

Estudio descriptivo de cefaleas de Horton y hemicráneas crónicas. Aplicación en atención primaria

Objetivo. Analizar a los pacientes con cefaleas de Horton (CH) y hemicráneas crónicas (HC), atendiendo al diagnóstico inicial en atención primaria (AP).

Diseño. Estudio transversal y retrospectivo de los datos recogidos en la historia clínica de pacientes con CH y HC diagnosticados entre enero de 1997 y junio de 2001.

Participantes. Diecinueve pacientes: 15 con CH (cinco crónicas y 10 episódicas) y cuatro con HC (tres paroxísticas y una continua).

Mediciones principales. Análisis de la historia clínica de cada paciente atendiendo a variables demográficas, criterio de derivación, tiempo entre los primeros síntomas y el momento del diagnóstico y automedicación previa.

Resultados. En los casos de CH la edad media es de 37,5 años; el 86,5% son varones y el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la derivación y consiguiente diagnóstico es de 51,6 meses. Presentan 1,8 episodios diarios de dolor con 72,5 min de duración media. En los pacientes de HC la edad media es de 30 años; el 50% son varones y son 21 los días transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico. Presentan 7,25 episodios al día de dolor con 24 min de duración media.

En la CH, en 3 casos (20%) la consulta al especialista se produjo en el primer episodio. El 66% se había automedicado previamente y en 3 casos el diagnóstico inicial coincidió con el definitivo. En la HC, el 75% se derivó en el primer episodio, nunca se pensó inicialmente dicho diagnóstico y el 100% de los pacientes se automedicó.

Conclusiones. Nuestra serie es superponible a otras¹⁻⁴ en cuanto a características demográficas y datos clínicos generales. La concordancia del diagnóstico inicial con el definitivo es sólo del 20% en las CH y del 0% en las HC; creemos que estos porcentajes pueden deberse, sobre todo, al escaso tiempo para una anamnesis eficaz en la consulta de AP. El hecho de que los pacientes de HC sean derivados al especialista con mayor rapidez puede deberse a la

agresividad álgica de este tipo de cefalea, mientras que en las CH, como las crisis cesan en varios días, la derivación se aplaza. Llama la atención el elevado índice de automedicación previo al diagnóstico, máximo en los casos de HC por la repetición de las crisis. Pensamos que un mayor tiempo de consulta por paciente y una mayor información a los profesionales de AP acerca de estas entidades, en las que el diagnóstico positivo viene dado por la anamnesis, lograría probablemente mejorar el porcentaje de diagnósticos en AP y, quizá, disminuir la tendencia natural del paciente a una automedicación no siempre bien enfocada.

I.K. Iríbar Diéguez^a, S. Herrero Velázquez^b y A.L. Guerrero Peral^c

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Palencia. España. ^bCS La Puebla. Palencia. España. ^cUnidad de Neurología. Hospital Río Carrión. Palencia. España.

1. Rozen TD, Niknam RM, Shechter AL, Young WB, Silberstein SD. Cluster headache in women: clinical characteristics and comparison with cluster headache in men. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70:613-7.
2. Molins A, Lafuente A, Malagelada A, Codina A, Titus F. Cefalea agregada (cluster headache). Estudio clínico. *Neurología* 1991;6:84-8.
3. Alberca R. La cefalea en racimos. *Rev Clin Esp* 1995;195:36-40.
4. Noya M. Cefalea en racimos, definición y criterios diagnósticos. *Rev Neurol (Barc)* 1995;23(Supl 4):S479-81.

¿Debemos solicitar ecocardiograma para estudio de soplo asintomático directamente desde atención primaria?

El soplo, probablemente fisiológico, constituye un hallazgo muy frecuente en la revisión del niño sano. Se estima que la exploración física detenida descarta correctamente cardiopatía en nueve de cada 10 casos. No obstante, la preocupación familiar y la disponibilidad creciente de la ecocardiografía hace atractivo su uso sistemático, ya que el 1-2% de los soplos catalogados

TABLA 1. Coste en euros

Primera consulta de pediatría	62,67
Consulta revisión en pediatría	38,65
Primera consulta de cardiología	58,82
Ecocardiograma	36,06

como funcionales sin practicar ecocardiografía se debe a una malformación.

En nuestro medio, atención primaria deriva a pediatría a los niños cuyo soplo podría ser patológico, desde donde se solicita un ecocardiograma o se envía a cardiología, si existe clínica cardíaca.

Objetivo. Conocer la eficiencia de la solicitud de ecocardiograma directamente desde atención primaria para el estudio inicial del soplo asintomático.

Diseño. Estudio transversal, retrospectivo, observacional.

Ámbito de estudio. Un total de 65.000 pacientes pertenecientes al área de salud.

Periodo de estudio. Abril de 2000 a abril de 2001.

Sujetos. Un total de 138 pacientes de edades comprendidas entre los 6 meses y los 13 años ($5,5 \pm 3,3$).

Mediciones. Cálculo del coste por cada detección de cardiopatía siguiendo el modelo implantado en nuestro medio (atención primaria deriva a pediatría a los niños cuyo soplo podría ser patológico, desde donde se solicita un ecocardiograma o se envía a cardiología si existe clínica cardíaca).

En la tabla 1 se resumen los costes (en euros) adjudicados por el INSALUD a estos servicios.

Resultados. Resultaron patológicos 12 (8,7%). El coste total fue de 18.959,18 euros (4.976 atribuibles al ecocardiograma), lo que representa un coste por detección de cardiopatía de 1.579,93 (414,70 en ecocardiografía).

Una sola revisión pediátrica o una consulta cardiológica causan más gasto que la realización de un ecocardiograma.

Conclusión. El 74% del coste del estudio del soplo asintomático es atribuible a la consulta inicial y revisión en pediatría y pudiera ser razonable, en nuestro medio, ofertar la ecocardiografía a atención primaria y reservar la consulta hospitalaria para los niños con clínica de cardiopatía o asin-

tomáticos con alteraciones en el ecocardiograma.

P. Juliani Izquierdo, O. de Pablos Carballal y M. de Pablos Carballal

Médicos de Familia. Beniàssin (Castellón). España.

1. Advani N, Menahem S. The diagnosis of innocent murmurs in childhood. *Card Young* 2000;12:487-91.
2. Du ZD, Martín AB. Clinical and echocardiographic evaluation of neonates with herat murmur. *Acta Paediatrica* 1997;86:752-6.
3. Van Oort A, Hopman J. The vibratory innocent heart murmur in school children: a case-control Doppler echocardiographic study. *Pediatr Cardiol* 1994;15: 275-81.

¿Síndrome de latigazo cervical?

Introducción. El síndrome de latigazo cervical (SLC) o *whiplash syndrome* ha sido un término muy cuestionado en los últimos años, y no hay consenso a la hora de establecer una definición única y clara.

Se trata de una lesión frecuente, aunque no existen estudios que hayan determinado su prevalencia. En los EE.UU. se ha calculado que entre un 20 y un 52% de los lesionados en un accidente de un vehículo de motor pueden sufrir un SLC¹.

Caso clínico. Paciente de 53 años de edad, taxista de profesión, que en julio de 2001 sufre un accidente de tráfico al ser golpeado lateralmente el vehículo que conducía. Valorado en el servicio de urgencias y tras realización de estudio radiológico de columna cervical y dorsal, es diagnosticado de esguince cervical, por lo que se prescribió inmovilización con collarín Philadelphia, analgesia y relajantes musculares. Fue revaluado a los 2 días en el servicio de urgencias por persistencia de dolor y remitido nuevamente a su domicilio sin modificación terapéutica.

Al cabo de un mes fue remitido por su médico de cabecera a nuestro servicio para valoración de inicio de tratamiento rehabilitador. El paciente refería dolor cervicodorsal y cefalea occipital, y se objetivaba una gran limitación funcional

para realizar todos los movimientos del cuello. En la exploración neurológica no se evidenciaron alteraciones. Se solicitó una resonancia magnética nuclear (RMN) en la que se constató una fractura de base de odontoides, con un desplazamiento anterior de 3-4 mm, sin signos de consolidación ósea. El paciente fue enviado de nuevo al servicio de urgencias, donde se repitió el examen radiológico y se confirmó dicha lesión. Se revaluaron las radiografías iniciales que ponían de manifiesto esta lesión, que inicialmente había pasado inadvertida. Además, se completó el estudio mediante la realización de proyecciones transorales (fig. 1) que confirmaban el diagnóstico.

El servicio de traumatología y cirugía ortopédica recomendó continuar con inmovilización ortésica solicitando una tomografía axial computarizada (TAC) cervical que, un mes más tarde, evidenciaba consolidación de la fractura con discreta lateralización hacia el lado izquierdo. A los 5 meses del accidente y previa comprobación radiológica de consolidación y estabilidad correcta del segmento C1-C2 del raquis, mediante estudio radiológico dinámico en flexión y extensión, se indicó la retirada progresiva del collarín.

En la actualidad (8 meses tras el accidente) el paciente refiere dolor ocasional en la parte superior del cuello y presenta, en la exploración física, una limitación para las rotaciones del cuello (alrededor de 45° para cada lado), con flexoextensión y lateralizaciones prácticamente conservadas. En ningún momento se constató afección neurológica.

Discusión. El mecanismo de la lesión en el SLC ha sido ampliamente estudiado en los últimos años, incluso mediante estudios experimentales con cadáveres y modelos computarizados². La mayoría de los estudios realizados se refiere a colisiones posteriores, en las que el impacto provocaría un desplazamiento anterior del tronco, segui-



Fig. 1 Proyección transoral para visualizar la odontoides. Se aprecia una fractura de base.

do de una extensión del cuello y posterior flexión forzada. Existen menos estudios en impactos de otro tipo.

Las fracturas de odontoides son mayoritariamente fracturas de tipo II de Anderson y D'Alonzo (tabla 1)³⁻⁵. La clínica puede llegar a ser idéntica a la de un SLC de grados II-III en las fases iniciales (tabla 2). Los accidentes de tráfico son su causa más frecuente en varones menores de 40 años, mientras que en mayores de 60 lo son las caídas⁶. En ciertas ocasiones, estas fracturas pueden pasar inadvertidas si el paciente está inconsciente, intoxicado o si ha tenido alguna lesión craneal asociada. De hecho, alrededor del 50% de las fracturas de odontoides se asocia con otras lesiones de tipo contusión cerebral, *scalp*, fractura de mandíbula y fracturas de algún miembro^{7,8}.

Quando se sospecha un traumatismo cervical en el contexto de un accidente de tráfico, los estudios radiológicos realizados se limitan habitualmente a una proyección anteroposterior y otra lateral de cuello, que no suelen evidenciar hallazgos significativos en los casos de *whiplash* y tampoco en fracturas de odontoides con escaso despla-

TABLA 1. Clasificación de fracturas de odontoides (Anderson y D'Alonzo)¹⁵

Tipo I: afecta al vértice de la odontoides y son oblicuas en su orientación
Tipo II: afecta a la base de la odontoides
Tipo III: extensión de la fractura hasta el cuerpo vertebral

TABLA 2. Clasificación de Québec para traumatismos cervicales¹⁶

Grado	Presentación clínica
0	No existen molestias en cuello ni signos físicos
I	Dolor cervical con rigidez o molestias vagas
	Ausencia de signos físicos
Ila	Molestias cervicales
	Signos osteomusculares y puntos dolorosos con movilidad normal
Ilb	Igual que en Ila pero con limitación del movimiento
III	Molestias cervicales y signos neurológicos: disminución de reflejos, parestesias y déficit sensoriales
IV	Molestias cervicales y presencia de fracturas y/o luxaciones vertebrales

zamiento. Por ello, podemos interpretar como síndromes cervicales benignos unas lesiones potencialmente más graves, como ha sucedido con nuestro paciente, cuyo tratamiento debería haber sido mucho más agresivo.

Los casos publicados similares al expuesto son muy escasos^{9,10} y, por el contrario, existe una gran incidencia de SLC. Debido a ello y a la habitual presión que existe en un servicio de urgencias, las exploraciones de este tipo de lesiones a veces no son todo lo exigentes que deberían. Un estudio radiológico es obligatorio con proyecciones anteroposterior, lateral y transoral (técnica para visualizar la odontoides). Deben visualizarse las 7 vértebras cervicales y hay que prestar especial atención a signos indirectos, como aumento de partes blandas prevertebrales (edema, hemorragia), que obligarían a descartar una fractura vertebral mediante otro tipo de imágenes. Aunque en este paciente se realizaron estudios radiológicos, hubo un error en su interpretación, ya que pasó inadvertida una lesión de base de odontoides. La RMN utilizada de forma sistemática no está justificada, ya que podría dar lugar a muchos falsos positivos. Se recomienda utilizarla en los grados II-III y si el dolor se hace crónico y, además, se asocia con rigidez.

En un SLC la inmovilización con collarín no se recomienda en los estadios I, y en los II y III durante no más de 72 h¹¹. También se recomienda un programa de ejercicios para movilización temprana de cuello manteniendo reposo no más de 4 días. Se ha demostrado que con la actividad temprana

tras un SLC se obtienen mejores resultados a largo plazo que con reposo e inmovilización iniciales de forma prolongada¹².

En cambio, las fracturas de odontoides deben ser inmovilizadas durante varias semanas hasta conseguir la consolidación. Todavía existen controversias a la hora de escoger el tratamiento adecuado para cada una de las fracturas de odontoides. Como norma general, las fracturas de tipos I y III se tratan de forma conservadora mediante inmovilización con collarín rígido; en algunas fracturas tipo III, más complejas, se puede proceder a inmovilización con halo craneal. Para las fracturas de tipo II, las más frecuentes y potencialmente más peligrosas, no existe un tratamiento estandarizado. Se dispone de dos opciones: fijación de la fractura con tornillo por vía posterior o inmovilización preferiblemente con halo craneal: en la bibliografía científica no existen claras diferencias entre ambas opciones. El resultado óptimo de consolidación con el empleo de halo craneal se alcanza en el 70% de los casos¹³ y se ha demostrado que los fracasos suelen acontecer en personas mayores de 50 años¹⁴, por lo que en estos pacientes debería de plantearse un tratamiento quirúrgico, sin que exista evidencia científica de un mayor éxito en función del desplazamiento de las fracturas.

**M.A. López Vázquez^a
y S. Castiella Muruzábal^b**

^aMIR. ^bMédico Adjunto. Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Hospital Marítimo de Oza. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

1. Combalia A, Suso S, Segur JM, García S, Alemany FX. Síndrome del latigazo cervical. *Med Integral* 2001;38:95-102.
2. Clemens HJ, Burro K. Experimental investigation on injury mechanisms of cervical spine at front and rear-frontal vehicles impacts. *Proceedings of the 16th STAPP Car Crash Conference*. Warrendale: Society of Automotive Engineers, 1972; p. 76-104.
3. Benzel EC, Hart BL, Ball PA, Baldwin NG, Orrison WW, Espinosa M. Fractures of the C2 vertebral body. *J Neurosurg* 1994;81:206-12.
4. Hadley MN, Dickman CA, Browner CM, Sonntag V. Acute axis fractures: a review of 229 cases. *J Neurosurg* 1989; 71:642-7.
5. McKenzie JA, Williams JF. The dynamic behaviour of the head and cervical spine during «whiplash». *J Biomech* 1971;4: 477-90.
6. Pepin JW, Bourre RB, Hawkins RJ. Odontoid fractures with special reference to the elderly patient. *Clin Orthop Rel Res* 1985;193:178-83.
7. Husby J, Sorensen KH. Fracture of the odontoid process of the axis. *Acta Orthop Scand* 1974;45:182-92.
8. Paradis GR, Janes JM. Posttraumatic atlantoaxial instability: the fate of the odontoid process fracture in 46 cases. *J Trauma* 1973;13:359-66.
9. Gerstenkorn C, Cacciola R, Thomusch O, Brucke M, Talbot D, Dralle H. Delayed diagnosis of odontoid fracture after whiplash trauma of the cervical spine. *Unfallchirurg* 2000;103:895-7.
10. Hestnes A. Whiplash injuries with objective findings. Delayed diagnosis of fractures of the odontoid process. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997;117:21-2.
11. McKinney LA. Early mobilisation and outcome in acute sprains of the neck. *BMJ* 1989;299:1006-8.
12. Mealy K, Breman H, Fenelon GC. Early mobilization of acute whiplash injuries. *BMJ* 1986;292:656-7.
13. Traynelis VC. Evidence-based management of type II odontoid fractures. *Clin Neurosurg* 1997;44:41-9.
14. Peter J, Lennarson MD, Homan Mostafavi BS, Vincente C, Traynelis MD, Beverly C, et al. Management of type II dens fracture. A case-control study. *Spine* 2000;25:1234-7.
15. Anderson LD, D'Alonzo RT. Fractures of the odontoid process of the axis. *J Bone Joint Surg (Am)* 1974;56:1663-74.
16. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. *Spine* 1987;12:51-9.

Trabajos de investigación realizados por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en los dos últimos congresos de la especialidad

Sr. Director: Todos aquellos que hemos realizado una especialidad o que en estos momentos la estamos cursando, en nuestro caso la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, sabemos el esfuerzo con que debemos afrontar los 3 años de que consta. Esfuerzo, no sólo del residente por llegar a ser un buen profesional mediante el estudio y el trabajo, sino esfuerzo también de un gran número de profesionales que desde las unidades docentes, centros hospitalarios y centros de salud (médicos, tutores, etc.) nos forman tanto en el terreno profesional como en el personal.

Así, en estos 3 años se nos alienta constantemente a que tomemos parte en trabajos de investigación participando en nuevas líneas de estudio que puedan aportar algo a nuestra formación y que se refleje en un currículum que nos facilite las salidas profesionales.

Como se recoge en el libro de evaluación del especialista en formación, los primeros 2 años de nuestra residencia los realizamos mayoritariamente en un centro hospitalario, que es donde tenemos nuestro primer contacto con la práctica médica, que no es sólo con la actividad asistencial, sino también con la actividad científica conociendo las líneas de investigación que se desarrollan en los servicios por los que rotamos.

Consideramos que en el congreso de nuestra especialidad se venía reflejando la actividad científica que realizan los residentes durante los primeros 2 años de la especialidad. Así que, con el objetivo de conocer la actividad científica realizada por los residentes en los primeros 2 años de formación,

analizamos el libro de Ponencias y Publicaciones del XX y XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria^{1,2} y objetivamos con sorpresa la escasez de trabajos realizados por los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria durante los primeros 2 años de la residencia (tabla 1).

Hemos observado que el porcentaje de trabajos admitidos realizados por médicos de primer y segundo año de residencia, es decir realizados en el hospital, es muy inferior al realizado en atención primaria, muchos de ellos por residentes de último año de especialidad. A la luz de los resultados se nos ocurren las siguientes reflexiones:

1. Es difícil que los primeros dos tercios de nuestra residencia se reflejen de forma suficiente en relación con nuestro trabajo de investigación, con tan pocos trabajos comunicados durante el congreso de nuestra especialidad, lo que puede repercutir negativamente en nuestra formación.
2. Ello influye también de forma negativa en el currículum, con lo que esto implica posteriormente para buscar salidas profesionales tras finalizar el período formativo de la especialidad.
3. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria debería tener en cuenta estos resultados para facilitar la exposición de trabajos, aunque sean realizados en el ámbito hospitalario, siempre que sean de calidad y que hayan sido llevados a cabo por residentes de la especialidad.
4. Por esto, tanto los residentes como las unidades docentes, los tutores (hospitalarios y extrahospitalarios), etc. debemos cambiar esta tendencia para mejorar la calidad de los trabajos por el bien de la formación del residente, intentando cumplir así los objetivos marcados por las unidades docentes en el libro de Evaluación del Especialista en formación en Medicina Familiar y Comunitaria³ en relación con la motivación hacia el residen-

te para la realización de trabajos de investigación.

**M.F. Romeo Rubiales^a,
J. Mozota Duarte^b, E. Prieto
Ovejero^a y C. Navarro Gistau^a**

Hospital Clínico Universitario
Lozano Blesa. Zaragoza. España.
^aResidente de Medicina Familiar y
Comunitaria. ^bAdjunto de Urgencias y
profesor asociado de la Facultad de
Medicina de Zaragoza. España.

1. XX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 2000;26(Supl 1):31-372.
2. XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 2001;28(Supl 1):35-331.
3. Actividades científicas. En: Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Libro de Evaluación del Especialista en Formación Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1996; p. 149-56.

La píldora del día después: una segunda oportunidad ¿para quién?

Sr. Director: Tal y como exponen Bailón y Arribas¹, el embarazo no deseado es un problema de salud que afecta negativamente a muchas mujeres en España. Igualmente, coincidimos en afirmar que la anticoncepción de emergencia ha demostrado una alta eficacia para evitar tal circunstancia.

Ahora bien, creemos que los autores no se ajustan a las evidencias científicas cuando afirman que «la píldora poscoital se relaciona con el aborto injustificadamente», y en un posterior párrafo comentan que «su mecanismo de acción no es abortivo». Tal y como ellos mismos explican, el mecanismo de acción del levonorgestrel en esta pauta es variado, y se incluye el impedimento de la implantación del óvulo fecundado. Creemos que este impedimento de la implantación del óvulo fecundado es el que da la calificación de «abortivo» al tratamiento con la píldora poscoital.

No es el objeto de esta carta entrar en discusiones éticofilosoficomorales sobre el momento a partir del cual el mecanismo de acción de la píldora poscoital es abortivo. Simplemente queremos rectificar y evidenciar que hay profesionales que creemos que

TABLA 1. Análisis de los trabajos presentados en el XX y el XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria

	Atención primaria	Urgencias hospital	Otros servicios hospitalarios	Otros	Total
Comunicaciones orales	145 (81,9%)	18 (10,2%)	3 (1,7%)	11 (6,2%)	177
Paneles	329 (83%)	43 (11%)	18 (4,5%)	6 (1,5%)	396
Total	474 (82,7%)	61 (10,6%)	21 (3,7%)	17 (3%)	573

la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide es el momento que marca el inicio de la vida, con independencia de la cascada de procesos que posteriormente posibiliten el anidamiento de ese cigoto y su posterior desarrollo. Y si actuamos impidiendo dicho anidamiento, estamos provocando directamente un aborto y, en ese caso, quien deja de tener una oportunidad de desarrollo es la vida de ese ser humano.

Ante esa posibilidad, no nos parece injustificada la relación de la píldora poscoital con el mecanismo abortivo ni la objeción de conciencia a su prescripción por parte de los profesionales sanitarios.

**J.R. Garmendia Leiza^a
y M.D. Aguilar García**

Médicos de Familia. ^aServicio de Urgencias. Hospital Provincial San Telmo. Palencia. España. ^bCentro de Salud Carrión de los Condes. Palencia. España.

1. Bailón Muñoz E, Arribas Mir L. La píldora del día después: una segunda oportunidad. *Aten Primaria* 2002;29:430-2.

La píldora poscoital es una segunda oportunidad para las mujeres. Respuesta de los autores

Sr. Director: Coincidimos con los Dres. Garmendia y Aguilar en la consideración de que el objeto de nuestro artículo¹ no era entrar en un debate ideológico. Nuestra legislación vigente define que la vida empieza tras la implantación y, desde el punto de vista científico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el embarazo se inicia cuando se produce la implantación del blastocisto. Según esto la píldora

poscoital no es abortiva, y su reciente debate creemos que es síntoma de un problema mucho más amplio. La «píldora del día después» está considerada como medicación esencial por la OMS².

¿Está embarazada una mujer que se encuentra en Tenerife y tiene ovocitos en una clínica de Barcelona, donde se realiza una microinseminación, que resulta exitosa, y desde la que se le telefona para que acuda a implantárselos?

Prevención del embarazo e interrupción desde luego no es lo mismo, y las fronteras pueden no ser siempre nítidas. Los diferentes mecanismos de acción³⁻⁴ de la «píldora del día después» actúan antes de la implantación, de hecho se ha podido comprobar que una vez producida la implantación no tiene ninguna acción sobre ésta⁵, constatándose además, en estos casos, que tampoco tiene acción teratogénica⁶.

Para evitar un embarazo existen distintos grados de actuación, desde el uso de cualquier método anticonceptivo hasta el aborto en la semana 22, límite permitido por nuestras leyes. Pero, ¿por qué tener los óvulos inhibidos en los ovarios? ¿Por qué prescribir la píldora poscoital?⁷. ¿Por qué estrechar espermios en membranas de látex? ¿Por qué colocar dispositivos de cobre o levonorgestrel en el útero? ¿Por qué interrumpir un embarazo? Porque hay mujeres o parejas que lo necesitan. Lo verdaderamente preocupante es no reconocer el derecho de las mujeres a la anticoncepción, como lo define la Asociación Médica Mundial⁸. La anticoncepción es una oferta de la sanidad pública en nuestro país.

Los médicos que prescriben o manejan cualquier método anticonceptivo tocan o rozan un terreno «muy vital», pero probablemente son más respetuosos con las ideas de los demás, a los que pueden ayudar a decidir mejor tras una información adecuada, en la que caben incertidumbres, como las hay en otros campos de la medicina. La decisión final siempre es de la mujer o de la

pareja. Sin embargo, hay médicos de familia que están imponiendo su «objeción de conciencia» sobre la información a los pacientes. El que «no pueda» que remita a la mujer a otro médico sobre la marcha y que resuelva la situación.

La señora de Tenerife hoy, tras colgar el teléfono, tiene una buena noticia, pero aún no está embarazada. ¡Ojalá lo consiga!

**E. Bailón Muñoz^a
y L. Arribas Mir^b**

Médicos de Familia. Distrito Sanitario Granada. ^aCentro de Salud Universitario de Cartuja. Granada. España. ^bCentro de Salud Universitario de La Chana. Granada. España.

1. Bailón E, Arribas L. La píldora del día después: una segunda oportunidad. *Aten Primaria* 2002;29:430-2.
2. World Health Organization (WHO). Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva: WHO, 1998.
3. Lete I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria* 2001;28:59-68.
4. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Escurra E, Larrea F, Nagle C, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001;63:111-21.
5. Trusell J, Rodríguez G, Ellerton C. Update estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59:147-51.
6. Kubba AA. Hormonal postcoital contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997;2:101-4.
7. Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, De Lorenzo R. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después. Barcelona: Pulso Ediciones, 2002.
8. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Planificación Familiar y el Derecho de la Mujer a la Anticoncepción. 48.^a Asamblea General Somerset West, Sudáfrica; octubre 1996. Disponible en: www.sec.es/comunic3.htm