

47,6%). El análisis multivariable mediante la regresión logística permitió sopesar la mayor contribución de la diabetes mellitus y los pulsos pedios alterados, variables que conservaron su asociación estadística con la variable dependiente ($p < 0,05$). El tratamiento prescrito fue: pentoxifilina (30,3%), antiagregantes (30,3%), anticoagulantes (9%). Precisó intervención quirúrgica un 6% de los pacientes. En el 24,4% restante sólo se aconsejó modificaciones del estilo de vida.

Un reciente estudio³ demostró la fiabilidad de la técnica Doppler para la atención primaria de nuestro ámbito. Se trata de un método validado que presenta una cierta variabilidad. Por ello se aconseja su uso para la sospecha diagnóstica, con menor utilidad para el seguimiento evolutivo. En nuestro caso, demostró su utilidad orientando adecuadamente a la gran mayoría de pacientes, rendimiento superior al referido por algún estudio⁴ con población menos senil y que utilizaba un índice T/B inferior como criterio de derivación. Como variables más relacionadas con unos índices T/B patológicos, se han detectado la ausencia de pulsos pedios, la presencia de clínica más específica, la diabetes mellitus y el consumo de tabaco superior a 10 cigarrillos/día. La prevalencia de esta enfermedad es hasta cinco veces superior en la población diabética. A su vez el tabaquismo multiplica entre 3 y 9 veces el riesgo de presentar arteriopatía periférica.

Diversos aspectos sobre la prueba Doppler merecen ser comentados. En primer lugar, diversos autores^{5,6} han mencionado la necesidad de no confundir la técnica Doppler con el eco-Doppler, técnica esta última de mayor complejidad. También es importante resaltar la posible existencia de falsos negativos en la técnica de Doppler portátil. Así, la determinación de la presión braquial sis-

tólica por auscultación es menor que la obtenida mediante Doppler, y por tanto puede dar índices T/B falsamente negativos. Además, especialmente en pacientes diabéticos debe tenerse en cuenta la posibilidad de índices T/B falsamente normales por vasos periféricos no compresibles debido a la calcificación de la capa media de la pared arterial¹. Finalmente, en pacientes con clínica muy sugestiva y un índice T/B normal, se debería repetir la exploración en otras condiciones, debido a la variabilidad del flujo sanguíneo ante cambios de temperatura o esfuerzo físico¹.

Por último, cabe comentar que es necesario utilizar todas las herramientas de que actualmente podemos disponer en nuestro ámbito de trabajo. Así, nuestros resultados demuestran que la técnica Doppler en atención primaria permite orientar adecuadamente a la gran mayoría de pacientes. Por ello, aconsejamos que su uso debe extenderse en este ámbito para mejorar la detección temprana de la arteriopatía periférica.

S. Lancho Lancho^a, G. Asensio Riera^a, M. Gómez Latre^a, M. Marsà Carretero^a, N. Bastida Bastús^b y J.M. Segura Noguera^b

^aResidentes de tercer año en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bEspecialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Raval Nord. Barcelona.

1. Beard JD. ABC of arterial and venous disease: chronic lower limb ischaemia. *BMJ* 2000; 320: 854-857.
2. Rimbau V, Piñol C. Claudicación intermitente. Revisión de una enfermedad de prevalencia creciente (I). Clínica, etiología, epidemiología, historia natural y diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 191-197.
3. Comas Fuentes A, Rodríguez Suárez L, Esteban Herreros A, González-Nuevo Quiñones JP, Alvarez Solar M, García-Cañedo Fernández R et al. Fiabilidad del índice tobillo/brazo para el estudio de la arteriopatía crónica de los miembros inferiores en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 100-104.
4. Pérez Suárez MC, Díaz Escandón C. Uso del índice tobillo/brazo (t/b) obtenido por eco-Doppler como método diagnóstico en arteriopatías periféricas en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 101-104.
5. Cimas JE. Exploración mediante Doppler en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 191-192.
6. Fernández Antoli P, Canalejo Raya MA. Uso del Doppler portátil en patología vascular en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 467-468.

Intercepción poscoital

Sr. Director: Hemos leído con atención el original titulado «Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria»¹ y creemos que sería interesante realizar algunas consideraciones.

Entre 1998 y 1999, nuestro servicio de urgencias realizó un estudio sobre demanda de intercepción poscoital (IP) en el punto de atención continuada (PAC) y servicio de urgencias hospitalario (SUH), valorando todas las pautas terapéuticas empleadas (Comunicación en el XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria²). Se obtuvieron 80 casos de mujeres que demandaron IP desde el 1 de junio de 1998 hasta el 31 de mayo de 1999. Encontramos algunas diferencias cualitativas en los resultados respecto al artículo que se comenta: un 20% de los profesionales de nuestro estudio utilizó dosificación y tiempo recomendados por la OMS, que es la pauta de Yuzpe³: 0,1 mg de etinilestradiol (EE) + 0,5 mg de levonorgestrel (LNG)/12 h durante un día, porcentaje más bajo que el obtenido en el estudio citado¹ (30%). En nuestro estudio un 32% empleó la misma dosificación, manteniéndola 2 días, y un 48% la prolongó hasta 3 días. Un 60% de médicos asoció 10 mg de metoclopramida frente a la cuarta parte en el referido artículo. También nos han

llamado la atención los resultados obtenidos respecto a la realización de Gravindex: en nuestro servicio asistencial, al 70% de las mujeres atendidas en el PAC y al 95% de las atendidas en el SUH se les realizó test de gestación previo a la prescripción de la IP, encontrándose negativo en el 100% de las que se aplicó. En contraste con el 83% que en el estudio citado no lo cree necesario. Si revisamos las contraindicaciones absolutas de la administración de IP, encontramos la sospecha de embarazo producido en ciclos anteriores. Kubba et al^{4,5} recomiendan recurrir a pruebas o exploraciones complementarias (determinación de β -HCG en orina o sangre, tacto vaginal o ecografía ginecológica). Como conclusión, es evidente que sería conveniente establecer normas de actuación y terapéutica consensuadas entre servicios de urgencia de atención primaria y hospitalaria ante la demanda de IP, debido a la variabilidad de criterios observados. Por tanto, sería aconsejable realizar un plan de actuación consensuado previo a la aplicación de la IP.

Desde luego, coincidimos con los autores en la necesidad de la actualización de los conocimientos en esta cuestión de todos los profesionales implicados. Sería deseable ofertar esta posibilidad desde cualquier tipo de servicio asistencial (centros de atención primaria, servicios de orientación familiar, servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios). No debemos olvidar que la IP no es un método de rutina, sino un método de uso en situaciones con alta probabilidad de gestación no deseada, pero parece ser de gran aceptación entre las adolescentes⁶. Es frecuente, sobre todo en solicitantes muy jóvenes, que este tipo de demanda sea su primer acercamiento al sistema sanitario como sujetos responsables, lo que hay que valorar en su medida justa, pues del modelo de respuesta

recibido pueden depender, en parte, las relaciones posteriores con dicho sistema. Además se debería aprovechar la demanda de IP para informar y educar sobre uso de métodos anticonceptivos en esta población.

**M.C. Antón Sanz^a
y A. Sánchez Calso^b**

^aCentro de Salud Villacerrada. Unidad Docente de Albacete.

^bEAP Collado-Villalba II. Área 6. Madrid.

1. Carlón R, García RF, González A, Martínez MM, Suárez P. Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 2000; 26: 595-599.
2. Antón Sanz MC, Sánchez Calvo A, Álvarez Aragón J, Corredor Ibáñez MT, Mayor Raceso G. ¿Quién y cuándo demanda la intercepción poscoital en el ámbito rural? Aten Primaria 1999; 24: 278-279.
3. Yuzpe AA, Smith PR, Radenmayer AWA. A multicenter clinical investigation employing ethinylestradiol combined with dl-norgestrel as a poscoital contraceptive agent. Fertil Steril 1982; 37: 508-513.
4. Kubba AA. Hormonal poscoital contraception. Eur J Contracep Reprod Health Care 1997; 2: 101-104.
5. ACOG practice patterns. Emergency oral contraception. Int J Gynecol Obstet 1997; 56: 290-297.
6. Bajo JM, Vilar E, Huertas MA. Contracepción poscoital. Intercepción. En: Bajo JM, Vilar E, editores. Contracepción. Regulación de la fertilidad. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1991; 313-331.

Sobre intercepción poscoital

Sr. Director: El artículo de Carlos López et al¹, publicado recientemente en su revista, ha traído a primer plano un tema de alta actualidad, es decir, el uso de «la píldora del día después» o píldora poscoital (PPC). Terminaban los autores su artículo mencionando que la libre comercialización de la píldora poscoital, sin necesidad de prescripción médica, ya se había realizado en otros países y no ha-

bía existido abuso en su utilización, facilitando de esta manera el acceso de las posibles usuarias, siempre y cuando se les instruyera adecuadamente en su manejo. Estamos de acuerdo con estos autores, pero creemos que la manera de combinar la libre comercialización de la PPC, y la seguridad debe realizarse con la implicación directa del farmacéutico.

Según noticias publicadas en la prensa, citando fuentes del Ministerio de Sanidad, este medicamento se comercializará a principios de este año, pero con el estatus de medicamento dispensable exclusivamente con receta médica.

En las farmacias españolas es muy común, especialmente los días de guardia (viernes, sábado y domingo), que se pida la píldora del día después. Si el ministerio insiste en que sólo sea dispensado con receta médica, las futuras usuarias no podrán disponer de dicho medicamento en las horas en las que los centros de salud y los centros de promoción de la salud permanecen cerrados. Los sistemas de urgencia de los hospitales no suelen ser comprensivos con este tema, según nos manifiestan los afectados, y además no hacen recetas.

Otros países de nuestro entorno han adoptado una postura más abierta para enfrentarse al grave problema de los embarazos no deseados en adolescentes. Sin ir más lejos, Francia ha permitido la venta libre, como medicamento sin receta médica, e incluso se va a dar libremente en las escuelas e institutos por parte de la enfermera de dichos centros. En Alemania se dispensa en las farmacias sin receta médica. En el Reino Unido, debido a su particular legislación sobre medicamentos, se ha permitido utilizar una «tercera vía», que podría considerarse la más segura y efectiva para los futuros usuarios. Esta opción ha sido apoyada por la mayoría de las organizaciones médicas británicas³. Los farmacéuticos británi-