

La píldora del día siguiente... muchos años después

Luis Palomo

Médico general. Centro de Salud de Coria (Cáceres). Presidente de la Red Española de Atención Primaria (REAP).

Parecía que nunca hubiera existido otra alternativa. Al oír y leer la información en los medios de comunicación daba la impresión de que hasta que no apareció esa medicina "milagrosa" no había nada que pudiera impedir un embarazo no deseado después de una relación sexual completa, efectuada sin poner otros medios anticonceptivos, o cuando el medio previsto fallaba (generalmente la rotura del preservativo).

No es así. Hace años que se dispone de un método de contracción de emergencia, la denominada terapia de Yuzpe, desde que en 1974 la describió A. Albert Yuzpe, y que consiste en la administración de 100 µg de etinilestradiol más 0,5 mg de levonorgestrel en las 72 horas siguientes a un coito sin protección, seguida de otra dosis igual a las 12 horas. Cuando se realiza así, el tratamiento previene el embarazo hasta en un 75% de las ocasiones. Esta pauta se consigue administrando un número variable de píldoras de ciertos preparados comerciales¹. En España se suelen administrar 2 comprimidos de Neogynona® cada 12 horas². Un envase de 21 grageas cuesta 480 pesetas.

Se conocen otros métodos de contracción hormonal de emergencia cuyo mecanismo de acción no está claramente definido: inhibir la ovulación, impedir la unión de espermatozoide y óvulo o alterar el endometrio para impedir que anide el óvulo fecundado. En Estados Unidos, desde 1998, existen 2 productos comercializados, el denominado Preven® (método de Yuzpe), de terapia combinada, que se comercializa como un equipo con 4 píldoras de 0,25 µg de levonorgestrel y 0,05 mg de etinilestradiol, para administrar 2 píldoras cada 12 horas en las 72 horas siguientes a un coito sin protección, junto a un manual informativo y a una prueba de embarazo. Por su parte, el denominado Plan B consiste en 2 píldoras de 0,75 mg del gestágeno levonorgestrel ("la píldora del día después"), que se administran una lo antes posible dentro de las 72 horas siguientes a una relación sexual sin protección y otra 12 horas después. En España este medicamento se comercializa con el nombre de Norlevo® y su precio es de 3.191 pesetas.

En un ensayo clínico que comparó la pauta de Yuzpe con la de levonorgestrel, la tasa bruta de embarazos en el

grupo al que se administró levonorgestrel fue de 1,1% (11 embarazos sobre 979 tratamientos), y en el grupo que recibió la pauta de Yuzpe la tasa fue de 3,2% (31/979). La proporción de gestaciones prevenidas, comparada con las esperadas sin tratamiento, fue del 85% con levonorgestrel y de 57% con la pauta de Yuzpe. El tratamiento con levonorgestrel es mejor tolerado: provoca menor proporción de náuseas y de vómitos que la pauta de Yuzpe (23,1 frente a 50,5% y 5,5 frente a 18,8%, respectivamente). La eficacia de ambos tratamientos disminuye cuando aumenta el tiempo desde el coito sin protección³. Estos métodos de contracción hormonal de emergencia no originan efectos teratógenos y no son abortivos¹. Ambos tratamientos son alternativos, y la mejora del monocomponente debe verse en el contexto de su aumento de precio, no como una mejora absoluta.

El dispositivo intrauterino (DIU) colocado en los 5 días siguientes a la ovulación también previene el embarazo, interfiere el proceso de implantación del óvulo fecundado, reduce un 99% el riesgo de embarazo, y mantiene su efecto contraceptivo durante 10 años.

Otra alternativa es la mifepristona, conocida por RU486, un esteroide sintético que modifica la maduración endometrial y que se utiliza a dosis de 10 mg como anticonceptivo de emergencia (como abortivo se necesitan 600 mg); resulta tan eficaz o más que levonorgestrel y con similares efectos adversos. La eficacia de mifepristona oscila entre el 85 y el 100%; su peor inconveniente es que produce retrasos menstruales, pero se puede utilizar hasta 5 días después del coito sin protección⁴.

El fabricante de la denominada "píldora del día después", el preparado de levonorgestrel, habrá pensado en el enorme beneficio que su medicina puede hacer a muchas personas, sobre todo a mujeres adolescentes, y no ha ahorrado medios para lanzar el producto, pero se ha servido sin pudor de todo tipo de mensajes de alarma sobre la abundancia de embarazos no deseados y de abortos. La verdad es que el laboratorio ha encontrado el terreno abonado para el lanzamiento porque, aunque como decía anteriormente, el método de la píldora del día siguiente se conoce hace muchos años, se utilizaba poco. Los mismos médicos lo recomendaban poco y derivaban a las jóvenes que la pedían a los centros de planificación, aunque fuera un fin de semana y la contracción pos-

coital se considerara una situación de emergencia, y los centros estuvieran cerrados y se rebasaran las 72 horas; o simplemente negaban la existencia de la píldora (por razones de conciencia). Los médicos de atención primaria han eludido su responsabilidad en este tipo de cuidados, de forma que actualmente varios procesos de la atención ginecoobstétrica, como la anticoncepción, el cuidado del embarazo y parto, o la menopausia se han relegado a la atención especializada. Otro tanto podemos decir de muchos farmacéuticos que no proporcionaban las píldoras sin receta, o inclusive no las dispensaban con receta (razones de conciencia). Había otros motivos, como el desconocimiento de los profesionales sanitarios, y de los propios jóvenes, acerca de la eficacia y de la seguridad de las distintas alternativas en la contracepción poscoital. Por si fuera poco, como es habitual, durante este tiempo la Administración sanitaria ni siquiera se ha molestado en proporcionar información científica neutral a los médicos de cabecera.

Probablemente, la anticoncepción poscoital debería estar disponible las 24 horas del día, todos los días del año, incluso libremente en las farmacias, como desearían el 26% de las mujeres que buscan este tratamiento².

¿Cuántos embarazos no deseados se podrían haber evitado con unos médicos con otra mentalidad, o más conscientes del problema? ¿Y cuántos abortos, en adolescentes

sobre todo? ¿Cuántas lágrimas se habrán derramado por la incomprendión y la insensibilidad de un médico o de un farmacéutico?

El Colegio de Obstetras y Ginecólogos Americanos ha previsto las implicaciones legales y de conciencia que la contracepción de emergencia acarrea y ha difundido recomendaciones al respecto, insistiendo en que son métodos de prevención del embarazo, no abortivos¹. En nuestro país no parece haber iniciativas similares. Como tampoco hay un debate público sobre el coste de la píldora del día siguiente recién comercializada y su exclusión de las prestaciones cubiertas por el sistema sanitario público, lo que contrasta, por ejemplo, con el elevado coste de los tratamientos de fertilidad, que sí se incluye. Pero éste es otro debate.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grimes D, Hanson V, Somdheimer S. New approaches to emergency contraception. *Patient Care* 2001; 35: 19-37.
2. Gallego J, Sánchez MP. Situación de la intercepción postcoital en el Hospital Severo Ochoa de Leganés. *Rev ROL Enf* 2001; 24: 301-303.
3. 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: 428-433.
4. López de Castro F, Campos N, Castillo S, Rodríguez FJ. Después del levonorgestrel, ¿será la mifepristona (RU486) la siguiente "píldora del día después"? *Aten Primaria* 2001; 27: 367-368 [carta].