



MEMORIA DEL III MÁSTER
EN ANTICONCEPCIÓN Y
SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

Actitud proactiva en la Anticoncepción de Urgencia en los Adolescentes desde Atención Primaria

Mónica Yanes Baonza

Médica de Familia

C.S Rafael Alberti

Madrid

Laura Gago Esteban

Médica de Familia

C.S. Guadarrama

Guadarrama

Acude a nuestra consulta de atención primaria una joven de nuestro cupo de 15 años. No tiene antecedentes médicos de interés ni toma ninguna medicación habitualmente. Refiere que hace 97 horas mantuvo relaciones sexuales con su novio sin protección, porque según él la dice, le corta el rollo y le hace sentirse menos hombre. En ninguna de las farmacias a las que acudió le dieron la píldora anticonceptiva de urgencia (PAU) porque hacía más de 72 horas y ya había tomado la PAU en este ciclo. En la farmacia le aconsejaron que consultara con su médico. Ayer no acudió a nuestra consulta porque hasta hoy no le daban cita. Está muy preocupada porque cree que hay un claro riesgo de embarazo y piensa que ya va a llegar tarde con un anticonceptivo de urgencia. Nos pide expresamente que no digamos nada a sus padres.

En este momento nos cuestionamos, con los distintos métodos anticonceptivos de urgencia disponibles, cuál sería el más indicado, ya que nos surgen dudas sobre la indicación de cada cual en una adolescente, sobre cuál es el más indicado según el tiempo transcurrido desde el coito sin protección y nos planteamos cuál será el más eficaz. Esto es lo que vamos a intentar aclarar a continuación. Revisaremos la PAU de Levonorgestrel (LNG), la PAU de Acetato de Ulipristal y el DIU de cobre. Además, valoraremos por qué debemos realizar en nuestra paciente anticoncepción de urgencia. Por otro lado, nuestra paciente es menor de 16 años (edad a la que se alcanza la mayoría de edad médica) y evaluaremos la validez de su consentimiento. Finalmente, no nos olvidaremos de realizar un consejo anticonceptivo enfocado a nuestra adolescente y serviremos de espejo para reflejar a nuestra paciente que se encuentra en una relación de pareja donde ella se encuentra en una situación de inferioridad por el hecho de ser mujer.

La PAU de LNG (1500 mcg en monodosis) (Norlevo[®], Postinor[®]) es un gestágeno que ha demostrado largamente su eficacia como anticoncepción de urgencia. Su mecanismo de acción principal es la inhibición o retraso de la ovulación¹⁻⁵. No es capaz de actuar una vez que se ha iniciado el pico de LH que va a desencadenar la ovulación. Los distintos estudios muestran que no tiene efecto sobre el endometrio, por lo que si se produce la ovulación no evita la implantación. No aumenta el riesgo de aborto, no produce malformaciones fetales ni complicaciones en el embarazo. Por tanto no es necesario descartar el embarazo previo a su administración.

Tiene su indicación aprobada hasta las 72 horas tras el coito desprotegido. En un análisis combinado de la OMS⁶ de cuatro ensayos clínicos se demostró la eficacia de LNG hasta las 96 horas, a partir de entonces, el número de embarazos era similar al esperado sin utilizar ningún método de urgencia. También se demostró en este estudio cómo según iban pasando las horas la eficacia iba disminuyendo, siendo la máxima en

las primeras 24 horas. En la tabla 1 observamos el porcentaje de embarazos en función del tiempo transcurrido, tomado del análisis combinado de la OMS.

Tabla 1. Tasa de embarazos tras la toma de PAU LNG en función del tiempo transcurrido desde la relación desprotegida

Horas desde la relación no protegida	% de embarazos
24 horas	1.0
48 horas	0.7
72 horas	1.6
96 horas	0.8
120 horas	5.2

En los estudios que se han realizado se ha visto que el uso repetido de PAU de LNG en el mismo ciclo es seguro. Además hay que recordar que es más seguro el uso repetido de LNG que un embarazo no deseado.

La PAU de LNG, dada su amplia experiencia, se recomienda que se utilice en adolescentes sin problema ya que además no tienen un perfil más desfavorable de efectos secundarios. Es categoría 1 o 2 para todas las condiciones clínicas según los criterios médicos de elegibilidad de la OMS⁷. Serían categoría 2 (aquellas en las que los beneficios superan a los riesgos): historia de complicaciones cardiovasculares graves, angina de pecho, migraña, enfermedad hepática grave. En cuanto a las posibles interacciones éstas serían con los inductores enzimáticos (antiepilépticos, rifampicina, rifamicina, antirretrovirales tipo inhibidores de la Proteasa y el hipérico o hierba de San Juan). En estos casos la recomendación de expertos (categoría C) sería doblar la dosis de LNG (3000 mcg) o insertar un DIU de cobre⁸. Nuestra paciente es una mujer sana, que no utiliza ninguna medicación de manera habitual, por lo que sería categoría 1 según los criterios médicos de elegibilidad.

En cuanto a los posibles efectos secundarios, lo más habitual sería la alteración del patrón de sangrado, aunque lo más frecuente es que las mujeres tengan su menstruación alrededor de los siete días de la fecha esperada, pudiendo adelantarse un día.

En un estudio de 2011⁹ se demostró que tras la toma de PAU, dado que puede producir un retraso en la ovulación, si se seguían manteniendo relaciones sin protección, el riesgo de embarazo aumentaba por cuatro. Por este motivo se recomienda siempre tras la PAU utilizar preservativo o abstinencia. Esta situación de riesgo aumentado era reconocida por nuestra paciente.

El LNG desde el año 2009, en España, está disponible en las farmacias sin receta médica. Ya hemos visto que el LNG es más efectivo cuanto antes se tome. Por esto, es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios, incluidos los farmacéuticos, favorecer y mejorar la accesibilidad de la PAU como ya apuntaba en 1999 el Dr. Iñaki Lete Lasa y colaboradores en el capítulo “Embarazo en la adolescencia” del “Manual de salud reproductiva en la adolescencia”¹⁰ o el Dr. J. Domingo Álvarez González en la “Guía actualizada de Anticoncepción de Urgencia”¹¹: “Si todas las mujeres que necesitan la AU la conocen y la saben accesible y los profesionales no ponemos trabas se evitarán un número importante de embarazos no deseados”. En nuestro país la dispensación de la PAU de LNG es BTC (Behind The Counter), siglas anglosajonas para expresar que su dispensación la tiene que facilitar el farmacéutico. En algunos países su dispensación es OTC (Over The Counter), pudiendo la usuaria cogerlo directamente del expositor sin necesitar la intervención de ningún intermediario para su adquisición. En todos los estudios tanto a nivel de España como del resto de países en los que está aprobada la libre dispensación, se observa que la libre dispensación no aumenta su uso de manera indiscriminada, que las mujeres no lo utilizan como método anticonceptivo habitual ni abandonan sus anticonceptivos hormonales¹²⁻¹³, por lo que quizá debería plantearse que aquí en España pudiera ser de dispensación OTC.

Comentado todo lo anterior, la única limitación que encontramos en el LNG para recomendárselo a nuestra paciente es la gran disminución de eficacia, por el tiempo transcurrido desde el coito desprotegido.

El Acetato de Ulipristal (AUP), EllaOne[®] (30 mg de AUP), es un esteroide sintético derivado de la 19-norprogesterona. Es un modulador selectivo de los receptores de la progesterona y tiene una gran afinidad por dichos receptores. Su mecanismo de acción es similar a LNG, actúa inhibiendo o retrasando la ovulación, pero a diferencia de la PAU de LNG, es capaz de actuar incluso cuando se ha iniciado el pico de LH. Un vez alcanzado el pico de LH ya no es capaz de inhibir la ovulación. Parece que no actúa una vez que se ha producido la ovulación. El AUP ha demostrado su eficacia hasta 120 horas tras la relación desprotegida, que es la indicación aprobada en ficha técnica. En los estudios disponibles, parece que en todo este tiempo (120 horas) no va disminuyendo su eficacia¹⁴⁻¹⁶.

El AUP no debe utilizarse si se sospecha un embarazo, por lo que se debe realizar un test de embarazo previo a su administración. No se debe administrar en casos de insuficiencia hepática o renal, ni en asma bronquial severa mal controlada en tratamiento con corticoides orales, ya que puede tener un leve efecto antigluocorticoideo.

El AUP no está indicado en menores de 18 años, ya que no existen estudios, aunque la recomendación de los expertos sería que se utilice sin restricción de edad.

No hay estudios sobre la seguridad de su uso repetido en un mismo ciclo por lo que no debe recomendarse. Así mismo no se debe utilizar nunca conjuntamente AUP y LNG como PAU. Los efectos adversos de AUP son leves en general, y autolimitados¹⁷. Lo más frecuente es que la menstruación aparezca en los 7 días en torno a la fecha esperada.

Esta opción de mayor eficacia podría ser recomendada a nuestra adolescente pero no nos ajustaríamos a ficha técnica en cuanto al límite de edad en su uso, aunque sí está recomendado por los expertos.

La tercera opción anticonceptiva de urgencia que le plantearíamos a nuestra paciente sería el DIU de Cobre (DIU-Cu). Esta opción sería válida como anticonceptivo de urgencia, en los siguientes 5 días tras la relación desprotegida y dentro de los primeros 20 días del ciclo. El DIU-Cu es el método de anticoncepción de urgencia más eficaz y es el único método que proporciona una anticoncepción regular si se deja in situ, según una revisión Cochrane¹⁸. Tiene una tasa de fallo < 1%. Este sería el método que propondríamos a nuestra paciente por ser el más eficaz en su situación y porque además nos ofrecería anticoncepción a largo plazo. El problema que se nos plantea es que aun siendo el método que la paciente eligiera, tenemos dudas de encontrar un centro sanitario próximo a nuestra localidad donde pudiéramos derivarla para insertarle un DIU de urgencia.

Llegados a este punto, tenemos una paciente a la que proponemos distintas opciones terapéuticas y que tiene derecho a decidir libremente.

Pero no olvidemos que nuestra paciente es menor de edad. El menor de edad es titular de derechos y deberes al que se le dota de una capacidad progresiva para ejercerlos (no debemos tratarles como incapacitados legales).¹⁹ En este momento, este punto no nos supone ningún problema porque sabemos que el menor tiene plena autonomía para decidir por sí mismo en determinados ámbitos, ahora bien, sí que nos podemos plantear, dependiendo de la opción terapéutica elegida, ¿necesitará nuestra paciente el complemento de capacidad de sus representantes legales?

Según la *“Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”* el artículo 9.3 c) establece que: **“Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.** En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. 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 tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente". Atendiendo a este precepto legal, el menor es el único que presta consentimiento, siempre y cuando tenga suficiente madurez¹⁹. La Ley 41/2002 de 14 de noviembre²⁰ equipara la madurez con la capacidad intelectual y emocional de comprender el alcance de la intervención, es lo que la doctrina y la jurisprudencia denomina "menor maduro". La única capacidad que se pide al menor es la de comprensión de la información. En esta misma Ley hay un imperativo legal para los profesionales que intervienen: "dar una información adecuada" (en términos asequibles) y previa a toda actuación sanitaria para poder obtener del paciente el consentimiento.

Podríamos considerar que nuestra menor es madura por el hecho de solicitar anticoncepción de urgencia y decirnos ella misma que "está muy preocupada porque cree que hay un claro riesgo de embarazo y piensa que ya va a llegar tarde con un anticonceptivo de urgencia". Consecuentemente, si nuestra menor es madura no cabe pedir el consentimiento a los padres, más aun cuando nos había pedido expresamente que no se hiciera. En ese caso podríamos estar vulnerando su derecho a la intimidad recogido en el artículo 7 de la Ley 41/2002, además de que podría romperse la relación médico-paciente.

Entre las opciones terapéuticas ofrecidas se encuentra la inserción del DIU. Recordemos que de las posibles opciones es el método más eficaz. Sin embargo, la inserción de un DIU no es una actuación médica común. Podríamos entrar en el dilema de si es o no, una actuación quirúrgica de grave riesgo en una mujer nulípara. Dado que no hay legislación concreta sobre el tema y apoyándonos en esta Ley Básica 41/2002, podríamos considerar que es una intervención quirúrgica grave y optar por informar a los padres y tener en cuenta su opinión o considerar que no lo es y no informar a los padres o tutores.

Tras plantearle todas las posibles opciones, nuestra paciente rechazó la opción del DIU y decidió tomar una segunda dosis de LNG aun sabiendo que tenía una eficacia menor.

Llegados a este punto podríamos replantearnos si la paciente es madura, pues está rechazando un tratamiento más eficaz, el DIU-Cu. Podríamos pensar que la paciente no ha entendido nuestra información. Pero a nuestra actitud la podemos calificar de paternalista. Recordaremos de nuevo que el apartado 3 del artículo 2 de la Ley 41/2002 establece que "el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas diferentes". La paciente no nos debía ninguna explicación pero nos la dio. Prefirió asumir la disminución de eficacia del LNG y enfrentarse a un embarazo no deseado o una interrupción voluntaria si es que llegaba el momento.

En España, a pesar de las estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva²¹, en los adolescentes parece que el riesgo a un embarazo no deseado, un aborto o una ITS continua siendo un problema importante. Si nos atenemos a las cifras de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) del Ministerio de Sanidad y Consumo, en la Figura 1 observamos que las cifras en menores de 20 años, continúan ascendiendo tras un receso en 2009, situándose en 2011 en un 13,67 por mil²².

Figura 1.- Tasa de IVEs por 1000 mujeres por grupo de edad. España 2002-2011



Según los datos obtenidos de la 3ª Encuesta Daphne 2009 sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud española²³, la proporción de jóvenes entre 15-19 años activos se sitúa por encima de un 65%. La edad de inicio de relaciones sexuales se ha ido adelantando, situándose en torno a los 15 años. Este adelanto del inicio de las relaciones sexuales conlleva un aumento de las relaciones de riesgo, al aumentar el número de parejas, la falta de protección en las primeras relaciones y las dificultades para negociar el uso de preservativo con la pareja. El 62.3% de las chicas y el 66.7% de los chicos reconoce usar algún método anticonceptivo, siendo el preservativo el más utilizado (46.1% de las chicas y 61.6% de los chicos), seguido por la anticoncepción hormonal. Sí que es importante señalar, que en torno al 70% de las parejas usuarias de preservativo, reconoce no usarlo en todas sus relaciones con penetración, en general por lo imprevisto de la relación o por estar bajo los efectos de alcohol o drogas. Únicamente uno de cada tres adolescentes conoce el uso del doble método (preservativo más un método hormonal o DIU).

En un estudio realizado por el CSIC en 2011²⁴ en colaboración con Federación Española de Contracepción se objetivaba que la ausencia de uso de un método anticonceptivo eficaz en la primera relación sexual se asociaba a una tasa 6 veces mayor de embarazo adolescente. El hecho de iniciarse sexualmente no conlleva siempre un inicio paralelo en las prácticas anticonceptivas. Por tanto, concluyen en el

estudio, el uso de anticoncepción eficaz desde la primera relación es la mejor forma de evitar un embarazo en adolescente. En este mismo estudio se objetivó que las madres adolescentes, comparadas con mujeres de su misma edad que no han sido madres, abandonan más sus estudios, se incorporan más tarde al mercado laboral, tienen peor calidad de empleo y sus relaciones de pareja suelen ser más inestables y frágiles. Todo esto indica, que las situaciones desfavorables derivadas de una maternidad en la adolescencia, suelen mantenerse a lo largo de su trayectoria vital, condicionando una mayor vulnerabilidad respecto a las de su misma edad que no han sido madres en la adolescencia.

Por todo esto, estamos de acuerdo con el Dr. José Vicente González Navarro “de disponer de una **segunda oportunidad** para evitar un embarazo no deseado, y con ello sus posibles consecuencias indeseables”²⁵.

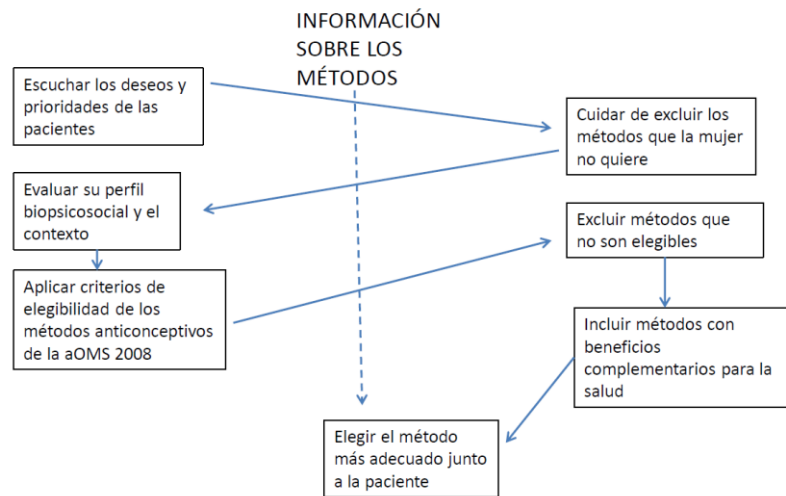
Este momento en el que nuestra paciente ha tenido la necesidad de anticoncepción de urgencia, es un momento especialmente vulnerable, y se debe aprovechar para dar un buen consejo anticonceptivo²⁶ y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Es importante recordar que cuando se pregunta a las jóvenes en la Encuesta Daphne de 2009 a través de dónde recibe información sobre sexualidad y anticoncepción, que un 40.3% reconoce que recibe la información en la consulta médica. Es aquí donde los profesionales sanitarios que atendemos a estas jóvenes debemos estar atentos y aprovechar las pocas ocasiones en que acuden a nuestra consulta para preguntar activamente sobre anticoncepción y dar consejo efectivo como veremos más adelante.

Desde la entrevista motivacional que es un tipo de entrevista que se centra en la paciente, podemos mostrar a nuestra adolescente la discrepancia en la que se encuentra: por un lado reconoce el riesgo de embarazo no deseado pero no reconoce el riesgo de ITS y por otro sabe que hay una solución para no someterse a ese riesgo, que sería la anticoncepción. Evitando argumentar o discutir con ella, fomentaremos el sentido de autoeficacia, pues nuestra paciente nos ha demostrado durante toda la entrevista ser una persona capaz intelectual y emocionalmente hablando.

Apoyándonos en el esquema de la Dra. Isabel Serrano Fuster del counselling o consejo anticonceptivo en adolescentes acompañaremos a nuestra paciente en su decisión, porque no es lo mismo informar que dar consejo.

Figura 2.- Esquema del CONSELLING (Dra. Serrano Fuster)



Primero debemos escuchar los deseos y prioridades de la paciente: quiere un método discreto y que sea económico. Excluiremos los métodos que no quiere: el preservativo y el DIU, aquí evitaremos discutir o argumentar y más adelante trabajaremos las resistencias. Evaluaremos su perfil biopsicosocial y sus circunstancias: bajo poder adquisitivo aunque ha podido comprar AU previamente. Al aplicar los Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos de la OMS de 2008 y excluir aquellos que no son elegibles vemos que son categoría 1: los anticonceptivos orales combinados, el parche, el anillo vaginal, los anticonceptivos de progestágenos solo e implantes de LNG; por otro lado los métodos categoría 2 son el acetato de medroxiprogesterona en depósito (AMPD), el DIU-Cu y el DIU-LNG. Los DIUs los podíamos excluir porque ya los rechazó al principio. El AMPD es un método muy económico y que se lo podríamos plantear de manera proactiva a nuestra paciente. Es cierto que se ha visto que puede disminuir la Densidad Mineral Ósea mientras se está utilizando, pero esta disminución no se asocia con aumento del riesgo de fractura y es reversible tras la suspensión del tratamiento²⁷. Esto no sería un motivo para no indicársela a nuestra paciente aunque sí que tendríamos que informarla sobre este efecto. Buscaremos métodos que además tengan beneficios complementarios para su salud (control del acné, de la dismenorrea...), que sean discretos, que no tenga que estar muy pendiente del mismo y que sea económico. Ayudaremos a nuestra paciente a elegir el método más adecuado para ella. En este caso, podemos ofrecer dos opciones: el anillo vaginal, muy discreto o el AMPD. Descartamos los anticonceptivos orales de entrada por el probable bajo cumplimiento de nuestra paciente, aunque se los comentaríamos también. Es importante recordar que dejar a las personas elegir su estrategia anticonceptiva se relaciona con más satisfacción, más frecuencia de uso y mejor cumplimiento. Según la Guía “Quick start” podríamos iniciar inmediatamente el método contraceptivo elegido en el caso del anillo²⁸. El inyectable de AMPD sería preferible esperar hasta la siguiente menstruación, aunque dada la situación de riesgo

se podría administrar inmediatamente. Con cualquiera de los dos métodos, debería protegerse frente a un posible nuevo embarazo con una semana de abstinencia o uso de preservativo desde el inicio del método y advertirle de la necesidad de realizar un test de embarazo a las tres semanas.

Para finalizar, no nos queremos olvidar de que nuestra paciente no utiliza preservativo porque su pareja no quiere. Esta situación está reflejada en la encuesta Daphne del 2011²⁹. Hasta el 3,2% de las mujeres a las que se les realizó la encuesta aludieron como motivo para no utilizar un método anticonceptivo el mismo que nos reflejó nuestra adolescente y de entre los motivos para un uso inconsistente del preservativo el 3,3% refirió que no quería la pareja.

Uno de los temas a tratar con nuestra paciente es hablar sobre cómo se comunica en temas íntimos con su pareja³⁰ y qué capacidad de negociación tiene para utilizar el preservativo o para negarse a la penetración en el caso de que él quiera convencerla de que no hay peligro. Debemos transmitirle que creemos que es capaz de resolver problemas y no dejaremos escapar la oportunidad de marcarnos unas metas a largo plazo como son: trabajar la asertividad, mejorar su autoimagen y mostrar la situación de sometimiento ante el varón por el hecho de ser mujer.

Podríamos pensar que tomarnos “todas estas molestias” con la paciente es un tiempo perdido, que su conducta sexual no va a cambiar y volverá a asumir riesgos. Sin embargo, para reforzar nuestra intervención y demostrar que estamos realizando una buena praxis, la pediatra Julia Colomer Revuelta y el grupo Previnfad de la Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria en marzo 2013 realizó una actualización de sus recomendaciones sobre la efectividad del consejo anticonceptivo³¹. El grupo recomienda que para adolescentes con actividad sexual de riesgo (como es el caso de nuestra paciente) el consejo sea de moderado a intenso en el ámbito sanitario. Con un grado de evidencia B, consideran que el beneficio es importante y recomiendan la actividad. Comentar que, también, recomiendan la intervención de educación en el ámbito escolar y comunitario con un moderado grado de certeza de que el beneficio neto es importante. En la anterior revisión realizada por este grupo hace 10 años, destacaban los puntos positivos derivados de estas intervenciones: el incremento de la utilización del preservativo (por lo menos a corto plazo), mejorar su manipulación y, una mayor comunicación con las parejas sobre riesgos sexuales³². Tres aspectos que vemos necesarios trabajar y alentar en nuestra paciente y que la literatura científica nos indica que caminamos por el buen camino.

Como conclusión final queremos resaltar que como profesionales sanitarios, debemos estar atentos a los momentos más vulnerables de la mujer (como puede ser la necesidad de utilizar una PAU) y en concreto de las adolescentes, para abordar el

tema de la contracepción y fomentar una sexualidad saludable. No olvidemos que nuestro consejo puede modificar conductas de riesgo y ha demostrado su efectividad.

Bibliografía

1. Noe G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Muñoz C, Morales G, Retamales A. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 2010 May; 81(5):414-20.
2. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto Hb, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel given before or after ovulation- a pilot study. *Contraception* 2007; 75 (2):112-118
3. Leung VW, Levine M, Soon JA. Mechanisms of action of hormonal emergency contraceptives. *Pharmacotherapy* 2010 Feb; 30(2):158-68.
4. Gemzell-Danielsson K. Mechanism of action of emergency contraception. *Contraception* 2010; 82 (2010): 404-409.
5. Gemzell-Danielsson K, Berger C, Lalitkumar P.G.L. Emergency contraception-mechanisms of action. *Contraception* 2013; 87 (2013): 300-308.
6. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception* 2011; 84: 35-39.
7. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2009. (Consultado Nov 2013) Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
8. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Clinical guidance. Emergency Contraception. 2011. (Consultado Nov 2013) Disponible en: <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidanceEmergencyContraception11.pdf>
9. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception* 2011; 84(2011):363-67.
10. Lete Lasa I et al. Embarazo en la adolescencia: Manual de salud reproductiva y sexual en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. 1ª ed. España: INO reproducciones SA; 2001. (Consultado en noviembre 2013). Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php
11. Álvarez González J D. Manual de Anticoncepción de Urgencia. 2011 (Consultado en noviembre 2013). Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/AU/descargas/MANUALANTICONCEPCIONURGENCIA.pdf
12. Trussell J, Raymond E. Emergency Contraception: A last Chance to Prevent an Unintended Pregnancy, Septiembre 2013. (Consultado en Nov 2013). Disponible en: <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>.
13. Meyer JL, Gold MA, Haggerty CL. Advance provision of emergency contraception among adolescent and Young adult women, a systematic review of literatura. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011 Feb; 24(1): 2-9
14. Glasier AF, Cameron ST, Logan S, Casale W, Van Hom J, Sagar I, et al. Ulipristal acetate versus Levonorgestrel for emergency contraception- a randomized non inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 555-62

15. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2006;108:1089–1097
16. Fine P, Mathe H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48–120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol.* 2010;115:257–263
17. Moureau C, Trussell J. Results from pooled Phase III studies of ulipristal acetate for emergency contraception. *Contraception* 2012; 86(6):673-80.
18. Cheng I, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception (Cochrane Review). 2012
19. Sierra Lavilla M. Aspectos jurídicos. Menor maduro, objeción. *Manual de Anticoncepción de Urgencia.* 2011 (Consultado en noviembre 2013). Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/AU/descargas/MANUALANTICONCEPCIONRGENCIA.pdf
20. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
21. Observatorio de la Salud de la Mujer de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, ed. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva;* 2011
22. *Interrupción voluntaria del Embarazo. Datos definitivos de 2011.* Ministerio de Sanidad y Política Social.
23. Equipo Daphne. 3ª Encuesta Bayer Schering Pharma sobre Sexualidad y Anticoncepción en la juventud española 2009 (consultado 28 noviembre 2013). Disponible en: www.equipodaphne.es/encuestas.php
24. Delgado M, Zamora F, Barrios L, Cámara N. *Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España.* CSIC. 2011
25. González Navarro J V. Actualización de los problemas en Salud Sexual y Reproductiva. *Manual de Anticoncepción de Urgencia.* 2011 (Consultado en noviembre 2013). Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/AU/descargas/MANUALANTICONCEPCIONRGENCIA.pdf
26. Pérez Campos E. Consejo anticonceptivo en la adolescencia. Características de la atención a los adolescentes. *Aspectos legales. Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006; 8supl 2:583-87.
27. Guilbert ER, Brown JP, Kaunitz AM, Wagner MS, Bérubé J, Charbonneau L, et al. The use of depot-medroxyprogesterone acetate in contraception and its potential impact on skeletal health. *Contraception.* 2009 Mar; 79(3):167-77.
28. Faculty of Sexual and reproductive Healthcare. *Clinical Guidance. Quick starting contraception.* 2010. (Consultado 12 noviembre 2013). Disponible en: <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceQuickStartingContraception.pdf>
29. Equipo Daphne. VII Encuesta Bayer de anticoncepción en España. 2011. (Consultado 28 noviembre 2013). Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/otrasencuestas.php?y=2011>
30. Parera Junyent N et al. *Habilidades para la comunicación con adolescentes.* Barcelona: EdikaMed, S.L.; 2013.
31. Colomer Revuelta J y Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. *Prevención del embarazo en la adolescencia.* *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013; 15: 261-9.
32. Colomer Revuelta J. *Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes.* En: *Recomendaciones Previnfad /PAPPS (actualizado en marzo 2013, consultado en noviembre 2013).* Disponible en: www.aepap.org/previnfad/endits.htm