



Entrevista

«En España la anticoncepción de urgencia se usa menos de lo que se debiera»

Dr. Rafael Sánchez Borrego

Director médico de DIATROS Clínica de Atención a la Mujer. Presidente de la Fundación Española para el Estudio de la Menopausia

¿Cuál cree que es el grado de conocimiento de las usuarias sobre la anticoncepción de urgencia? ¿Existen aún muchos mitos sobre la píldora del día después?

Sí, todavía existen muchos mitos en el mundo de la anticoncepción, y aún más cuando nos referimos a la anticoncepción de urgencia, en la que se exageran todos los mitos y tabúes en cuanto a su uso y no uso. Disponemos de datos de encuestas que se han realizado en España que muestran que la mayoría de las mujeres han oído hablar de la anticoncepción de urgencia, de la llamada píldora del día después, pero el número de mujeres que realmente la conocen y la han utilizado es mucho menor. Y es así porque esos mitos y esos tabúes siguen haciendo daño en nuestro medio.

¿Cuáles son los diferentes anticonceptivos de urgencia actuales y cuál es su mecanismo de acción?

Dentro de la anticoncepción de urgencia existen básicamente los tratamientos mecánicos y los farmacológicos. Por lo que respecta a los primeros, son exclusividad del dispositivo intrauterino liberador de cobre, porque el liberador de levonorgestrel no ha demostrado su eficacia; es un método muy poco utilizado en España porque requiere la colocación por parte de un profesional, pero tiene la ventaja de que por su mecanismo de acción es eficaz durante más tiempo, incluso durante más de cinco días. Entre los tratamientos farmacológicos básicamente hay dos: la píldora con solo gestágenos –en nuestro país con levonorgestrel– y la píldora que es un modulador de los receptores de progesterona, el ulipristal. El mecanismo de acción de los dos se basa única y exclusivamente en la prevención de la fertilidad, es decir, que lo que van a hacer es impedir el escape ovulatorio. Sabemos que a mitad del ciclo, en la época final folicular, ese folículo va creciendo y en el momento en que llega a unas medidas y aparece la elevación de la hormona LH –que es cuando hay la posibilidad de ovulación–, el mecanismo de acción consiste en prolongar esa etapa folicular e impedir que haya un escape ovulatorio. Hay que puntualizar que la píldora con solo gestágeno es menos eficaz, dado que el ulipristal es capaz de posponer la ovulación cuando hay más riesgo de embarazo.

¿Son efectivos y seguros?

Ninguno de los dos tiene un cien por cien de eficacia, sobre todo porque por su mecanismo de acción no hay ninguna posibilidad de actuar en el momento en que ya se ha producido la fecundación. La diferencia es que ulipristal, como le he dicho, dispone de hasta 120 horas para actuar y esto hace que sea más eficaz.

Respecto a la seguridad, desde el momento en que las agencias de evaluación médica deciden que se pueden dispensar sin receta, podemos estar seguros de que los valores de seguridad son muy altos, tanto que permiten que no exista una necesidad de prescripción médica.

¿En qué casos no se debe dispensar la píldora del día después?

No hay ninguna contraindicación severa. Incluso en mujeres en las que está contraindicada la anticoncepción hormonal debido a alguna enfermedad, tampoco estaría contraindicada ninguna de las dos píldoras. De todas maneras, siempre hay que valorar si los beneficios superan a los riesgos.

Recientemente ha participado en el taller avalado por SEFAC y organizado por HRA-Pharma «Intervención del farmacéutico comunitario en anticoncepción de urgencia». ¿Cómo valora este tipo de formación dirigida al farmacéutico?

La unión entre médicos y farmacéuticos actualmente ya es una realidad. Estamos participando en muchos foros. Además, el hecho de que estos preparados no sean de prescripción hace que el profesional diurna haya pasado de ser el médico a ser el farmacéutico y por este motivo más que formarles lo que hacemos es compartir problemáticas, necesidades y objetivos. Reuniones como la que comenta permiten que los médicos y los farmacéuticos compartan experiencias y trabajen para que se beneficie la mujer, que al final es a quien nos debemos.

¿Su valoración de la evolución de la anticoncepción de urgencia en España es positiva?

Es positiva, pero escasa. Es cierto que las tasas de interrupción voluntaria del embarazo van disminuyendo –porque la población española ha disminuido y por el uso de la anticoncepción de urgencia–, pero todavía existen números elevados de interrupción voluntaria del embarazo, aún hay mujeres que emplean métodos teóricamente eficaces, pero que, dependiendo del usuario, tienen muchos fallos, como es el caso del preservativo o de la píldora, y creo que todos los profesionales sanitarios hacemos poco hincapié en advertir a las chicas y chicos que los utilizan de que no se fíen, porque pueden tener problemas. Nos encontramos con mujeres que utilizan el preservativo masculino con su pareja y que reconocen que lo emplean mal de forma sistemática. Los profesionales no podemos quedarnos tranquilos ante esto, hemos de recordarles que ante cualquier fallo existe la anticoncepción de urgencia y que en España se utiliza mucho menos de lo que se debería. ●