

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA



PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN



CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES

Dirección General de Salud Pública

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN

GRUPO DE TRABAJO

- *Domingo Álvarez González*: Ginecólogo. COF La Cagiga
- *Elena Bustamante Estébanez*: Médica de Familia. EAP. Los Castros
- *Noemí Camus Fernández*: Médica de Familia. EAP. Alto Asón
- *M^a Jesús Fernández Lerones*: Médica de Familia (SUAP). EAP. Altamira
- *Javier González García*: Médico de Familia (SUAP). EAP. Bajo Asón
- *Eduardo Mora Sáez*: Médico de Familia (SUAP). EAP. Suances
- *Cristina Muñoz Esteban*: Médica de Familia (SUAP). EAP. Nansa
- *Mar Sánchez Movellán*: Jefa de Sección de Programas. D.G. de Salud Pública

Edita

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Gobierno de Cantabria

Depósito Legal

SA-XXX-06

Estilismo Gráfico

Vía Flavia Comunicación, sl

Í N D I C E

Introducción	5
Objetivos	9
Indicaciones	9
Mecanismo de acción	10
Presentación farmacológica	11
Eficacia	11
Efectos secundarios	12
Interacción con otros fármacos	12
Seguridad	13
Contraindicaciones	13
Forma de administración	14
Otras consideraciones	15
Asesoramiento	15
Seguimiento	17
Servicios donde se dispensa	17
Dispensación a menores de edad	17
Protocolo de actuación	21
Kit de anticoncepción de emergencia	22
Bibliografía	24

INTRODUCCIÓN



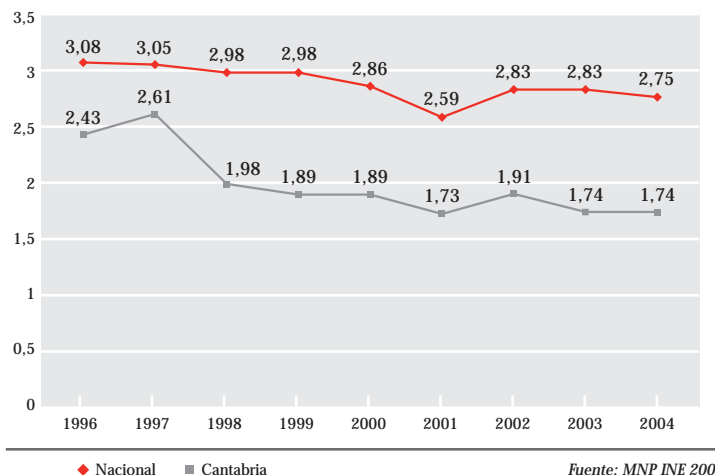
La anticoncepción hormonal de emergencia, también conocida como píldora postcoital o “píldora del día después”, supone una actuación encaminada a prevenir un embarazo no deseado en el caso de un coito de riesgo, es por tanto un importante recurso para mejorar la salud reproductiva. La anticoncepción de emergencia (AE) es necesaria ya que ningún método anticonceptivo es eficaz al 100%, y porque no todas las personas utilizan bien el método anticonceptivo elegido cada vez que tienen una relación sexual o por que no siempre se mantiene una conducta anticonceptiva. A esto hay que añadir la importancia de la anticoncepción de emergencia en los casos de agresión sexual.

A pesar de disponer en la actualidad de una amplia variedad de métodos anticonceptivos, sigue existiendo un alto número de embarazos no planificados o no deseados. Estos embarazos acarrearán riesgos para la salud física y síquica de las mujeres y abocan en un número considerable de casos, al aborto voluntario cuya cifra está aumentando en casi todas las Comunidades Autónomas españolas. Muchos de estos embarazos no planificados pueden ser evitados gracias a la anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción de emergencia comenzó a administrarse en los servicios sanitarios públicos de nuestra Comunidad en el año 1986 en el Centro de Orientación Familiar “La Cagiga”, posteriormente su dispensación se fue extendiendo al resto de los servicios sanitarios públicos, dispensándose de forma gratuita desde su comienzo. Desde que se inició la administración de la anticoncepción de emergencia en nuestro medio, la demanda ha ido aumentando, sobre todo por parte de la población joven.

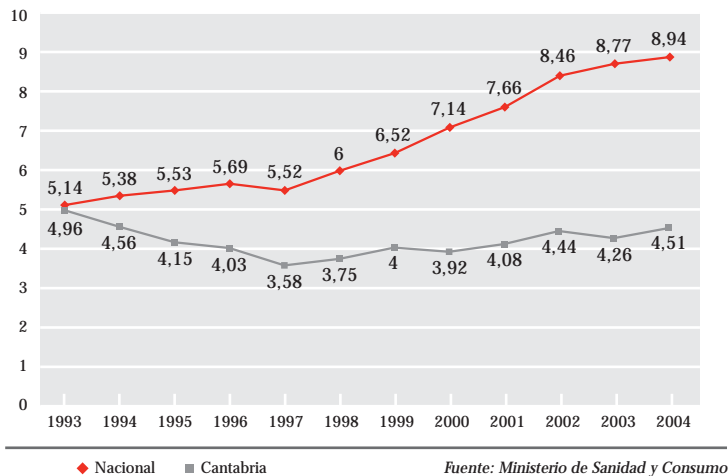
Este hecho ha supuesto que nuestra Comunidad tenga una tasa de embarazos en adolescentes (sinónimo en la inmensa mayoría de los casos de embarazos no deseados) y de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs), menor que el resto de las Comunidades Autónomas. Así, mientras que en España en el año 2004 el número de embarazos en mujeres de edad igual o inferior a 19 años es del 2,75%, en Cantabria es del 1,74%, prácticamente la mitad que en el conjunto de España.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES MENORES DE 20 AÑOS. PERÍODO 1996-2004



En cuanto al número de interrupciones voluntarias de embarazo en el año 2004, en Cantabria la tasa de IVEs es de 4,51 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años, muy inferior a la nacional, que se sitúa en 8,94 IVEs.

TASAS DE IVE POR 1.000 MUJERES DE 15-44 AÑOS. PERÍODO 1993-2004



Si bien es cierto que tanto la baja tasa de embarazos en adolescentes como la baja tasa de IVEs que presenta Cantabria se debe a múltiples factores (mejor información sobre sexualidad y anticoncepción, mayor acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos, etc), la amplia utilización que de la anticoncepción de emergencia, sobre todo por parte de la población joven, contribuye en buena medida a que nuestra Comunidad se mantenga en tasas decrecientes y alejadas de la tendencia nacional.

OBJETIVOS



Objetivo general:

Proporcionar a los y las profesionales de la salud, la información necesaria para poder administrar la anti-concepción de emergencia de manera segura y eficaz a la población que la precise.

Objetivos específicos:

- Potenciar la administración de la AE en todos los servicios de Atención Primaria, asegurando su dispensación sin trabas ni demoras.
- Conseguir una dispensación gratuita en todos los servicios sanitarios públicos, independientemente del servicio en donde se solicite.

INDICACIONES



La única pauta actualmente reconocida por el Ministerio de Sanidad y Consumo con la indicación de tratamiento postcoital es el fármaco levonorgestrel en una única dosis de 1,5 mg.

La anticoncepción de emergencia está indicada en situaciones en las que hay riesgo de embarazo no deseado, como son:

- Mantener relaciones sexuales sin protección.
- Fallo del método anticonceptivo:
 - . Rotura/retención/deslizamiento del preservativo.
 - . Olvido de una o más píldoras anticonceptivas o la utilización de un medicamento que pueda disminuir su efecto.
 - . Expulsión del diafragma o tapón cervical durante el coito o por haber sido colocado inadecuadamente.

- . Expulsión del DIU coincidiendo con un coito.
- . Retirada tardía del parche anticonceptivo o retraso en el inicio.
- . Retirada del anillo vaginal o retraso en la inserción.
- . Mal calculo de los días fértiles en el método de abstinencia periódica.
- . Eyaculación antes de lo previsto.
- Violación en una mujer que carezca de protección con un método anticonceptivo seguro.

Dada la ausencia de efectos secundarios importantes del levonorgestrel, este medicamento se debe administrar ante todo coito no protegido, aunque el riesgo de embarazo no sea elevado.

MECANISMO DE ACCIÓN



El levonorgestrel es un progestágeno utilizado en la anticoncepción de emergencia. No se conoce el mecanismo de acción preciso, aunque se piensa que es múltiple y que en función del momento del ciclo en que se administre predominará uno u otro. Así, si el coito es preovulatorio actuaría impidiendo y/o retrasando la ovulación; si el coito es durante la ovulación actuaría dificultando la unión del óvulo con el espermatozoide y, a nivel endometrial, dificultando la anidación, aunque no todos los estudios realizados demuestran estos últimos puntos.

Este medicamento no es eficaz una vez iniciado el proceso de implantación, por lo tanto, no es abortivo.

Cabe destacar que la anticoncepción de emergencia hormonal sólo es efectiva durante los 3 días posteriores a la relación sexual no protegida, actuando antes de que el embarazo se haya

establecido, mientras que el aborto inducido por medicamentos es una alternativa para poner fin a un embarazo que ya está en marcha.

PRESENTACIÓN FARMACOLÓGICA



Actualmente sólo se dispone de dos preparados comercializados como anticoncepción postcoital: Norlevo® (Chiesi España, S.A.) y Postinor® (Schering España, S.A.)

El producto puede encontrarse en dos presentaciones:

- 1 Envase que contiene un blíster con 2 comprimidos, cada uno de ellos contiene 750 microgramos de levonorgestrel.
- 1 Envase que contiene un blíster con 1 comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel (nueva presentación que ha salido al mercado).

EFICACIA



Según los resultados de los ensayos clínicos, este medicamento puede prevenir el 85% de los embarazos no deseados.

No obstante, su eficacia varía dependiendo del tiempo de intervalo entre el coito de riesgo y la administración del medicamento, de tal forma que su eficacia es mayor tomado en las primeras 24 horas.

EFICACIA DEL PREPARADO CON EL TRASCURSO DEL TIEMPO

Tiempo transcurridos desde el coito de riesgo hasta la toma del medicamento	Eficacia
Antes de 24 horas	95%
Entre 25 y 48 horas	85%
Entre 49 y 72 horas	58%

EFFECTOS SECUNDARIOS



Tras la ingesta de levonorgestrel los ciclos menstruales suelen ser normales y aparecen en la fecha prevista, aunque algunas veces pueden sufrir un adelanto o retraso de unos días. El sangrado irregular durante el primer ciclo tras la ingesta de levonorgestrel no es infrecuente, e incluso puede aparecer un pequeño sangrado, de cuantía inferior a una regla, a los pocos días de la toma.

No se han registrado en los ensayos clínicos reacciones adversas importantes. Las manifestaciones más frecuentes son náuseas y vómitos, dolor hipogástrico, fatiga, aumento de la sensibilidad en las mamas, cefalea y mareo. Estos síntomas remiten a las pocas horas.

INTERACCIÓN CON OTROS FÁRMACOS



El metabolismo del levonorgestrel aumenta con el uso concomitante de inductores enzimáticos hepáticos.

Entre los fármacos que se sospecha que pueden reducir la capacidad de eficacia del levonorgestrel se incluyen los barbitúricos (incluyendo la primidona), la fenitoina, la carbamazepina, las plantas medicinales con *Hypericum Perforatum* (Hierba de San Juan), la rifampicina, el ritonavir, la rifabutina y la griseofulvina.

El levonorgestrel puede aumentar el riesgo de toxicidad de la ciclosporina debido a la posible inhibición del metabolismo de la ciclosporina.

SEGURIDAD



Según la evidencia científica disponible actualmente, el fallo del levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia no se asocia con complicaciones en el embarazo resultante, ni produce efectos teratógenos.

CONTRAINDICACIONES



Según la Organización Mundial de la Salud no existen contraindicaciones absolutas, pero este medicamento no debe administrarse en los siguientes casos:

- Mujeres embarazadas, ya que no es efectivo.
- Mujeres con hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes (situación excepcional).
- Mujeres con insuficiencia hepática grave. Esta podría ser una contraindicación relativa ya que en este caso hay que tener en cuenta que el beneficio de administrar la anticoncepción postcoital es mayor que las complicaciones que conllevaría un embarazo en una mujer con insuficiencia hepática, por otro lado si se quedara embarazada por no tomar la anticoncepción de emergencia y decidiese realizar un IVE los riesgos para su salud también serían mayores.

Por tanto en este caso, cuya presentación será excepcional, se debe informar a la mujer de los riesgos-beneficios y que ella decida.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN



- Si el preparado es de 2 comprimidos, de 750 microgramos de levonorgestrel cada uno, se tomarán los 2 comprimidos juntos por vía oral en una sola toma, dentro de las primeras 72 horas siguientes al coito desprotegido.
- Si el preparado es de 1 comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel, se tomará el comprimido por vía oral en dosis única, dentro de las primeras 72 horas siguientes al coito desprotegido.
- Se administrará preferiblemente en las primeras 24 horas tras el coito y antes de las 72 horas. Entre 72 y 120 horas su administración está justificada, aunque su eficacia es menor.
- Su toma se realizará preferentemente en presencia del profesional sanitario que le haya atendido.
- En caso de vómitos dentro de las 3 horas posteriores a su administración, se deberá repetir la toma de otros 2 comprimidos. En caso de vómitos intensos o persistentes puede administrarse por vía vaginal.
- En el caso de que la mujer esté utilizando, de forma concomitante fármacos que puedan interactuar con el levonorgestrel reduciendo su eficacia, la pauta será de una toma de 1,5 mgs de levonorgestrel y a las 12 horas una segunda toma de 750 microgramos.

OTRAS CONSIDERACIONES



- No se precisa realizar ningún tipo de exploración ginecológica o clínica, ni analítica antes de la administración de este medicamento.
- No precisa consentimiento informado firmado.
- No altera el resultado del test de embarazo.
- Puede utilizarse en mujeres durante la lactancia, en este caso es preferible la administración de la píldora postcoital inmediatamente después de una de las tomas.
- Puede repetirse la administración de levonorgestrel en un mismo ciclo si hubo otro coito de riesgo después de una toma anterior.
- El levonorgestrel no es adecuado como método anticonceptivo habitual por su menor eficacia comparado con el resto de los métodos anticonceptivos hormonales actuales. Es menos eficaz también que el DIU e incluso que los preservativos.
- Se debe consultar si se produce un retraso mayor de 7 días en la fecha prevista para la próxima regla, con la finalidad de descartar un embarazo.

ASESORAMIENTO



Siempre que sea posible, es necesario que la usuaria de la anticoncepción postcoital reciba asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos disponibles, en el caso de que no esté utilizando ningún método anticonceptivo seguro, o cómo reanudar el método anticonceptivo habitual (Tabla I).

Las usuarias que necesiten o deseen recibir asesoramiento sobre anticoncepción deben ser remitidas a su Centro de Salud.

**Tabla I. CÓMO REANUDAR LA ANTICONCEPCIÓN REGULAR
DESPUÉS DE UTILIZAR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**

MÉTODO	SI CONTINÚA EL MÉTODO EN USO	SI COMIENZA UN NUEVO MÉTODO	CUÁNDO COMENZAR
Preservativo	•	•	Se puede usar inmediatamente
Diafragma	•	•	Se puede usar inmediatamente
Espemicida	•	•	Se puede usar inmediatamente
Anticonceptivos orales	•		El día siguiente al tratamiento de AE empezar con un nuevo paquete y tomar una píldora por día. Usar preservativos hasta el próximo período menstrual (7 días de uso continuado de una píldora impiden cualquier ovulación).
		•	Esperar al próximo período y comenzar entonces un nuevo paquete el primer día de la menstruación. Usar preservativo hasta el próximo periodo menstrual.
Píldoras que contienen sólo progestina	•		El día siguiente al tratamiento de AE empezar con un nuevo paquete y tomar una píldora por día. Usar preservativos hasta el próximo período menstrual.
		•	Esperar al próximo período y comenzar entonces un nuevo paquete el primer día de la menstruación. Usar preservativo hasta el próximo periodo menstrual.
Depo-Povera (inyecciones cada tres meses)	•	•	Empezar el día que finaliza el tratamiento de AE o durante los 5 días siguientes al comienzo del próximo período menstrual. Usar preservativos hasta el próximo menstrual.
Parche anticonceptivo y anillo vaginal anticonceptivo	•		Empezar el día del tratamiento de AE. Usar preservativo hasta el próximo periodo menstrual.
		•	Esperar al próximo período menstrual y comenzar entonces el método el primer día de menstruación. Usar preservativo hasta el próximo período menstrual.

SEGUIMIENTO



No se precisa programar un seguimiento posterior a la toma de la anticoncepción de emergencia, a menos que la usuaria necesite plantear alguna cuestión, para lo cual acudiría a su Centro de Salud.

SERVICIOS DONDE SE DISPENSA



La píldora postcoital se dispensa de forma gratuita en los servicios sanitarios públicos de Cantabria.

Se dispensará preferentemente en los servicios de Atención Primaria, tanto en consultas como en los servicios de urgencias y en el COF “La Cagiga”.

Si la mujer acude a un servicio de urgencias hospitalarias, se atenderá su demanda, pero se le indicará que ante una nueva necesidad debe dirigirse a los servicios de Atención Primaria.

DISPENSACIÓN A MENORES DE EDAD



De acuerdo con la normativa vigente, en nuestro país, los menores, como principio general, poseen derechos. Y es preciso que exista un mandato legal expreso para restringirle su ejercicio. Y en caso de duda, se presume su capacidad para ejercerlos.

El menor posee, por tanto, derecho a su intimidad y la confidencialidad de los datos referentes a la salud como cualquier otro ciudadano.

De acuerdo con la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, se establece, como principio general, que todo menor de edad, con madurez suficiente, podrá otorgar su consentimiento para decidir sobre los tratamientos sanitarios a que se someta, excepto cuando no sea capaz intelectualmente, ni emocionalmente de comprender el alcance legal de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado la opinión del menor, si éste tiene doce años cumplidos.

Asimismo en el art. 9.3.c de la citada Ley se establece que cuando se trate de menores no incapaces, ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Asimismo, el Código Penal a propósito de los Delitos Contra la Libertad y la Indemnidad Sexual, presupone legalmente la capacidad para establecer relaciones sexuales libremente consentidas a partir de los 13 años. Siendo así, la tendrá igualmente para las medidas contraceptivas.

Por otro lado, el menor podrá acudir a los Servicios Públicos de Salud en demanda de la correspondiente asistencia contraceptiva, que cae dentro de los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes que forman parte de la actividad de las Administraciones Públicas Sanitarias (Ley General de Sanidad, artículo 18).

Por tanto en relación a la dispensación y administración de la anticoncepción de emergencia en menores de edad (<18 años), podemos concluir:

- **Menor de 12 años o menos:**

Se considera que no es capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de su actuación y sus consecuencias, por lo que se precisa el consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales para su administración.

- **Menor entre 13 y 15 años (“menor maduro”):**

Debe ser evaluada por el/la médico/a la madurez de la menor y, tras ello, decidir si según su criterio posee la madurez suficiente para comprender el alcance del tratamiento, para ello se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Entiende la información que le proporciona el facultativo.
- Entiende la situación en que se encuentra.
- Comprende los beneficios y riesgos de su decisión.

Debemos considerar que el hecho de que una menor demande anticoncepción de emergencia después de una relación coital no protegida adecuadamente, conlleva el conocimiento del riesgo de embarazo que ello supone y el conocimiento y la comprensión de cómo evitarlo, lo que ya demuestran un cierto grado de madurez.

Si se demuestra la madurez de la menor no cabe pedir consentimiento a sus padres o tutores legales, salvo en los supuestos de incapacidad física o mental previstos en la legislación.

Se recomienda consignar en la historia clínica la evaluación de la madurez de la menor.

En caso de conflicto entre la voluntad de la menor con suficiente capacidad de juicio y la de sus padres o representantes legales, debe prevalecer la voluntad de la menor en actos que afecten a la libertad, la salud, la vida; pues se trata de Derechos de la Personalidad.

- **Menor entre 16 años y 17 años:**

Debe considerarse como una persona autónoma capaz de tomar decisiones en todo cuanto a su salud se refiere, incluida la elección del método anticonceptivo. No cabe pedir consentimiento a sus padres o tutores legales, salvo en los supuestos de incapacidad física o mental previstos en la legislación.

Sólo se comunicará el hecho a las autoridades judiciales si se considera que la relación sexual por la que solicita la menor la anticoncepción de emergencia, ha sido una relación sexual no consentida (agresión sexual o abuso sexual), en este sentido debemos tener en cuenta que una relación sexual mantenida con una niña de 12 años o menos, se considera siempre un abuso sexual en el Código Penal, por lo que en este caso deberá notificarse a las autoridades judiciales.

** Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor*

** Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente*

** Código Penal. Título VIII: Los Delitos Contra la Libertad e Indemnidad Sexual. (Capítulos I y II)*

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

1 Entrevista Clínica

- . Nombre, dos apellidos y edad.
- . Motivo de la demanda.
- . Fecha de la última regla. Si hay retraso menstrual se debe hacer un test de embarazo. Si éste es positivo, no se administrará la anticoncepción de emergencia ya que no sería efectiva.
- . Características de los ciclos menstruales.
- . Fecha y hora del coito (horas transcurridas desde el coito de riesgo).
- . Existencia de otros coitos sin protección dentro del mismo ciclo menstrual.
- . Utilización de métodos anticonceptivos, y en el caso de que utilice alguno, sus características.
- . Valorar la ausencia de contraindicaciones al medicamento.

2 Administración de la anticoncepción postcoital.

3 Indicar que la AE no es eficaz al 100%, por lo que **si presenta un retraso menstrual > 7 días debe acudir al Centro de Salud** para realizarse una prueba de embarazo.

4 Informar que es una anticoncepción de EMERGENCIA (sólo para situaciones muy especiales) y que no debe ser utilizado como método anticonceptivo habitual.

5 Indicar la conveniencia de acudir a su Centro de Salud para valorar la utilización de un método anticonceptivo adecuado, en el caso que no utilice ninguno.

6 Entrega del folleto informativo y del preservativo que contiene el kit, para fomentar su uso sobre todo entre la población joven y transmitir el mensaje de que el preservativo previene a la vez el embarazo no deseado y las ETS (incluido el SIDA).

KIT DE ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL



BIBLIOGRAFÍA

1. **ALBARRAN ME et al:** *Pautas de actuación en intercepción postcoital.* Salud Rural. Vol XXIII. nº 8. 1ª quincena mayo 2006, 15-30
2. **ÁLVAREZ GONZÁLEZ, D.** *Intercepción Postcoital: Prevención Primaria. Nuestra experiencia con adolescentes y la (A.E.).* Adolescencia y Anticoncepción de Emergencia. V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción, 2000. Publicaciones www.sec.es
3. **ÁLVAREZ D, ARRIBAS I, LETE I, OLLÉ C, DE LORENZO R.** “*Guía de Actuación en Anticoncepción de Emergencia. La píldora del día después*” Ed Pulso. Barcelona 2002.
4. **AMARILLA GUNDÍN M.** *El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia.* Chiesi España. S.A. Barcelona, 2004.
5. **CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES:** *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007).* Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria. 2005
6. **CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES:** *Informe: La Anticoncepción Postcoital en Cantabria.* Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria. 2006
7. **CONSORCIO INTERNACIONAL SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA** “*Expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global*”. Mayo de 2001 www.ippfwhr.org/publications
8. **CONSORCIO INTERNACIONAL SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.** “*Píldoras Anticonceptivas de emergencia: Guía Médica para la prestación de Servicios*”. 2003 www.cecinfo.org
9. **DOCUMENTO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA.** *Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética i Pret 2002.* www.bioeticayderecho.ub.es
10. **DURAND MC, GAVIOTO M, RAYMOND ES, ET AL:** *On the mechanisms of active of short-term Levonorgestrel administration in emergency contraception.* Contraception, 2001; 64(4): 277:34.

11. **EQUIPO DAPHNE:** *El cumplimiento en Anticoncepción Hormonal Oral en España*. Editorial Aula Médica. Madrid. 2000.
12. **ESCRIBANO JJ, BERTOLO JE, ÁLVAREZ E:** *Anticoncepción postcoital o de emergencia*. Editorial Toko-Gin Pract, 2005;64(3):266-273
13. **FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA:** *Declaración del Grupo Internacional para Asesoramiento Médico (IMAP) de Octubre del 2003*. Boletín Médico de IPPF tomo 38, 1º Marzo. 2004.
14. **FERNÁNDEZ ENTRALGO J,** “*Garantías jurídicas de los menores en salud reproductiva y anticoncepción*”. V congreso de la SEC, Santander 2000 “Libro de Comunicaciones” www.sec.es
15. **GARAULET JV, VILAR CHECA E:** *Intercepción postcoital*. Cienc Ginecolo 2002; 5:266-271.
16. **HAYA J:** *El problema de la anticoncepción postcoital*. Editorial Toko-Gin Pract, 2004; 63(4): 313-314.
17. **LETE I, BAJO J, DOVAL JL, ÁLVAREZ D, HAYA J:** *Actuación práctica ante el coito de riesgo*. Ed. Estudio 53 & MJ. Barcelona, 2004.
18. **LETE I, CABERO L, ÁLVAREZ D, OLLÉ C:** *Obsevational study on the use of emergency contraception in Spain: results of nacional survey*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2003; 8: 203-9.
19. **MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO:** *Interrupción Voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2004*. Dirección General de Salud Pública. 2005
20. **SEC (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN):** *Guía de actuación en la anticoncepción de emergencia*. Documento de consenso de las sociedades SEGO, SEC y SemFYC. Publicaciones www.sec.es/publicaciones
21. **SEC (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN):** *Libro Blanco de la Anticoncepción en España*. Editorial Aula Médica. Madrid, 2005.

22. **SERVICIO ANDALUZ DE SALUD:** *Anticoncepción emergencia. Levonorgestrel.* www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/informacion
23. **PARLAMENTO EUROPEO. COMISIÓN DE DERECHOS DE LA MUJER E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.** *Informe sobre Salud Sexual y Reproductiva y los derechos en esta materia.* 2001/2128 (INI). 2002
24. **TRUSSEL J, RAYMOND EG:** *Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception.* *Obstet Gynecol.* 1999, 93:872.
25. **TRUSSELL J, ELLERSTON C, STEWART E, RAYMOND E, SHOCENT T:** *The Role of emergency contraception.* *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190: 30-8



**GOBIERNO
de
CANTABRIA**

**CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES**

Dirección General de Salud Pública

