

CARTAS AL DIRECTOR

Consideraciones sobre la anticoncepción de emergencia

Sr. Director: Hemos leído el artículo "Anticoncepción de emergencia"¹ y queremos hacer algunas puntualizaciones. Sobre la referencia a la "prevención primaria de embarazo no deseado", hay que precisar que la prevención primaria se define como aquella que tiene por objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de afecciones y enfermedades. Las medidas de prevención primaria actúan en el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, antes del comienzo biológico².

El efecto de la administración periovulatoria del levonorgestrel sobre el ciclo menstrual no ha sido todavía bien establecido, por lo que no se puede afirmar con seguridad que su efecto es previo a la implantación³.

En el artículo se afirma que la gestación comienza en la implantación y que antes de la misma la anticoncepción de emergencia (AE) no puede tener un efecto abortivo. La gestación, por definición, comienza en la fecundación y finaliza con el parto. Al producirse la fecundación, comienza la vida de un nuevo ser, y ésta debe ser protegida desde este momento. Lo contrario es un aborto aunque sea previo a su implantación.

Se afirma además que con esta anticoncepción se evitarían un millón de IVE y dos millones de embarazos no deseados que finalizarían en parto. En realidad, si consideramos lo anterior, sólo se evita el procedimiento quirúrgico, pero no la interrupción del embarazo, si éste se hubiera producido. No creemos que sea nada grave que un embarazo termine en parto, sino que es simplemente su forma natural de concluir.

Para utilizar la AE, sería importante conocer el momento del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer. Se ha comprobado que una relación sexual no protegida 3 días antes de la ovulación termina en embarazo en el 15% de las mujeres; uno o 2 días antes de la ovulación, en el 30%, y en el mismo día de la ovulación, en un 12%. Más de dos días después de la ovulación, la probabilidad de embarazo se aproxima a cero⁴. Si se administra en un día infértil, se está haciendo iatrogenia sin ningún beneficio posible. Creemos que sería más aconsejable la educación para la salud en el conocimiento de los medios de regulación natural de la fertilidad.

La conclusión del artículo es que los sanitarios y la sociedad debemos mejorar el acceso a AE mediante la educación, el consejo y la prescripción adelantada del tratamiento. Creemos que esto aumentaría su empleo en casos en los que estaría contraindicado, así como su empleo indiscriminado. Consideramos que un artículo publicado en la sección de formación continuada debe tener un rigor científico acorde con los conocimientos actuales, para ser asumible por todos los profesionales de atención primaria.

F.J. Zufía García^a, B. García Puente^a
y M.C. Nieto Sales^b

^aMédico de familia. ^bR-3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Espinillo. Área 11. INSALUD. Madrid.

1. Lete I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria* 2001; 28: 59-68.
2. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 (Supl 1): 5-12.
3. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63: 123-129.
4. Trussel J, Rodríguez G, Ellertson C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1998; 57: 363.

Réplica de los autores

Sr. Director: Los Dres. Zufía, García y Nieto realizan una serie de comentarios sobre el artículo «Anticoncepción de emergencia»¹ que quisiéramos matizar.

En primer lugar, hacen referencia al concepto de prevención primaria de la enfermedad y, por sus manifestaciones, parecen no compartir la idea de que la anticoncepción de emergencia constituya un mecanismo de prevención primaria del embarazo no deseado. Estamos totalmente de acuerdo al manifestar que un embarazo no es una enfermedad, ni que sea grave que un embarazo termine en parto, pero si atendemos a la definición de salud que realiza la Organización Mundial de la Salud (estado de bienestar físico, psíquico y mental) hay que considerar que un embarazo no deseado, con lo que conlleva de alteración psico-

lógica y social, puede suponer un quebranto de los parámetros normales de salud de muchas mujeres y en especial de los grupos de adolescentes. Parece evidente que todas las medidas encaminadas a evitar que se produzca el embarazo no deseado forman parte de la prevención primaria del mismo. Es indiscutible que la prevención de este tipo de embarazos debe basarse en la utilización consistente y adecuada de las medidas anticonceptivas actualmente disponibles, de todas y cada una de ellas, y no únicamente de los métodos de regulación natural de la fertilidad que propugnan los autores de la carta, pero en el caso de que las medidas anteriores fallasen, el recurso a la anticoncepción de emergencia supone una nueva posibilidad de prevención.

Los autores de la carta consideran que la gestación comienza en el momento de la fertilización del óvulo y, por tanto, que cualquier actuación posterior a este momento induce un aborto. Consideramos que éste es un debate ideológico o ético, puesto que, desde el punto de vista científico, la OMS considera que el embarazo se inicia cuando se produce la implantación del blastocisto. Además, los mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia son múltiples y afectan a todos los órganos diana del área genital, y pueden interferir la maduración folicular, el proceso de ovulación, la migración espermática, la fertilización, el desarrollo del cigoto, la receptividad uterina, etc.². De todas estas posibilidades, varias suceden antes del momento de la fertilización y, aun aplicando el criterio expuesto por los autores de la carta, en ningún caso se puede considerar que la interferencia de la maduración folicular o el proceso de ovulación sean causantes de un aborto.

Respecto a la posibilidad de inducir iatrogenia con las pautas de anticoncepción de emergencia, baste recordar a los lectores que cada vez que efectuamos un tratamiento de quimioprevención estamos expuestos a esta circunstancia.

Por último, los Dres. Zufía, García y Nieto consideran que el artículo publicado por nosotros adolece de rigor científico. Sólo podemos añadir que la revisión que efectuamos para su elaboración fue amplia y meticulosa, como lo demuestra la bibliografía consultada, desprovista de cualquier carga ideológica y sometida al criterio de revisión de los editores de ATENCIÓN PRIMARIA, de cuya ca-

pacidad crítica, les aseguramos, no se puede dudar.

I. Lete Lasa^a, M. Arróniz Perosanz^a y R. Esquisábel Martínez^b

^aServicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. ^bCentro de Salud de San Martín. Vitoria.

1. Lete I, Arroniz M, Esquisabel R. Anti-concepción de emergencia. *Aten Primaria* 2001; 28: 59-68.
2. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra 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: 111-121.

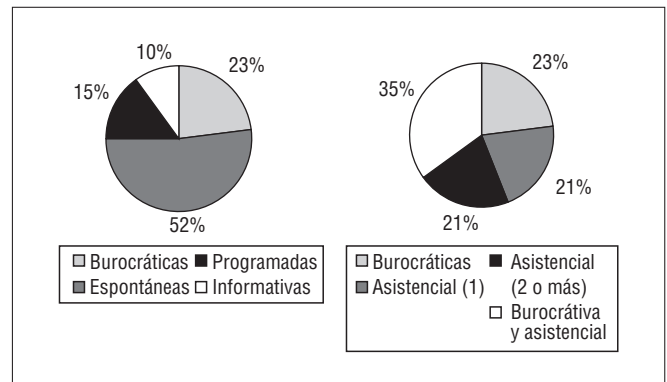
Diez minutos

Sr. Director: En relación con el editorial "Diez minutos, ¡qué menos!" firmado por J. Casajuana, hoy puede ser un día de tantos del año 2000, veo encima de mi mesa el listado de los 35 pacientes citados (tenemos un tope de 35), luego serán más: 38,60 (DE 6,34) y, creo que en 1998 vivía algo mejor, eran 35 pacientes al día¹.

Al final del año habrán dado la vuelta: 4,59 (IC del 95%: 4,34-4,83) veces contando a todos de mi población, 1.911 pacientes, con un 27,68% de ≥ 65 años; que son 100 más de los que la gerencia me indica; será porque no se cambian, desplazados, fallos, no sé. De todas formas pasará por mi consulta en todo el año el 72% de mis pacientes, y vendrán 6,46 (IC del 95%: 6,16-6,76) veces cada uno, repartidos: < 65 años: 5,28 (IC del 95%: 4,97-5,60); ≥ 65 años: 8,76 (IC del 95%: 8,17-9,35).

Empiezo pronto, quiero tener tiempo para pasar la consulta y los avisos y luego ir a la reunión, y si pudiera además hablar con mi residente. A ver si puedo en el colchón tomar café para hablar con los compañeros/as. Y veo el listado: 11 pacientes < 50 años, 10 pacientes ≥ 50 años y < 65 años, 18 pacientes ≥ 65 años; pienso: mucha gente, poco tiempo. El colchón de media hora desaparece; tengo 10 min para tomar el café con suerte. Al final resumo la consulta: visitas burocráticas estrictas: 9 (24%); (DE 3); visitas no burocráticas: 31 (79,48%); (DE 5,6). De éstas se reparten: programadas 6 (15%; DE 2,98). Informativas de otras especialidades: 4 (11%; DE 1,83). Visitas con varios motivos asistenciales: 8 (20,50%; DE

Figura 1.



3,52). Visitas con motivo asistencial y burocrático: 14 (36%; DE 5,05) (fig. 1).

Pido disculpas al paciente citado para la consulta programada fuera de la consulta a demanda; esta consulta es vital para conocer mejor al enfermo y entablar una buena relación con el paciente; con el poco tiempo disponible y aun a trozos repetidos de consulta a demanda es imposible. Después, tengo dos avisos diarios, muchos de ellos programados. Al final, fuera de la consulta firmo las recetas que el programa informático imprime² y que la enfermera ordena; cada día acuden unos 20 enfermos citados al mostrador para recogerlas, al año son 5.608 actos fuera de la consulta. De la misma forma, se imprimen los partes de confirmación de baja: total al año, 1.458 actos fuera de consulta.

Termino y me voy a casa, media hora fuera de mi horario laboral, sin poder ir a la sesión clínica, y sin hablar apenas con mi residente (nos repartimos el trabajo; no queda otro remedio para llegar), no he podido hablar con mis compañeros.

Creo estar bien organizado y, sin embargo, soy un esclavo del trabajo. El problema para mí no es la burocracia, es la cantidad de visitas asistenciales debidas a la desproporción en la población y la cantidad de gente adscrita y todo ello con el poco tiempo que tengo, son 6 min de citación.

El problema es médico, de tiempo y de organización. Si la función está ligada a la responsabilidad, la de las recetas que son el producto de la mayoría de las consultas llamadas "burocráticas" la tiene el médico y el farmacéutico, que las prescriben y las ejecutan. Con un control médico y farmacéutico adecuados desaparecerían las consultas llamadas burocráticas de recetas. Las personas implicadas no son la enfermera ni la auxiliar de clínica. El tratamiento de la burocracia (ordenador, buzones, etc.) no es desburocra-

tización (supresión de la burocracia inútil).

El exceso de controles que el autor propone como causa de aumento de la frecuentación es difícil de concretar; la organización de funciones y actividades de cada profesional es fundamental. La demanda aumenta en relación con mejores seguimiento y asistencia³. Mucho exceso de control viene de otros ámbitos con revisiones innecesarias; somos los secretarios del segundo y el tercer ámbitos y de la administración.

Es necesaria una mayor implicación de la administración en la corrección de los desajustes de la población de los cupos, atendiendo sobre todo a la edad.

Es necesario crear un memorándum de consulta del médico de atención primaria, respetado por todos los implicados en la atención primaria: médicos, enfermeras, administrativos, auxiliares, administración, especialistas de segundo y tercer nivel. Éste debería ser supervisado por la gerencia de atención primaria como primer paso básico hacia un acercamiento de ésta al médico y de éste a los ciudadanos.

A. Martín Ruiz, A. Gracia Ceperuelo y M. Marín Vara

Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

1. Alcedo S, Gracia A, Ruberte M, Serrablo S, Pérez Isasi S, Martín A. Actividad asistencial de una consulta de Atención Primaria con historia clínica informatizada. *Centro de Salud* 2000; 2: 88-91.
2. Zumeta T, Castán S, Martín A, Marín A, González J, Lambán E. Cartilla de largo tratamiento informatizada. Análisis tras cuatro años de seguimiento. *Centro de Salud* 1996; 4: 17-24.
3. Grupo de Consenso de Atención Primaria. Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia: propuestas de mejora. *SemFYC*, 2001.