



Anticoncepción de urgencia, de nuevo a debate

Conferencia de Consenso de la SEC

Entrevista con el Doctor Joaquín Calaf,
jefe del Servicio de Ginecología del
Hospital de Sant Pau

Conferencia de consenso de la SEC

Recomendaciones en anticoncepción y sexualidad

La Sociedad Española de Contracepción celebró su cuarta Conferencia de Consenso (CdC) en noviembre. Dicho foro, de tradición consolidada en la SEC, constituye un mecanismo de actualización del conocimiento científico, en este caso en anticoncepción, que resulta de enorme aplicabilidad en la práctica clínica diaria.



Ezequiel F. Pérez Campos

Perez_eze@gva.es

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Requena, Valencia

La metodología de una CdC debe ser muy rigurosa para que sus resultados, en forma de recomendaciones para la práctica clínica, sean considerados y valorados por la comunidad médica. Con un tiempo de preparación de un año, la reunión es una especie de "juicio científico" con jurado, expertos, promotores, organizadores y público. Es necesario que sea multidisciplinar, con participación de otras sociedades científicas, e imprescindible contar con un buen gestor de la búsqueda bibliográfica y la asignación de la calidad de la evidencia médica a las afirmaciones de las publicaciones científicas. En este caso, se trató de la prestigiosa Chocrane Iberoamericana. El sistema de asignación de la calidad de la evidencia ha sido la escala GRADE, que permite la emisión de recomendaciones sobre la base de cuatro factores, lo que la acerca más a las necesidades de los pacientes o usuarios; a saber: **evidencia médica, balance riesgo-beneficio, aceptación por los usuarios/as y balance económico o eficiencia.**

La CdC versó esta vez sobre veintiuna preguntas, con controversia en la comunidad sanitaria e incluso en la sociedad, dada la repercusión que los temas de anticoncepción y sexualidad tienen en la misma. **La anticoncepción hormonal en sus diversas formas, la intrauterina o DIU y la de urgencia o poscoital fueron analizadas** en cuestiones que planteaban dudas, a la luz de la evidencia científica. ▮

Las recomendaciones, ya editadas y en proceso de difusión por la SEC, recogen aspectos variados, entre los que cabe señalar:

Controles

Los controles necesarios posteriores en la Anticoncepción Hormonal (AH) no difieren de los controles de salud establecidos para la población general. Se aconseja un contacto a los 3-6 meses de la instauración del método para reforzar el cumplimiento.

Efectos

Los efectos secundarios de la anticoncepción de urgencia (PDD) en cualquier edad son escasos y de poca entidad clínica.

Prescripción

La realización de una historia clínica adecuada es el único requisito previo para la prescripción de un anticonceptivo hormonal (AH). En el caso de la píldora, el parche, el anillo y el inyectable trimestral, se aconseja la toma previa de tensión arterial.

Libre dispensación

La libre dispensación de la PDD no se acompaña de mayor riesgo de las infecciones de transmisión sexual, de relaciones no protegidas ni de abandono por las mujeres de la anticoncepción regular.

Riesgos

El riesgo de provocar trombosis venosa de la píldora es muy bajo en cifras absolutas. En cifras relativas, presenta pequeñas variaciones en relación con el componente gestagénico de la misma. Deben usarse siempre preparados de baja dosis de etinilestradiol (estrógeno).

PDD

Los dos tipos de píldora del día después (PDD) comercializados en España tienen similar eficacia en las primeras 72 horas. La eficacia se extiende, en el caso del acetato de ulipristal, hasta los 5 días y, en el caso del levonorgestrel, hasta los 4.

Recambio

El DIU con hormonas, cuando se usa solo como anticonceptivo y no para otras indicaciones, no requiere su recambio si se inserta por encima de los 40 años.

Inserción DIU

No está indicada la utilización de antibióticos en la inserción de un DIU. El uso de sustancias dilatadoras del cuello del útero no está recomendado de forma sistemática.

Todas estas recomendaciones, sustentadas por la evidencia y adaptadas a la práctica clínica, simplifican dicha práctica y dan al profesional sanitario que prescribe o asesora en anticoncepción mayor seguridad clínica y mayor cobertura jurídica. Es una de las aportaciones más destacadas de la SEC al manejo de la anticoncepción.

Seguridad

Los olvidos en la píldora no requieren actuar hasta que son dos o más las olvidadas (más de 48 horas) y dependen del momento en el que se produzcan. En caso de la minipíldora, el margen de seguridad es de 12 horas.

Peso

El peso de la mujer no influye en la eficacia de la AH, a excepción del parche. Por otro lado, las mujeres con índice de masa corporal superior a 35 no deben usar AHC por el riesgo de trombosis.

Líbido

No existe evidencia alguna de que la AH influya en la libido de las mujeres que la utilizan.

Edad

La finalización de la utilización de la anticoncepción se debe individualizar en cada mujer, sabiendo la excepcionalidad de la posibilidad de un embarazo por encima de los 50 años.

Adolescentes

El DIU (con hormonas o de cobre) puede ser usado eficazmente en la población adolescente.

Embarazo

Las mujeres que usan AH no requieren medidas diferentes a las del resto de la población cuando desean un embarazo. Pueden buscarlo en cuanto abandonan la AH.

Sangrados

Los sangrados que pueden aparecer con la anticoncepción hormonal combinada (AHC) no requieren estudio los tres primeros meses en mujeres de menos de 45 años. Los de los métodos solo gestágenos (MSG: minipíldora, inyectable, implante o DIU con hormonas) solo requieren tranquilizar a la paciente, tras averiguar posibles causas.

Eficacia

La eficacia de uso (en condiciones de vida normal) de los métodos hormonales es muy elevada. La mayor corresponde a los métodos de larga duración.

Beneficios

Los MSG presentan algunos beneficios para la salud contrastados por la evidencia (DIU con hormonas, implante e inyectable para las reglas excesivas, DIU con hormonas para la terapia hormonal de la menopausia y todos para la sintomatología de la endometriosis).



Anticoncepción de urgencia, de nuevo a debate

En el momento de la publicación de este boletín es posible que el Ministerio de Sanidad haya adoptado una decisión firme sobre la continuidad o no de la norma de 2009 que permite la libre dispensación en farmacias de la píldora del día después (PDD) basada en el gestágeno levonorgestrel sin necesidad de contar con prescripción médica.



Isabel Serrano

iserranof@sego.es

Ginecóloga del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ayuntamiento de Madrid y presidenta de la Federación de Planificación Familiar Estatal

Cualquiera de las decisiones adoptadas debe sustentarse en la evidencia científica y tener en cuenta las repercusiones que puedan tener en el acceso a la PDD, ya que usarla lo antes posible, y bien, es lo que la hace eficaz y segura. Miles de artículos publicados en revistas científicas internacionalmente reconocidas avalan no solo que no actúa como abortivo (lo que ya no se pone en discusión), sino que hay respuestas a los temas que hicieron dudar al ministerio sobre mantener o cambiar la normativa vigente: ¿Se “abusa” de ella, especialmente las adolescentes, pudiendo provocar graves riesgos para su salud? ¿Su fácil disponibilidad puede conducir a abandonar el uso de anticonceptivos de uso regular? ¿Se podrían incrementar las infecciones de transmisión sexual? Dudas que quizá esconden, además, un posicionamiento contrario a la propia medida de “libre dispensación”.

PORCENTAJE DE USO EN ESPAÑA

Según datos presentados en la reunión del Consorcio Internacional para la Anticoncepción de Emergencia¹ de 2011 sobre el uso de la PDD en diversos países europeos, el porcentaje de uso en España se sitúa en un punto medio. De las preguntas relativas a la PDD incluidas en una encuesta poblacional realizada por nuestro Equipo Daphne a una muestra significativa de jóvenes de entre 15 y 24 años, se deducía que el 97% de las encuestadas consideraban que no es un método adecuado como anticonceptivo habitual². **También los resultados de un amplio estudio realizado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) mediante entrevista a 6.200 mujeres de entre**

14 y 50 años en 2011³ reflejan que su uso en España es, en términos sanitarios, razonable.

TRATAMIENTO EFICAZ Y SEGURO

Desde un punto de vista clínico, la PDD de levonorgestrel es un tratamiento eficaz y seguro no solo para las mujeres adultas, sino también para las adolescentes, no existiendo razones sanitarias para negar su uso por razones de edad a cualquier mujer que la necesite.

Tampoco se ha encontrado evidencia científica que sustente que las mujeres, incluidas las más jóvenes, dejen de usar anticonceptivos habituales, como el preservativo o la píldora, ni tengan más probabilidad de contraer una infección de transmisión sexual por el hecho de poder comprarla en una farmacia cuando no han dispuesto de un centro sanitario de proximidad donde conseguirla en mejores condiciones. De acuerdo a esta realidad, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Sociedad Española de Contracepción (SEC), la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, entre otras, han defendido a lo largo del proceso el mantenimiento de la libre dispensación, estando disponibles los informes de la SEC y de la FPFE⁴ para quienes deseen profundizar en el tema.

¿QUÉ PUEDE PASAR SI SE VUELVE A LA OBLIGATORIEDAD DE CONTAR CON RECETA MÉDICA?

Tradicionalmente, en algunas comunidades, han existido muchos obstáculos para conseguir las PDD. Los profe-

sionales sanitarios que trabajamos en anticoncepción sabemos que la medida tuvo que adoptarse por esta desigualdad con que se trataba a las mujeres en función de la comunidad donde vivieran o de la ideología del médico o ginecólogo donde se acudiera.

Por ello, en el caso de que el ministerio tome la decisión de volver al pasado y obligar a disponer de receta médica, sea para todas las pacientes o en función de la edad, tendría que generar normativas sanitarias concretas para ser aprobadas en el Consejo Interterritorial y, por tanto, de obligado cumplimiento para todas las consejerías de Salud. Como mínimo, esta normativa tendría que incluir protocolos de atención, la disponibilidad en los centros de salud, de planificación familiar y de atención a jóvenes de la PDD para su entrega gratuita, las pautas a seguir en caso de que determinados servicios se

Desde un punto de vista clínico, la PDD de levonorgestrel es un tratamiento eficaz y seguro

negaran a esta atención y la garantía de acceso en fines de semana y en zonas rurales.

De lo contrario, si las mujeres vuelven a peregrinar de un centro a otro, si pueden sentirse avergonzadas por ser recriminadas por el anticonceptivo que piden y si al final, con mayor retraso, tienen que ir a la farmacia a comprarla al mismo precio que ahora, la duda será otra: ¿no habremos perdido una (segunda) oportunidad de prevenir embarazos no deseados? ■

BIBLIOGRAFÍA Y WEB

- (1) Consorcio Internacional para la Anticoncepción de Emergencia: www.emergencycontraception.org y www.cecinfo.org
- (2) Serrano I (Equipo Daphne). Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. En imprenta *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 2012.
- (3) Sociedad Española de Contracepción: www.sec.es
- (4) Federación de Planificación Familiar Estatal: www.fpfe.org

CRONOLOGÍA**El 23 de marzo de 2001**

El Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó la comercialización de dos productos para anticoncepción de urgencia, conteniendo cada uno de ellos 2 pastillas con 750 microgramos (mcg) de levonorgestrel.

En 2006

La Agencia Española del Medicamento sustituye la presentación de dos pastillas por una presentación de una única pastilla de 1.500 mcg.

En septiembre de 2009

Se autoriza la libre dispensación en farmacias de las dos presentaciones que contienen 1.500 mcg de levonorgestrel como medicamento no sujeto a prescripción médica, en línea con otros países europeos.



Doctor Joaquín Calaf, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Sant Pau

“Buscamos la mejora constante de la información disponible”

Los documentos de consenso tienen como objetivo la elaboración de normas o recomendaciones de índole diagnóstica y/o terapéutica sobre un área determinada de la medicina. Estos documentos nacen con la intención de expresar de forma consensuada y oficial la opinión científica en el manejo de diferentes situaciones clínicas, así como ser un instrumento de ayuda para el manejo clínico de estas situaciones.

Recientemente, la Sociedad Española de Contracepción ha celebrado su última conferencia de consenso, que dará lugar a una versión actualizada de las recomendaciones en anticoncepción y cuyas principales conclusiones vemos también recogidas en este boletín. Entrevistamos al doctor Joaquín Calaf, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Sant Pau, que ha participado en esta última conferencia, que pronto pondrá a disposición de la comunidad médica conclusiones y recomendaciones para el manejo clínico de esta área de la salud de la mujer.

Doctor Calaf, ¿nos puede explicar brevemente desde cuándo se vienen realizando este tipo de documentos y cuál es el objetivo que pretenden cumplir?

Los documentos de consenso se preconizaron a partir de la última mitad del siglo pasado por parte de los Institutos Nacionales de salud de EE. UU. y se hicieron para dar información lo más objetiva posible sobre situaciones clínicas sobre las que pudiera ser difícil generar pruebas de calidad a través de, por ejemplo, estudios prospectivos aleatorizados y controlados. A partir de este momento se difundieron, más allá de los **National Insti-**

tutes of Health americanos, para que los distintos países o sociedades implicadas en este tipo de problemáticas concretas tuvieran una fuente documental a través de la cual generar sus propias conferencias. El resultado de esta actividad queda recogido normalmente en un documento del que se suelen editar dos tipos de versiones: una amplia, que recoge de forma completa aquella información sobre la que se han generado las opiniones de consenso, y una más breve y manejable, que se distribuye entre los agentes de salud implicados en la atención de las usuarias, en este caso a las que el problema analizado afecta.

Sin embargo, estos criterios varían, se modifican o se amplían en cada conferencia. ¿Cómo se definen las temáticas y las áreas de debate? ¿A propuesta de quién se plantean?

Como hemos comentado, el contenido de la conferencia de consenso se plantea a iniciativa de las sociedades científicas, y los temas que se escogen hacen referencia a nuevas problemáticas que pueden surgir en un ámbito de interés concreto, como puede ser el de la anticoncepción. En este caso, donde además no estamos hablando

de una patología, sino de la posibilidad de que la mujer escoja libremente y en función de sus preferencias el momento en el que quedarse embarazada, las nuevas incógnitas surgen tanto como consecuencia de la mejora en la oferta de métodos anticonceptivos como de los cambios sociales que modifican las preferencias de las mujeres.

¿Quiénes participan en ellos y con qué criterios se eligen?

En el planteamiento y la discusión de los documentos de consenso, participan personas tanto de los ámbitos técnicos como también usuarias o aquellas personas que pudieran verse afectadas por los criterios vertidos por la conferencia.

¿Están invitados a participar miembros de otras sociedades o áreas científicas o sociales?

Obviamente, y de una manera especial en el caso de la contracepción, cualquier actividad médica establece contacto con otras especialidades afines cuya opinión es imprescindible para tener un criterio ajustado sobre las preguntas a las que se pretende dar respuesta. En el caso de la última conferencia de consenso de la SEC, estuvieron presentes miembros de las sociedades de cardiología o hematología, entre otras.



“Las nuevas incógnitas surgen tanto como consecuencia de la mejora en la oferta de métodos anticonceptivos como de los cambios sociales, que modifican las preferencias de las mujeres”

¿Cuáles han sido, desde su punto de vista, los principales puntos de debate de la última conferencia de consenso y las actualizaciones más relevantes?

Las principales conclusiones en este caso cabría estructurarlas en dos bloques: uno que tiene que ver más con el punto de vista médico y con el planteamiento clínico (como por ejemplo la realización de la historia clínica previa a la prescripción de anticoncepción o los controles posteriores) y otro más actual, que se plantea más a demanda de una reacción social, como la que se está viviendo por ejemplo en el caso de la píldora del día después, donde se ha analizado la seguridad

del producto, concluyendo que los efectos secundarios de la anticoncepción de urgencia (PDD) en cualquier edad son escasos y de poca entidad clínica.

¿Cómo se traducirán estas recomendaciones en la práctica clínica diaria?

Tal como hemos dicho, y aparte del documento extenso que en este caso se convertirá también en una guía oficial de práctica clínica en contracepción, existe un documento restringido para que los agentes de salud implicados reciban información sencilla para poder orientarse en su práctica clínica diaria.

¿Cuál es su valoración general de los documentos de consenso?

Tal como en su momento se dieron a conocer a los defensores de la medicina basada en pruebas, la actividad clínica actual debe basarse en la mejora constante de la información disponible y, cuando esta no sea posible o no exista en forma de ensayos clínicos, la revisión de los trabajos disponibles por parte de expertos y la discusión entre ellos acaba generando una información muy valiosa para los clínicos implicados en ese campo de interés. **D**



El jurado de esta edición quiso hacer una mención especial fuera de concurso al diario *Público* por su trayectoria de apoyo informativo a un tema tan sensible como sigue siendo en nuestro país el de la anticoncepción

Premio Daphne y el papel de los medios en el desarrollo social y anticonceptivo

Quince años después de su constitución, el Equipo Daphne mantiene con el mismo vigor que en origen el objetivo inicial de destacar la importancia de los medios de comunicación y de su destacada contribución al avance y desarrollo social en general, y en especial de su influencia en el área de la anticoncepción.

Mucho ha evolucionado la información anticonceptiva desde que este grupo de expertos empezó a analizarla en 1997. En los últimos años, y marcada por el debate social y político, esta información, no obstante, ha vuelto a adquirir otra dimensión en el debate mediático que ha ido más allá del puramente científico o social, donde debería estar incluido.

Por todo ello, y en este XV aniversario desde su constitución, el Equipo Daphne vuelve a convocar este premio, apelando de nuevo al papel del periodista y a la importancia de un tratamiento serio, de rigor y de calidad en el planteamiento de este tipo de temas.

El acto de entrega de la XIV edición sirvió un año más de convocatoria para esta nueva edición, a la que podrán optar todos los trabajos sobre anticoncepción que se publiquen en los medios españoles a lo largo de 2012.

Puedes consultar las bases completas de la convocatoria en la página web www.equipodaphne.com/.



Las revistas *Nuevo Vale* e *Introversión* fueron galardonadas con dos accésit por "Estás in, en prevención" y "Píldora y mujer", respectivamente

El jurado de esta edición quiso hacer una mención especial fuera de concurso al diario 'Público' por su trayectoria de apoyo informativo a un tema tan sensible como sigue siendo en nuestro país el de la anticoncepción

