

Cartas al Director

Píldora poscoital: un debate científico necesario

*The morning after pill, a necessary scientific discussion*

Sra. directora:

Un debate bioético precisa la mejor información científica de partida. Acerca de la objeción de conciencia a la píldora del día siguiente, un reciente editorial de GACETA SANITARIA pregunta si el mecanismo de acción abortivo es «un falso debate»¹. Según el artículo, considerar un posible efecto abortivo parte de dudas emitidas en «sectores profesionales conservadores». Sostiene tal afirmación en la existencia de un artículo publicado en *Linacre Quarterly*, revista de la Catholic Medical Association, pero existen otros artículos que sostienen un mecanismo posfecundación de la píldora del día siguiente en revistas médicas, como *Fertility and Sterility* (de la American Society for Reproductive Medicine)², o farmacéuticas, como el *European Journal of Clinical Pharmacy*³, entre otras.

El levonorgestrel reduce en más del 80% los embarazos en los días siguientes a la relación sexual, y este efecto se mantiene alto incluso en el cuarto día³; con el acetato de ulipristal, se mantiene aún más. La evidencia directa del efecto endometrial del levonorgestrel es, ciertamente, escasa. Administrado en los días -1 y 0 con respecto a la ovulación, disminuye la hormona luteinizante en la fase lútea y se observa un acortamiento de dicha fase⁴. No podemos asegurar que estos u otros cambios dificulten la implantación. Quedan por investigar mecanismos alternativos al efecto endometrial, como la desregulación del transporte del embrión por la trompa de Falopio, o la interferencia en la comunicación hormonal maternoembrionaria durante el mismo. Sin embargo, también se observa esos días, a diferencia de lo que ocurre en días previos, que la mayoría de las mujeres ovula con normalidad o con un día de retraso pese a la administración de levonorgestrel⁴. Si este ya apenas consigue detener la ovulación precisamente en los días más fértiles⁴ (fig. 1), es difícil que el efecto anovulatorio sostenga toda la disminución de embarazos observada.

Es más, teniendo en cuenta el mayor o menor retraso en la administración del medicamento, y la maduración del ovocito según el día del ciclo, se ha calculado la proporción en la cual el efecto anovulatorio u otros contribuirían a una reducción en la tasa de embarazos dada³. Cuando se administra levonorgestrel 24 horas tras la relación, existe un 83% de reducción en el número de embarazos, de los que el 51% se atribuirían a mecanismos distintos del anovulatorio. Si se toma a las 72 horas, se reduce un 73% el número de embarazos, y un 65% de la reducción no sería por efecto anovulatorio⁵. La posible presencia de otro mecanismo posfecundación, como la interferencia con la función de los espermatozoides, difícilmente explicaría tales resultados.

El editorial sugiere que la falta de actividad del levonorgestrel tras la fecundación explicaría la disminución del efecto cuando se retrasa la administración. Es cierto, pero la disminución también se observaría con un efecto posfecundación adicional, por la pérdida del componente anovulatorio con el tiempo.

Esta base científica implica que, lamentablemente, la «anticoncepción» de emergencia presenta, además del anovulatorio (anticonceptivo), un efecto contragestivo posterior a la

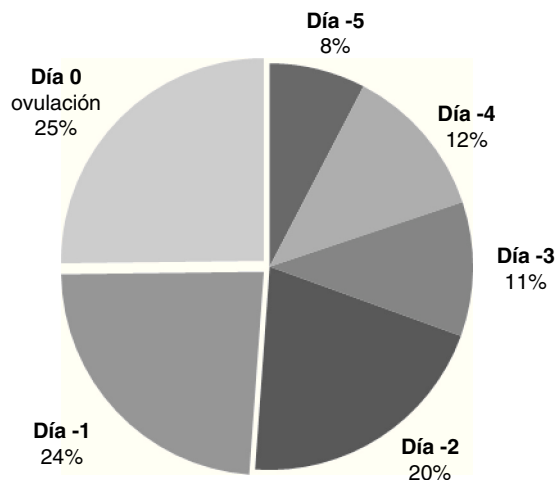


Figura 1. Análisis de embarazos en población general según el día del ciclo en que tuvo lugar la relación sexual. Proporciones calculadas sobre datos de Wilcox et al.⁴. Los días se numeran con respecto a la ovulación (día 0). Se destacan los días (-1 y 0) en que el levonorgestrel apenas consigue frenar la ovulación.

fecundación. Esto abre el debate ético-legal; negarlo o ignorarlo supondría un sesgo de partida.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

E.J. Alegre-del Rey concibió el estudio y redactó la versión inicial de la carta. S. Fénix-Caballero, J. Díaz-Navarro y E. Rodríguez-Martín participaron en la concepción, en la escritura y en la revisión crítica de esta carta. Todos los autores colaboraron en la redacción del texto y aportaron comentarios y otros elementos para su mejora. Así mismo, todos revisaron el manuscrito y aprobaron la versión final para su publicación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- García-Calvente MM, Lomas-Hernández V. Anticoncepción de urgencia y objeción de conciencia: un debate sin cerrar. *Gac Sanit.* 2016;30:91–3.
- Mikolajczyk RT, Stanford JB. Levonorgestrel emergency contraception: a joint analysis of effectiveness and mechanism of action. *Fertil Steril.* 2007;88:565–71.
- Alegre del Rey EJ, Fénix Caballero S, Díaz Navarro J, et al. Postfertilization effects of postcoital levonorgestrel. *Eur J Clin Pharm.* 2015;17:432–5.
- Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception.* 2001;63:123–9.
- Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Engl J Med.* 1995;333:1517–21.

Emilio Jesús Alegre-del Rey^{a,*}, Silvia Fénix-Caballero^a,
Jorge Díaz-Navarro^a y Esteban Rodríguez-Martín^b

^a Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real (Cádiz), España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Punta de Europa, Algeciras (Cádiz), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilioj.alegre.sspa@juntadeandalucia.es
(E.J. Alegre-del Rey).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.024>

Intervención integral al paciente polimedcado



Global intervention in the polymedicated patient

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Nicieza-García et al.¹ sobre el proyecto que está desarrollando el Servicio de Salud del Principado de Asturias para evaluar las medicaciones de pacientes con polimedcación y nos gustaría comentar algunos aspectos que consideramos importantes sobre los criterios utilizados a la hora de seleccionar a los/las pacientes polimedcados/as.

En primer lugar, la definición de paciente polimedcado/a varía en función de la fuente consultada, y se entiende por polimedcación o polifarmacia el consumo a diario de cuatro, cinco o incluso ocho fármacos. La definición básica es bastante simple: se prescriben o se toman más medicamentos de los que son clínicamente apropiados². En el proyecto se incluyeron solo pacientes que toman diariamente 10 o más fármacos¹. En este sentido, nos gustaría destacar que la frecuencia de eventos adversos a fármacos es del 6% cuando un/a paciente toma dos medicamentos, del 50% cuando toma cinco y casi del 100% cuando toma ocho o más medicamentos³, por lo que consideramos que pacientes que tomen diariamente cinco o más fármacos es un grupo poblacional muy amplio que podría beneficiarse también de este tipo de iniciativa.

En segundo lugar, la falta de adherencia a los tratamientos en el paciente polimedcado aumenta con el número de fármacos y la complejidad del régimen terapéutico. En pacientes con enfermedades crónicas se ha documentado un incumplimiento del 15% cuando se toma solo una medicación, de un 25% con dos o tres fármacos y de hasta un 35% con cuatro o más². Por ello, creemos que podría ser insuficiente considerar, como único criterio de selección, el número de envases de medicación retirados en las oficinas de farmacia, ya que varios factores no mensurados relacionados con la adherencia terapéutica podrían interferir con el número de envases entregados.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, consideramos que, para optimizar la revisión de la medicación de pacientes polimedcados/as, sería recomendable incluir intervenciones basadas en la revisión farmacoterapéutica, sometiendo a una reevaluación periódica de la medicación a estos pacientes, no solo por los envases retirados de las oficinas de farmacia. En referencia a esto, consideramos que una buena labor de seguimiento de los/las pacientes polimedcados/as debe incluir, además de una automatización y una aplicación generalizada, una entrevista personal para detectar necesidades y problemas, incidir en la educación y la formación (tanto de pacientes como de profesionales sanitarios), introducir sistemas computarizados de ayuda a la toma de decisiones para detectar prescripción inadecuada en pacientes ancianos, hacer un programa de seguimiento de la adherencia terapéutica de estos/as pacientes y, por supuesto, integrar la información entre los distintos niveles asistenciales, en especial en los servicios de

urgencias, donde muchos de los errores relacionados con los medicamentos de estos pacientes se deben a la falta de información y de conciliación de los cambios farmacológicos realizados con la transición entre distintos niveles asistenciales^{4,5}.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

E. Rodríguez del Río, M. Martínez Agüero, L. Arias Fernández y F.J. Martín-Sánchez han contribuido a la escritura del trabajo, han realizado la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y han aprobado la versión final del manuscrito para su publicación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Nicieza-García ML, Salgueiro-Vázquez ME, Jimeno-Demuth FJ, et al. Optimización de la información sobre la medicación de personas polimedcadas en atención primaria. *Gac Sanit.* 2016;30:69-72.
2. Villafaina Barroso, Gavilán Moral E, Atanasio Moraga JA. Implicaciones y consecuencias de la polimedcación. En: Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, editores. *Polimedcación y salud: estrategias para la adecuación terapéutica*. Barcelona: Reprodisseny; 2011. p. 23-31.
3. Estudio ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. (Consultado el 10/2/2016.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
4. Martín de Rosales Cabrera AM. Coordinación multidisciplinaria para asegurar la correcta medicación del paciente: conciliación de la medicación. *Rev Calid Asit.* 2010;25:239-43.
5. Piqueras Romero C, Calderón Hernanz B, Segura Frago A, et al. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para evaluar el efecto que tiene la intervención de un farmacéutico especialista en los problemas relacionados con la medicación de pacientes ancianos ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias.* 2015;27:364-70.

Elena Rodríguez del Río^a, María Martínez Agüero^b,
Lourdes Arias Fernández^a y Francisco Javier Martín-Sánchez^{b,c,*}

^a Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid; Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

^c Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com (F.J. Martín-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.023>