

# INFORMACIÓN SOBRE LAS PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) son anticonceptivos que se toman después de una relación sexual no protegida o luego de que un método anticonceptivo ha fallado (por ejemplo, la rotura del condón) y antes de que se produzca un embarazo.

- Las PAE no son abortivas. Instituciones donde trabajan grupos de expertos médicos tales como la Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU. (FDA), los Institutos Nacionales de la Salud de los EE.UU., American Medical Women's Association y American College of Obstetricians and Gynecologists definen que el embarazo comienza con la implantación del óvulo fecundado en el revestimiento del útero de una mujer.<sup>1,2,3,4</sup> Al prevenir los embarazos no deseados, la anticoncepción de emergencia disminuye la necesidad de abortos inducidos.<sup>5</sup>
  - En el mercado hay productos dedicados de PAE. Por otro lado, las píldoras anticonceptivas regulares tomadas en dosis más altas y de acuerdo a regímenes específicos<sup>6</sup> también actúan como anticonceptivo de emergencia. Las PAE pueden estar formuladas con la hormona femenina progestina sola o en combinación con estrógeno. En los Estados Unidos, Plan B<sup>®</sup> es un producto que contiene progestina sola, formulado específicamente para anticoncepción de emergencia.
  - Las PAE contienen las mismas hormonas que las píldoras anticonceptivas normales y actúan a través del mismo mecanismo.
  - Una investigación reciente ha demostrado que las PAE actúan retrasando o inhibiendo la liberación de un óvulo desde el ovario, previniendo así la fecundación.<sup>7</sup> No obstante, no puede descartarse completamente la posibilidad de que las PAE impidan la implantación de un óvulo fecundado en el útero, ya que no hay forma de determinar si un óvulo ha sido fecundado. Los investigadores han diseñado experimentos en animales específicamente para evaluar si las PAE de progestina sola impiden la implantación.
- Estos estudios sugieren que las PAE de progestina sola inhiben la ovulación (impidiendo así la fecundación) y no alteran procesos, como la implantación, que ocurren después de la fecundación.<sup>8,9</sup> Los estudios en humanos han demostrado que las PAE de progestina sola interfieren con la ovulación de un modo que hace improbable que ocurra la fecundación.<sup>7</sup>
- Cuando una mujer ya está embarazada, las PAE no afectan el embarazo.<sup>10</sup>
  - Las PAE suelen tomarse en dos dosis. La primera dosis puede tomarse dentro de las 72 horas después de una relación sexual no protegida.<sup>11,12</sup> La segunda dosis se toma 12 horas después de la primera. Estudios han demostrado la eficacia de tomar ambas dosis de PAE de progestina sola al mismo tiempo y hasta 120 horas después de la relación sexual no protegida. Este régimen se encuentra aprobado en algunos países. Mientras antes se tomen las PAE, mayor es su eficacia.<sup>13</sup>
  - Las PAE de progestina sola son más eficaces que las PAE que contienen estrógeno y progestina.<sup>14</sup>
  - Según la FDA, las PAE son seguras y eficaces.<sup>3</sup> No provocan defectos de nacimiento si una mujer las toma inadvertidamente mientras está embarazada.<sup>10</sup> El uso repetido de PAE no es dañino.<sup>15</sup>
  - Hay estudios que han demostrado que las mujeres adultas y las adolescentes que pueden acceder fácilmente a las PAE no presentan una mayor probabilidad de tener relaciones sexuales sin protección o abandonar el uso de otros métodos anticonceptivos, que aquéllas que no cuentan con un buen acceso a las píldoras.<sup>16,17,18</sup>

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Hughes E.C. (ed.) 1972. Committee on Terminology, The American College of Obstetricians and Gynecologists. <i>Obstetric-Gynecologic Terminology</i>. Philadelphia, PA: F.A. Davis.</li> <li>2 American Medical Women's Association (AMWA). 1996. <i>Position Statement on Emergency Contraception</i>. Alexandria, VA: AMWA.</li> <li>3 Federal Register. 1997. "Prescription drug products: Certain combined oral contraceptives for use as post-coital emergency contraception: notice." 62: 8609–8612. Washington, DC: Government Printing Office.</li> <li>4 Office for Protection from Research Risks (OPRR), National Institutes of Health, Department of Health &amp; Human Services. 2001. <i>Protection of Human Subjects</i>. Code of Federal Regulations 45 Part 46; rev. 13 November.</li> <li>5 Alan Guttmacher Institute (AGI). 2002. "Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000–2001," 17 December.</li> <li>6 <a href="http://ec.princeton.edu/worldwide/default.asp">http://ec.princeton.edu/worldwide/default.asp</a></li> <li>7 Croxatto, H.B., V. Brache, M. Pavez, L. Cochon, M.L. Forcelledo, F. Alvarez, R. Massai, A. Faundes, y A.M. Salvatierra. 2004. "Pituitary–ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation," <i>Contraception</i> 70(6): 442–450.</li> <li>8 Muller, A.L., C.M. Llados, y H.B. Croxatto. 2003. "Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat," <i>Contraception</i> 67(5): 415–419.</li> <li>9 Ortiz, M.E., R.E. Ortiz, M.A. Fuentes, V.H. Parraguez, y H.B. Croxatto. 2004. "Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey <i>Cebus apella</i>," <i>Human Reproduction</i> 19(6): 1352–1356.</li> <li>10 American College of Obstetricians &amp; Gynecologists (ACOG). 1996. "Emergency oral contraception," <i>ACOG Practice Patterns</i> 3: 1–8.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>11 Rodrigues, I., F. Grou, y J. Joly. 2001. "Effectiveness of emergency contraception pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse," <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> 184(4): 531–537.</li> <li>12 Ellertson, Charlotte, Margaret Evans, Sue Ferden, Clare Leadbetter, Aileen Spears, Karen Johnstone, y James Trussell. 2003. "Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours," <i>Obstetrics &amp; Gynecology</i> 101(6): 1168–1171.</li> <li>13 Von Hertzen, H., G. Piaggio, J. Ding, J. Chen, S. Song, G. Bartfai et al. 2002. "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentre randomised trial," <i>Lancet</i> 360(9348): 1803–1810.</li> <li>14 Raymond, Elizabeth, Douglas Taylor, James Trussell, y Markus J. Steiner. 2004. "Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of emergency contraception," <i>Contraception</i> 69(1): 79–81.</li> <li>15 Shelton, J.D. 2002. "Repeat emergency contraception: Facing our fears," <i>Contraception</i> 66(1): 15–17.</li> <li>16 Roye, C.F. 2001. "Routine provision of emergency contraception to teens and subsequent condom use: A preliminary study," <i>Journal of Adolescent Health</i> 28(3): 165–166.</li> <li>17 Graham, Anna, Laurence Moore, Deborah Sharp, y Ian Diamond. 2002. "Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: Cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention," <i>British Medical Journal</i> 324(7347): 1179–1183.</li> <li>18 Raine, Tina R., Cynthia C. Harper, Corinne H. Rocca, Richard Fischer, Nancy Padian, Jeffrey D. Klausner, y Philip D. Darney. 2005. "Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: A randomized controlled trial," <i>Journal of the American Medical Association</i> 293(1): 54–62.</li> </ol> |
|---|--|

**PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN Y LOS PROGRAMAS DEL POPULATION COUNCIL, VISITE [WWW.POPCOUNCIL.ORG](http://WWW.POPCOUNCIL.ORG)**