

■ ORIGINAL

Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria.

Study of the adverse reactions of hormonal contraceptives from the community pharmacy.

Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

¹Farmacia comunitaria

ABREVIATURAS:

AH (Anticonceptivos Hormonales); IMC (Índice de Masa Corporal); PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos); RNM (Resultados Negativos de la Medicación); OR (Odds Ratio); IC (Intervalo de Confianza); EE (Etinilestradiol); E (Estradiol).

RESUMEN

Introducción: Los anticonceptivos hormonales (AH) son medicamentos muy efectivos y seguros; sin embargo, debido al elevado número de usuarias, se vigila constantemente su seguridad.

Objetivos: Conocer las características de las usuarias de AH, de la prescripción y uso del AH; investigar la percepción de seguridad de la usuaria sobre el AH utilizado en la actualidad, determinar los factores de riesgo, enfermedades, medicación habitual e identificar Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal mediante un cuestionario no validado, administrado por el farmacéutico durante los meses de Febrero a Julio de 2013. Solamente participaron en el estudio las usuarias de AH que acudían a la farmacia demandando un AH.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 143 mujeres participaron en el mismo. Al 31,5% no le iba bien el tratamiento y el 30,8% experimentó al menos una reacción adversa (ganancia de peso, cefaleas, manchados irregulares, náuseas, etc.). El 52,5% de las usuarias presentaba factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular. Durante el estudio se detectaron posibles PRM casi en el 20% de las usuarias.

Conclusiones: Casi una de cada tres usuarias experimentó al menos una reacción adversa con el AH en uso. Las reacciones adversas que refirieron fueron leves y transitorias. Más de la mitad de las usuarias presentaba factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular.

El farmacéutico debe responsabilizarse de la farmacoterapia del paciente, seguir los tratamientos con el fin de detectar PRM y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Anticonceptivos hormonales; reacciones adversas; estudio transversal; farmacia comunitaria.

Fecha de recepción: 13/03/14 **Fecha de aceptación:** 30/05/14

Correspondencia: L. García Sevillano
Correo electrónico: sevillanolg@hotmail.com

Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

ABSTRACT

Background: Hormonal contraceptives (HC) are very effective and safe. Nevertheless, their safety is constantly monitored due to the high number of users

Aims: To find out the characteristics of HC's users, the prescription and the HC use; to investigate the user's perception of safety of the HC she currently uses; to determine the risk factors, diseases, and regular medication; to identify Problems Related to the Medicines (PRM).

Methods: A cross-sectional study was conducted through a non-validated questionnaire, which was administered by the pharmacist from February to July, 2013. Only took part in the study the HC users who came to the pharmacy asking for a HC.

Results: During the study period, 143 women took part on it. The treatment did not work for 31.5% of them and 30.8% experienced at least, an adverse reaction (weight gain, headaches, irregular spotting, nausea, etc.). 52.5% of the users presented risk factors to suffering a cardiovascular event. During the study possible PRM were detected almost in 20% of the users.

Conclusions: Nearly one in every three users experienced at least, an adverse reaction with the HC in use. The adverse reactions reported were mild and transient. More than half of the users presented added risk factors to suffer a cardiovascular event.

The pharmacist has to take responsibility for the patient's pharmacotherapy and follow the treatments in order to detect PRM and improve their quality of life.

Key words: Hormonal contraceptives, adverse reactions; cross-sectional study; community pharmacy.

Introducción

Los anticonceptivos hormonales (AH) son medicamentos muy efectivos y seguros; sin embargo, debido al elevado número de usuarias, en su mayor parte mujeres sanas, se vigila constantemente su seguridad¹. Los anticonceptivos hormonales (AH)² protegen frente a un embarazo no deseado, aunque también pueden utilizarse para regular ciclos menstruales alterados, hirsutismo y acné femeninos, entre otros³. A comienzos de esta década, han ido apareciendo nuevas formas farmacéuticas como el anillo vaginal y el parche transdérmico que cada día se utilizan más en anticoncepción^{4,6}. La reducción progresiva de la dosis de estrógeno (hasta 10 µg/día), ha conseguido además de disminuir el riesgo de enfermedad tromboembólica⁷, que efectos secundarios como náuseas, vómitos, mastalgia y cefaleas sean menores^{8,9}. Las principales novedades en anticoncepción¹⁰ son la introducción del valerato de estradiol como componente estrogénico y la drospirenona como progestágeno. Además se han establecido nuevos regímenes de administración oral de anticonceptivos, que incluyen períodos de descanso más cortos (menstruaciones más cortas, con menor flujo menstrual y menor riesgo de aparición de quistes ováricos), así como regímenes continuos de administración del anticonceptivo¹¹.

Los objetivos de este estudio fueron: conocer el AH solicitado, características de las usuarias [edad, índice de masa corporal (IMC), situación fisiológica, tiempo que llevaban usando el AH], prescriptor del AH, fin con que lo utilizó, si sabía cómo utilizarlo, investigar la percepción de seguridad del AH en uso (si le va bien, efectos adversos); determinar los factores de riesgo, enfermedades, medicación habitual e identificar Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) para intentar prevenir posibles Resultados Negativos de la Medicación (RNM) según las indicaciones de FORO¹².

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante un cuestionario no validado, administrado por el farmacéutico. Este estudio se llevó a cabo durante los meses de Febrero a Julio de 2013. Se incluyeron a todas aquellas usuarias de AH que acudían a dos farmacias comunitarias de Valladolid a retirar un envase de AH. Se excluyeron del estudio a las adolescentes menores de 16 años que no acudieran con la correspondiente prescripción médica y aquellas pacientes con alguna discapacidad o enfermedad mental que les incapacitase para responder a las preguntas del farmacéutico. Para poder participar en el estudio las usuarias nos dieron el consentimiento verbal.

Los factores estudiados y recogidos en el cuestionario fueron los siguientes:

- Tipo de AH solicitado.
- Edad, IMC, situación fisiológica especial.
- Facultativo que prescribió el AH.
- Fin con que lo utilizó (anticonceptivo, regulador hormonal).
- Si lo utilizó por primera vez y sabía cómo utilizarlo.
- Tiempo que llevaba usándolo.
- Si le iba bien. En este apartado se recogió la percepción de seguridad del tratamiento con el AH en uso (Sí o No), ya que podía ocurrir que le fuese bien y presentase algunas reacciones adversas leves que pudiesen pasar inadvertidas para la paciente.
- Efectos adversos. Se le preguntó a la paciente si presentaba alguna de las reacciones adversas de un listado con las reacciones adversas más frecuentes descritas en las fichas técnicas de los AH y además se recogieron otras reacciones adversas referidas por las pacientes que eran menos frecuentes. En el caso de algunas reacciones adversas como por ejemplo cefalea, se le preguntó a la paciente si antes de iniciar el tratamiento con el AH, la había padecido previamente. En caso afirmativo, dicha reacción adversa no se atribuiría al uso del AH. No se investigó la relación entre padecer un determinado efecto adverso y el AH, solamente se registraron aquellos efectos adversos que la paciente atribuía al AH en uso.
- Factores de riesgo o enfermedades (tabaquismo, migraña, hipertensión, etc.).
- Medicación que tomaba.

Los AH se distribuyeron en grupos o generaciones de acuerdo al progestágeno que contenían: 2^a generación (levonorgestrel); 3^a generación (gestodeno, desogestrel, norgestimato, norelgestromina, etonogestrel); 4^a generación (drospirenona, acetato de nomegestrol); antiandrogénicos (acetato de ciproterona, acetato de clormadinona, dienogest)¹³

La dispensación de AH^{14,15} se realizó según la metodología recogida en el documento FORO de atención farmacéutica (Figura 1)¹². La detección de PRM durante la dispensación se apoyó en el programa BOT plus¹⁶, integrado en los programas de gestión.

Dispensación

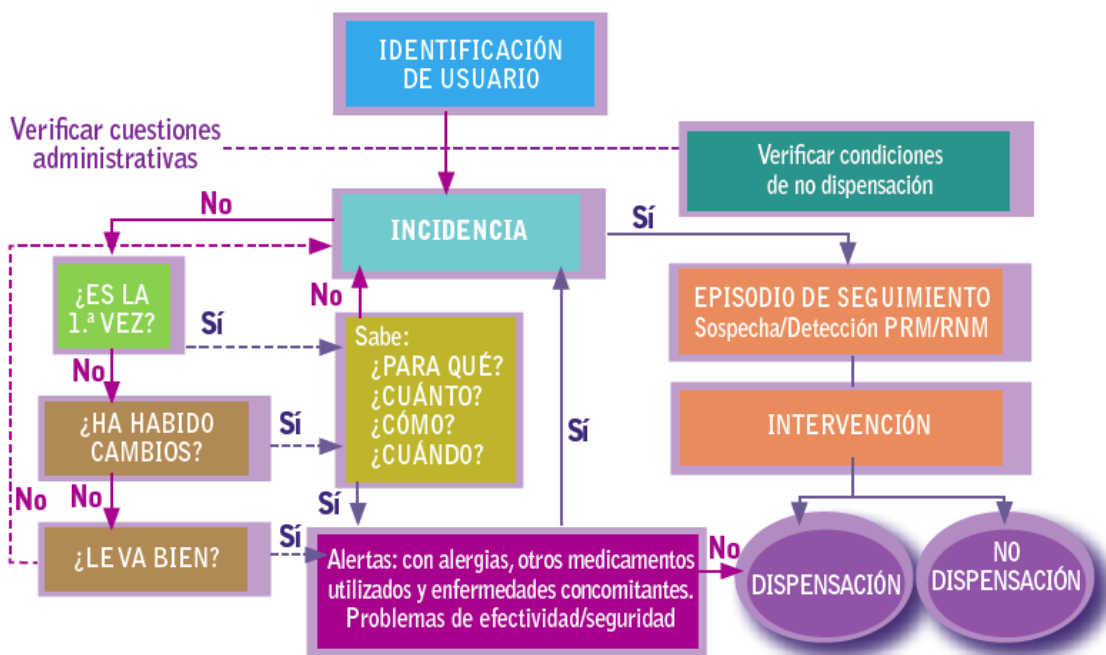


Figura 1. Procedimiento para el servicio de dispensación.

El tratamiento de los datos y análisis estadístico se efectuó con el programa estadístico SPSS versión 19.0 para Windows. Aquellos valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos. Las variables cuantitativas se presentan con la media y la desviación típica y las cualitativas según su distribución de frecuencias. Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson, se analizó la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 fuese mayor de un 20%, se utilizó el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman según el caso. Se efectuó un análisis de regresión logística multivariante con aquellas variables que resulten estadísticamente significativas en los análisis previos.

Resultados

Durante el período de estudio 156 mujeres solicitaron la dispensación del AH en cualesquiera de las farmacias comunitarias (13 no respondieron al cuestionario); de las cuales, 143 dieron el consentimiento para participar en el estudio.

Los AH dispensados se recogen en la figura 2. La forma farmacéutica más utilizada fue el comprimido ($n=112$; 78,3%), seguida del anillo vaginal ($n=26$; 18,2%) y del parche transdérmico ($n=5$; 3,5%). Los AH clasificados en función de la composición del progestágeno fueron el 3,5% ($n=5$) de segunda generación, el 37,1% ($n=53$) de tercera generación, el 44,1% ($n=63$) de cuarta generación y el 15,4% ($n=22$) del grupo de los antiandrogénicos.

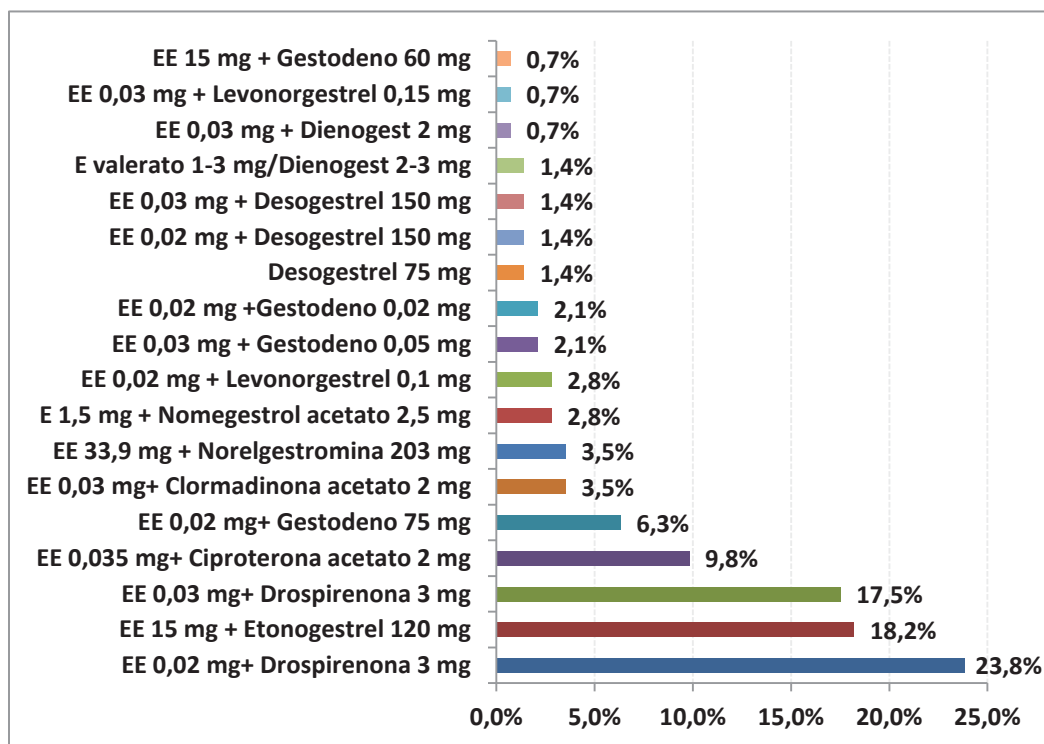
Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

Figura 2. AH dispensados en las farmacias comunitarias (E: Estradiol, EE: Etinilestradiol).

Las características de la muestra se presentan en la tabla 1. La edad media de las usuarias fue de $29,5 \pm 6,9$ años (mínima 19 años, máxima 49 años).

Características	Frecuencia (%)
Edad en años (media \pm SD)	(29,5 \pm 6,9)
14-23	30 (21,0)
24-34	77 (53,8)
35-50	36 (25,2)
IMC en Kg/m ² (media \pm SD)	21,9 \pm 2,7
<18,5	11 (7,7)
18,5-24,9	118 (82,5)
25,0-29,9	11 (7,7)
\geq 30,0	3 (2,1)
Situación fisiológica especial	
Lactancia	2 (1,4)
Tiempo en uso en meses (media \pm SD)	31,2 \pm 42,4
0	8 (5,6)
0-6	38 (26,6)
7-18	35 (24,5)
>18	62 (43,4)

Tabla 1. Características de la muestra.

Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

El AH fue prescrito por el ginecólogo (n=99; 69,2%), por el médico de cabecera (n=39; 27,3%) y aconsejada por familiares/ amigos (n=5; 3,5%). Las usuarias lo utilizaron con fin anticonceptivo (n=88; 61,5%), como regulador hormonal (n=26; 18,2%) ó con ambos fines (n=29; 20,3%).

El 94,4% (n=135) de las usuarias refirió haber utilizado el AH en al menos otra ocasión y el 98,6% (n=141) de éstas sabía cómo utilizarlo.

De la muestra estudiada, 45 mujeres (31,5%) respondieron que no les iba bien el tratamiento con el AH.

En la figura 3 se muestran los efectos adversos en función del tiempo que llevaban usando el AH. Según la prueba de chi-cuadrado, solamente las náuseas [(n=5; 3,5% para tiempo en uso entre 0-6 meses); (n=1; 0,7% para tiempo en uso entre 7-18 meses) p= 0,01] y cefaleas [(n=11; 7,7% para tiempo en uso entre 0-6 meses); (n=3; 2,1% para tiempo en uso entre 7-18 meses); (n=5; 3,5% para tiempo en uso mayor a 18 meses) p=0,01] mostraron una asociación estadísticamente significativa con la variable “tiempo en uso del AH”. Según el modelo de regresión logística binaria, la Odds-Ratio (OR) [náuseas/tiempo en uso] fue igual a 0,4 [Intervalo de confianza (IC) 95%; 0,2-0,9]; p=0,03 y la OR (cefaleas/tiempo en uso) fue igual a 0,6 [IC 95%; 0,4-1,1]; p=0,08.

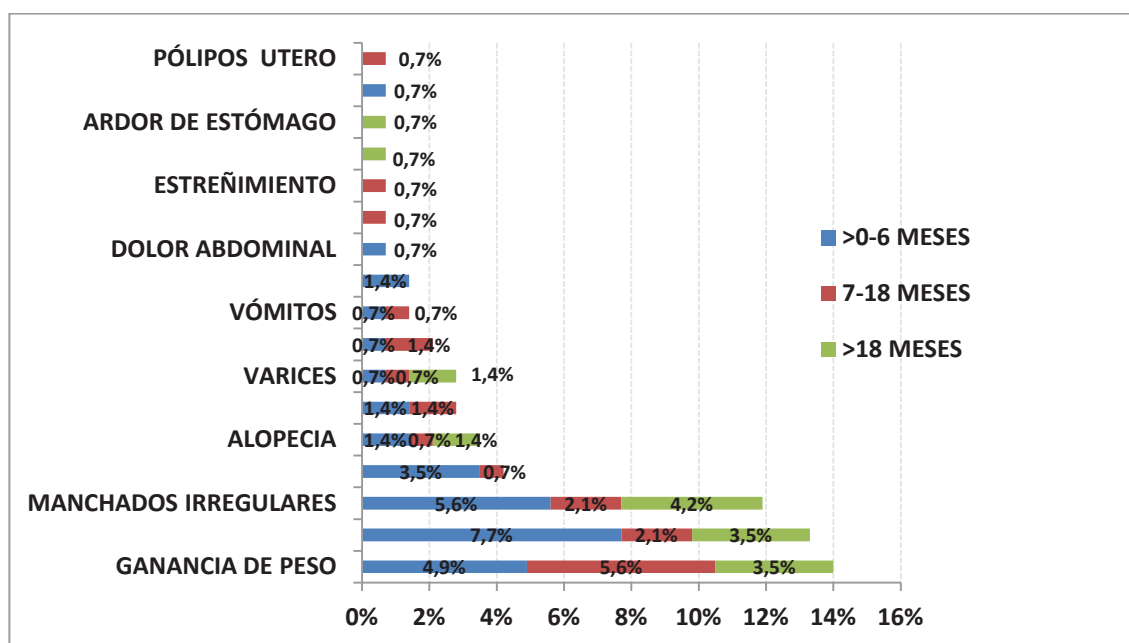


Figura 3. Efectos adversos en función del tiempo que llevan utilizando el AH.

En la figura 4 se muestran los efectos adversos en función de la composición del AH. El 15,4% de las usuarias presentó algún efecto adverso asociado al grupo de AH antiandrogénicos; el 3,5% asociado a los de segunda generación; el 22,4% asociado a los de tercera generación y el 21,0% a los de cuarta generación. Solamente se observó una asociación estadísticamente significativa entre la variable “vómitos como efecto adverso” y los grupos de AH en función de la composición química [(n=1; 0,7%; antiandrogénicos); (n=1; 0,7%; segunda generación); p= 0,001].

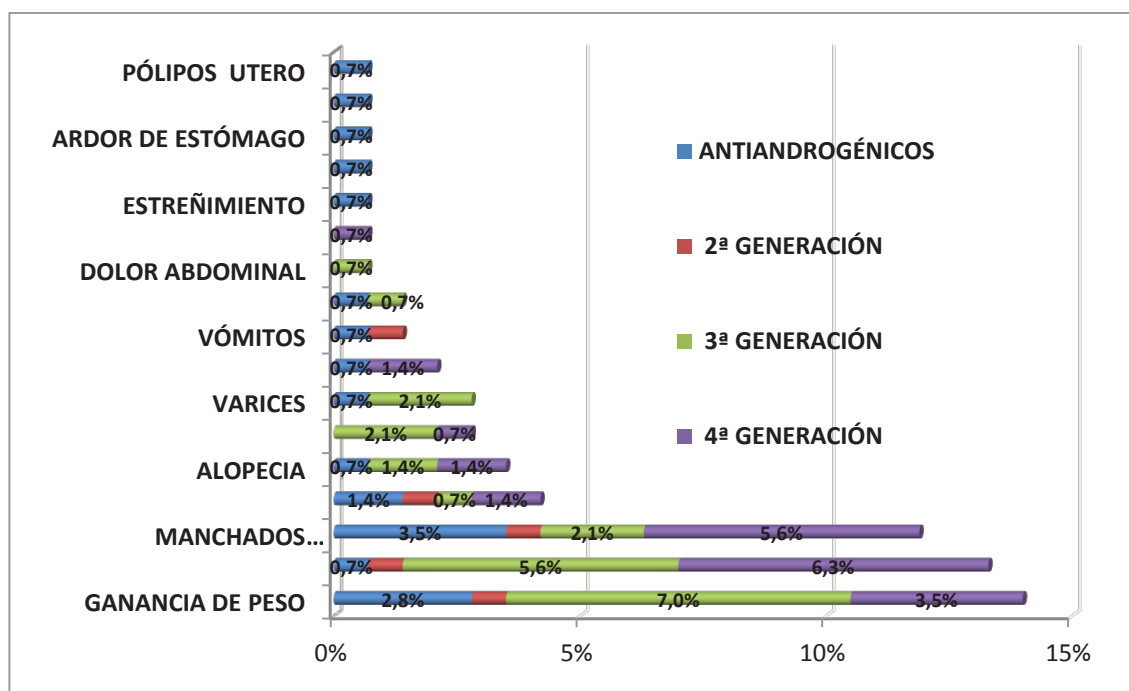
Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

Figura 4. Efectos adversos en función de la composición del AH.

Los factores de riesgo/enfermedades de las usuarias se ilustran en la figura 5. Más de un tercio de las usuarias (n=48; 33,6%) fumaba tabaco ($7,8 \pm 4,6$ cigarrillos/día) durante la realización del estudio. Tres mujeres (2,1%) tenían más de 35 años y fumaban más de 15 cigarrillos/día. Solamente hubo una asociación estadísticamente significativa entre el tabaco y las náuseas como efecto adverso [(n=5; 3,5%, fumadores); (n=1; 0,7%, no fumadores); p= 0,01] y entre el tabaco y dismenorrea (n=2; 1,4%; fumadores; p= 0,05). Dos mujeres (1,4%) de más de 35 años de edad tenían migraña. Ocho mujeres (5,6%) tenían hipertensión y de las cuales dos tenían más de 35 años. El 52,5% (n=75) de las usuarias presentaba factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular (tabaquismo, sobrepeso/obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia o migraña).

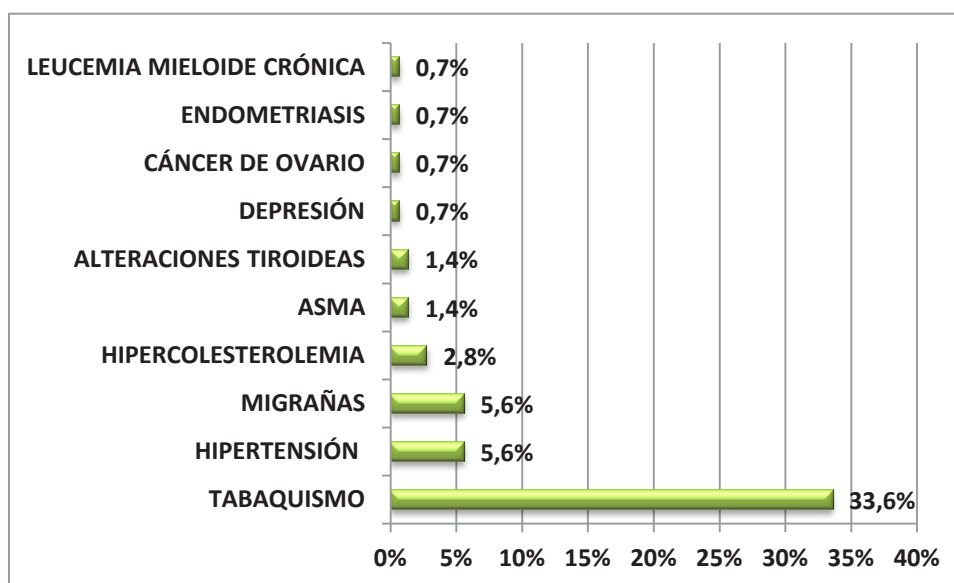


Figura 5. Factores de riesgo/enfermedades de las usuarias de AH.

Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

La mayor parte de las usuarias (n=129; 90,2%) no tomaba habitualmente otra medicación. Los medicamentos más utilizados fueron: antihistamínicos (n=3), antimigrañosos (n=2), antihipertensivos (n=2) y otros como antidepresivos, antiepilépticos, inhibidores de la bomba de protones, ácido fólico, calcio, valeriana y levotiroxina.

Durante la dispensación se detectaron posibles PRM: una interacción potencialmente importante entre el AH combinado y topiramato con posible reducción de los niveles del estrógeno¹⁷; cinco contraindicaciones absolutas (mujeres de más de 35 años, fumadoras de más de 15 cigarrillos/día y/o con migraña); veintiuna contraindicaciones relativas (siete mujeres de más de 35 años y fumadoras de menos de 15 cigarrillos/día; seis mujeres con migraña y menores de 35 años; ocho mujeres hipertensas de las cuales dos tenían más de 35 años y dos mujeres con hipercolesterolemia mayores de 35 años y una de ellas obesa).

En el caso de interacciones importantes así como en el caso de presentar una contraindicación absoluta, se derivó a las usuarias al ginecólogo para que valorase el cambiar de método anticonceptivo. En el caso de las contraindicaciones relativas, se les ofreció el servicio de seguimiento farmacoterapéutico e información personalizada para tratar de paliar o minimizar el riesgo de sufrir tromboembolismo venoso o prevenir potenciales RNM. En todos los casos se les ofreció educación sanitaria y la información necesaria para el uso correcto del AH.

Discusión

El principal hallazgo de nuestro estudio fue que el 30,8% de las usuarias de AH experimentó al menos una reacción adversa a los mismos.

Los 3 AH más dispensados durante el estudio fueron Etinilestradiol (EE) 0,02mg+Drospirenona 3 mg (23,8%); EE 15µg+Etonogestrel 120 µg(18,2%) y EE (0,03 mg+Drospirenona 3 mg (17,5%); al igual que en otro estudio llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Valladolid¹⁸. Aunque el riesgo de tromboembolismo venoso es mayor para los AH combinados con drospirenona como progestágeno en comparación con los que llevan progestágenos de 2ª generación, este riesgo es muy bajo^{13,19}. No obstante se deben valorar los factores de riesgo de tromboembolismo venoso antes de iniciar un tratamiento y durante el mismo, para que junto con la mujer se elija el AH más adecuado para ella^{1,11}.

La forma farmacéutica más utilizada fue el comprimido (n=112; 78,3%), seguida del anillo vaginal (n=26; 18,2%) y del parche transdérmico (n=5; 3,5%). Estos resultados son similares a los de otros estudios en farmacia comunitaria en España predominando los AH de administración vía oral, seguidos del anillo vaginal y parche transdérmico^{18,20,21}. En un trabajo realizado en la Universidad de Antioquía (Colombia) la vía oral (53,0%) sigue siendo la más utilizada, seguida del uso de AH en inyectables (28,9%), implantes transdérmicos (10,9%) y dispositivos intrauterinos (4,9%)²². En otro estudio realizado en un hospital mexicano (módulo de planificación familiar) la mayoría de las usuarias utilizaba AH mediante implantes subdérmicos (56,8%), seguidos de los AH orales (23,1%) e inyectables (20,1%)²³.

En nuestro estudio el anillo vaginal solía ser utilizado más comúnmente por el grupo de mujeres de mayor edad (25-35 años); lo cual concordó con las preferencias de métodos anticonceptivos en clínicas ginecológicas por las usuarias lituanas⁵.

La edad media de las usuarias en nuestro estudio (29,5 ±6,9 años) fue similar a la de otros estudios realizados en farmacia comunitaria en España (27,9±5,9)¹⁸; (28,0±6,4)²⁰; (31,2±5,7)²¹. En otros trabajos llevados a cabo en otros países latinoamericanos la edad media fue inferior (23,7 años, módulo de planificación familiar)²³; (21,3 años; uni-

Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

versidad)²²; esto podría deberse a las diferencias en cuanto a la pirámide de población o bien en cuanto al lugar donde se realizó el estudio (farmacia comunitaria, centro de planificación familiar, universidad, clínicas ginecológicas). En un estudio intercontinental la edad media en años ($34,7 \pm 5,7$) de las usuarias españolas fue ligeramente superior, lo cual se podría explicar por los criterios restrictivos de inclusión en el estudio (edad: 25-45 años)²⁴.

El AH fue prescrito mayoritariamente por el ginecólogo ($n=99$; 69,2%) al igual que en otros estudios realizados en la farmacia comunitaria (59,2%)¹⁸. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje de usuarias (3,5%) que no había acudido a un profesional sanitario para su asesoramiento y elección del AH en uso. Debemos proporcionarles información personalizada y recomendarles que acudan al ginecólogo para su seguimiento y valoración.

Las usuarias lo utilizaron con fin anticonceptivo ($n=88$; 61,5%), como regulador hormonal ($n=26$; 18,2%) ó con ambos fines ($n=29$; 20,3%). Estos resultados son similares a los obtenidos en una farmacia comunitaria de Zaragoza (anticonceptivo: 56,8%; otros problemas hormonales: 20,3% y con ambos fines: 18,9%)²⁰.

El 94,4% de las usuarias no iniciaba tratamiento con el AH por primera vez, resultado similar al obtenido en una farmacia comunitaria de Valladolid (98,3%)¹⁸ y de valor superior al encontrado en farmacias comunitarias de Madrid (69,6%)²⁵ y de Zaragoza (83,6%)²⁰.

El 98,6% de las usuarias sabía cómo utilizar el AH. Este resultado fue próximo al descrito en las farmacias comunitarias de Madrid (97,2%)²⁵ y en una farmacia comunitaria de Valladolid (90,0%)¹⁸.

Las reacciones adversas más frecuentes fueron: ganancia de peso, cefaleas, manchados irregulares, náuseas y alopecia (figura 3). Muchos de los efectos adversos como náuseas, cefaleas, manchados irregulares, etc. suelen disminuir con el uso continuado del mismo método AH²⁶. El efecto adverso más frecuente en nuestro estudio fue la ganancia de peso (14,0%) aunque solamente el 9,8% del total de usuarias presentaba sobrepeso/obesidad. No existen estudios de alto grado de evidencia que relacionen el uso de estos AH y la ganancia de peso²⁶.

El segundo efecto adverso más frecuente fue la cefalea (13,3%). Este porcentaje fue similar (13,6%)¹⁸; ligeramente inferior (21,1%)²² y bastante inferior (37,7%)²³ al de estudios anteriores. Estas diferencias podrían explicarse por las diferencias en los métodos anticonceptivos y edad de las usuarias. Las cefaleas originadas por los AH orales tienen lugar en los primeros ciclos de tratamiento y tienden a mejorar o desaparecer con el uso continuado^{11,27}.

En nuestro estudio, los manchados irregulares (11,9%) también fueron más frecuentes en aquellas mujeres que llevaban menos tiempo con el AH²⁶ y en las usuarias de AH de 4ª generación. Este porcentaje fue semejante al obtenido con las universitarias de Antioquía (10,6%)²² y ligeramente superior al obtenido en una farmacia comunitaria de Valladolid (6,8%)¹⁸.

Aproximadamente un tercio de las usuarias de AH (33,6%) eran fumadoras a pesar de estar desaconsejado el tabaco por el incremento del riesgo cardiovascular y las posibilidades de sufrir tromboembolismo²¹. Este porcentaje es similar al de estudios previos (28,3%)¹⁸; (30,4%)²⁰; (32,2%)²⁵; (34,0%)²¹ e inferior al de las farmacias de Sevilla (48,0%)²⁸; posiblemente ya que el estudio se realizó anteriormente a la entrada de la ley antitabaco en España²⁹.

Después del tabaquismo, las enfermedades más prevalentes en nuestro estudio fueron la migraña (5,6%), hipertensión (5,6%) e hipercolesterolemia (2,8%). En otro estudio realizado en una farmacia comunitaria de Valladolid¹⁸, las enfermedades más comunes referidas por las usuarias fueron las infecciones genitourinarias (15,8%); seguidas de problemas con la circulación sanguínea (10,0%) e hipercolesterolemia (3,3%).

En general la mayor parte de las usuarias no tomaba otra medicación habitualmente. Todavía existe evidencia limi-

Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

tada entre la aparición de hipertensión y el uso de anticoncepción hormonal combinada³⁰.

El 52,5% (n=75) de las usuarias presentaba factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular (tabaquismo, sobrepeso/obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia o migraña). Este porcentaje fue inferior al encontrado en una farmacia comunitaria en Alicante (69,1%)²¹ y superior al encontrado en otra farmacia comunitaria de Valladolid (43,3%)¹⁸. Estas diferencias se podrían explicar en base a la edad de la muestra estudiada ligeramente superior en la farmacia de Alicante (31,2 años) e inferior en la de Valladolid (27,9 años) y a factores de riesgo/enfermedades no evaluados como migraña y obesidad en el caso de la farmacia de Valladolid.

Cinco mujeres (3,5%) que tenían más de 35 años de edad presentaban una contraindicación absoluta por fumar más de 15 cigarrillos/día o padecer migraña, para el uso del AH. Este resultado es análogo al encontrado en una farmacia comunitaria de Valladolid¹⁸.

Como limitaciones del estudio, cabe mencionar que el tamaño de la muestra fue reducido y que por falta de tiempo no se pudo investigar en profundidad la relación entre una reacción adversa y el AH en uso.

Conclusiones

Los AH más dispensados fueron AH orales que contenían drospirenona como progestágeno, seguidos del anillo vaginal.

El 30,8% de las usuarias experimentó al menos una reacción adversa a los mismos. Las reacciones adversas más frecuentes fueron: ganancia de peso (14,0%); cefaleas (13,3%); manchados irregulares (11,9%), náuseas (4,2%) y alopecia (3,5%).

El 52,5% de las usuarias presentaba factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular (tabaquismo, sobrepeso/obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia o migraña).

Durante el estudio se detectaron posibles PRM como una interacción entre un AH y topiramato, contraindicaciones absolutas (3,5%) y relativas (14,7%) entre otras.

El farmacéutico debe responsabilizarse de la farmacoterapia del paciente y hacer un seguimiento de los tratamientos con el fin de detectar PRM y mejorar su calidad de vida.

Agradecimientos

A Silvia Villagrán Vírseda por su continuo apoyo y dedicación.

A M^a Fe Muñoz por la revisión del análisis estadístico.

A las farmacias comunitarias de I. García Blanco e I. Torío Abad.

Este trabajo ha sido publicado en parte en el VIII Congreso Farmacéutico de Castilla y León.

Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

Bibliografía

1. AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS: CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN DEL RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO. Información para profesionales sanitarios. [acceso 5 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_27-2013-anticonceptivos.pdf
2. SEC: Sociedad Española de Contracepción [Internet]. Grupo de trabajo sobre anticoncepción oral. Manual de anticoncepción hormonal oral. Sociedad Española de Contracepción. [acceso 7 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/aho/aho.php
3. Lete I, Dueñas JL, Serrano I, Doval JL, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al. Actualización en Medicina de Familia. Efectos beneficiosos no anticonceptivos de la píldora anticonceptiva. *Semergen*. 2009; 35(10): 505-510.
4. David PS, Boatwright EA, Tozer BS, Verma DP, Blair JE. Hormonal contraception update. *Mayo Clin Proc*. 2006; 81(7): 949-954.
5. Čepulienė R, Sveikatiėnė R, Gutauskas K, Vanagienė V. Factors influencing women's preference to select a combined hormonal contraceptive method: a cross-sectional survey in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*. 2012; 48(8): 424-430.
6. Alén de la Torre MT, Martínez Leirós M, Pereiro Álvarez MD, Ferreira Meira M, García Merino V. Valoración de las nuevas vías de administración de anticonceptivos hormonales por sus usuarias. *Farmacéuticos comunitarios*. 2010; 2(1): 21-22.
7. Martínez F, AVECILLA A. Combined hormonal contraception and venous thromboembolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2007; 12(2): 97-106.
8. López de Castro F, Lombardía Prieto J. Novedades en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005; 29 (3):57-68.
9. Lee J, Jezewski MA. Attitudes toward oral contraceptives use among women of reproductive age: a systematic review. *ANS Adv Nurs Sci*. 2007; 30(1): 85-103.
10. De la Cuesta Benjumea R, Franco Tejeda C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35(3): 75-87.
11. Marnach ML, Long ME, Casey PM. Current Issues in Contraception. *Mayo Clin Proc*. 2013; 88(3):295-299.
12. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
13. Rott H. Contraception, venous thrombosis and biological plausibility. *Minerva Med*. 2013; 104(2):161-167.
14. Cardo Prats E; Baixauli Fernandez VJ. Dispensación de anticonceptivos orales según el consenso de atención farmacéutica. *Offarm*. 2004; 23 (11): 76-85.
15. Rodríguez Martínez MJ. La anticoncepción desde la farmacia comunitaria. Una visión clínica. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2011; 3(4): 170-176.
16. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT plus. Base de Datos del Conocimiento Sanitario [CD]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2013.
17. Reddy DS. Clinical pharmacokinetic interactions between antiepileptic drugs and hormonal contraceptives. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2010; 3(2): 183-192.
18. García Sevillano L, Lobato Moreno S. Dispensación de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Valladolid. *Ars Pharm*. 2013; 54(2): 12-19.
19. Sidney S, Cheetham TC, Connell FA, Ouellet-Hellstrom R, Graham DJ, Davis D, et al. Recent combined hormonal contraceptives (CHCs) and the risk of thromboembolism and other cardiovascular events in new users. *Contraception*. 2013; 87(1): 93-100.
20. Petruta A, García-Jiménez E, Martínez F, Moreno A. Grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria en Zaragoza. *Ars Pharm*. 2009; 50(1): 1-7.
21. Vela Blanco RM. Tabaquismo y riesgo cardiovascular en usuarias de anticonceptivos hormonales. [master atención farmacéutica]. Granada: Universidad de Granada; 2011.

Luis García Sevillano¹, Esther Arranz Madrigal¹

22. Hincapié-García JA, Quintero-Agudelo M, Gaviria J, Estupiñán-Cabrera H, Amariles P. Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. *Rev CES Med.* 2013; 27(2): 153-162.
23. Carbajal-Ugarte JA, Cárdenas-Blanco A, Pastrana-Huanaco E, López-Berrios D. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 46 (1): 83-87.
24. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reprod Health.* 2013; 10(7): 1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599328/pdf/1742-4755-10-7.pdf>
25. Molinero Crespo AM, de Diego Martínez C, Estes 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.
26. Grossman Barr N. Managing adverse effects of hormonal contraceptives. *Am Fam Physician.* 2010; 82(12): 1499-1506.
27. Loder EW, Buse DC, Golub JR. Headache as a side effect of combination estrogen-progestin oral contraceptives: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3):636-649.
28. Ferrer I, Murillo MD, Machuca M. Determinación del grado de conocimiento y correcta utilización sobre anticonceptivos orales en farmacia comunitaria. *Seguim Farmacoter.* 2003; 1(3): 136-138.
29. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. L. N° 318/2010 (31 diciembre 2010).
30. Steenland MW, Zapata LB, Brahma D, Marchbanks PA, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception.* 2013; 87(5): 611-624.