

## AUTORA

M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez Martínez<sup>1,2</sup>

1. Farmacéutica comunitaria de Madrid.
2. Presidenta de SEFAC.

Fecha de recepción: 29/3/2011  
Fecha de aceptación: 30/6/2011

## INTRODUCCIÓN

Los métodos anticonceptivos empleados con mayor frecuencia son de dispensación o venta en la farmacia comunitaria. Destacan entre ellos los anticonceptivos hormonales orales y los preservativos con un porcentaje de uso respectivamente del 20 y el 38% y son con diferencia los más utilizados. Pero también otros menos habituales, como dispositivos intrauterinos o de baja eficacia, como cremas espermicidas, se van a adquirir en la farmacia; sin olvidarnos de la anticoncepción de urgencia que, desde hace un año, es de libre dispensación. En todos los casos, el contacto con el farmacéutico va a ser el último que los usuarios van a tener con un profesional sanitario antes de empezar o continuar con un tratamiento, o utilizar el anticonceptivo. Esto hace que la farmacia tenga un puesto clave desde el cual ofrecer educación sanitaria e información sobre el correcto uso de cada uno de los métodos, buscando garantizar la eficacia y la seguridad del tratamiento.

Por otro lado, la accesibilidad que tiene el farmacéutico en su farmacia comunitaria le convierte en el primer profesional sanitario al que acude una parte de la población a realizar consultas sobre los tratamientos prescritos por el médico, sobre sus problemas de salud,

# LA ANTICONCEPCIÓN DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA. UNA VISIÓN CLÍNICA

o a resolver problemas relacionados con su medicación. La confianza que el paciente tiene en su farmacéutico hace que se establezca una estrecha relación que permite el conocimiento de todos los medicamentos que está tomando, los prescritos por médicos y los de indicación farmacéutica, automedicación, plantas medicinales, etc. La información que aporte el paciente siempre va a ser útil y, en el caso que nos ocupa de la anticoncepción, va a ser importante para que realice un buen uso y se consiga la eficacia buscada, tratando de minimizar los posibles efectos adversos, interacciones o contraindicaciones.

También hay que destacar el papel del farmacéutico como educador en salud, facilitando información sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, el correcto uso de métodos de barrera o las distintas opciones de anticoncepción que existen y su grado de eficacia, por citar algunas cuestiones relacionadas con el tema que nos ocupa.

## FUNCIONES DEL FARMACÉUTICO EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Entre las distintas funciones que el farmacéutico realiza en la farmacia comunitaria y que tiene reconocidas por la legislación, cabe citar todas aquellas relacionadas con el medicamento, como la adquisición, conservación y custodia para garantizar que llegue a manos del paciente en condiciones óptimas y de acuerdo a la legislación vigente. Esto, aún siendo importante, hoy en día no es suficiente. El hecho de que aparezcan con creciente frecuencia problemas relacionados con la medicación ha llevado al desarrollo de la atención farmacéutica. Definida como la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dis-

pensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como la intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades. A esto hay que añadir actuaciones como la educación sanitaria, la farmacovigilancia y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento.

De todas ellas, la que se lleva la mayor parte de nuestra dedicación y supone el centro de la actividad del farmacéutico es la dispensación.

## DISPENSACIÓN LA DISPENSACIÓN

Foro de Atención Farmacéutica la define como el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas, según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo con la legislación vigente.

Para una dispensación profesional, el farmacéutico ha de tener en consideración una serie de datos relacionados con el paciente y sus medicamentos. De esta forma, ante la solicitud de un medicamento y tras verificar de manera sistemática que el paciente tiene información suficiente para su efectiva y segura utilización, el farmacéutico evalúa que el medicamento es adecuado para ese paciente y procede a su entrega junto con la información necesaria para un óptimo proceso de uso, garantizando la accesibilidad y el uso racional.

Los objetivos esenciales del servicio de dispensación son por lo tanto:

- Garantizar el acceso al medicamento y entregarlo en condiciones óptimas, de acuerdo con la normativa legal vigente.
- Garantizar que el paciente conoce el proceso de uso de los medicamentos y que lo va a asumir.
- Proteger al paciente frente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM) mediante la identificación y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM).
- Detectar otras necesidades del paciente para ofrecer, en su caso, otros servicios de atención farmacéutica, como educación sanitaria, seguimiento farmacoterapéutico, etc.

El procedimiento para una correcta dispensación pasa por considerar una serie de cuestiones (Figura 1):

- Identificar al usuario, saber para quién es la medicación solicitada, uso propio, cuidador, tercera persona. La información que pueden aportar no va a ser la misma.

- Verificar cuestiones administrativas.
- Verificar criterios de no dispensación: si utiliza otros medicamentos, presenta enfermedades concomitantes o alergias que puedan afectar al objetivo del tratamiento y a la salud del paciente. Por ejemplo, embarazo, lactancia, alergia, contraindicaciones con enfermedades o problemas de salud, interacciones con otros medicamentos, o duplicidades.

Si no hay problemas administrativos ni criterios que puedan impedir la dispensación, comienza el procedimiento, que será diferente si es la primera vez que se utiliza el medicamento o no lo es.

- Si es la primera vez que lo utiliza: el farmacéutico mediante una breve entrevista obtendrá información clave para evaluar si el paciente conoce el proceso de uso del medicamento, planteando las siguientes preguntas:

- ¿Sabe para qué lo va a usar?
- ¿Sabe cuánto ha de usar?
- ¿Sabe durante cuánto tiempo lo va a usar?

- ¿Sabe cómo lo tiene que usar?
  - ¿Conoce las advertencias de inefectividad y seguridad?
- Si es continuación del tratamiento: el farmacéutico obtendrá información para valorar la percepción del paciente sobre la efectividad y seguridad del medicamento.

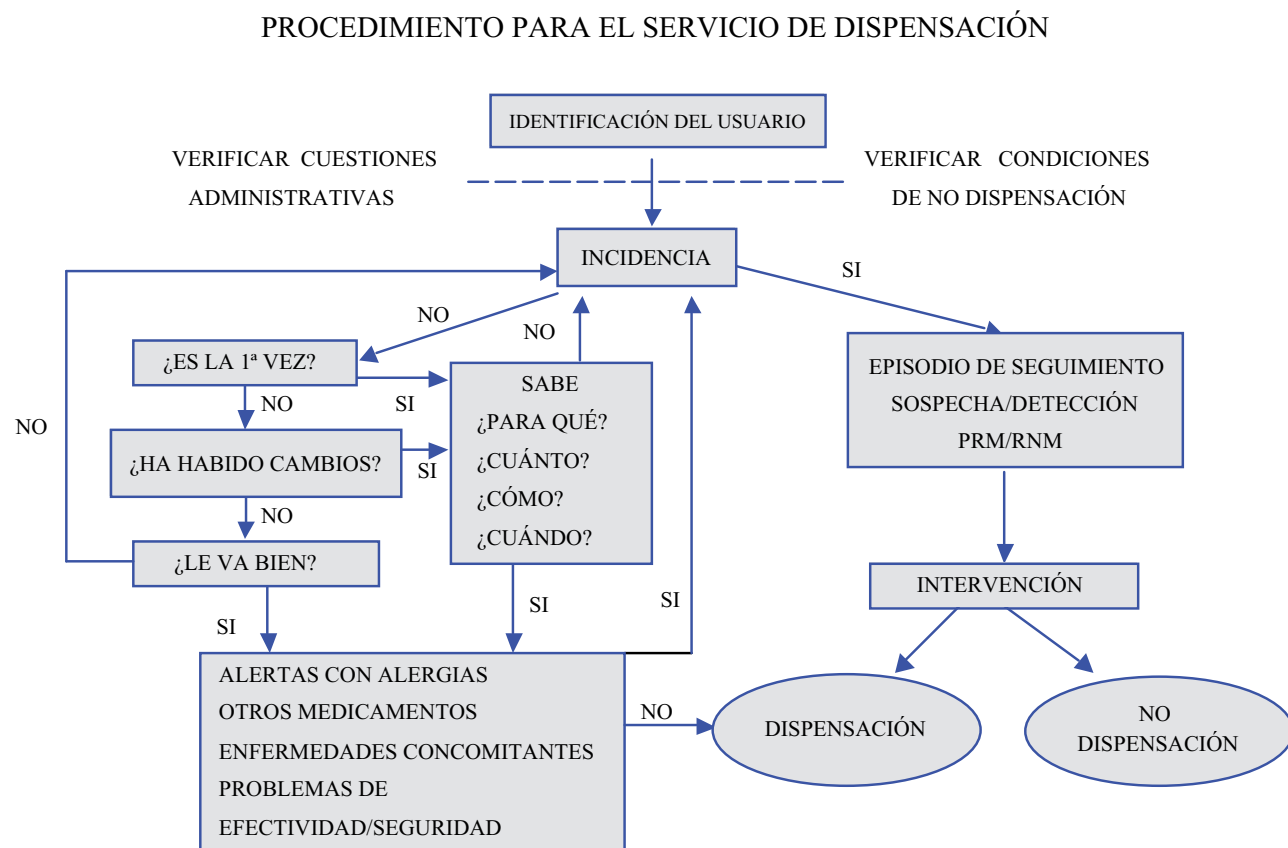
Si no se detecta incidencia, la actuación del farmacéutico consistirá en la dispensación/entrega del medicamento con información personalizada, educación sanitaria, etc.

Si se detecta incidencia, se debe abrir un episodio de seguimiento, que llevará al farmacéutico a intervenir de formas diversas: clarificando la información al paciente, derivando al médico o derivando a otro servicio de atención farmacéutica.

En cualquier caso, la actuación del farmacéutico podrá ser dispensar o no dispensar el medicamento.

Este procedimiento general se aplica a la dispensación de anticonceptivos, igual que a cualquier otro grupo de medicamentos, teniendo siempre en cuenta las características propias de cada uno de ellos.

FIGURA 1 PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE DISPENSACIÓN



**TABLA 1 COMBINACIONES ORALES ESTRÓGENO/PROGESTÁGENO**

Medicamento	Estrógeno	Progestágeno
<i>Neogynona Ovoplex</i>	Etinilestradiol 50 µg	Levonorgestrel 250 µg
<i>Edelsin</i>	Etinilestradiol 35 µg	Norgestimato 250 µg
<i>Microgynon Ovoplex 30/150 Microdiol Gynovin Minulet Tevalet Yasmin Balianca Belara</i>	Etinilestradiol 30 µg	Levonorgestrel 150 µg Levonorgestrel 150 µg Desogestrel 150 µg Gestodeno 75 µg Gestodeno 75 µg Gestodeno 75 µg Drospirenona 3 mg Clormadinona 2 mg Clormadinona 2 mg
<i>Gracial (bifásico)</i>	Etinilestradiol 30 µg	Desogestrel 25 µg* Desogestrel 125 µg
<i>Triagynon (trifásico)</i>	Etinilestradiol 30 µg	Levonorgestrel 50 µg Levonorgestrel 75 µg* Levonorgestrel 125 µg
<i>Triciclor (trifásico)</i>	Etinilestradiol 30 µg	Levonorgestrel 50 µg Levonorgestrel 75 µg* Levonorgestrel 125 µg
<i>Triminulet (trifásico)</i>	Etinilestradiol 30 µg	Gestodeno 50 µg Gestodeno 70 µg* Gestodeno 100 µg
<i>Trigynovin (trifásico)</i>	Etinilestradiol 30 µg	Gestodeno 50 µg Gestodeno 70 µg Gestodeno 100 µg
<i>Harmonet</i>	Etinilestradiol 20 µg	Gestodeno 75 µg
<i>Etinilestradiol/gestodeno Sandoz Gestinyl Meliane Melteva</i>	Etinilestradiol 20 µg	Gestodeno 75 µg
<i>Bemasive Suavuret</i>	Etinilestradiol 20 µg	Desogestrel 150 µg
<i>Loette</i>	Etinilestradiol 20 µg	Levonorgestrel 100 µg
<i>Yasminelle Yaz</i>	Etinilestradiol 20 µg	Drospirenona 3 mg
<i>Melodene Minesse</i>	Etinilestradiol 15 µg	Gestodeno 60 µg Gestodeno 60 µg

\* Esta fase contiene 40 µg de etinilestradiol en lugar de 30 µg como en el resto de las fases.

**TABLA 2 COMBINACIONES NO ORALES ESTRÓGENO/PROGESTÁGENO**

Medicamento	Estrógeno	Progestágeno
<i>Nuvaring (anillo vaginal). Cantidad liberada en 24h.</i>	Etinilestradiol 15 µg	Etonogestrel 120 µg
<i>Evra (parche transdérmico). Cantidad liberada por parche/24h.</i>	Etinilestradiol 33,9 µg	Norelgestromina 203 µg

## MÉTODOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Existen diferentes métodos anticonceptivos y su clasificación se puede hacer de distintas formas: por su eficacia (alta, media, baja), por su forma de actuar (métodos de barrera, hormonales, dispositivos intrauterinos), por su composición química, grupo terapéutico, etc.

### ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Desde el punto de vista de la práctica en la farmacia comunitaria, los más importantes clínicamente son los anticonceptivos hormonales sistémicos. Siguiendo la clasificación ATC recomendada por la OMS, conforman el subgrupo terapéutico G03A dentro del grupo anatómico G (terapia genitourinaria incluidas hormonas sexuales).

Son, en conjunto, el método más universalmente empleado para el control de la fertilidad y también el más eficaz en términos de índices de embarazos no deseados.

Aunque en España se utilizan menos que en otros países de nuestro entorno, su uso se va incrementando cada año, según datos de la VI encuesta Bayer Schering Pharma de anticoncepción en España. Según esta encuesta, además, el grado de satisfacción de las usuarias con este método es muy alto.

Existen diversas preparaciones galénicas de estas sustancias. Por un lado, combinaciones de estrógeno y progestágeno en presentaciones orales y transdérmicas; y, por otro, progestágenos solos en implantes subcutáneos, inyectables de depósito, vaginales, dispositivos intrauterinos y orales en dosis bajas.

En la actualidad, no existen anticonceptivos hormonales masculinos, aunque se están estudiando posibilidades con el desarrollo de compuestos androgénicos combinados con progestágenos que podrían llevar a su comercialización en el futuro. Un intento inicial de utilización de enantato de testosterona administrado semanalmente en inyecciones se abandonó por sus efectos adversos y la incomodidad de su administración.

Dentro de esta categoría de anticonceptivos hormonales sistémicos se incluyen también los anticonceptivos postcoitales o de urgencia.

Vamos a ver los distintos subgrupos mencionados:

**Combinaciones fijas de estrógenos y progestágenos (G03AA).** Están formados por la combinación de dosis fijas de ambos tipos de sustancias. El estrógeno utilizado en las formas orales es siempre el etinilestradiol, en dosis que oscilan según los preparados entre 50 µg y 15 µg. A menor dosis, se reducen los efectos adversos de los estrógenos. Los gestágenos clásicos son derivados de la 19-nor-testosterona, pero se han desarrollado en los últimos años gestágenos con actividad antiandrogénica que minimizan los efectos adversos relacionados con la androgenización inducida por los compuestos antiguos, como seborrea, acné o hirsutismo. Dentro de estos nuevos compuestos, se encuentran el acetato de ciproterona, acetato de clormadinona, dienogest, gestodeno o desogestrel. Es de especial relevancia la drospirenona que tiene efecto antiandrogénico y antimineralocorticoide, reduciendo así los efectos adversos del componente estrogénico relacionado con la retención de líquidos, el incremento de peso y el edema.

La presentación es en cajas de veintidós comprimidos, todos con la misma composición o de veintiocho, llevando los siete últimos comprimidos sólo componentes inertes. Se toman durante tres semanas y en la cuarta de descanso se produce la menstruación. Además de las formas orales, existen combinaciones transdérmicas de estrógeno y progestágeno (etinilestradiol/norelgestromina). Cada parche se utiliza durante una semana, por lo que hay que usar tres durante un ciclo y descansar otra semana. Su eficacia es similar a la de las formas orales.

**Combinaciones secuenciales de estrógenos y progestágenos (G03AB).** Hay menos presentaciones comercializadas. Los compuestos empleados son los mismos que en las combinaciones fijas, pero aquí las dosis combinadas de estrógeno y gestágeno varían a lo largo del ciclo, siendo generalmente multifásicos, a diferencia de los secuenciales empleados anteriormente (en los que los comprimidos iniciales contenían sólo estrógenos, para combinarse luego con gestágenos). De esta forma, se reduce al máximo la dosis de gestágeno en algunas fases del ciclo, minimizando sus efectos adversos, pero sin pérdida de

eficacia. En España, existen preparados bifásicos y trifásicos. Los tratamientos son también de tres semanas (pero con diferente dosificación cada una de ellas) y una de descanso, con la aparición de la menstruación. Existen preparaciones de veintiocho comprimidos en vez de veintidós, pero conteniendo sólo excipientes, para quienes prefieren no dejar de tomar su pastilla diaria.

En las tablas 1 y 2 se puede ver un resumen de estos dos subgrupos.

**Progestágenos (G03D).** Utilizan pequeñas dosis de progestágenos diariamente de forma ininterrumpida. Estarían indicados en mujeres que no pueden usar compuestos que contengan estrógenos. Actualmente, están comercializados desogestrel 0,075 mg (*Cerazet*); levonorgestrel en dosis de 1,5 mg (*Postinor* y *Norlevo*) como anticoncepción de urgencia, 75 mg en implantes subdérmicos (*Jadelle*) y en sistemas intrauterinos (*Mirena* 20 µg /24 h); y etonogestrel 68 mg también en implantes (*Implanon*).

Aspectos importantes a tener en cuenta para hacer una correcta dispensación y un buen seguimiento farmacoterapéutico desde la farmacia y garantizar un uso racional de estos medicamentos son las interacciones, los efectos secundarios y las contraindicaciones.

Las principales interacciones farmacológicas de los anticonceptivos hormonales son aquellas que se producen con fármacos que pueden disminuir su eficacia anticonceptiva provocando embarazos no deseados.

Los fármacos inductores enzimáticos pueden causar el fracaso de los AHO combinados al aumentar su metabolismo y aclaramiento (anticonvulsivantes, griseofulvina, rifampicina, antivirales, como el ritonavir, hipérico). Hay que tener en cuenta que este efecto puede persistir hasta cuatro semanas después de retirar el tratamiento con el medicamento inductor enzimático.

Los antibióticos de amplio espectro (ampicilinas, penicilinas, tetraciclinas) pueden provocar la destrucción de la flora intestinal con lo cual reducirían la circulación enterohepática del estrógeno, reduciendo los niveles plasmáticos del anticonceptivo. Aunque esta interacción no está demostrada totalmente y es discutible, se aconseja la utilización de un

método anticonceptivo adicional, generalmente de barrera, durante el tratamiento y hasta siete días después.

A medida que las dosis de estrógenos y progestágenos en los AHO han disminuido, han aumentado los informes acerca de irregularidades menstruales y embarazos no deseados atribuidos a estas interacciones farmacológicas.

Existe poca información con respecto a las interacciones de los anticonceptivos unitarios a base solo de progestágeno, pero cabe esperar que también las tengan, especialmente con inductores enzimáticos y con medicamentos que provocan un aumento de la aclaramiento de la progesterona.

Además de estas interacciones, no hay que olvidar que los anticonceptivos orales pueden afectar a otros fármacos. Los compuestos que sufren metabolismo oxidativo pueden llegar a tener sus concentraciones plasmáticas aumentadas por efecto de los anticonceptivos hormonales. Es el caso de ciclosporina, corticoides, o flunarizina.

Al contrario, los anticonceptivos orales pueden inducir la glucuronidación de algunas sustancias, reduciendo su concentración plasmática (paracetamol, salicilatos).

También pueden antagonizar los efectos de diversos fármacos como antidiabéticos o antihipertensivos.

**Efectos adversos:** los preparados actuales presentan menos que los anteriores al llevar dosis menores de estrógenos y progestágenos. Pueden aparecer efectos adversos gastrointestinales, como náuseas o vómitos, cloasma y otros cambios en la piel y el pelo, cefalea, retención de líquidos, aumento de peso, tensión mamaria, etc.

Durante el tratamiento, pueden aparecer irregularidades menstruales, como manchado, hemorragia intercurrente excesiva o amenorrea. La incidencia de estos efectos podría reducirse cambiando de preparado.

Se ha descrito intolerancia a las lentes de contacto; la visión de las pacientes miopes puede deteriorarse.

Algunas pacientes pueden experimentar depresión u otras alteraciones mentales. Los preparados que contienen un progestágeno con propiedades androgénicas (levonorgestrel, norgestrel) pueden producir un incremento de la secreción sebácea cutánea y acné. Por el contrario,



el acné puede mejorar con progestágenos, como el norgestimato o el desogestrel.

Existe un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, mayor en los preparados antiguos que llevan dosis mayores de estrógenos.

Los anticonceptivos orales combinados pueden causar hipertensión, una disminución de la tolerancia a la glucosa y cambios en el metabolismo lipídico. La función hepática puede verse deteriorada.

**Contraindicaciones:** los combinados están contraindicados en mujeres con disfunción hepática importante, enfermedad cardiovascular, alteraciones del metabolismo lipídico, hemorragia vaginal no diagnosticada o migraña grave.

Aunque no está contraindicado, debe tomarse con precaución en aquellas mujeres con factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, como diabetes mellitus, obesidad, hábito tabáquico o hipertensión.

Deben dejar de tomarse las AHO combinados, si aparece alguno de los siguientes trastornos:

- Dolor torácico fuerte repentino, súbita dificultad al respirar o fuerte dolor/hinchazón en una pantorrilla.
- Cefalea inusual, fuerte y prolongada, alteraciones súbitas de la visión o la audición, síncope, entumecimiento o debilidad acusada que afecta a un lado del cuerpo u otros síntomas indicativos de accidente vascular cerebral.
- Hepatitis, ictericia, prurito generalizado, hepatomegalia, dolor abdominal superior intenso.
- Aparición de una depresión grave.
- Aumento significativo de la presión arterial (por encima de 160 mm Hg sistólica/100 mm Hg diastólica).

**Indicación y administración:** la principal indicación de los anticonceptivos hormonales es la anticoncepción, pero los anticonceptivos orales combinados también se utilizan en trastornos menstruales como la dismenorrea, el síndrome premenstrual y la menorragia, también en el síndrome del ovario poliquístico y pueden utilizarse en la endometriosis; los que contienen progestágenos no androgénicos pueden emplearse en tratamientos de acné e hirsutismo.

Es esencial una meticulosa regularidad de la dosificación, la protección anti-

conceptiva puede perderse si una dosis no se toma a la hora correcta o se olvida, especialmente si la dosis olvidada es del principio o del final de un ciclo. Si se olvida un comprimido, éste debe tomarse lo más pronto posible (si se olvida más de uno, sólo debe tomarse la dosis más reciente, y las otras deben omitirse); el resto debe tomarse normalmente. Si el olvido es de más de doce horas, entonces es necesario tomar medidas anticonceptivas adicionales durante los siguientes siete días. Si estos siete días se encuentran entre los siete últimos días del ciclo, el intervalo sin comprimidos (o los siete comprimidos inertes) debe omitirse y el siguiente ciclo de comprimidos debe empezarse de inmediato. De forma similar, se recomienda tomar medidas anticonceptivas adicionales durante y hasta siete días después de recuperarse de vómitos y diarreas.

En los anticonceptivos orales unitarios, si un comprimido olvidado se retrasa más de tres horas, debe tomarse lo más pronto posible, y el siguiente comprimido debe tomarse a la hora correcta. Durante los siguientes siete días deben utilizarse métodos anticonceptivos adicionales. También es necesario utilizar anticonceptivos adicionales durante y hasta siete días después de recuperarse de vómito y diarreas.

**Tabaco:** hay un aumento del riesgo de padecer enfermedades tromboembólicas en mujeres en tratamiento con AHO, riesgo que se ve incrementado en fumadoras. La incidencia de enfermedades tromboembólicas en mujeres que toman la píldora aumenta tanto con la edad como con la condición de ser fumadoras. Un estudio realizado en un grupo de mujeres que tomaban anticonceptivos orales y fumaban mostró que su nivel de lipoproteínas de alta densidad en sangre era más bajo que las mujeres que nunca fumaron ni tomaron la píldora. Los niveles bajos representan un nivel de riesgo mayor en el desarrollo de enfermedades coronarias.

**Problemática de estos medicamentos en la dispensación:** los AHO no están financiados por el sistema sanitario público y esto los puede hacer inaccesibles para determinadas mujeres y puede llevar a su no utilización, sobre

todo en jóvenes. En la actualidad, están empezando a comercializarse algunos medicamentos genéricos, con un precio menor, que podría paliar en parte este problema.

Otra consecuencia de que no estén financiados es la dificultad para obtener la prescripción correspondiente. Muchas personas confunden la receta de la seguridad social con el documento legal que sirve de prescripción.

Como la SS no da receta para estos medicamentos, se identifica con la no necesidad de prescripción

Estos medicamentos deben cumplir con el decreto de receta médica 1910/84. De acuerdo con esto, las recetas médicas de los AHO, como los de cualquier otro medicamento (salvo situaciones más restrictivas en casos particulares), no pueden superar la prescripción para un tratamiento de más de tres meses. Recetas con la leyenda de tratamiento indefinido o crónico, o cuantificado pero en un tiempo superior a los tres meses, no son válidas.

Así, nos encontramos con la paradoja de que las mujeres que visitan regularmente a su ginecólogo suelen acudir una vez al año, no cada tres meses, de forma que no van a tener la correspondiente receta para el resto del periodo o ésta va a ser incorrecta. En cualquier caso, en la dispensación la situación siempre va a estar fuera de la legalidad. En la farmacia, es obligatorio la exigencia de receta y ésta, en caso de ser presentada por la paciente, raramente cumple con todos los requisitos legales. Se plantea así un problema de difícil solución. O se accede a la dispensación, poniéndose el farmacéutico en una situación fuera de la legalidad, o se niega la dispensación con lo que se podría llegar a interrumpir un tratamiento. La decisión es del farmacéutico y cada cual opta por la que cree más conveniente, pero es un problema que hay que resolver y que no se puede hacer recaer sobre la paciente.

Un estudio publicado recientemente (Molinero, 2010), realizado en farmacias de la Comunidad de Madrid, muestra como está la realidad en este momento en lo relativo a este grupo de medicamentos. Algunos de los datos obtenidos en el estudio fueron:

- El 39,3% de las usuarias creen que estos medicamentos pueden ser adquiridos sin receta médica.

- El 97,1% de las recetas prescritas por los médicos no cumplen la legislación actual en lo que se refiere a la duración del tratamiento.

En el estudio se propone educación sanitaria de las pacientes e información a los médicos sobre el real decreto para que en las farmacias no se planteen situaciones fuera de la legalidad.

Aunque parece que pronto se va a aprobar un nuevo decreto de receta médica, no sabemos si paliará este problema. Esperemos que contemple este tipo de situaciones y regule los tratamientos crónicos y a largo plazo sin la necesidad de justificar la prescripción cada mes.

### ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

**Levonorgestrel:** la píldora basada en levonorgestrel está disponible en España desde 2001 como medicamento ético. En los últimos años se ha ido introduciendo en varios países como medicamento de indicación farmacéutica o como OTC principalmente por las siguientes razones:

- En general, no es tóxica para la mujer.
- No provoca daños en un embarazo ya en curso.
- No provoca daños por sobredosis, ni adicción.
- Las interacciones y contraindicaciones son limitadas.

En nuestro país se aprobó en septiembre de 2009 su paso a venta libre, sin prescripción médica.

Pasados unos meses desde la entrada en vigor de la medida, se procedió a realizar una pequeña encuesta a farmacéuticos de farmacia comunitaria (aún sin publicar). Se realizaron cinco preguntas muy concretas a las que había que responder SÍ o NO, con el fin de ver cómo se estaba implantando la medida.

1. ¿Está de acuerdo con que la "pdd" haya pasado a venta libre?  
NO 81%. SÍ 19%.
2. ¿La dispensa ahora sin receta?  
NO 14%. SÍ 86%.
3. ¿La dispensaba antes con receta?  
NO 9%. SÍ 91%.
4. ¿Su percepción subjetiva es de una mayor demanda en la farmacia desde el cambio?  
NO 38%. SÍ 62%.
5. El número de envases vendidos en

TABLA 3 EVOLUCIÓN DE LAS VENTAS DE LA "PDD"

		2008	2009
OCTUBRE	NORLEVO	18.790	50.002
	POSTINOR	4.113	19.775
NOVIEMBRE	NORLEVO	17.327	49.796
	POSTINOR	3.925	9.205
DICIEMBRE	NORLEVO	20.219	55.612
	POSTINOR	4.529	9.317
		68.903	193.707

el periodo de octubre, noviembre, diciembre 2008, enero y febrero 2009 frente a octubre, noviembre, diciembre 2009, enero y febrero 2010, ¿había crecido?  
NO 21%. SÍ 79%.

La percepción sobre el número de unidades vendidas por parte del farmacéutico era más bajo que los datos estadísticos reales de su farmacia.

El número total de envases vendidos a través de las oficinas de farmacia, según datos del IMS, comparando el último trimestre de 2008, cuando aún no era de venta libre, y de 2009, con el cambio de estatus ya producido, arroja los datos que se presentan en la tabla 3.

Es decir el número de unidades vendidas en las oficinas de farmacia se ha multiplicado casi por tres, pero para poder sacar conclusiones habrá que esperar a conocer los datos al año de su aprobación como fármaco sin receta. La situación en las farmacias es de normalidad en la mayoría de ellas, aunque hay un pequeño porcentaje que dice no dispensarla y que ha aumentado ahora que no se precisa receta. La medida no gustó y una gran parte de los farmacéuticos, aunque dispensan el medicamento, dicen seguir sin estar de acuerdo con que no sea prescrita por un médico.

SEFAC elaboró una guía práctica de dispensación que pretende facilitar la labor de los farmacéuticos en la dispensación, buscando, dentro de lo que es el uso racional del medicamento, una correcta indicación, efectividad y seguridad del levonorgestrel, en este momento en que en la mayoría de los casos va a ser el único profesional sa-

nitario con el que toma contacto la usuaria.

Además de las consideraciones científicas o farmacológicas, en la guía se plantearon determinadas consideraciones éticas, fundamente el papel del levonorgestrel en la implantación del cigoto y la dispensación a adolescentes. La información técnica es la que aporta la ficha técnica del medicamento. Existen dos presentaciones comercializadas, *Norlevo* (Chiesi España) y *Postinor* (Medimpex SL), ambas con 1,5 mg de levonorgestrel, en un sólo comprimido. Los puntos más importantes en la dispensación, al igual que en cualquier otro medicamento, es asegurarse de la seguridad y eficacia, siguiendo el procedimiento habitual.

La eficacia del levonogestrel disminuye con el tiempo, debe tomarse de preferencia dentro de las primeras doce horas después de haber mantenido relaciones sexuales con penetración y sin protección y hasta las 72 horas.

En cuanto a la seguridad, se considera un medicamento seguro con apenas contraindicaciones o interacciones y efectos secundarios que desaparecen pronto y son poco frecuentes.

En cualquier caso hay que dar a la usuaria la información precisa, incidiendo en que se trata de un método de urgencia, que es menos eficaz que los anticonceptivos habituales e informando sobre otras alternativas anticonceptivas o derivando a un especialista.

**Ulipristal:** pocos meses después de aprobarse el paso del levonorgestrel a libre dispensación, salió al mercado un nuevo anticonceptivo de urgencia, el *Ellaone*, 30 mg de ulipristal, que re-

quiere prescripción médica para su dispensación. Se trata de un anticonceptivo de urgencia efectivo durante 120 horas. Aunque parece ser tan seguro como el levonorgestrel, hasta que no pase un tiempo no se podrá valorar con certeza.

### MÉTODOS DE BARRERA

Consisten en la interposición de barreras mecánicas o químicas que impidan el acceso de los espermatozoides al útero. El preservativo masculino es el método anticonceptivo más utilizado en España. Tiene menos efectividad que los AHO, pero presenta la ventaja de proteger frente a las enfermedades de transmisión sexual. Elaborados generalmente con látex, las personas alérgicas a esta sustancia deben evitar su uso. Existen alternativas elaboradas con poliuretano.

El doble método, es decir, la utilización de preservativo por el hombre y de un método de alta eficacia por la mujer, generalmente AHO, está siendo recomendado por los especialistas. Se consigue una eficacia muy elevada y la protección frente a enfermedades de transmisión sexual. Su implantación es lenta, pero va en aumento, del 0,4% en 2007 al 1,5% en 2009.

El preservativo femenino tiene un uso muy residual en nuestro país, el capuchón cervical y el diafragma no se comercializan.

### ANTICONCEPTIVOS ESPERMICIDAS

Esponjas contraceptivas, óvulos y cremas suponen una protección adicional útil pero no confieren una protección adecuada si se utilizan solos, excepto cuando la fertilidad está disminuida. Resultan idóneos para su uso con los métodos de barrera. Tienen dos componentes: un espermicida y un vehículo que, por sí mismo, puede ejercer cierto efecto inhibidor de la actividad de los espermatozoides.

Los más utilizados son el nonoxinol-9 (nonilfenoxipolioxietilén-etanol), el cloruro de benzalconio y otros agentes surfactantes o iónicos. Los espermicidas penetran la membrana lipoprotéica del espermatozoide, aumentan su permeabilidad y provocan pérdida irreversible de su motilidad. Disminuyen la incidencia de infecciones vaginales. Pueden ocasionar reacciones alérgicas locales e irritación. Se ha descrito un

ligero aumento del riesgo de anomalías congénitas, pero este extremo está sin confirmar.

Es probable que productos como la vaselina o las especialidades oleosas para la vagina y el recto dañen los preservativos y los diafragmas confeccionados con látex y reduzcan su eficacia como método anticonceptivo de barrera y para la protección de las enfermedades de transmisión sexual. No hay pruebas de que los productos espermicidas dañen los preservativos y los diafragmas de látex.

El papel del farmacéutico en la venta de este tipo de anticonceptivos se va a basar fundamentalmente en la educación sanitaria, explicando su uso para evitar que por desconocimiento del usuario/a se pueda llegar a producir un embarazo no deseado.

Los métodos anticonceptivos basados en la abstinencia periódica consisten en no tener relaciones sexuales con penetración en los días considerados fértiles, es decir los días próximos a la ovulación. Para saber cuales son estos días fértiles hay varios métodos: Ogino (método del ritmo o del calendario), Billings (método del moco cervical), temperatura basal (la ovulación puede ser determinada a partir de los cambios en la temperatura basal corporal de la mujer) o el método sintotérmico que combina algunos de los anteriores.

Como anécdota, decir que el termómetro basal para la toma de la temperatura utilizado anteriormente llevaba mercurio por lo que se ha retirado hace unos meses. Su peculiaridad consistía en cubrir solo el rango de temperaturas entre 35 y 39ª y medir con mayor precisión las décimas. En la actualidad, se recomienda el uso de termómetros digitales.

Estos métodos son poco recomendables por su baja eficacia, y así hay que hacérselo saber a la usuaria que demanda información, ofreciendo otras posibles alternativas. **FC**

### BIBLIOGRAFÍA

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Medicamentos. Madrid: CONGRAL; 2010.

Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica. Barcelona: Pharma Editores; 2003.

Stockley IH. Interacciones farmacológicas. Barcelona: Pharma Editores; 2009.

Flórez J. Farmacología humana. 5ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.

Guía práctica de actuación en la dispensación de la píldora poscoital o anticoncepción de urgencia [Monografía en Internet]. Sociedad Española de Farmacia comunitaria (SEFAC), 2009. Disponible en: [http://www.sefac.org/files/documentos\\_sefac/documentos/guiapddsefacfinal.pdf](http://www.sefac.org/files/documentos_sefac/documentos/guiapddsefacfinal.pdf).

Satué E. Guía práctica de actuación en la dispensación de la píldora poscoital o anticoncepción de urgencia (AU). Farmacéuticos Comunitarios 2009; 1(3): 106-112.

Molinero Crespo AM, de Diego Martínez C, Esteso P, García Valiente P, González A, Méndez Mora-Figueroa P, et al. Características de la utilización de anticonceptivos hormonales orales a través del servicio de dispensación en la farmacia comunitaria. Farmacéuticos Comunitarios 2010; 2(2): 56-61.

VI Encuesta Bayer Schering Pharma de Anticoncepción en España 2009 [Monografía en Internet]. Equipo Daphne. Disponible en: <http://www.pildoraymujer.com/pdf/VIEncuestaanticoncepcionBSP2009.pdf>.

Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008. ISBN 978-84-694-1243-4.

Panel de Consenso. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.

Real Decreto 1910/1984 de 26 de septiembre de receta médica. Boletín Oficial del Estado, nº 259 (29-10-1984).