



ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y RU-486

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?

1. Una confusión de pastillas

Hace unos años que se empezó a hablar en México de la anticoncepción de emergencia y de la píldora abortiva RU-486. Con frecuencia se confunden ambos métodos a pesar de que se trata de cosas completamente diferentes. La anticoncepción de emergencia, como lo indica su nombre, sirve para *evitar un embarazo* y se puede usar sólo dentro de las primeras 120 horas¹ después de una relación sexual no protegida. La RU-486, en cambio, se utiliza *cuando ya hay un embarazo* y actúa para *interrumpirlo* dentro de las primeras nueve semanas de gestación. Es decir, la anticoncepción de emergencia sólo funciona para prevenir un embarazo dentro de un período de tiempo específico y circunstancias particulares que explicaremos más adelante.

La confusión entre anticoncepción de emergencia (en adelante AE) y RU-486 se debe, sobre todo, al hecho de que ambas funcionan a base de pastillas. La AE se ha llamado erróneamente “la píldora del día después”, a pesar de que se puede tomar hasta cinco días posteriores a la relación sexual desprotegida. La RU-486 se conoce como la “píldora abortiva”. El objetivo de GIRE es explicar cómo actúan estos dos métodos para dejar clara la diferencia y evitar la confusión.

2. Anticoncepción de emergencia (AE)

La anticoncepción de emergencia puede prevenir un embarazo si se utiliza antes de que transcurran 120 horas de haber tenido una relación sexual sin protección y consiste en tomar cierta dosis de píldoras anticonceptivas. La AE tiene una tasa de efectividad muy alta si se toma lo antes posible, según investigaciones realizadas en México, Canadá, y Estados Unidos.² La cantidad que se debe ingerir y el momento en que se debe hacerlo están indicados en el cuadro de la siguiente página, en el cual aparecen los nombres comerciales del fármaco.

La función que realiza la AE depende del momento del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer, de manera que puede:

- evitar que los ovarios liberen el óvulo
- impedir que el óvulo sea fecundado

No hay pruebas científicas concluyentes de que la AE evite la implantación de un óvulo fecundado. En todo caso, la AE es inocua una vez que la implantación ha comenzado, de manera que no puede interrumpir un embarazo en curso.

Marca	1º dosis lo más pronto posible dentro de las primeras 120 horas después de la relación	2º dosis máximo 12 horas después de la primera dosis
Alterna Cerciora-t Glanique* Hispatrel Post-Day Postinor2* Silogin* Vika	1 pastilla (.75 mg. de levonorgestrel)	1 pastilla (.75 mg. de levonorgestrel)
Eugynon 50 Neogynon Nordiol Ovral	2 pastillas	2 pastillas
Lo-Femenal Microgynon Nordet	4 pastillas	4 pastillas

* Estos productos también vienen en presentación "unidosis" (1.5 mg. de levonorgestrel), en ese caso sólo se debe tomar una pastilla.

▲ Los estudios muestran que se pueden tomar las dos dosis juntas, sin que disminuya la eficacia del método.

▲ Se puede acortar el tiempo entre ambas dosis, pero en ningún caso deben pasar más de 12 horas entre la primera y la segunda toma.

▲ Aunque la AE es efectiva dentro de los primeros cinco días (120 horas) después de la relación sexual no protegida, hay que tener en cuenta que mientras más pronto se utilice es más eficaz. Después de los primeros tres días se recomienda tomar las dos dosis juntas.

▲ En las marcas que contienen 28 píldoras, siete son de azúcar o de hierro y vienen en un color distinto, las restantes contienen hormonas y son las que se deben tomar.

¿Qué efectos colaterales puede producir la AE?

La AE no causa alteraciones a la salud. No obstante, se pueden presentar mareos, náuseas o vómitos. Por lo tanto, es recomendable tomar los anticonceptivos acompañados de algún alimento o tomar un medicamento contra el vómito (los llamados antieméticos como Dramamine y Bonadoxina) media hora antes de ingerir las pastillas. Si hay vómito durante las primeras dos horas después de tomar las pastillas es necesario repetir la dosis pues es muy probable que éstas hayan sido arrojadas. Únicamente en este caso se debe repetir la dosis. Ingerir más pastillas de las indicadas no hace al método más efectivo y puede incrementar la sensación de náusea.

Si al volverse a ingerir las píldoras se vomita de nuevo, pueden introducirse vía vaginal (lo más adentro que se pueda).

Otras reacciones que puede provocar la AE, aunque menos comunes, son: hipersensibilidad en los senos, dolor de cabeza, retención de líquidos, menstruación

irregular, cólicos y mareos. Ninguna de estas reacciones debe durar más de 24 horas. Si los malestares persisten se debe consultar al médico.

La menstruación posterior al uso de la AE puede presentarse unos días antes o después de lo esperado. Esto no es un mal síntoma; no obstante, se debe consultar al médico si el siguiente período menstrual vuelve a presentarse con alteraciones, especialmente si:

- la menstruación es más ligera que lo habitual,
- la menstruación no se presenta dentro de las siguientes cuatro semanas, o
- hay dolores inusuales o intensos de cabeza o de vientre bajo

Advertencias importantes

- La AE no debe usarse en lugar de los métodos de planificación familiar. Sólo es recomendable para casos de emergencia, como cuando se tienen relaciones sexuales sin protección, se sufre una violación o cuando fallan

los métodos anticonceptivos: se rompe el condón, el DIU se mueve o la mujer ha olvidado tomar dos o más pastillas anticonceptivas

- La AE no evita contraer infecciones de transmisión sexual ni el VIH

Un poco de historia sobre la AE

Se ha dicho que la AE es "el secreto mejor guardado de la medicina" porque desde los años sesenta se sospechaba que las pastillas anticonceptivas podían prevenir el embarazo incluso después de una relación sexual no protegida. En los setenta, en Estados Unidos, los centros de salud estudiantiles pusieron la AE a disposición de aquellas estudiantes que habían tenido relaciones sexuales sin usar anticonceptivos, habían usado deficientemente el condón o habían sido violadas.³ En 1974 médicos de Canadá realizaron investigaciones para confirmar la efectividad del método, y mostraron que si una mujer tomaba dos tabletas de Ovral antes de transcurrir 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección y dos tabletas más 12 horas después, las probabilidades de embarazo se reducían enormemente.⁴ En Europa, en la misma década, los médicos comenzaron a facilitar dosis de pastillas anticonceptivas de emergencia a las mujeres que lo requerían y algunos laboratorios farmacéuticos pusieron en el mercado paquetes específicos de AE.⁵

En los ochenta, algunos médicos de Estados Unidos intentaron promover la AE para hacerla disponible a más gente, pero obstáculos legales lo impidieron, por lo que fue recién en los años noventa cuando una amplia movilización de activistas logró que el método se conociera a lo largo y ancho de ese país. Distintos grupos civiles promovieron campañas en diferentes medios: comenzaron con un libro, un sitio en Internet y más tarde una línea telefónica para informar sobre

esta opción anticonceptiva. Los medios de comunicación masiva se interesaron y difundieron la AE y la gente comenzó a demandar más información.

La investigación sobre la AE continúa arrojando nuevos datos cada día; se ha visto que, aunque disminuye su eficacia, funciona hasta cinco días (120 horas) después de la relación sexual desprotegida.⁶ También se han desarrollado productos específicos, que contienen la dosis de hormonas requeridas en una sola pastilla.⁷

La OMS ha dicho que:

La anticoncepción de emergencia debe desempeñar también un importante papel a la hora de ayudar a las mujeres a satisfacer sus intenciones en materia de reproducción, evitándoles embarazos no deseados. El acceso a esos métodos a través de los programas oficiales de planificación familiar y/o servicios de otro tipo, en caso de que no esté ya previsto, debe considerarse como un aspecto de la estrategia a largo plazo para mejorar la asistencia de salud reproductiva.⁸

En México empezó a hablarse del tema a principios de los años noventa. Desde entonces, diversos grupos han trabajado para promover su uso. Una encuesta realizada en 2000, mostró que 39% de la población mexicana ya conocía la AE. La mayor parte de estas personas consideró que es una buena opción para prevenir el embarazo cuando hubo una relación sexual no protegida (69%) y, en caso de necesidad, estaría dispuesta a recomendarla (77%).⁹

En 1999, la Secretaría de Salud registró el primer producto dedicado para la anticoncepción de emergencia en México: Postinor2. Posteriormente se han registrado y puesto a la venta otras marcas, en presentación de una o dos pastillas, con variedad de precios. La Secretaría de Salud incorporó, en enero de 2004, la anticoncepción de

emergencia a la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993). La observancia de la norma es obligatoria en todas las unidades de salud donde se presten tales servicios. Además, en julio de 2005, la AE se incluyó en el cuadro básico de medicamentos.

3. Pastilla abortiva RU-486

La píldora RU-486 permite a las mujeres *interrumpir el embarazo* dentro de las primeras nueve semanas de gestación sin necesidad de hospitalización ni anestesia. Ha sido reconocida por la comunidad médica internacional como un método seguro y de alta efectividad. Existen estudios que demuestran que 95% de los abortos inducidos por este método han sido exitosos.¹⁰

La RU-486 contiene una sustancia hormonal llamada mifepristona que provoca el aborto al bloquear la acción de la progesterona, que es la hormona encargada de garantizar el desarrollo del embarazo después de la fecundación. La mifepristona se administra en combinación con una dosis de prostaglandinas. Ambas sustancias interrumpen el desarrollo de la placenta y estimulan las contracciones uterinas. Como resultado de ello se produce el sangrado y la salida del tejido embrionario. Estos cambios fisiológicos son similares a los que se presentan durante un aborto espontáneo.¹¹ El procedimiento para usar la píldora es el siguiente:

- 1) Confirmar el embarazo y realizarse un examen médico general para saber si se está en condiciones de tomar la RU-486 (más adelante se habla de las contraindicaciones)
- 2) Recibir la dosis de RU-486
- 3) Regresar a consulta médica después de 48 horas para recibir una dosis de prostaglandinas. El aborto se presentará en las siguientes cuatro o seis horas

- 4) Acudir a una última revisión médica para asegurarse de que el aborto ha sido completo

Algunas contraindicaciones para el uso de la RU-486 son:

- Que hayan transcurrido 49 días desde la última fecha de menstruación
- Que la mujer tenga un DIU, ya que éste debe ser retirado antes del uso de la píldora
- Que exista un embarazo ectópico
- Que la mujer presente problemas en las glándulas suprarrenales (que se localizan sobre los riñones)
- Que la mujer se haya sometido a un tratamiento con esteroides
- Que existan problemas de coagulación o la usuaria esté bajo tratamiento médico con un anticoagulante
- Que existan reacciones alérgicas a la mifepristona o similares

¿Qué efectos colaterales puede producir la RU-486?

Los efectos colaterales más comunes son similares a los de un aborto espontáneo, el sangrado, en ocasiones abundante, dura de seis a 16 días. Este período es más largo que con el legrado y el método de aspiración manual, en los cuales dura de siete a nueve días.¹² También es frecuente sentir cólicos, dolor de cabeza, náuseas, mareos, fatiga de corta duración y, a veces, padecer diarrea.¹³ Aún no se tienen datos sobre la existencia de efectos secundarios permanentes.

Un poco de historia sobre la RU-486

La RU-486 fue creada en 1980 por los laboratorios franceses Roussel-Uclaf. Desde entonces se iniciaron pruebas clínicas en distintos países y hacia 1984 se encontró que la efectividad del fármaco ascendía notablemente al utilizarse en combinación con prostaglandinas.¹⁴ Sobre esta base se multiplicaron los estudios con miles de

mujeres en países de Europa y Asia.¹⁵ En 1994, el Population Council inició pruebas en Estados Unidos con excelentes resultados. En Europa más de 620,000 mujeres han utilizado con éxito la RU-486.¹⁶

Los primeros países en aprobar el uso de la RU-486 fueron Francia y China en 1988; les siguieron Inglaterra en 1991 y Suecia en 1992. Actualmente está disponible en Inglaterra, Suecia, China, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, los Países Bajos, Estados Unidos, Francia, Luxemburgo, España, Israel, Noruega, y Nueva Zelanda. En México este fármaco *no está a la venta*. Sin embargo, en el 2003, la ONU y la OEA hicieron a México la recomendación de evaluar “la conveniencia de *revisar la legislación que penaliza el aborto y que se evalúe la posibilidad de autorizar el uso [de la] RU-486*, tan pronto esté disponible, ya que es económico y de fácil uso”.¹⁷

Aspectos que influyen en la aceptación legal y comercialización de la RU-486

La existencia de condiciones sociales y políticas favorables es fundamental para la aprobación legal y la comercialización de la RU-486. En Francia, por ejemplo, los laboratorios Roussel-Uclaf decidieron suspender su distribución dos días después de la aprobación oficial pues consideraron que las condiciones sociopolíticas eran adversas. Sin embargo, la voluntad política del gobierno francés fue definitiva para que los laboratorios pusieran a la venta la RU-486. Desde 2002, la legislación francesa prevé la posibilidad de que la interrupción medicamentosa del embarazo se realice en el domicilio de la mujer, evitando así los costos de una hospitalización.¹⁸ El gobierno democrático de William Clinton aprobó

en 2000 la venta de este medicamento en Estados Unidos, doce años después que Francia.

La gran aceptación del método entre las mujeres es un dato que gobernantes y funcionarios de salud no deben ignorar. Por ejemplo, casi la totalidad de quienes han usado esta píldora en Estados Unidos (96%) recomienda su uso por considerarla discreta y menos riesgosa que otros métodos, por ser semejante al aborto espontáneo o a la menstruación y más adecuada para manejar los aspectos emocionales involucrados en la interrupción de un embarazo.¹⁹

En Suecia, 40% de las mujeres recurren a la RU-486 en lugar de otros métodos para interrumpir la gestación.²⁰ En China se calcula que el uso de la RU-486 entre las mujeres que desean interrumpir un embarazo es de 52.7%.²¹

La utilización de la RU-486 en México sería recomendable en los casos en que el aborto está permitido en las diferentes leyes estatales; además, sería muy útil cuando el embarazo es resultado de una violación porque evitaría que la mujer sea sometida a una intervención quirúrgica, permitiéndole interrumpir el embarazo con respeto a una intimidad que ha sido recientemente violentada.

Notas

¹ Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, *Posicionamientos sobre la Anticoncepción de Emergencia: Actualización sobre el método*, julio 2003.

² Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia, *Píldoras anticonceptivas de emergencia: Guías médicas y de entrega de servicio*, México, 1996. *Birth Control Handbook*, Montreal, Montreal Health Press, 1999. Knowles, J y M Ringel, *All about Birth Control*, Nueva York, Three Rivers Press, 1998.

³ Los datos históricos de la AE provienen de *From Secret to Shelf: How Collaboration is Bringing Emergency Contraception to Women*, Los Ángeles, Pacific Institute for Women's Health, 1999.

⁴ Yuzpe, AA *et al.*, “Post-Coital Contraception: A Pilot Study”, *Journal of Reproductive Medicine*, Canadá, núm. 13, 1974, pp. 53-58.

⁵ *From Secret to Shelf*..., p. 7.

⁶ Rodrigues, I *et al.*, “Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse”, *Am J Obstet Gynecol*, vol. 184, núm. 4, marzo 2001, pp. 531-537. Von Hertzen, H *et al.*, “Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial”, *The Lancet*, vol. 360, núm. 9348, diciembre 2002, pp. 1803-1810.

⁷ Mayor información en las páginas electrónicas del Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia <www.cecinfo.org> o del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia <www.clae.info> [consulta: 25-VI-08].

⁸ OMS, *Anticoncepción de emergencia. Guía para la prestación de servicios*, 1999, pp. 10-11. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_FRH_FPP_98.19_spa.pdf> [consulta: 3-VII-08].

⁹ Population Council y Grupo IDM, *Encuesta nacional sobre aborto*, México, 2000.

¹⁰ Childbirth by Choice Trust, “RU-486: the abortion pill”, Toronto, 1993.

¹¹ Baird, D, “Mode of Action of Medical Methods of Abortion”, *Journal of the American Medical Women's Association (JAMWA)*, Virginia, suplemento 2000, vol. 55, núm. 3, pp. 121-126.

¹² Davis, A *et al.*, “Bleeding Patterns After Early Abortion with Mifepristone and Misoprostol or Manual Vacuum Aspiration”, *JAMWA*, vol. 55, núm. 3, pp. 141-144.

¹³ Mayor información en <www.popcouncil.org/mifeprex> [consulta: 25-VI-08].

¹⁴ Bygdeman, M y K Gemzell Danielsson, “Medical Termination of Early Pregnancy: The Swedish Experience”, en *JAMWA*, vol. 55, núm. 3, pp. 195-196.

¹⁵ Childbirth by Choice Trust, *op. cit.*

¹⁶ Population Council, “Mifepristone: A Chronology”, enero 2001, [Momentum]. Disponible en <http://www.popcouncil.org/archives/publications/momentum/momentum1200_1b.html> [consulta: 4-VII-08].

¹⁷ Ver Recomendación 226 en Secretaría de Relaciones Exteriores, *Compilación de recomendaciones a México de los mecanismos internacionales y los comités de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos*, México, 2003.

¹⁸ “Décret No 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé” en <www.ancic.asso.fr/textes/ressources/legislation_hors-etablissement.html> [consulta: 25-VI-08].

¹⁹ Population Council, “Early Medical Abortion with Mifepristone and Misoprostol is Highly Acceptable to American Women and Feasible within the US Health Care System”, 14 de julio de 1998. Disponible en <<http://www.popcouncil.org/archives/newsreleases/earlymed.html>> [consulta: 4-VII-08].

²⁰ Bygdeman, M, *op. cit.*

²¹ Shangchun, W, “Medical abortion in China”, *JAMWA*, vol. 55, núm. 3, 2000, p. 197.