

llamado la atención los resultados obtenidos respecto a la realización de Gravindex: en nuestro servicio asistencial, al 70% de las mujeres atendidas en el PAC y al 95% de las atendidas en el SUH se les realizó test de gestación previo a la prescripción de la IP, encontrándose negativo en el 100% de las que se aplicó. En contraste con el 83% que en el estudio citado no lo cree necesario. Si revisamos las contraindicaciones absolutas de la administración de IP, encontramos la sospecha de embarazo producido en ciclos anteriores. Kubba et al^{4,5} recomiendan recurrir a pruebas o exploraciones complementarias (determinación de β -HCG en orina o sangre, tacto vaginal o ecografía ginecológica). Como conclusión, es evidente que sería conveniente establecer normas de actuación y terapéutica consensuadas entre servicios de urgencia de atención primaria y hospitalaria ante la demanda de IP, debido a la variabilidad de criterios observados. Por tanto, sería aconsejable realizar un plan de actuación consensuado previo a la aplicación de la IP.

Desde luego, coincidimos con los autores en la necesidad de la actualización de los conocimientos en esta cuestión de todos los profesionales implicados. Sería deseable ofertar esta posibilidad desde cualquier tipo de servicio asistencial (centros de atención primaria, servicios de orientación familiar, servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios). No debemos olvidar que la IP no es un método de rutina, sino un método de uso en situaciones con alta probabilidad de gestación no deseada, pero parece ser de gran aceptación entre las adolescentes⁶. Es frecuente, sobre todo en solicitantes muy jóvenes, que este tipo de demanda sea su primer acercamiento al sistema sanitario como sujetos responsables, lo que hay que valorar en su medida justa, pues del modelo de respuesta

recibido pueden depender, en parte, las relaciones posteriores con dicho sistema. Además se debería aprovechar la demanda de IP para informar y educar sobre uso de métodos anticonceptivos en esta población.

**M.C. Antón Sanz^a
y A. Sánchez Calso^b**

^aCentro de Salud Villacerrada. Unidad Docente de Albacete.

^bEAP Collado-Villalba II. Área 6. Madrid.

1. Carlón R, García RF, González A, Martínez MM, Suárez P. Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 595-599.
2. Antón Sanz MC, Sánchez Calvo A, Álvarez Aragón J, Corredor Ibáñez MT, Mayor Racoso G. ¿Quién y cuándo demanda la intercepción poscoital en el ámbito rural? *Aten Primaria* 1999; 24: 278-279.
3. Yuzpe AA, Smith PR, Radenmayer AWA. A multicenter clinical investigation employing ethinylestradiol combined with dl-norgestrel as a poscoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982; 37: 508-513.
4. Kubba AA. Hormonal poscoital contraception. *Eur J Contracep Reprod Health Care* 1997; 2: 101-104.
5. ACOG practice patterns. Emergency oral contraception. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 56: 290-297.
6. Bajo JM, Vilar E, Huertas MA. Contracepción poscoital. Intercepción. En: Bajo JM, Vilar E, editores. *Contracepción. Regulación de la fertilidad*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1991; 313-331.

Sobre intercepción poscoital

Sr. Director: El artículo de Carlos López et al¹, publicado recientemente en su revista, ha traído a primer plano un tema de alta actualidad, es decir, el uso de «la píldora del día después» o píldora poscoital (PPC). Terminaban los autores su artículo mencionando que la libre comercialización de la píldora poscoital, sin necesidad de prescripción médica, ya se había realizado en otros países y no ha-

bía existido abuso en su utilización, facilitando de esta manera el acceso de las posibles usuarias, siempre y cuando se les instruyera adecuadamente en su manejo. Estamos de acuerdo con estos autores, pero creemos que la manera de combinar la libre comercialización de la PPC, y la seguridad debe realizarse con la implicación directa del farmacéutico.

Según noticias publicadas en la prensa, citando fuentes del Ministerio de Sanidad, este medicamento se comercializará a principios de este año, pero con el estatus de medicamento dispensable exclusivamente con receta médica.

En las farmacias españolas es muy común, especialmente los días de guardia (viernes, sábado y domingo), que se pida la píldora del día después. Si el ministerio insiste en que sólo sea dispensado con receta médica, las futuras usuarias no podrán disponer de dicho medicamento en las horas en las que los centros de salud y los centros de promoción de la salud permanecen cerrados. Los sistemas de urgencia de los hospitales no suelen ser comprensivos con este tema, según nos manifiestan los afectados, y además no hacen recetas.

Otros países de nuestro entorno han adoptado una postura más abierta para enfrentarse al grave problema de los embarazos no deseados en adolescentes. Sin ir más lejos, Francia ha permitido la venta libre, como medicamento sin receta médica, e incluso se va a dar libremente en las escuelas e institutos por parte de la enfermera de dichos centros. En Alemania se dispensa en las farmacias sin receta médica. En el Reino Unido, debido a su particular legislación sobre medicamentos, se ha permitido utilizar una «tercera vía», que podría considerarse la más segura y efectiva para los futuros usuarios. Esta opción ha sido apoyada por la mayoría de las organizaciones médicas británicas³. Los farmacéuticos británi-

cos, ante la petición de la PPC, realizan una pequeña entrevista para asegurarse de que no existen contraindicaciones, y si existen derivarán a la usuaria a un centro adecuado. Esta entrevista tiene que realizarse en una zona que permita la privacidad.

En Estados Unidos, algunas experiencias han demostrado que el acceso directo de este medicamento en las farmacias ha permitido evitar 700 embarazos, y de éstos seguramente la mitad hubieran acabado en abortos³.

Sabemos que el uso de medicamentos puede llevar aparejados problemas (reacciones adversas, hospitalizaciones, muertes, etc.) a los propios usuarios⁴, por lo que deberíamos encontrar una fórmula intermedia entre el derecho de los usuarios a acceder a los medicamentos y el control racional. En España, se le podría dar la categoría de medicamento con receta médica, permitiendo al farmacéutico también, siempre y cuando siga las directrices de protocolos o guías de actuación consensuados con médicos, indicarlo y dispensarlo si no existen contraindicaciones². También se podría pensar en una acreditación de determinadas farmacias (realización de un curso sobre el tema, tener en la farmacia una zona confidencial, seguir protocolos adecuados, etc.) para que puedan asesorar convenientemente a la paciente y puedan derivar al médico o al centro correspondiente los casos necesarios a través de algún tipo de informe de derivación.

En resumen, lo que debemos tratar es que los futuros usuarios no pierdan el derecho al acceso a los medicamentos, sea cuales sean éstos, pero que esto se realice con control para mayor seguridad de la población. En definitiva, además de los centros de salud, centros de promoción de la salud (planificación familiar), se aprovecharían otros centros sanitarios (oficinas de farmacia), de tal manera que lo que algunos farma-

céuticos vienen haciendo lo realicen de una manera legal y con el respaldo de sus colegas, los médicos, y de la Administración. El beneficio, no cabe duda, será para los usuarios, que es lo único que nos debe importar.

J.A. Barbero González*
y L.M. Barroso Bayón

Farmacéuticos comunitarios.
*Miembro de la REAP. Madrid.

1. Carlón López R, García Houghton RF, González Varela, Martínez Suárez MM, Suárez Gil P. Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 595-599.
2. Matheson CI, Smith BH, Flett G, Bond CM, Kennedy EJ, Michie C, Duthie I. Over-the-counter emergency contraception: a feasible option. *Family Practice* 1998; 15: 38-43.
3. Wellbery C. Emergency contraception. *Arch Fam Med* 2000; 9: 642-646.
4. Otero López MJ, Bajo Bajo A, Madeiro Fernández JA, Domínguez-Gil Hurlé A. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un servicio de urgencias. *Rev Clin Esp* 1999; 199: 796-805.

Seguridad y confidencialidad con el uso del ordenador en la consulta: ¿conocemos la ley?

Sr. Director: Es indiscutible el avance que supone para nuestra práctica clínica el uso del ordenador. El documento publicado por la semFYC sobre informática en atención primaria¹ no sólo así lo constata, sino que llega a definirlo como «el cambio del bolígrafo por el ordenador».

Un aspecto que consideramos potencialmente conflictivo es la adecuación legislativa que garantice la confidencialidad y seguridad de los datos utilizados, preocupación que también se recoge en un re-

ciente editorial de su revista² y que hemos podido confirmar en un estudio realizado en nuestro ámbito. Aportamos sus resultados más relevantes por si fuera de su interés.

Quisimos conocer la opinión de los miembros del equipo de atención primaria tras un año de experiencia con el programa OMI-AP 4.0. Realizamos un estudio descriptivo transversal. Se encuestó a los 36 trabajadores del centro (médicos, enfermería, administrativos y celadores) a los que se les había impartido un curso formativo previo a la introducción del uso del programa. Recogimos información sobre la experiencia previa y actual (hasta junio 2000) con ordenadores, opinión sobre su utilidad, ventajas e inconvenientes derivados de su uso y preocupación sobre temas conflictivos recogidos de la bibliografía^{3,4} (aceptación por el paciente del uso del ordenador, consentimiento informado para la introducción de datos, garantía de confidencialidad de la información registrada y protección de ésta). Se completó con preguntas abiertas que recogían otros problemas y las soluciones propuestas. Utilizamos un test tipo Likert con 5 categorías: nada, poco, algo, bastante y mucho. Se aplicó estadística descriptiva comparando diferencias de proporciones entre grupos mediante el test de ji-cuadrado. Se agruparon las categorías poco-nada y bastante-mucho para la exposición de resultados. Obtuvimos una tasa de respuesta del 86% (31 cuestionarios completos). Sólo un 10% de los encuestados consideró que el ordenador ayudaba poco o nada en su trabajo, y casi el 50% opinaba que el paciente acepta su uso en la consulta. Existía una preocupación notable sobre los vacíos legales (68%), confidencialidad (45%) y seguridad (42%) en el mantenimiento de los datos. La mayor utilidad se encontró en la asignación de citas (70%) y realización de re-