

La píldora del día después: una segunda oportunidad

E. Bailón Muñoz^a y L. Arribas Mir^b

LECTURA RÁPIDA

Planteamiento del problema

Un embarazo no deseado (END) es una situación que puede afectar negativamente la vida de muchas mujeres. Es un problema de salud importante, que se presenta sobre todo en las mujeres más jóvenes y en las mayores de 35 años.

El uso de la píldora del día después o píldora poscoital ha sido escaso y a ello han contribuido la falta de información en las mujeres y las dificultades para obtener su dispensación de los profesionales sanitarios

Argumentos a favor

La nueva píldora de LNGS ha mejorado el método de Yuzpe. La toma se reduce a 2 comprimidos con un intervalo de 12 horas. Es más eficaz⁴; la tasa de embarazos con el LNGS se sitúa en un 1,1% y con la pauta de Yuzpe en el 3,2%.

La nueva píldora de LNGS es mejor tolerada, las náuseas, vómitos, mareos, fatiga, cefalea, tensión mamaria y molestias abdominales son menos frecuentes que con la pauta de Yuzpe.

Planteamiento del problema

Un embarazo no deseado (END) es una situación que puede afectar negativamente la vida de muchas mujeres. La elevada tasa de END es un problema de salud importante, que se presenta sobre todo en las mujeres más jóvenes y en las mayores de 35 años. Conlleva un incremento de la solicitud de abortos y de la morbimortalidad que deriva de éstos. En 1999 hubo en España más de 57.000 interrupciones voluntarias del embarazo.

La anticoncepción de emergencia (AE) ha demostrado una alta eficacia¹ para evitar un END. En nuestro medio, se realiza con preparados de etinilestradiol (EE) combinado con levonorgestrel (LNG) –la denominada pauta de Yuzpe²–, con píldoras de «levonorgestrel solo» (LNGS) de reciente comercialización y mediante la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre. Recientemente, se ha publicado en esta revista una excelente revisión³ que recoge el mecanismo de acción, indicaciones, efectos secundarios, efectividad y uso de la AE.

El uso de la píldora del día después o píldora poscoital ha sido escaso y a ello han contribuido la falta de información en las mujeres y las dificultades para obtener su dispensación de los profesionales sanitarios (médicos de atención primaria, ginecólogos). Unido a esto, también ha influido negativamente, la creencia entre los profesionales y las mujeres de que el mecanismo de acción del método es abortivo.

La comercialización de la nueva píldora poscoital con LNGS, con indicación espe-

cífica para AE, ha ocasionado un gran debate social que nos obliga a reflexionar.

Posicionamiento de los autores

La píldora poscoital representa una segunda oportunidad frente al problema de un END. Se trata de una intervención clínica preventiva muy eficaz, con una excelente relación coste-beneficio y sin efectos nocivos para la salud de las mujeres. Pero debe estar accesible para que, cuando sea necesaria, se asegure su disponibilidad en el período de máxima efectividad, es decir dentro de las primeras 72 horas.

La nueva píldora poscoital de «levonorgestrel solo» debería ser de primera elección, ya que presenta ventajas sobre la pauta clásica de Yuzpe.

Argumentos a favor

Eficacia clínica. La nueva píldora de LNGS ha mejorado el método de Yuzpe. La toma se reduce a 2 comprimidos con un intervalo de 12 horas. Es más eficaz⁴; la tasa de embarazos con el LNGS se sitúa en un 1,1% y con la pauta de Yuzpe en el 3,2%. La proporción de embarazos que se puede prevenir es del 85% con levonorgestrel y del 57% con la pauta de Yuzpe.

Efectos secundarios poco frecuentes y poco relevantes. La nueva píldora de LNGS es mejor tolerada, las náuseas, vómitos, mareos, fatiga, cefalea, tensión mamaria y molestias abdominales son menos frecuentes que con la pauta de Yuzpe. Son excepcionales los efectos secundarios graves.

No es teratógena. Se ha estudiado el posible efecto sobre el feto, cuando la píldora poscoital no ha sido eficaz, no encontrándose evidencias de que se produzcan efectos deletéreos⁵ sobre él.

No es abortiva. Todavía se confunde la píldora poscoital de EE + LNG o de LNGS con la pauta abortiva de la RU-486. La píldora poscoital se relaciona con el aborto injustificadamente. La creencia entre los profesionales y la población de que el mecanismo de acción del método es abortivo supone un obstáculo a su difusión. Son va-

Médicos de Familia. Distrito Sanitario Granada.

^aCentro de Salud Universitario de Cartuja. Granada.

^bCentro de Salud Universitario de La Chana. Granada.

Correspondencia:
Emilia Bailón Muñoz.
Distrito Sanitario Granada.
C/ Doctor Azpitarte, 4, 5.^o.
18012 Granada. España.

Correo electrónico:
ebailonm@papps.org

rios los mecanismos de acción de la AE, dependiendo de la fase del ciclo en el que se encuentra la mujer: al inicio del ciclo puede evitar o retrasar la ovulación y después de ésta puede interferir con la fecundación e impedir la implantación del óvulo fecundado. Si las diferentes acciones de la AE se producen antes de la implantación¹, no se puede considerar que esta acción sea abortiva, puesto que el inicio de la gestación se establece a partir de la implantación y no con la fertilización.

Medicación de urgencia. Es más eficaz cuanto antes se administra. Su ubicación en los puntos de urgencias garantiza la accesibilidad, cuando la necesidad surge durante un fin de semana o fuera de horarios de consulta. Para asegurar su eficacia requiere la administración en un tiempo limitado a 72 horas tras el coito no protegido, pero es más eficaz a las 24 horas que a las 48 o a las 72 horas.

Medicamento esencial según OMS. Estamos hablando de un fármaco registrado por la OMS como medicación esencial.

Concepto de solidaridad. La distribución desde los servicios de salud de la píldora del día siguiente evita discriminaciones, ya que su precio limitaría su uso en la población de bajo nivel de ingresos económicos. Como refiere Starfield⁶, «en la mayoría de países de la Europa Occidental la política sanitaria está impregnada por el concepto de solidaridad... maximizando el bienestar de todos los grupos de población... fomentando el acceso universal a los servicios de salud». La Junta de Andalucía la ha incluido como medicación de urgencia en todos los centros, para su entrega gratuita a todas las mujeres en las que se establezca la indicación.

Perfil coste-beneficio favorable. La AE se reconoce como una medida de prevención primaria eficaz, con una buena relación coste-beneficio, ya que su uso evitaría un elevado número de embarazos no deseados, disminuiría las solicitudes de interrupción del embarazo y evitaría el abandono de proyectos vitales (completar ciclo de estudios, mantener un puesto de trabajo...).

Consenso de las sociedades científicas. Hoy día, en nuestro país hay un consenso unánime entre las 3 sociedades científicas más implicadas en AE: Sociedad Española de Gine-

ología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Contracepción (SEC) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), que han elaborado un documento conjunto para mejorar la AE. Esperemos que estas recomendaciones se tengan en cuenta por parte de la población, los profesionales y las administraciones sanitarias.

Argumentos en contra

Riesgos de dar información sobre AE. Una de las objeciones a la difusión de la AE es que la información sobre este tema fomentaría la actividad sexual entre los adolescentes y su uso inadecuado (sustituyendo a la toma regular de anticonceptivos hormonales o el uso de métodos de barrera). Se ha podido constatar que el acceso a información sexual y a la AE no incrementa la actividad sexual entre los adolescentes⁷. También se ha comprobado que el disponer las propias mujeres de la medicación no propicia su mal uso⁸.

Precio. El precio de la nueva «píldora del día después» es algo elevado y puede representar un obstáculo para la población de mujeres más vulnerable: adolescentes, mujeres de bajo nivel socioeconómico e inmigrantes. «Es cara y tal vez yo no me quede embarazada...». Su financiación pública subsanaría esta dificultad.

Objeción de conciencia. Algunos profesionales aducen objeción de conciencia a su prescripción, a pesar de que su mecanismo de acción no es abortivo. Desde la institución se debe preservar el derecho a la objeción de conciencia (derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución), pero respetando el derecho a la atención que tienen la usuaria, por lo que se debe establecer un circuito que, en estos casos, asegure la respuesta a la solicitud de AE. Los médicos de familia no pueden «ignorar» esta medida preventiva.

Conocimientos y actitudes de los profesionales. Al margen de la objeción de conciencia, se considera que «no es motivo de urgencia» cuando hoy hay evidencias de que se debe tomar cuanto antes. «Se ve con malos ojos» que acudan a pedirnos la píldora en las guardias, etc. Hay falta de conocimientos en AE en los profesionales, como demuestran varios estudios. «Ellos se lo pasan bien

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Es más eficaz cuanto antes se administra. Su ubicación en los puntos de urgencias garantiza la accesibilidad. Para asegurar su eficacia requiere la administración en un tiempo limitado a 72 horas tras el coito no protegido, pero es más eficaz a las 24 horas.

▼ La distribución desde los servicios de salud de la píldora del día siguiente evita discriminaciones, ya que su precio limitaría su uso en la población de bajo nivel de ingresos económicos.

▼ En nuestro país hay un consenso unánime entre las 3 sociedades científicas más implicadas en AE: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Contracepción (SEC) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), que han elaborado un documento conjunto para mejorar la AE.

Argumentos en contra

▼ El precio de la nueva «píldora del día después» es algo elevado y puede representar un obstáculo para la población de mujeres más vulnerable: adolescentes, mujeres de bajo nivel socioeconómico e inmigrantes.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ La falta de información en la población de la pauta de Yuzpe, a pesar de su elevada eficacia¹, es quizá uno de los factores que más ha influido en su baja utilización.

▼ La solicitud de AE la realizan frecuentemente menores de 18 años. El artículo 162 del Código Civil recoge una excepción y establece que, cuando el menor goza de una suficiente madurez, ya no necesita de la representación de sus padres para tomar decisiones en el área de la sexualidad.

▼ La financiación, por sí sola, no es suficiente, pero además de mejorar la accesibilidad, «desestigmatizaría» a la píldora poscoital.

Conclusiones

▼ En nuestro medio la píldora poscoital aún está rodeada de una serie de tabúes, miedos injustificados y desconocimiento por parte de la población y de los profesionales. Mediante la información adecuada, hay que conseguir que todos mejoren sus conocimientos y actitudes.

y ahora vienen a molestarnos.» No es exactamente así. Todos debemos cambiar.

Información. La falta de información en la población⁹ de la pauta de Yuzpe, a pesar de su elevada eficacia¹, es quizá uno de los factores que más ha influido en su baja utilización. Hoy la nueva píldora de levonorgestrel ha producido una avalancha informativa, que se debe aprovechar.

Problemas legales. La solicitud de AE la realizan frecuentemente menores de 18 años, lo que lleva a muchos profesionales sanitarios a denegar su prescripción, ante el temor a problemas legales, si no vienen acompañadas por sus padres o tutores legales. El artículo 162 del Código Civil¹⁰ recoge una excepción y establece que, cuando el menor goza de una suficiente madurez, ya no necesita de la representación de sus padres para tomar decisiones en el área de la sexualidad. Aquí surge otra duda: ¿cuando entra en la madurez? Aunque no hay límites etarios fijos, se reconoce como signo de madurez el que una adolescente con relaciones sexuales solicite consejo anticoncepcional con el fin de evitar un embarazo no deseado.

Dificultades de accesibilidad a la consulta. Sobre todo durante los fines de semana, son obstáculos con los que se encuentran muchas mujeres cuando precisan la AE. Por lo que disponer de ellas en los puntos de urgencias solucionará estas situaciones. Se debe apostar por la libre dispensación.

No financiación pública. Para la población el que no este financiada la «píldora del día después», al margen del precio de venta al público, en cierta medida la «penaliza». Su financiación supondría un respaldo importante a su uso. «Si la sanidad pública de mi país, que tantos medicamentos financia, no lo hace con éste, algo malo puede haber.» La financiación, por sí sola, no es suficiente, pero además de mejorar la accesibilidad, «desestigmatizaría» a la píldora poscoital.

Necesidad de descartar una gestación. Algunos profesionales así lo creen. En ocasiones puede haber motivos para descartarla, pero de manera sistemática no hay razones para hacerlo, ya que ello haría aún más compleja la prescripción de un preparado que no es teratogénico y que ya tiene bastantes problemas de accesibilidad y de uso.

Conclusiones

En nuestro medio la píldora poscoital aún está rodeada de una serie de tabúes, miedos injustificados y desconocimiento por parte de la población y de los profesionales. Mediante la información adecuada, hay que conseguir que todos mejoren sus conocimientos y actitudes. Hay razones suficientes para financiar lo antes posible la nueva píldora poscoital de levonorgestrel solo. El siguiente paso podría ser su libre dispensación sin receta médica, sobre lo que existen ya experiencias muy positivas en países¹¹ desarrollados.

Bibliografía

1. Trusell J, Rodríguez G, Ellerston C. Update estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59:147-51.
2. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyschon JI. Postcoital contraception: a pilot study. *J Reprod Med* 1974;13:53-8.
3. Lete I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria* 2001; 28:59-68.
4. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.
5. Kubba AA. Hormonal postcoital contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997;2:101-4.
6. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
7. Kosunen E, Vikat A, Rimpelä A, Huhtala H. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. *BMJ* 1999; 319:91.
8. Glasier A, Baird D. The effects of self-administered emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339:1-4.
9. Del Banco SF, Mauldon J, Smith M. Little knowledge and limited practice: emergency contraceptive pills, the public and the obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 1997; 89:1006-101.
10. Haya J, De los Reyes S, Lertxundi R. Aspectos legales en la adolescencia. En: Sociedad Española de Contracepción, Wyeth-Lederle, Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: 2001; p. 837-50.
11. Hutchings J, Winkler JL, Fuller TS, Gardner JS, Wells ES, Downing D, et al. When the morning after is Sunday: pharmacist prescribing of emergency contraceptive pills. *J Am Med Women's Assoc* 1998;53(Suppl):230-2.