensores de derechos deben seguir promoviendo el acceso universal, oportuno y asequible a las PAE para las mujeres y parejas en todo el mundo.

Referencias

- 1 International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) and International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy? Statement on mechanism of action, March 2012 (http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2012/12/ICEC_FIGO_MoA_Statement_March_2012.pdf).
- 2 Noe G, Croxatto H, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Munoz C, Morales G, Retamales A. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 2011;84:486-492.
- 3 Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – a pilot study. *Contraception* 2007; 75(2):112-118.
- 4 Gemzell-Danielsson K, Berger C, Lalitkumar PGL. Emergency contraception – mechanisms of action. *Contraception* (in-press).
- 5 World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd edition, 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf, accessed 23 January 2013).
- 6 Ellertson C, Trussell J, Stewart FH, Winikoff B. Should emergency contraceptive pills be available without prescription? *Journal of the American Medical Women's Association* 1998;53 (5 Suppl 2):226-9,232.
- 7 Grimes DA, Raymond EG, Scott Jones B. Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives. *Obstetrics and Gynecology* 2001;98:151-5.
- 8 De Santis M, Cavaliere AF, Straface G, Carducci B, Caruso A. Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertility and Sterility* 2005;84(2):296-9.
- 9 Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reproduction* 2009;24(7):1605-11.
- 10 World Health Organization. Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs), October 2006 (http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2012/12/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf accessed 23 October 2012).

