

Editorial

- » Investigación y conocimiento en Atención Farmacéutica: un binomio inseparable.

Sabater-Hernández D, Faus MJ, Martínez-Martínez F.

Originales

- » In vitro antiatherogenicity of extracts from *Halimeda incrassata* seaweed: antioxidant activity and smooth muscle cell migration studies.

Costa-Mugica A, Batista-González AE, Mondejar D, Soto Y, Brito V, Vázquez AM, Brömme D, Zaldívar-Muñoz C, Mancini-Filho J, Vidal-Novoa A.

- » Dispensación de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Valladolid.

García Sevillano L, Lobato Moreno S.

- » Importancia de los sistemas de información en programas de salud pública: bases de datos de pacientes diabéticos.

Uema SAN, Olivera ME.

- » Cambios en el sistema de distribución de medicamentos en un hogar de ancianos: análisis sobre el consumo de medicamentos y errores de medicación.

Giovagnoli M, Uema SAN, Vega EM

- » Análisis de sistemas bucoadhesivos.

Castán Urbano H, Morales Hernández ME, Clares Naveros B, Calpena Campmany AC, Ruíz Martínez MA

Dispensación de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Valladolid.

Luis García Sevillano¹; Sara Lobato Moreno².

1. Farmacia Juan Antonio Navarro (Valladolid, España); 2. Facultad de Farmacia, Universidad de Salamanca (España).

Original Paper Artículo Original

Correspondence/Correspondencia:

Luis García Sevillano
C/ Bailarín Vicente Escudero, 1 -5º,
47005, Valladolid (España)
E-mail: sevillanolg@hotmail.com

Competing interest / Conflicto de intereses:

Authors declared that there was no conflict of interest associated with this research work.

Fundings / Financiación:

The authors declare that they haven't received funding.

Received: 19.12.2012

Accepted: 18.02.2013

RESUMEN

Objetivos: Conocer los factores de riesgo de las usuarias de anticonceptivos hormonales (AH), AH usado previamente, motivo del cambio de AH referido por la usuaria, AH dispensado, efectos adversos presentados con el último AH utilizado y si olvidó tomar/utilizar el AH de forma correcta.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante un cuestionario ad hoc administrado a las usuarias de AH que acudieron a una farmacia comunitaria de Valladolid.

Resultados: 120 usuarias respondieron al cuestionario. El 43,3% tenía factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular (hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, etc.) y el 3,3%; al menos una contraindicación relativa para su uso. El AH usado previamente en más ocasiones fue "etinilestradiol 35 µg + ciproterona 2 mg comprimidos". Las usuarias cambiaron de AH principalmente por la presencia de efectos adversos. Los AH más dispensados fueron aquéllos que tenían drospirenona como progestágeno. Los efectos adversos más frecuentes fueron cefaleas, ganancia de peso, manchados irregulares y cambios de humor. El 36,4 % de las pacientes reconoció haber olvidado tomar/utilizar el AH de forma correcta y el (29,7%) no sabía que tendría que hacer en caso de olvido.

Conclusiones: Casi la mitad de las usuarias tenía factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular. La usuaria refirió haber cambiado de AH principalmente por los efectos adversos. Los AH más dispensados contenían drospirenona como progestágeno. El 36,4% de las usuarias olvidó tomar/utilizar el AH de forma correcta. Es necesario impulsar campañas educativas multidisciplinarias para mejorar la utilización de estos medicamentos.

PALABRAS CLAVE: Dispensación. Farmacia comunitaria. Anticonceptivos hormonales. Efectos adversos. Cumplimiento de la medicación.

ABSTRACT

Aims: To know the risk factors for users of hormonal contraceptives (HC), HC previously used, reason for the change of HC referred by the user, dispensing HC, adverse effects presented with the last used HC and if she forgot to take/use the HC correctly.

Material and methods: Observational, descriptive, cross-sectional study by means of an administered questionnaire to users who attended a community pharmacy of Valladolid.

Results: 120 users responded to the questionnaire. The 43.3 per cent had risk factors added to suffer a cardiovascular event (hypercholesterolemia, smoking, diabetes, etc.) and the 3.3 per cent had at least a relative contraindication for its use. The HC used previously in most occasions was "cyproterone 2 mg + ethinylestradiol 35 µg tablets". The users changed HC mainly by the presence of adverse effects. The most dispensing HC were those who had as progestin drospirenone. The most common side effects of the HC in use were headaches, weight gain, irregular spots and mood changes. The 36.4 per cent of the patients admitted to having forgotten to take/use the HC correctly and the (29.7 per cent) did not know what they would have to do in case of forgetfulness.

Conclusions: Almost half of the users had risk factors added to suffer a cardiovascular event. The user said that she had changed from HC mainly by adverse effects. The most dispensing HC contained as progestin drospirenone. The 36.4 per cent of the users forgot to take/use the HC correctly. It is necessary to promote multidisciplinary educational campaigns to improve the use of these medications.

KEYWORDS: Dispensing. Community pharmacy. Hormonal contraceptive agents. Adverse effects. Medication adherence.

INTRODUCCIÓN

El uso de métodos anticonceptivos en España¹ por mujeres en edad fértil es de un 79%². El más utilizado por las usuarias es el preservativo (37%) seguido de la anticoncepción hormonal (24%). Los anticonceptivos hormonales (AH)³ protegen frente a un embarazo no deseado, aunque también pueden utilizarse para regular ciclos menstruales alterados, hirsutismo y acné femeninos, entre otros⁴. 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^{5,6,7}. La reducción progresiva de la dosis de estrógeno, ha conseguido que además de disminuir el riesgo de enfermedad tromboembólica⁸, que efectos secundarios como náuseas, vómitos, mastalgia y cefaleas sean menores^{9,10}. Las principales novedades en anticoncepción¹¹ son la introducción del valerato de estradiol como componente estrogénico y la drospirenona como progestágeno. Recientemente algunos AH combinados de última generación, se incluyeron dentro del grupo de los financiados por el Sistema Nacional de Salud como consecuencia del desarrollo de la ley de atención a la salud sexual y reproductiva¹².

Los objetivos de este estudio fueron: conocer las características de las usuarias de AH (edad, factores de riesgo/enfermedades, medicación habitual); de la prescripción del AH y fin con que lo utilizó, tiempo que llevaba usándolo; si sabía cómo utilizarlo, AH usado previamente y el motivo del cambio de AH referido por la usuaria, AH dispensado, efectos adversos presentados con el último AH utilizado y si olvidó tomar/utilizar el AH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante un cuestionario *ad hoc*, administrado a mujeres que acudían a una farmacia comunitaria de Valladolid a retirar un envase de AH.

Este estudio se realizó durante los meses de febrero a junio de 2012. Se incluyeron a todas aquellas usuarias de AH o familiares muy cercanos. 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 le incapacitase para responder a las preguntas del entrevistador. Para poder participar en el estudio las usuarias nos dieron el consentimiento verbal.

El cuestionario que se administró no estaba validado y contenía 15 preguntas. Los factores estudiados fueron los siguientes:

- ✓ Tipo de AH solicitado.
- ✓ Persona que lo retiró (usuaria, familiar).
- ✓ Edad.
- ✓ Facultativo que prescribió el AH.
- ✓ Fin con que lo utilizó (anticonceptivo, regulador hormonal).
- ✓ Si lo utilizó por primera vez y sabía cómo utilizarlo.
- ✓ AH utilizado anteriormente y motivo del cambio del AH referido por la usuaria.
- ✓ Tiempo que llevaba usándolo.
- ✓ Si le iba bien.
- ✓ Efectos adversos.
- ✓ Factores de riesgo o enfermedades.
- ✓ Medicación que tomaba.
- ✓ Olvido de tomar/utilizar el AH y si sabía qué hacer en caso de olvido.

La dispensación de AH¹³ se realizó según la metodología recogida en el documento FORO^{14,15} de atención farmacéutica (figura 1). La detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) durante la dispensación se apoyó en el programa BOT plus¹⁶, integrado en los programas de gestión.

El tratamiento de los datos y análisis estadístico se llevó a cabo con el programa informático de Microsoft Office Excel® 2007.

En las figuras, "OTROS" representó al subgrupo minoritario de efectos adversos, factores de riesgo y AH reemplazados, detallado en el pie de cada figura.

RESULTADOS

Durante el período de estudio 145 sujetos solicitaron la dispensación del AH en la farmacia comunitaria (6 varones fueron excluidos del estudio y 19 mujeres no respondieron al cuestionario). 120 mujeres dieron el consentimiento para participar en el estudio y se cumplimentaron un total de 120 cuestionarios administrados a las usuarias propiamente dichas de AH o familiares directos.

Los AH dispensados se recogen en la tabla 1. Los AH más dispensados en relación con la edad se muestran en la figura 2. La forma farmacéutica más utilizada fue el comprimido (89; 74,2%), seguida del anillo vaginal (25; 20,8%) y del parche transdérmico (6; 5,0%). La propia usuaria (118; 98,3%) solicitó el AH mayoritariamente.

La edad media de las usuarias fue de 27,9 ±5,9 años (mínima 17 años, máxima 44 años). El AH fue prescrito por el ginecólogo (71; 59,2%), por el médico de cabecera (41; 34,2%) y aconsejada por familiares/ amigos (8; 6,7%). La usuaria lo utilizó con fin anticonceptivo (67; 55,8%), como

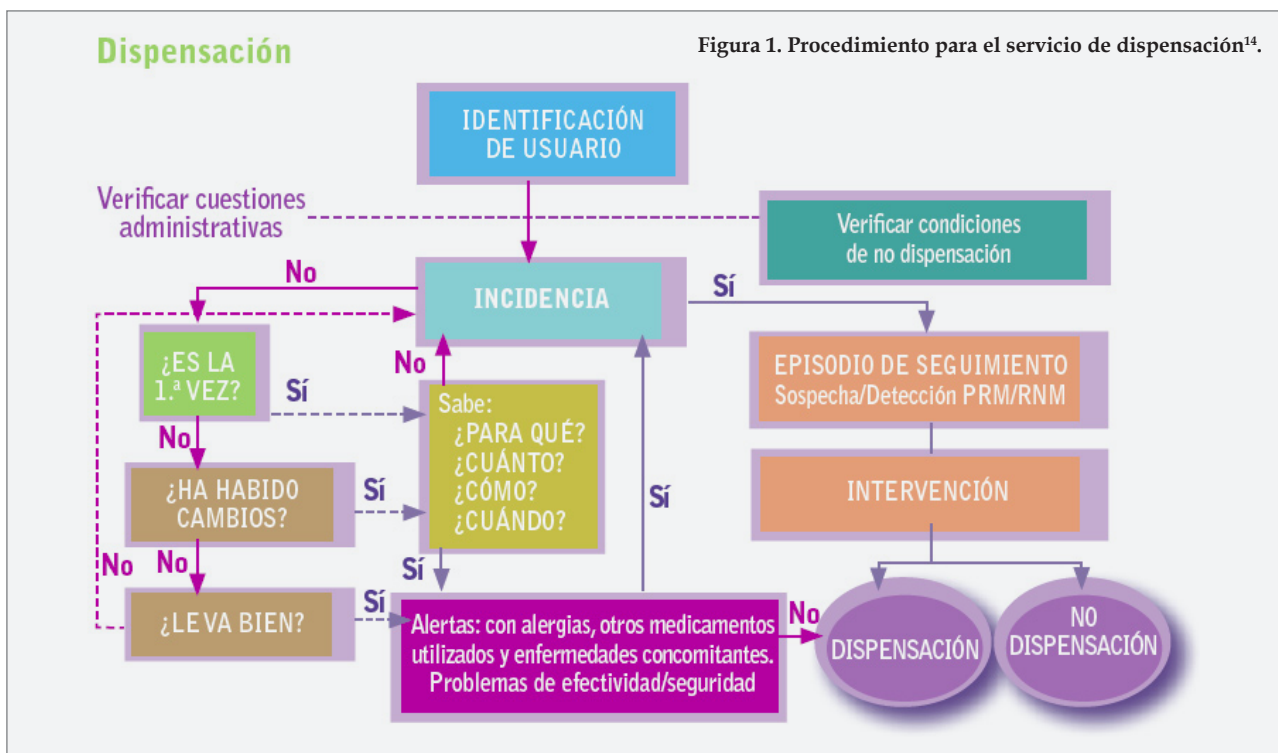
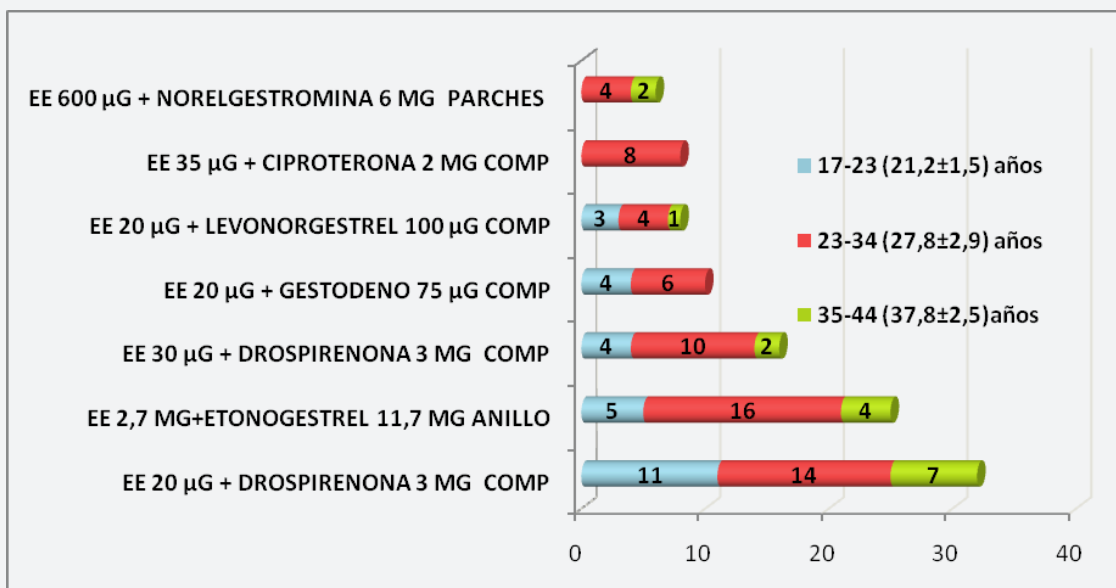


Figura 2. AH más dispensados en la farmacia comunitaria distribuidos por grupos de edades (EE: Etinilestradiol).



regulador hormonal (34; 28,3%) ó con ambos fines (19; 15,8%).

118 (98,3%) usuarias refirieron haber utilizado el AH en al menos otra ocasión y el 90,0% de éstas (108) sabía cómo utilizarlo. La paciente llevaba utilizando el AH un tiempo de entre 1-3 años (50; 42,4%), más de 3 años (43; 36,4%) y menos de 1 año (24; 20,3 %).

El 6,7% (8) manifestó que el medicamento le iba mal. Se detectaron 8 situaciones de riesgo de resultados negativos

asociados a la medicación por inseguridad no cuantitativa relacionada con los factores de riesgo que presentaban las pacientes para sufrir tromboembolismo venoso (TEV): hipercolesterolemia (2 pacientes con colesterol elevado y mayores de 35 años), problemas de circulación (3 pacientes de las cuales 2 eran fumadoras y tenían más de 35 años), tabaquismo (3 pacientes fumadoras y mayores de 35 años y de las cuales 2 presentaban problemas circulatorios). Además otra mujer era diabética tipo I y otra tenía antecedentes familiares de ictus por el uso de

Tabla 1. Anticonceptivos hormonales dispensados durante el estudio y su frecuencia n (%).

ANTICONCEPTIVO HORMONAL	Frecuencia: n (%)
ETINILESTRADIOL 20 µG + DROSPIRENONA 3 MG COMP	32 (26,7%)
ETINILESTRADIOL 2,7 MG+ETONOGESTREL 11,7 MG ANILLO	25 (20,8%)
ETINILESTRADIOL 30 µG + DROSPIRENONA 3 MG COMP	16 (13,3%)
ETINILESTRADIOL 20 µG + GESTODENO 75 µG COMP	10 (8,3%)
ETINILESTRADIOL 35 µG + CIPROTERONA 2 MG COMP	8 (6,7%)
ETINILESTRADIOL 20 µG + LEVONORGESTREL 100 µG COMP	8 (6,7%)
ETINILESTRADIOL 600 µG + NORELGESTROMINA 6 MG PARCHES	6 (5,0%)
ETINILESTRADIOL 30 µG + CLORMADINONA ACETATO 2 MG COMP	3 (2,5%)
ETINILESTRADIOL 15 µG + GESTODENO 60 µg COMP	2 (1,7%)
ETINILESTRADIOL 30 µG + DIENOGEST 2 MG COMP	2 (1,7%)
ETINILESTRADIOL 30 µG + LEVONORGESTREL 150 µG COMP	2 (1,7%)
ETINILESTRADIOL 20 µG + DESOGESTREL 150 µG COMP	1 (0,8%)
ETINILESTRADIOL 30 µG + DESOGESTREL 150 µG COMP	1 (0,8%)
ETINILESTRADIOL 30 µG + GESTODENO 50 µG COMP	1 (0,8%)
ETINILESTRADIOL 30 µG + GESTODENO 75 µG COMP	1 (0,8%)
ETINILESTRADIOL 35 µG + NORGESTIMATO 250 µG COMP	1 (0,8%)
ETINILESTRADIOL 40 µG + DESOGESTREL 25 µG COMP	1 (0,8%)

Figura 3. Efectos adversos de las usuarias de AH [OTROSA: 1 (0,8%) dolor gástrico; 1 (0,8%) menstruación irregular; 1 (0,8%) retención de líquidos; 1 (0,8%) menor apetito sexual; 1 (0,8%) mastalgia].

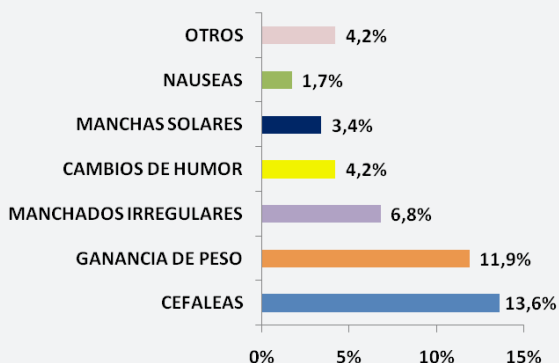


Figura 4. Factores de riesgo/enfermedades de las usuarias de AH [OTROSA: 1 (0,8%) diabetes tipo I; 1 (0,8%) antecedente familiar de ictus por AH].

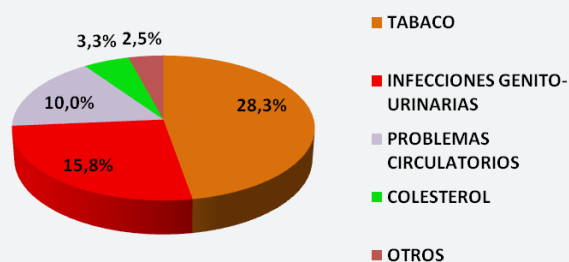
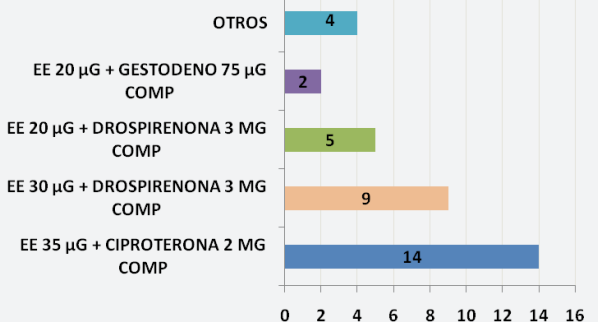


Figura 5. AH que fueron reemplazados en último lugar por los dispensados durante el estudio. (EE: etinilestradiol, OTROSA: 1 EE 15 µg + gestodeno 60 µg, 1 EE 2,7 mg + etonogestrel 11,7 mg anillo, 1 EE 30 µg + desogestrel 150 µg y 1 EE 600 µg + norelgestromina 6 mg parches).



AH. Se realizó educación sanitaria para tratar de paliar o minimizar el riesgo de sufrir TEV. Se aconsejó la visita al ginecólogo para su valoración a la mujer fumadora de 26 años de edad, con antecedentes familiares de ictus por AH y en tratamiento con el anillo vaginal.

Los efectos secundarios de los AH que estaban utilizando las usuarias, se resumen en la figura 3 y los factores de riesgo/enfermedades en la figura 4.

El 15,0% (18) de las pacientes tomaba habitualmente otra medicación: 6,7% (8) antihistamínicos; 1,7% (2) antidepressivos; 1,7% (2) antiinflamatorios intestinales; 1,7% (2) insulinas y un 4,2% otros medicamentos (1, hormona tiroidea; 1, antimigrañoso; 1, antipsoriásico; 1, antiepiléptico; 1, antiacnéico).

El 28,3% (34) de las usuarias refirió haber cambiado de

AH (figura 5). Entre las causas aducidas por las usuarias que motivaron el último cambio de AH, la más frecuente fue la presencia de efectos adversos (13; 39,4%) como alteraciones de la menstruación (5; 38,5%), retención de líquidos (3; 23,1%), dolor de cabeza (2; 15,4%), quistes (1; 7,7%), endometriosis (1; 7,7%) y manchas en la piel (1; 7,7%); seguida del cambio por un AH de menor carga estrogénica (8; 24,2%); por utilizar un método anticonceptivo hormonal más cómodo (7; 21,2%; parches, anillo vaginal) y por tener problemas económicos (5; 15,2%).

Por último, en cuanto al olvido de alguna toma/ retraso en el uso del AH, el 36,4% (43) de las mujeres se olvidaron tomar/utilizar el AH de forma correcta en al menos una ocasión durante el último año. El 8,5% (10) refirió haberse olvidado de 1 ó más tomas del AH en cada ciclo menstrual. De todas ellas, hubo un 29,7% (35) que no supo lo que tendría que hacer en caso de olvido.

DISCUSIÓN

El hallazgo principal de este estudio fue que el 43,3% (52) de las usuarias de AH tenían factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular (fumadoras, problemas circulatorios, hipercolesterolemia, diabetes y antecedentes familiares de ictus por AH). Un 3,3% de las mujeres tenía al menos una contraindicación relativa para el uso del AH (3 mujeres fumadoras y mayores de 35 años y una mujer diabética tipo I). En otro estudio llevado a cabo en una farmacia comunitaria en Alicante¹⁷, el 69,1% de las pacientes presentaba al menos un factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipercolesterolemia, sobrepeso/obesidad o migraña). En nuestro estudio este porcentaje fue menor debido en parte a que factores de riesgo como la obesidad y migraña no fueron considerados directamente.

La edad media de las mujeres fue de 27,9 ±5,9 años, pero hubo un 17,5% (21) de las usuarias que tenía más de 35 años y de este grupo, el 14,3% (3) sufría problemas de circulación y el 9,5% (2) tenía hipercolesterolemia.

El 28,3% (34) de las mujeres eran fumadoras a pesar de estar desaconsejado el tabaco por incrementarse el riesgo de sufrir un evento cardiovascular y de sufrir tromboembolismo¹⁸. En estudios anteriores este porcentaje fue mayor (30,4%¹⁹; 33,8%¹⁷; 45,9%²⁰; 48,0%²¹); quizás debido a que el estudio se realizó con fecha posterior a la entrada de la Ley Antitabaco en España²².

Un 6,7% de las mujeres estaba utilizando AH por recomendación de familiares/amigos, por lo que habrá que realizar más campañas de educación sanitaria, ya que los AH necesitan de la receta médica para su

dispensación y derivar a estas pacientes al ginecólogo. Este porcentaje fue superior al encontrado en un estudio en farmacias de Zaragoza²⁰ (2,7%) e inferior a un estudio on-line intercontinental²³ en el que tan sólo el 78% de los españoles acudiría al médico para consultar sobre métodos de anticoncepción.

En nuestro estudio el AH más utilizado fue etinilestradiol 20 µg + drospirenona 3 mg comprimidos. Según el informe de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)²⁴ el riesgo de TEV asociado al uso de anticonceptivos orales combinados (AOC) que contenían drospirenona^{25,26}, fue superior al de los AOC que contenían levonorgestrel (AOC de segunda generación), por lo que se deberían utilizar con precaución en mujeres con factores de riesgo como obesidad, varices, antecedentes familiares de TEV, fumadoras, etc.

En contra de las indicaciones autorizadas para etinilestradiol 35 µg + ciproterona 2 mg comprimidos, un 25% de las pacientes que utilizó este medicamento, lo hizo sólo con fines anticonceptivos, sin tener ningún tipo de enfermedad andrógeno-dependiente. En otro estudio de dispensación de AH orales²⁷, este porcentaje fue inferior (10%). Esto se podría deber al bajo coste de los AH del grupo G03HB, y a la situación actual de crisis.

La forma farmacéutica más utilizada fue el comprimido (89; 74,2%), seguida del anillo vaginal (25; 20,8%) y del parche transdérmico (6; 5,0%). Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios, aunque la utilización del anillo vaginal fue ligeramente superior (24,3%)²⁰.

El 90,0% de las pacientes sabía cómo utilizar el AH a diferencia de otros estudios anteriores (76,6%)²⁰. Este resultado podría explicarse ya que había un elevado número de pacientes que llevaba años utilizando el AH y pudo informarse en la farmacia, centros de planificación familiar, internet, etc.

El 36,4% de las pacientes había cambiado de AH, principalmente por los efectos adversos de la medicación. En el estudio intercontinental²³, el 21,0% de las usuarias cambiaron de método anticonceptivo por los efectos adversos presentados. En otro estudio poblacional llevado a cabo en EEUU²⁸, el 64,6% de las mujeres dejaron de tomar el AH por los efectos adversos. Los AH que fueron reemplazados pertenecían al grupo G03HB mayoritariamente. También se iban substituyendo aquellos AH de mayor carga estrogénica por otros más recientes con menor contenido estrogénico (figuras 2 y 5).

En cuanto a los efectos adversos que presentaron las usuarias de AH, el efecto adverso más frecuente fue la

cefalea (13,6%), aunque era mucho más frecuente en otros trabajos anteriores (16,9%²³; 37,7%²⁹). También la ganancia de peso (11,9%) fue menor que en otros estudios (26,5%)²³. Estas diferencias se podrían explicar por una baja notificación de las usuarias, por usar AH de menor carga hormonal y porque los efectos adversos disminuyen habitualmente con el uso continuado del mismo AH³⁰.

El 36,4 % de las pacientes reconoció haber olvidado tomar/ utilizar el AH de forma correcta y el (29,7%) no sabía que tendría que hacer en caso de olvido. En un estudio llevado a cabo en farmacias para medir la adherencia, sólo un 30,0% de las usuarias retiraba el AH a tiempo para utilizarlo³¹. Sería conveniente diseñar campañas sanitarias multidisciplinares para mejorar el conocimiento, adherencia³² y utilización de los AH.

Como limitaciones, el tamaño de la muestra fue pequeño. 120 mujeres respondieron al cuestionario de 68.484 mujeres en edad fértil (15-49 años) en Valladolid capital³³ (17,5 mujeres por cada 10.000). En algunas preguntas del cuestionario las usuarias tuvieron que hacer memoria y podría haber algún sesgo. Alguna usuaria no contestó alguna de las preguntas del cuestionario.

Para otros estudios sería interesante investigar el grado de tabaquismo y otros factores de riesgo más directamente como obesidad y migraña.

CONCLUSIONES

Los AH más dispensados fueron los que incluían a la drospirenona como progestágeno (40,0%). El 43,3% de las usuarias de AH tenía factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular y un 3,3% al menos una contraindicación relativa para su uso. El principal motivo referido por las usuarias que habían cambiado de AH, fue la presencia de efectos adversos. El 29,7% no sabía lo que tendría que hacer en caso de olvido de la toma/utilización del AH. Es necesario impulsar campañas sanitarias multidisciplinares para mejorar la utilización de estos medicamentos.

AGRADECIMIENTOS

A la farmacia de Juan Antonio Navarro Gómez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Muñoz D, Pérez G. Women's socioeconomic factors associated to the choice of contraceptive method in Spain. *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27(1): 64-67.
2. Equipo DAPHNE. VII Encuesta de Bayer HealthCare de Anticoncepción en España 2011. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/otrasencuestas.php?y=2011>.

3. 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 2013]. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/aho/aho.php
4. Lete I, Dueñas JL, Serrano I *et al*. Actualización en Medicina de Familia. Efectos beneficiosos no anticonceptivos de la píldora anticonceptiva. *Semergen*. 2009; 35: 505-510.
5. David PS, Boatwright EA, Tozer BS, Verma DP, Blair JE. Hormonal contraception update. *Mayo Clin Proc*. 2006; 81(7): 949-54.
6. 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): 424-30.
7. 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.
8. Martínez F, Avecilla A. Combined hormonal contraception and venous thromboembolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2007; 12(2): 97-106.
9. López de Castro F, Lombardía Prieto J. Novedades en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005; 29(3):57-68.
10. 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.
11. De la Cuesta Benjumea R, Franco Tejada C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35(3): 75-87.
12. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. L. N° 55/2010 (4 marzo 2010).
13. Cardo Prats E; Baixauli Fernandez VJ. Dispensación de anticonceptivos orales según el consenso de atención farmacéutica. *Offarm*. 2004; 23 (11): 76-85.
14. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
15. Foro de Atención Farmacéutica. Farmacia Comunitaria. Guía práctica para los servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria. Madrid: Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2010. 56 p.
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; 2012.

17. Vela Blanco RM. Tabaquismo y riesgo cardiovascular en usuarias de anticonceptivos hormonales. [master atención farmacéutica]. Granada: Universidad de Granada; 2011.
18. Vela Blanco RM. Tabaquismo y riesgo cardiovascular en usuarias de anticonceptivos hormonales. [master atención farmacéutica]. Granada: Universidad de Granada; 2011.
19. 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.
20. Petruta Dimitriu A. Grado de conocimiento sobre el uso de los anticonceptivos hormonales en las farmacias de la provincia de Zaragoza. [master atención farmacéutica]. Granada: Universidad de Granada; 2009.
21. 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.
22. 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).
23. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health.* 2013 (en prensa).
24. AEMPS [Internet]. La AEMPS informa. Informe mensual. Mayo 2011. Medicamentos de uso humano. [acceso 8 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/informa/informeMensual/2011/mayo/informe-medicamentos.htm>
25. Sidney S, Cheetham TC, Connell FA 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.
26. Gronich N, Lavi I, Rennert G. Higher risk of venous thrombosis associated with drospirenone-containing oral contraceptives: a population-base cohort study. *CMAJ.* 2011; 183 (18): 1319-1325.
27. Molinero Crespo AM, de Diego Martínez C, Esteso 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.
28. Moreau C, Cleland K, Trussell J. Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. *Contraception.* 2007; 76(4): 267-272.
29. 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.
30. Grossman Barr N. Managing adverse effects of hormonal contraceptives. *Am Fam Physician.* 2010; 82(12): 1499-1506.
31. Pittman ME, Secura GM, Allsworth JE, Homco JB, Madden T, Peipert JF. Understanding prescription adherence: Pharmacy claims data from the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception.* 2011; 83(4): 340-345.
32. Halpern V, López LM, Grimes DA, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception (Review). *The Cochrane Library, Editorial John Wiley & Sons, Ltd.* 2011; 35p. (<http://thecochranelibrary.com>).
33. INE [Internet]. Estadísticas del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Datos por municipios: Valladolid. Población por sexo, municipio y edad (año a año). [acceso 8 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>