

menorrea en los preparados microdosificados que no ha sido constatada por otros investigadores.

En conclusión, en relación con los efectos secundarios y las complicaciones, las evidencias disponibles hasta el momento no muestran diferencias significativas entre los preparados de 20 µgrms de EE, respecto de los que contienen 30 µgrms.

En cuanto a los otros requisitos que establecimos al inicio del artículo, por el momento nadie ha demostrado que estos CO provean beneficios no contraceptivos suplementarios a los ya conocidos y demostrados para los preparados de mayor dosis de EE. Finalmente, el coste económico para el sistema sanitario es ligeramente mas elevado que los preparados más antiguos.

Como clínico, tengo que alegrarme de que la industria farmacéutica siga haciendo esfuerzos para dotarnos de mas herramientas terapéuticas con las que ampliar nuestro arsenal, porque esto nos permite individualizar, cada vez mas, la prescripción y los tratamientos. Ahora bien, y sin ánimo de minimizar lo anterior y la aportación que "per se" supone la reducción de la dosis necesaria de EE en los preparados monofásicos combinados con gestágenos de la tercera generación, no sería honesto por mi parte, sino expresase aquí todo lo que pienso y eso me obliga a comentar que la "fiebre" desatada en este momento por estos preparados es producto, mas de la novedad, que de la reflexión en base a la evidencia científica disponible y que, aunque debemos de utilizarlos mucho, para conocerlos bien, es aún pronto para, como propugnan algunos, considerarlos los preparados de primera elección en todas las nuevas usuarias. Mientras no se demuestre lo contrario, debemos de ser cautos en su empleo en mujeres obesas, malas cumplidoras y en todas aquellas que puedan estar sometidas, temporal o permanentemente, a tratamientos farmacológicos que puedan interaccionar con el metabolismo de los CO, ya que éstos son colectivos de usuarias especialmente sensibles a ver reducida la eficacia anticonceptiva o a que en ellas se incrementen los efectos secundarios.

La conclusión final sería que, a la luz de la evidencia científica disponible actualmente, los preparados microdosificados, tan de moda actualmente, no aportan nada nuevo con respecto a los AHO que contienen 30 µgrms de EE.

T022

INTERCEPCION POSTCOITAL: PREVENCIÓN PRIMARIA

José Domingo Alvarez González

Cuando una pareja está usando de forma regular y responsable un método anticonceptivo puede tener un accidente con su método: se le puede olvidar una píldora a la mujer, se puede romper o deslizarse un condón, se puede hacer un cálculo erróneo de días fértiles, puede haber una eyaculación antes de lo previsto... ¿Deben estas parejas asumir su riesgo de encontrarse ante un embarazo no deseado?

Hay mujeres que no saben o no pueden decir no a una relación sin método, hay mujeres que tienen relaciones en condiciones que no les permiten tomar decisiones, bajo los efectos de alguna droga, hay mujeres que son violadas. ¿Deben estas mujeres esperar angustiadas a ver si llega la próxima regla?

Hay mujeres que necesitan un tratamiento potencialmente teratogénico y que han tenido un coito sin proteger en las últimas horas o que están expulsando un DIU y han tenido un coito reciente...

Es evidente que estamos ante situaciones que podrían abocar a un embarazo no deseado y a la demanda de una interrupción voluntaria de embarazo (IVE) o a continuar un embarazo que podría tener graves repercusiones psicosociales tanto en la madre como en el niño/a.

Y existe una segunda oportunidad para prevenir el embarazo no deseado. Todas estas mujeres podrían optar por la Contracepción de Emergencia (CE) también llamada tratamiento postcoital, píldora del día siguiente, intercepción postcoital, píldora anticonceptiva de emergencia,... si la conocieran y supieran dónde conseguirla.

Estamos ante un problema de salud Pública que debemos abordar desde la Prevención Primaria:

En primer lugar, con una correcta Educación Afectivo-Sexual que fomente una sexualidad en libertad y desde el respeto mutuo, no explicando sólo el funcionamiento de los Aparatos Reproductores del cuerpo humano, y fomentando la prevención de los embarazos no deseados y las ETS/SIDA mediante el conocimiento y acceso a todos los métodos anticonceptivos, incluida la Contracepción de Emergencia. Esto requiere un abordaje profundo del Sistema Educativo con la participación de responsables políticos, educadores, madres y padres y el apoyo del Sistema Sanitario.

En segundo lugar, sensibilizando a la Sociedad a través de los medios de comunicación, de las diferentes asociaciones que se ocupan de colectivos para los que exponerse a un embarazo no deseado suponga un riesgo añadido como pueden ser los adolescentes, las personas con alguna minusvalía, las poblaciones marginales, etc... para que exijan información y accesibilidad a los diferentes métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria precisa.

Y en tercer lugar haciendo que, desde el Sistema Sanitario, se sensibilice y se forme a los profesionales sanitarios, se den prestaciones en materia de Salud Reproductiva sin trabas, con inmediatez y con equidad y de forma que el coste económico no impida la accesibilidad a la asistencia y a la disposición de todos los métodos anticonceptivos.

La CE supone una "segunda oportunidad" para reducir en un 75% el riesgo de un embarazo no deseado ante un coito desprotegido, pero si las parejas que la necesitan la desconocen, es como si no existiera. Y si conocen su existencia pero no saben como acceder a ella estamos ante un doble problema: el riesgo del embarazo no deseado y la frustración que produce el saber y no poder.

En los últimos 5 años, las publicaciones científicas de mayor prestigio nos alertan sobre la necesidad de difundir el uso de la CE, se crea un "Consortio para la Contracepción de Emergencia" en el que intervienen ocho de las principales organizaciones internacionales relacionadas con la Salud Reproductiva y la Planificación Familiar (OMS, IPPF, PATH, etc...) Y, como no podía ser menos, en Internet disponemos de más de 300 páginas Web que dan información en distintos idiomas sobre los distintos métodos de CE, sus indicaciones, efectos secundarios, cómo conseguirla, etc. (www.who.ch/hrp/, www.path.org/cec.htm, <http://opr.princeton.edu/cc/>, entre otras.)

En España tenemos, cada año, alrededor de 50.000 interrupciones voluntarias de embarazo (IVEs). Si tomamos como referencia a Trussel, por cada 1000 tratamientos de CE se pueden evitar 53 embarazos no deseados. Podríamos decir que en España se necesitarían 943.000 tratamientos anuales de CE. Las necesidades estimadas serían de 100 tratamientos por 1000 mujeres en EF. Y debemos trabajar para conseguirlo.

Qué debemos pedirle a la CE? Debe de ser un preparado eficaz, inocuo, de bajo coste y de fácil administración y accesible.

"Método Yuzpe" desde 1970 (0,2 mgrs. de Etinilestradiol y 1 mgr. de Levonorgestrel administrado en dos tomas con 12 horas de intervalo y en las 72 horas posteriores al coito desprotegido) bastante eficaz (reduce en un 75% las posibilidades de embarazo), pocos y leves efectos secundarios (mastalgias, náuseas-vómitos, cefaleas) y de bajo coste. En países de nuestro entorno como el Reino Unido, Suecia, Finlandia Suiza o Alemania, se comercializan preparados de 4 comprimidos (Tetragynon®, Shering PC4®) con indicación de "Contracepción de Emergencia". En España no existe ningún preparado comercializado como "contracepción de emergencia" pero podemos recurrir a preparados anovulatorios, como Neogynona® u Ovoplex®, que nos permiten un tratamiento con 4 grageas del blister de 21 (en otros preparados de aparición más reciente debemos de calcular la dosis si no disponemos de los ya citados de uso más fácil.

El Levonorgestrel (tomado en 2 dosis de 0,75 mgrs. con un intervalo de 12 horas, dentro de las 72 horas siguientes al coito desprotegido) es de eficacia semejante al método anterior y tiene menos efectos secundarios. En Hungría está comercializado desde los años 80 con el nombre de Postinor® y en Junio de 1999 se comercializa en Francia con el nombre de NorLévo® como producto OTC, es decir de libre disposición.

Aún no se ha establecido claramente los mecanismos de acción de estos dos preparados. Algunos estudios indican que pueden prevenir o retrasar la ovulación. También se ha sugerido que pueden evitar la implantación del óvulo, pero todos los autores están de acuerdo en que no actúan sobre el huevo implantado por lo que no podemos definirlos como métodos abortivos.

El DIU puede usarse como CE cuando se han rebasado las 72 horas y antes de las 120 horas o cuando la mujer quiere optar por el DIU como método de uso regu-

lar. Su eficacia es alta pero la administración es más compleja y precisa de profesionales médicos especializados. Su coste es elevado si sólo se usa como CE.

La Mifepristone, utilizada fundamentalmente como abortivo, puede usarse también como CE de alta eficacia (con una dosis de 600 mgrs. no se produjo ningún embarazo) y como efecto secundario se registra el retraso de la próxima regla hasta 3 semanas. No está comercializada en España y su difusión como píldora abortiva podría confundir a la población y reforzar la idea equivocada de que la CE actúa como abortivo. En el momento actual se investiga sobre la eficacia de dosis menores.

Resumiendo, en España no disponemos de ningún preparado registrado como "contraceptivo de emergencia" pero podemos recurrir a los anovulatorios de dosis alta (Neogynona® u Ovoplex®) para hacer accesible la CE en espera de que dispongamos de preparados registrados para tal fin.

Nuestra experiencia

En Cantabria hemos puesto en marcha hace 10 años una estrategia para prevenir los embarazos no deseados dado que la tasa de IVEs de nuestra Comunidad era de las más elevadas de España y se hizo especial hincapié en la Contracepción de Emergencia, difundiendo su existencia y haciéndola accesible y sin trabas en el Centro de Planificación Familiar y promocionándola en la Atención Primaria.

Se actuó a tres niveles:

- Educativo
- Social
- Sanitario:

En el sistema educativo se trabajó con el profesorado (cursos específicos para personal docente en módulos de 40 horas, 20 horas o 6 horas), con las Asociaciones de Madres y Padres, promoviendo reuniones informativas y con intervenciones directas en las aulas a chicos y chicas de 15-16 años con el fin de darnos a conocer y romper barreras para facilitar su acercamiento al Centro de Planificación cuando sientan la necesidad.

Trabajamos también en la Universidad, bien fomentando la introducción en los currícula de Medicina y Enfermería de conceptos de Sexualidad y Salud Reproductiva, bien participando en los periódicos de difusión universitaria con secciones unas veces fijas y otras esporádicas y también colaborando en cursos monográficos de postgrado sobre Sexualidad y Salud Reproductiva.

A nivel social, nos pusimos en contacto mediante el Trabajo Social con todas las organizaciones que se ocupan de personas para las que las relaciones sexuales y un embarazo no deseado pudieran suponer un riesgo añadido como son organizaciones que se ocupan de jóvenes, personas drogadictas, personas seropositivas, con alguna discapacidad física o síquica, etc. Trabajamos de forma conjunta con los res-

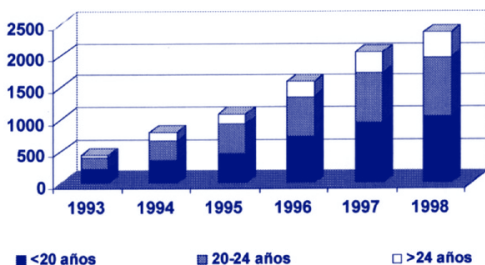
posibles intercambiando conocimientos y experiencias y facilitando la asistencia directa, sin burocratización, en el Centro.

Al mismo tiempo se intentó sensibilizar a los medios locales de comunicación y todos los años hubo alguna intervención en prensa, radio y TV.

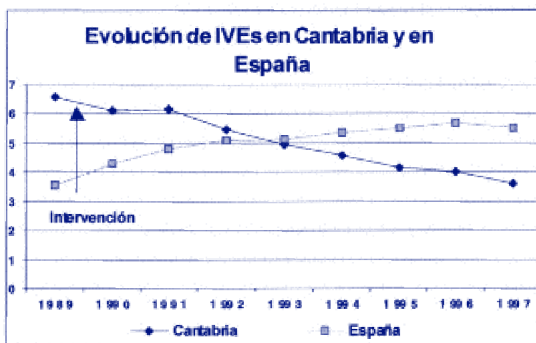
Y en el propio Centro se promueve la atención a los adolescentes y jóvenes, que en el momento actual suponen el 51% de las personas atendidas de forma regular.

En todas las actividades ocupa un lugar primordial la difusión de la CE y en el Centro se administra sin trabas. Para ello se elaboró un protocolo y la administración de los tratamientos descansa, fundamentalmente, en los profesionales de Enfermería. Hemos de decir que la necesidad de recurrir al ginecólogo ha ido disminuyendo y en la actualidad es anecdótica. Esto nos permite poder administrar 3000 tratamientos en un año como ocurrió en 1999, a mujeres de todas las edades, no sólo adolescentes.

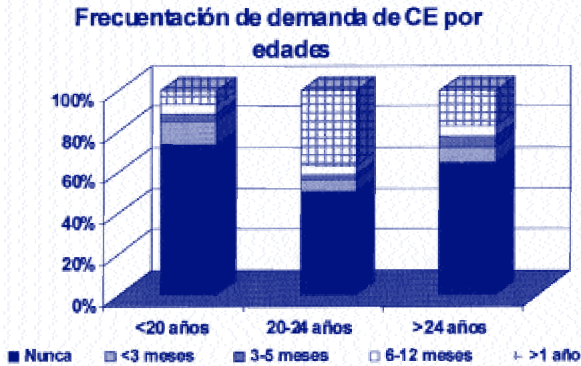
**Contracepción de Emergencia, por edades.
C. de Planificación Familiar "La Cagiga"**



La tasa de IVEs en nuestra región ha disminuido de forma significativa en todas las edades a medida que en España aumenta.



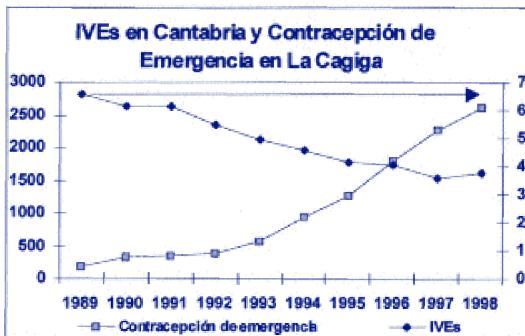
Al analizar la demanda de CE en nuestro Centro vemos que el hecho de facilitar su administración no provoca el abuso si no que, al contrario, demuestra un uso responsable de la contracepción y sitúa la CE como un método "para los accidentes".



El hecho cierto es que desde que se puso en marcha la estrategia el número de IVEs ha disminuido en nuestra Comunidad Autónoma así como el número de partos en adolescentes y jóvenes, lo que nos permite deducir que los embarazos no deseados han disminuido.

Si aplicamos los cálculos de Trussell antes referido, sólo con los tratamientos administrados en "La Cagiga" en estos últimos años se evitaron 714 embarazos, sabiendo que en muchos Centros de Salud ya dan la CE de forma habitual y que por lo tanto esta cifra es realmente mayor.

Ya en Finlandia, en 1995, se produce el mismo fenómeno con una gráfica semejante a la que sigue.



CONCLUSIONES

Los embarazos no deseados deben de considerarse un problema de Salud Reproductiva y su solución debe de pasar por la prevención Primaria, basándola en programas de información y educación, accesibilidad a los métodos anticonceptivos y a la Contracepción de Emergencia

BIBLIOGRAFIA

1. Yuzpe AA, Lancee WJ: Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977; 28: 932-6.
2. Grimes DA: Emergency contraception: Expanding opportunities for primary prevention. *N Engl J Med* 1977; 337: 1078-9.
3. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW: A multicenter clinical investigation employing ethinylestradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982; 37: 508-13.
4. Haspels AA, Van Santen MR: Postcoital contraception. *J Gynecol Endocrinol* 1986; 2: 17-22.
5. Rimpel'AH, Rimpelä MK, Kosunen EA: Use of oral contraceptives by adolescents and its consequences in Finland 1981-91. *Br Med J* 1992; 305: 1053-57.
6. Turssell J, Stewart F, Guest F, Hatcher RA: Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 269-73.
7. Weel A, Russell J, Elstein M: Comparison of Yuzpe regimen, danazol and mifepristone (RU-486) in oral postcoital contraception. *Br Med J* 1992; 305: 927-31.
8. Van Look PF, Von Hertzen H: Emergency Contraception. *Br Med Bull* 1993; 45: 158-70.
9. Webb A: Desregulatin emergency contraception. *Br Med J* 1994; 308: 135.
10. Davis AJ: The role of hormonal contraception in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1581-84.
11. Lähtenmäki P, Elomaa K: Use of postcoital contraception in Finland is increasing. *Planned Parenthood Europe* 1995; 24: 13-5.
12. Ramsay S: What es the problem with emergency contraception? *Lancet* 1995; 345: 1169.
13. Alvarez GonzAlez JD, Patallo MF, Del Rio F, De Vierna M et al: Postcoital contraception: a prospective study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1996; 2: 188.
14. Moore PJ, Adler NE, Kegeless SM: Adolescents and contraceptive Pill: The impact of beliefs on intentions and use. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 48-56.
15. Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraceptive Pill: A resource packet for health care providers and programme managers, 1996.
16. Trussell J, Koening J, Ellerston C et al: Preventing Unintended Pregnancy: The

- Cost-Effectiveness of three methods of Emergency Contraception. *Am J of Public Health* 1997; 87: 932-37.
17. Glasier A: Emergency contraception. *N Engl J Med* 1997; 337: 1058-64.
 18. Bromham DR, Oloto EJ: Tratando de prevenir el aborto. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 81-87.
 19. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonogestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
 20. World Health Organisation. *Emergency Contraception*, Geneva 1998.
 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Octubre 1998.
 22. Reed B, Francis C, Blencowe P, Lamb V et al: Access to Family Planning Clinics: a local experience. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1999; 4: 49-53.

T023

INTERCEPCION – CONTRACEPCION POSTCOITAL*L. Cabero y A. Pérez*

La medicina ha ido avanzando a medida que han ido surgiendo nuevas necesidades. La sociedad actual precisaba de un nuevo método para evitar el embarazo no deseado en un momento determinado, creándose así los nuevos métodos postcoitales, existiendo una variedad de los mismos (píldora del minuto después o de la mañana siguiente, semanal...). Gracias a ellos, la tasa de abortos provocados ha experimentado una gran reducción.

Los primeros trabajos sobre intercepción en animales datan de mediados de los sesenta (Morris, 1963). Fueron estudiados posteriormente por Kuchera en 1971. Se han estudiado los distintos momentos (son más activos cuanto más precozmente se toman, entre las 24-48 horas después del coito desprotegido) y factores que intervienen en la fecundación e implantación (capacitación y migración de los espermatozoides, transporte tubárico, fertilización, función luteínica, implantación y viabilidad embrionaria). Hoy en día, también existen preparados para evitar el carácter postcoital, la píldora precoital.

Se define como intercepción a la prevención de la anidación de un óvulo eventualmente fecundado (blastocisto). La probabilidad de embarazo para una mujer que ha tenido una relación desprotegida, varía entre el 20 y 42% a mitad del ciclo, mientras que en cualquier otro momento del ciclo, oscila por el 5%.

En la práctica clínica la intercepción es sinónimo de contracepción postcoital. Se distinguen dos tipos: la precoz y la tardía. La forma precoz se corresponde con la