

¿Por qué la píldora del día siguiente no es abortiva?

Dr. Luis Alberto Alanoca

Director de Ayni Salud

<http://www.revistaideele.com/node/702>

Muchos creemos que la denominada píldora del día siguiente no es abortiva. Pero muchas veces nos basamos en la autoridad de quienes lo dicen, cuando no es tan difícil entender por qué no lo es.

No cabe duda que este tema ha suscitado una serie de reacciones desde que en el año 2004 la entonces Ministra de Salud, Dra. Pilar Mazzetti, puso en vigencia la Resolución Ministerial aprobada en Julio de 2001 por el Ministro de Salud Dr. Eduardo Pretell respecto a incorporar la AOE como método anticonceptivo en las Normas de Planificación Familiar. Esta decisión se sustenta en el derecho de las mujeres a no ser discriminadas por parte del Estado por su condición socioeconómica. Hasta entonces, el medicamento sólo era accesible en las farmacias para las mujeres que podían pagar su precio. La decisión contó con el respaldo de las entidades médico científicas del país.

El cuestionamiento por parte de la jerarquía católica y sus contrapartes civiles se centra en la idea de que el medicamento utilizado tiene un tercer efecto: impedir la implantación, ergo: efecto abortivo. Dicho cuestionamiento no puede ser llevado al plano del debate porque para ello se requiere confrontar investigaciones científicas con conclusiones opuestas. Al momento no se conoce ninguna investigación que respalde la existencia de dicho tercer efecto. Todas las investigaciones y revisiones al respecto señalan que existen sólo 2 efectos que explicaré con detalle líneas abajo.

Algunas precisiones previas:

1. Los espermatozoides tienen dos características: migración y vitalidad.

Migración espermática: El desplazamiento de los espermatozoides para encontrarse con el óvulo en la trompa de Falopio se da en 2 fases:

A. Fase rápida: un grupo de espermatozoide, antes de los 10 minutos, alcanza al óvulo en la trompa. Dichos espermatozoides no tienen capacidad fecundante porque no han completado su último proceso de maduración, llamado capacitación.

B. Fase sostenida: los espermatozoides se ubican en las criptas del cuello uterino (reservorio cervical) y migran en grupos hacia la trompa en el curso de los 4 ó 5 días que son viables. Estos espermatozoides si tienen capacidad fecundante. Para que la fecundación sea posible se requiere que la migración de nuevos espermatozoides desde el reservorio cervical hacia el sitio de fecundación persista hasta que ocurra la ovulación.

Vitalidad espermática: Los espermatozoides pueden conservar su viabilidad y capacidad fecundante hasta por cinco días. El reservorio cervical surte continuamente a la trompa de Falopio de nuevos espermatozoides durante varios días hasta que se produce la ovulación. El

83% de los días del período fértil están antes de la ovulación, y cuando el coito ocurre en alguno de estos días, los espermatozoides tienen que esperar entre 1 y 5 días en el reservorio cervical hasta que ocurra la ovulación.

2. Ciclo sexual: El ciclo sexual de la mujer es aquel que va desde el primer día de una menstruación hasta el día previo a la siguiente menstruación. Dura en promedio de 28 a 30 días en mujeres con ciclos regulares. Tiene 3 etapas: fase folicular, ovulación y fase lútea. La fase folicular va desde el inicio del ciclo sexual hasta que se produce la ovulación. En los primeros días del ciclo sexual, por influencia de la LH (hormona producida en la glándula hipófisis) un óvulo se prepara para salir hacia la trompa. El óvulo se rodea de un conjunto de células que generan un centro líquido, llamado folículo de Graff, algo así como colocar una canica pequeña dentro de un globo. Dicho folículo crece día a día hasta alcanzar aproximadamente los 28 mm en el día 14 del ciclo sexual femenino. En ese momento, por estímulo de una elevación de la LH, se rompe el folículo y el óvulo es disparado hacia la trompa. Este momento se conoce con el nombre de ovulación. El óvulo necesita ser fecundado pocas horas después de la ovulación para generar un cigoto sano que sea viable más allá de la implantación. El óvulo permanecerá viable en la trompa no más de 24 horas. La fase lútea tiene como propósito preparar el endometrio para la implantación del producto de la fecundación y garantizar la viabilidad del embarazo.

3. Fecundación y concepción: En las ciencias médicas, la fecundación es la unión de los pronúcleos provenientes del espermatozoide y del óvulo, dando lugar al huevo o cigoto. Esta célula tendrá los 46 cromosomas que caracterizan a nuestra especie e iniciará el proceso de multiplicación celular y migración al endometrio, lugar en el que se implantará, momento que se reconoce como el inicio del embarazo. La fecundación tiene lugar en una de las trompas de Falopio. El término concepción es utilizado para describir el inicio de una nueva vida y su conceptualización dependerá de cada contexto social, político y religioso.

4. Eyaculación y fecundación: Se estima que luego de la eyaculación en la vagina, los espermatozoides de la fase sostenida tardarán, aproximadamente, 14 horas en llegar al encuentro con el óvulo. Los espermatozoides son estructuras biológicas muy pequeñas en relación al útero y su camino hacia la trompa es bastante largo. Además, se requiere de ese tiempo para garantizar la capacitación del espermatozoide, es decir, completar su madurez para que pueda ingresar al óvulo.

5. Cuándo se debe utilizar la AOE: Toda mujer en edad reproductiva podría necesitar, en algún momento, anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo no deseado. La anticoncepción de emergencia puede utilizarse:

A. Cuando no se ha usado ningún método anticonceptivo;

B. Cuando ha ocurrido una falla del método anticonceptivo o éste ha sido usado de manera incorrecta, incluyendo casos en que:

✓ el condón se ha roto, deslizado o se ha usado de manera incorrecta

✓ la mujer ha olvidado tomar tres o más píldoras anticonceptivas orales combinadas consecutivas

✓ la mujer ha olvidado tomar tres o más píldoras anticonceptivas orales combinadas consecutivas

✓ ha habido un retraso de más de dos semanas en la administración de la inyección anticonceptiva de progestágeno solo (Depo provera o Noristerat)

- ✓·ha habido un retraso de más de siete días en la administración de la inyección mensual combinada de estrógenos más progestágeno (Mesigyna, Soluna, etc.)
- ✓·el parche transdérmico (o el anillo vaginal) se ha desplazado, ha habido un retraso en su colocación o se ha extraído antes de lo debido
- ✓·el diafragma (o el capuchón cervical) se ha desplazado o roto, o se ha extraído antes de lo debido
- ✓·el coito interrumpido ha fallado (por ejemplo, eyaculación en la vagina o en los genitales externos)
- ✓·una tableta (o una película espermicida) no se han derretido antes de la relación sexual
- ✓·ha ocurrido un error en el cálculo del método de abstinencia periódica o no ha sido posible practicar la abstinencia en los días fértiles del ciclo
- ✓·ha ocurrido una expulsión del DIU;

C. Cuando ha ocurrido una agresión sexual y la mujer no está protegida con un método anticonceptivo eficaz.

6. Hay 2 formas de AOE:

A. Las píldoras de progestina sola que contienen 1,5 mg de levonorgestrel (LNG), disponible en nuestro país como Postinor 2. Esta es la forma recomendada por la Organización Mundial de la Salud; y,

B. Las píldoras de anticonceptivos orales combinados que contienen 0,5 mg de levonorgestrel y 0,1 mg de etinil estradiol (Método de Yuzpe).

7. Eficacia y momento de la toma de la AOE:

Hasta ahora no se ha podido determinar la eficacia anticonceptiva del LNG usado como AOE con una precisión comparable a la del resto de los métodos anticonceptivos debido a que no es posible contar con un grupo control que permita establecer cuantos embarazos se producirían si no se usara el método. Para el resto de los métodos anticonceptivos los grupos controles son las parejas que intentan embarazarse teniendo relaciones sexuales sin usar ninguna forma de protección. Para establecer cuantos embarazos previene la AOE sería necesario tratar mujeres que solicitan el método, unas con LNG y otras con placebo (pastilla sin medicamento), lo cual es éticamente inadmisibles porque expondríamos a un embarazo no deseado a las que reciben el placebo.

La eficacia del medicamento, vale decir: impedir la fecundación, depende del tiempo en que se toman las píldoras: cuanto más pronto, mayor eficacia. Lo ideal es tomarla inmediatamente después de la actividad sexual sin protección. Conforme pasan las horas la eficacia disminuye. Aproximadamente, de 95% cuando se toma en las primeras 12 horas, a 50% cuando se toma a las 72 horas, y 30% en el quinto día.

8. Cómo se toma:

A. La píldora de progestina sola (Postinor 2), comúnmente llamada “píldora del día siguiente”: 1,5 mg de levonorgestrel administrado en una sola dosis dentro de las primeras 120 horas que siguen a la relación sexual, y lo antes posible para mayor eficacia

B. El método Yuzpe: 4 pastillas de cualquier anticonceptivo hormonal combinado, comúnmente llamados “píldoras”, y 12 horas después otras 4 pastillas.

Mecanismo de acción de la AOE:

Hay dos mecanismos de acción del levonorgestrel que no están en discusión: la inhibición de la ovulación y el espesamiento del moco cervical. Ambos actúan de manera independiente. Si ya se produjo la ovulación, funcionará el segundo. Si aún no se produjo la ovulación, funcionarán ambos mecanismos.

1. Inhibición de la ovulación: El LNG administrado en la fase folicular tiene la capacidad de interferir con la ovulación suprimiendo el pico de LH y evitando la ruptura folicular.

2. Espesamiento del moco cervical: El LNG limita la migración y vitalidad de los espermatozoides. Al hacer más denso el moco producido en el cuello uterino, los espermatozoides tardarán mucho en llegar hasta el reservorio cervical y su camino hacia la trompa se verá seriamente dificultado. Por otro lado, el proceso de capacitación (madurez) también se limitará. Como resultado no llegarán al óvulo la cantidad necesaria de espermatozoides para producir la fecundación.

Sobre el tercer mecanismo:

No existe ninguna evidencia científica que indique que actúa un tercer mecanismo: el impedimento de la implantación (efecto abortivo). Si existiese ese tercer mecanismo, como podría explicarse la tasa de fracaso de la AOE. Si la eficacia de este método fuera vecina a 100% no habría duda alguna que tendría que evitar algunos embarazos por interferencia con eventos posteriores a la fecundación, pero no es así. De hecho una explicación coherente de su mecanismo de acción necesariamente tiene que dar cuenta no sólo de cómo evita algunos embarazos sino que también por qué no los evita todos.