

# Actuación práctica ante el coito de riesgo



Iñaki Lete, José Bajo, José Luis Doval, Domingo Álvarez, Javier Haya

Prevención  
Primaria  
del Embarazo  
No Deseado



**Esta obra está avalada por:**



# Actuación práctica ante el coito de riesgo



Iñaki Lete<sup>1</sup>, José Bajo<sup>2</sup>, José Luis Doval<sup>3</sup>, Domingo Álvarez<sup>4</sup>, Javier Haya<sup>5</sup>



1. Hospital Santiago Apóstol (Vitoria).
2. Hospital Universitario Santa Cristina (Madrid).
3. Complejo Hospitalario de Ourense.
4. Hospital Marqués de Valdecilla (Santander).
5. Hospital Universitario Santa Cristina (Madrid).

Copyright © Chiesi España, S.A.  
Barcelona 2004

Agencia editorial:  
Estudio S3 & MJ  
Diseño y Comunicación  
c/ Copérnico, 49, Entlo. 1ª

Depósito legal B. 27.986-2004



CHIESI ESPAÑA, S.A.  
Berlín 38-48, 7ª planta  
08029 Barcelona (España)  
Tel: (93) 494 80 00  
Fax: (93) 494 80 30  
E-mail: [chiesi@chiesi.es](mailto:chiesi@chiesi.es)

<b>1. Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2. Coito de Riesgo</b>	<b>9</b>
Bibliografía Recomendada	10
<b>3. Métodos Anticonceptivos de Emergencia en España</b>	<b>11</b>
Levonorgestrel como Anticonceptivo de Emergencia	11
Mecanismo de Acción	12
Contraindicaciones	13
Interacciones Medicamentosas	13
Eficacia	14
Efectos Secundarios	15
Consejos a la Usuaría	15
Dispositivo Intrauterino (DIU) como AE	16
Bibliografía Recomendada	17
<b>4. Anamnesis</b>	<b>19</b>
Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual	20
Anticoncepción de Emergencia	22
Tabla de Decisión	24
Interacciones Medicamentosas	26
Bibliografía Recomendada	28
<b>5. Preguntas Más Frecuentes</b>	<b>29</b>
<b>6. Aspectos Legales de la Anticoncepción de Emergencia</b>	<b>39</b>
<b>7. Conclusiones con Respecto a los Menores</b>	<b>41</b>
Bibliografía Recomendada	43



# 1. INTRODUCCIÓN <sup>1,2,3,4,5</sup>

La anticoncepción de emergencia (AE) puede ser definida como la utilización de un fármaco, mecanismo o dispositivo con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida. Desde hace años se conoce que el recurso a la AE es un importante elemento para reducir el número de embarazos no deseados habiéndose informado que la pauta actualmente reconocida por el Ministerio de Sanidad, consistente en la administración de 150 mg. de levonorgestrel (LNG), es capaz de evitar hasta un 85% de los embarazos no deseados.

Según datos, recientemente publicados, el 50% de los embarazos que se producen en EEUU y una tercera parte de los que se producen en España son no deseados y, de ellos, la mitad ocurren en mujeres que están utilizando un método anticonceptivo en el mismo ciclo en que quedan gestantes mientras que otros ocurren en parejas que dejan de utilizar anticoncepción por considerar que el método seguido es inconveniente o de difícil manejo.

Cuando una pareja, un hombre o una mujer se deciden por la utilización de un método anticonceptivo su primer objetivo suele ser el de impedir un embarazo no deseado y en la consecución de este objetivo intervienen diversos factores.

Cualquiera de los métodos anticonceptivos a nuestro alcance tiene una eficacia teórica, que depende de las características propias del método, y una eficacia práctica, o efectividad, que está determinada por factores dependientes del usuario. Conseguir que la efectividad del método se aproxime a la eficacia es un objetivo que, aquellos que trabajamos en el terreno de la anticoncepción, debemos perseguir con ahínco.

En el primer año de utilización de cualquier método anticonceptivo, un 9% de las mujeres sufren un fallo del mismo: un 7% de las que toman un Anticonceptivo Hormonal Oral (AHO), un 9% de las que utilizan el preservativo y un 19% de las que usan métodos naturales. Asimismo, el 44% de las mujeres abandona el método anticonceptivo dentro del primer año de su utilización.

# INTRODUCCIÓN

La principal conclusión que extraen los autores del mencionado estudio es que la eficacia de uso típico de los diferentes métodos es, sensiblemente, menor a la eficacia que se obtiene en los ensayos clínicos y que esta diferencia se debe al uso inadecuado de los mismos más que a la posible falta de eficacia.

En la misma línea que los autores del estudio anterior, los investigadores del Alan Guttmacher Institute de New York estiman una alta tasa de fallos de los diferentes métodos anticonceptivos, en los primeros 12 meses de uso, como puede apreciarse en la Tabla 1.

METODO	TASA DE FALLOS
Implantes e inyectables	2-3%
Anticoncepción oral	8%
Diafragma	12%
Preservativo masculino	14%
Abstinencia periódica	21%
Coito interrumpido	24%
Espermicidas	26%

**Tabla 1.** Efectividad de los diferentes métodos anticonceptivos.  
Fuente: Alan Guttmacher Institute. Nueva York.

Uno de los casos más llamativos de discordancia entre eficacia y efectividad es el de la AHO, de manera que a pesar de que los ensayos clínicos han demostrado su capacidad para evitar el embarazo en más del 99% de las ocasiones, los estudios observacionales, de efectividad, informan de un Índice de Pearl inferior al 92%. Tal es así que en Estados Unidos se estima que cerca de un millón de embarazos no deseados son resultado del fallo, olvido o abandono de la AHO.

Uno de los factores que pueden afectar a la disminución de eficacia de la AHO es el posible olvido en la toma de alguna de las grageas, hecho que resulta relativamente frecuente como demostró el estudio Wycon en Europa, con un 19% de mujeres que olvidó alguna píldora o el estudio Daphne en España, con un 18% de olvidos.

A pesar de este importante porcentaje de mujeres que reconoce olvidar alguna píldora durante un ciclo de tratamiento, sólo el 5,8% de las mujeres españolas que solicitan anticoncepción de emergencia refieren estar tomando AHO. Estos datos implican, posiblemente, que un importante número de mujeres que sufre el olvido de una, o más, píldoras desconoce el recurso de la AE para solventar el problema. Otra situación muy habitual en las solicitudes de AE es la argumentación de la rotura o deslizamiento del preservativo, primera causa aducida para el uso de la AE. Datos de una reciente encuesta nacional realizada entre jóvenes y adolescentes españoles, han puesto de manifiesto que una tercera parte de los que contestan utilizar el condón, como método anticonceptivo habitual, no utiliza el preservativo en todas sus relaciones sexuales. Esta situación refleja una importante exposición, por parte del sector más joven de la población, al riesgo de un embarazo no deseado o de una enfermedad de transmisión sexual.

Nos ha parecido importante, por todo lo anteriormente expuesto, recoger en esta monografía la información existente sobre las pautas de actuación en el caso del manejo inapropiado de los diferentes métodos anticonceptivos, y la cuestión que ha precipitado nuestra publicación ha sido el incremento del número de interrupciones voluntarias del embarazo experimentado, en los últimos años, en nuestro país.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, durante el año 2001 se realizaron, en España, 69.857 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Teniendo en cuenta que en el año 2000 se realizaron 63.756, se ha producido, en este último año analizado, un incremento del 10% en el número total de IVEs. En la Tabla 2 se puede apreciar la evolución, en los últimos diez años, del número total de IVEs registradas por el Ministerio de Sanidad.



AÑO	TOTAL IVE	TASA POR 1000 MUJERES DE 15 A 44 AÑOS
2001	68.857	7,66
2000	63.756	7,14
1999	58.399	6,52
1998	53.847	6,00
1997	49.578	5,52
1996	51.002	5,69
1995	49.367	5,53
1994	47.832	5,38
1993	45.503	5,15
1992	44.962	5,10

**Tabla 2.** Número de abortos realizados en España entre 1992 y 2001.  
Tasa de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años.  
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Resulta evidente que la disminución de las tasas de IVE se conseguirá gracias a la conjunción de diversos factores, de entre los que el más importante es una adecuada formación e información sexual, pero en situaciones de fallo u olvido en el uso de un método anticonceptivo, el recurso a la AE supone una segunda oportunidad para muchas mujeres que desean evitar un embarazo no deseado. Sirva esta afirmación como declaración de principios de los autores de esta monografía que consideramos que la AE nunca debe suplantar la utilización de una anticoncepción regular.

Las indicaciones de la AE son varias: coito desprotegido, accidentes durante el uso de un método anticonceptivo regular, abusos sexuales y el uso reciente de sustancias teratógenas en una situación de coito de riesgo.

## 2. COITO DE RIESGO

Se define como coito de riesgo aquél que conlleva el riesgo de embarazo por no utilizar, o hacerlo inadecuadamente, cualquier método anticonceptivo o bien expone a la persona a una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

La probabilidad de que se produzca un embarazo tras un único coito no protegido, en periodo periovulatorio, se considera del 35% mientras que si el coito tiene lugar en otro momento del ciclo, alejado de la ovulación, esta probabilidad oscila entre el 5 y el 15%. Debido a la inocuidad de la pauta actual de AE parece adecuado administrarla, aunque podamos considerar que el riesgo no es elevado, en cualquiera de las situaciones de coito de riesgo.

Otro de los aspectos que es necesario analizar, al realizar el abordaje de la prevención tras un coito de riesgo, es la posibilidad de prevenir la transmisión de una ETS. Tras el descubrimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, han sido muchos los esfuerzos realizados en aras de minimizar su expansión y de tratar la enfermedad que conlleva, el SIDA. Aunque la posibilidad de contagio para la mujer, tras una sola relación sexual no protegida, es baja resulta conveniente que no olvidemos, en nuestra práctica clínica, esta posibilidad y que ofertemos, en situaciones de riesgo elevado, terapia preventiva adecuada.

La revisión y recomendaciones que a continuación ofrecemos son fruto del análisis detenido de la evidencia científica disponible y la discusión, contrastada y seria, entre los miembros de este consejo editorial. El ánimo que ha guiado nuestro trabajo no ha sido otro que el de proporcionarnos a nosotros mismos y a nuestros compañeros, una herramienta eficaz y útil para el manejo cotidiano de las situaciones de riesgo de embarazo no deseado, siendo conscientes, en todo momento, de la utilidad de la AE como estrategia capital en la prevención primaria del embarazo no deseado.

## Bibliografía Recomendada

---

1. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.
2. Trussell J, Vaughan B. Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect*, 1999; 31: 64-72
3. Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception* 1995;51:283-88.
4. Equipo DAPHNE. El cumplimiento en Anticoncepción Hormonal Oral en España. Editorial Aula Médica. Madrid, 2000.
5. Lete I, Cabero L, Alvarez D, Ollé C. Observational study on the use of emergency contraception in Spain: results of a national survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8: 203-9.

### 3. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN ESPAÑA

La anticoncepción de emergencia (AE) trata de evitar que se produzca la fecundación del óvulo por un espermatozoide, o bien que una vez producida ésta, se impida la implantación del blastocisto en el endometrio y se desarrolle un embarazo.

A nivel mundial se han utilizado varios métodos:

- Levonorgestrel, 1.5 mg. en dosis única ó fraccionado en dos dosis, de 0,75 mg. cada una, con un intervalo de 12 horas.
- Etinil Estradiol (E.E) + Levonorgestrel (LNG): Pauta de Yuzpe, que consiste en administrar 0,1 mg. de E.E + 0.5 mg. LNG (2 tomas) con un intervalo de 12 horas
- Mifepristona (RU-486) 10 mg. en dosis única.
- Dispositivo intrauterino (DIU) de alta carga
- Danazol 600mg./ 12 horas, 2 dosis ó 200 mg./12 horas, 8 dosis

En el momento actual y desde un punto de vista legal (véase aspectos legales en esta monografía) solo podemos recomendar el uso de LEVONORGESTREL y del DIU, razón por la que, y en relación a la intención de esta monografía de ser un documento práctico dirigido al mayor número de profesionales con capacidad para actuar ante una demanda de AE, haremos una descripción detallada del uso de Levonorgestrel y una reseña práctica de la utilización del DIU.

#### Levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia

Declarado un medicamento esencial por la O.M.S. en 1998, se administra por vía oral en las primeras 72 horas después de un coito de riesgo en régimen de 1,5 mg. en una sola dosis ó en 2 dosis de 0.75 mg. separadas por 12 horas como máximo. Aunque su eficacia disminuye sensiblemente después pasadas 72 horas desde el coito de riesgo, en caso de necesidad se puede utilizar hasta pasadas 120 horas aunque, en esta situación, posiblemente estaría más indicado aconsejar un DIU como veremos más adelante.

## Mecanismo de acción

---

No se conoce con exactitud el mecanismo de acción por el cual la AE puede evitar la gestación aunque se manejan varias hipótesis:

- inhibición o retraso de la ovulación
- alteración en el transporte de los gametos.
- efecto luteolítico (acortamiento de la fase lútea)
- acción antiimplantatoria endometrial: posiblemente el mecanismo de acción principal. Se produce un retraso en la maduración endometrial y una disminución de receptores de esteroides en el endometrio.

Dependiendo del momento del ciclo en que se administre, habrá predominio de un efecto u otro:

- Si se toma previamente a la ovulación su mecanismo de acción podría ser el retraso ovulatorio condicionado por un retraso en el pico preovulatorio de LH.
- Si se toma tras la ovulación el mecanismo de acción fundamental sería a través de la alteración del transporte de gametos, del retraso madurativo del endometrio ó por alteración luteolítica de la segunda parte del ciclo.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos estableció, en 1977, que la gestación se inicia en el momento en que se produce la implantación del blastocisto en la cavidad uterina (aproximadamente a los 7 días post-fecundación) por tanto la AE con levonorgestrel NO ES ABORTIVA, es más si la mujer estuviera embarazada NO produce el aborto.

## Contraindicaciones

---

Según la Organización Mundial de la Salud no existen contraindicaciones absolutas para el uso de LNG como AE. Únicamente no estaría recomendado en casos de insuficiencia hepática grave.

Debido a su inocuidad y baja tasa de efectos secundarios, su prescripción no precisa de exploración clínica ni ginecológica previa.

En caso de que su toma se produzca en una mujer ya embarazada, o en el caso de que no resulte efectiva para evitar el embarazo, no son de temer efectos teratogénicos para el fruto de esa gestación.

## Interacciones medicamentosas

---

El metabolismo del LNG aumenta con el uso concomitante de medicamentos inductores enzimáticos hepáticos, lo que teóricamente puede disminuir su eficacia. Sería el mismo mecanismo que con los Anticonceptivos Orales (ver tabla 5).

De todas formas no hay información suficiente para hacer recomendaciones específicas sobre necesidad de aumento de dosis en el régimen de AE.

# MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA EN ESPAÑA

## Eficacia

En el ensayo clínico randomizado, realizado por la OMS, en el que se comparaba la pauta de Yuzpe con la de levonorgestrel los resultados fueron que mientras que la pauta clásica de Yuzpe era capaz de evitar un 57% de los embarazos, el LNG prevenía el 85%.

Este mismo estudio puso de manifiesto la importancia de la administración temprana del LNG de manera que la eficacia del tratamiento disminuía proporcionalmente a los horas transcurridas desde el coito desprotegido (Tabla 3).

	LNG	YUZPE
Antes de 24 horas	95%	77%
25- 48 horas	85%	36%
49 -72 horas	58%	31%

**Tabla 3.** Eficacia de los métodos hormonales de AE para evitar el embarazo en función del tiempo transcurrido desde el coito de riesgo. Fuente: OMS.

## Efectos secundarios

---

El mismo ensayo clínico anteriormente citado observó que el porcentaje de los efectos secundarios habituales de la AE, era significativamente menor en el caso del LNG que en el de la pauta de Yuzpe, y así mientras que con el primero se produjeron náuseas en el 23,1% de los casos y vómitos en el 5,6%, con la pauta de Yuzpe este porcentaje resultó del 50,5 y 18,8%, respectivamente.

Los resultados de este esclarecedor ensayo clínico condujeron a que la Faculty of Family Planning and Health Care del Real Colegio Inglés de Obstetras y Ginecólogos recomendase, en el año 2000, a todos los médicos la utilización de AE con LNG sólo como tratamiento de primera elección.

Respecto a la eficacia de la AE hay que señalar que este tipo de actuación protege frente a coitos de riesgo pasados pero no lo hace frente a coitos futuros.

## Consejos a la usuaria

---

- Si vomita antes de 2-3 horas después de la toma de la AE, debe repetir la dosis para asegurar la correcta absorción y eficacia del tratamiento.
- Si persisten los vómitos puede aconsejarse la administración de la AE por vía vaginal. Aunque no existen estudios específicos sobre esta vía de administración es de suponer que su eficacia no disminuya significativamente puesto que los esteroides sexuales se absorben adecuadamente a través de la mucosa vaginal.
- En algunos casos post AE puede haber patrones de sangrado irregular.
- Puede repetirse la AE en un mismo ciclo si hubo otro coito de riesgo después de tomar AE.
- La AE no altera el resultado del test de embarazo.
- La AE puede utilizarse durante la lactancia materna, teniendo en cuenta que es preferible tomar el LNG tras una sesión de lactancia.



## Dispositivo intrauterino ( DIU ) como AE

---

La inserción de un DIU como AE es eficaz hasta 120 horas después del coito de riesgo (5 días) siendo la tasa de fracaso menor del 0.1%. Su mecanismo de acción fundamental se ejerce sobre el endometrio, y parece menos probable que actúe sobre el transporte de los gametos.

El aspecto más positivo de este método es su alta eficacia y la posibilidad que brinda de mantenerlo como anticoncepción a largo plazo.

Existen problemas que pueden limitar su uso: necesidad de experiencia en inserción de DIU, medios técnicos adecuados, en nulíparas puede provocar dolor y presentar dificultad de inserción.

En caso de imposibilidad de inserción de DIU y, siempre antes de las 120 horas, estaría justificado el tratamiento con LNG a pesar de la disminución de los ratios de eficacia en la prevención del embarazo

## Bibliografía Recomendada

---

1. Garanulet JV, Vilar-Checa E. Intercepción postcoital. *Ciencia Ginecológica* 2002; 5:266-272.
2. Durand MC, Gravioto M, Raymond ES y cols. On the mechanisms of active of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64(4): 277:34.
3. WHO Task Force on Postovulatory Methods of Fertility. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352; 428:33.
4. Sánchez Borrego R, Martínez O. Guía Practica en Anticoncepción Oral basada en la evidencia. Ed. Edimsa. Madrid 2003; 411:16.
5. Declaración del Grupo Internacional para Asesoramiento Médico (IMAP) de la IPPF (Federación de Planificación de la Familia) de Octubre del 2003. *Boletín Médico de IPPF* tomo 38 1º Marzo 2004.



## 4. ANAMNESIS

Dentro de las indicaciones de la anticoncepción de emergencia, en la Guía de Actuación en AE (2002), se recogen, entre otras: “olvidos en la toma de la píldora y expulsión de un DIU”.

En el momento actual disponemos de dos grandes grupos de métodos anticonceptivos hormonales: combinados de estrógenos y gestágenos y métodos con sólo gestágenos; y durante su utilización se pueden producir una serie de circunstancias que el profesional debe tener en cuenta.

Entre el grupo de métodos hormonales combinados tendremos que tener en cuenta la vía de administración, a la vez que tenemos que considerar, una vez que ha ocurrido el accidente (olvido, pérdida de adherencia...), si ha tenido relaciones sexuales y/o piensa tener relaciones sexuales coitales vaginales.

En segundo lugar, queremos aclarar que utilizamos el término “coito de riesgo” en la “tabla resumen” para definir el tiempo en que puede haber un escape ovulatorio. Si se tienen relaciones sexuales sin protección durante este periodo de riesgo se deberá recurrir a la AE. Con la finalidad de mejorar los aspectos prácticos de nuestra actuación y ajustar la prescripción a las necesidades reales de la mujer, hemos dividido cronológicamente el ciclo en 1ª/2ª/3ª semana.

A toda mujer que solicite un anticonceptivo de emergencia se le debe realizar una anamnesis adecuada (ver gráfico 1) que pretenda conocer el tipo de anticoncepción regular que utiliza, preguntando para ello sobre:

**A.** Qué método utiliza: Hormonal combinado (oral, anillo, parche).

- Hormonal combinado oral: ¿Qué problema plantea? (retraso en el inicio, vómitos, olvidos...)
- Parche: retraso en el inicio, pérdida de adherencia, retirada tardía...
- Anillo: retraso inicio, retirada precoz, temprana o tardía.
- Otros: expulsión DIU en día fértil...

**B.** Ha tenido relaciones sexuales en período de riesgo:

- SI  $\longrightarrow$  A.E.
- NO

**C.** Si está en período de "Riesgo", deberá utilizarse un método de barrera, durante 7 días, siguiendo las indicaciones de la tabla resumen (ver tabla 4).

**D.** Si la mujer recibe un tratamiento concomitante que pueda disminuir la eficacia del método anticonceptivo usado (antibióticos, anticonvulsivos...), estará en situación de riesgo, recomendándose en estos casos, el uso de un método de barrera durante la duración del tratamiento y hasta un tiempo después de finalizado el mismo (ver tabla 5). En caso de no adoptar estas medidas, y bajo el supuesto de coito de riesgo, se recomendará la AE.

## Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual

Como figura en la Guía de Actuación en A.E. (2002), en la anamnesis se debe valorar el riesgo de ETS para iniciar o potenciar la prevención de ETS/VIH, y la necesidad de usar método de barrera ante la más mínima duda; y si lo utiliza, revisar su correcta información sobre la utilización.

Contemplamos dos situaciones en las que a la AE, indicada para la prevención del embarazo, debe añadirse la administración de medicamentos antivirales para la prevención de la contaminación por VIH siguiendo el protocolo que existe en todos los hospitales ante un accidente laboral del profesional sanitario (pinchazo, corte...) ante un paciente que se sabe VIH/SIDA positivo.

Estas dos situaciones serían:

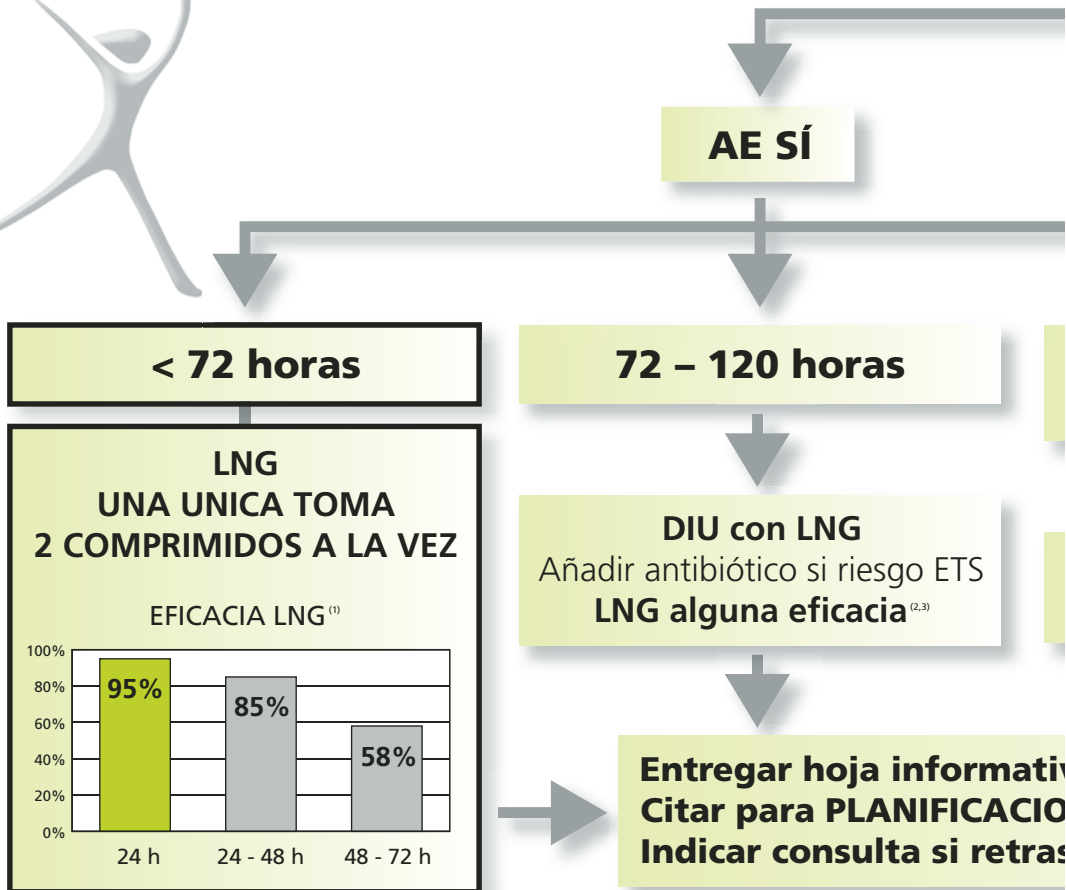
- Agresión sexual sin conocer el estado inmunológico del agresor.
- Rotura de preservativo o deslizamiento en pareja discordante (VIH), teniendo en cuenta el estado inmunológico de la pareja (nivel de viremia...) El riesgo de transmisión de VIH en este supuesto sería:
  - Vagina-pene: Receptivo 0'8 – 3%
  - Ano-pene: Receptivo 0'1 – 3%
  - En los casos insertivos el riesgo es del 0'03%

En ambos casos, en cuanto la mujer se ponga en contacto con el sistema sanitario con fines preventivos de VIH, se debe hacer un lavado profuso de la vagina (suero fisiológico) para retirar el semen y que esté el menor tiempo en contacto con la mucosa vaginal. Se debe derivar cuanto antes a la Consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de referencia, donde se valorará la terapia preventiva y se informará del Riesgo/Beneficio. El tiempo máximo del inicio de la terapia será de 72 horas, siendo más efectivo cuanto antes se haga.

Se debe tener en cuenta la profilaxis de otras ETS y proporcionar a la paciente la cobertura de las más frecuentes (sífilis, gonorrea) con la administración de Penicilina si no es alérgica.

## INDICACIONES

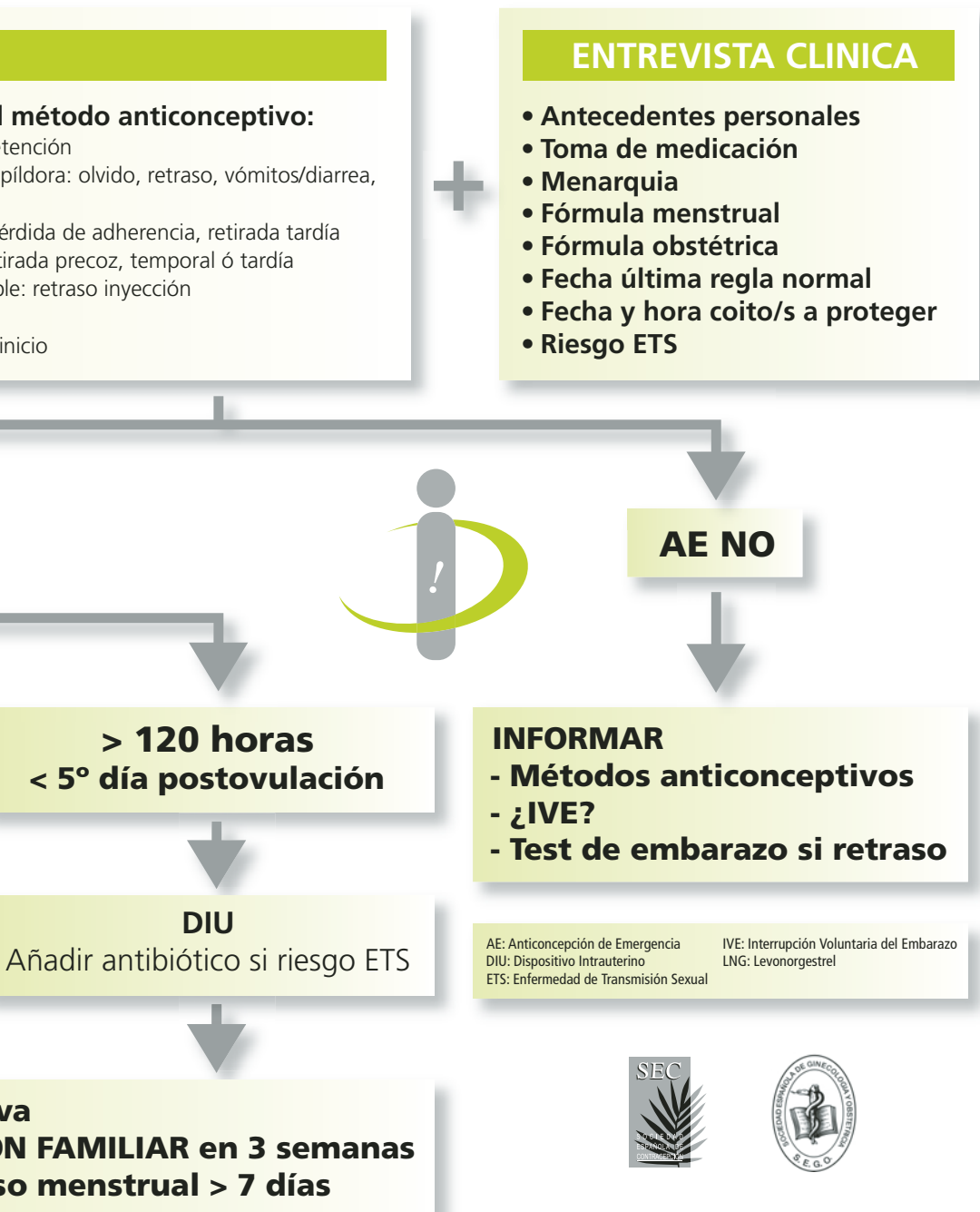
- Coito sin ningún método anticonceptivo
- Mal cálculo de días fértiles
- Eyaculación antes de lo previsto
- Violación
- Fármacos teratogénicos y posibilidad de embarazo
- Interacción medicamentosa:
  - Anticonvulsionantes, antibióticos, antimicóticos...
- Relaciones bajo los efectos de drogas y/o alcohol
- Fallo accidental del método:
  - Preservativo: rotura o resaca
  - Píldora combinada/Mini píldora: retirada precoz.
  - Parche: retraso inicio, pérdida
  - Anillo: retraso inicio, retirada
  - Anticonceptivo inyectable: fallo de inyección
  - DIU: expulsión
  - Progestágenos: retraso



(1) Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*. 2002;360:1663-70.  
 (2) Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia. Actualización julio 2003.  
 (3) Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet*. 2006;367:1485-92.

# ANAMNESIS

## GRAFICO 1 - ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)



Task force on postovulatory methods of fertility regulation. The Lancet 1998; 352:428-33.

Lancet 2002; 360:1803-1810.



# ANAMNESIS

COITO +	METODO	PROBLEMA	1ª SEMANA
	<b>ANILLO</b>	RETRASO INICIO	AE
		RETIRADA TARDIA < 7 días	—
		RETIRADA TARDIA > 7 días *	AE
		RETIRADA TEMPORAL < 3h	—
		RETIRADA TEMPORAL > 3h	AE
		RETIRADA PRECOZ *	AE
	<b>PILDORA COMBINADA</b>	RETRASO INICIO>24h	AE
		VOMITOS/DIARREA < 4 h	AE
		VOMITOS/DIARREA > 4 h	—
1 OLVIDO > 12h < 48 h		AE	
1 OLVIDO> 48 h*		AE	
FINAL PRECOZ*	AE		
<b>PARCHE</b>	RETRASO INICIO>24h	AE	
	DESPEGUE > 24h	AE + parche	
	RETIRADA TARDIA < 48h	—	
	RETIRADA TARDIA > 48h	AE	
METODO	PROBLEMA		
<b>DIU</b>	EXPULSION		
<b>MINIPILDORA</b>	RETRASO INICIO>24h		
	OLVIDO> 3 horas		
	VOMITOS < 3 h		
	VOMITOS > 3 h		
	EN CASO DE LACTANCIA		
<b>TOPASEL</b>	RETRASO INICIO > 8º dia ciclo		
<b>DEPO-PROGEVERA</b>	RETRASO INICIO > 5º dia ciclo		

En caso de coito desprotegido en período de riesgo = AE

AE = Anticoncepción de Emergencia

# ANAMNESIS

## TABLA 4 - TABLA DE DECISIÓN

2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA
—	—	DESCANSO
—	—	DESCANSO
AE	AE	AE
—	—	DESCANSO
AE	AE	DESCANSO
AE	AE	AE
—	—	DESCANSO
AE	AE	DESCANSO
—	—	DESCANSO
AE	AE	DESCANSO
AE	AE	DESCANSO
AE	AE	DESCANSO
—	—	DESCANSO
AE + parche	AE + parche	DESCANSO
—	—	DESCANSO
AE + ciclo nuevo	—	—
<b>CICLO COMPLETO</b>		
AE		
AE (continuando con minipíldora)		
AE (continuando con minipíldora)		
AE		
—		
no se ve afectada la AE		
AE		
AE		

\* Riesgo hasta siguiente regla

■ = Riesgo durante 7 días

■ = si no toma otra = Riesgo = AE

# ANAMNESIS

INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA	ANILLO	PÍLDORA COMBINADA	PARCHE
hidantoína	—	28 días	28 días
barbitúricos	—	28 días	28 días
fenitoína	28 días	—	—
fenobarbital	28 días	—	—
primidona	28 días	28 días	28 días
carbamazepina	28 días	28 días	28 días
oxcarbazepina	28 días	28 días	28 días
nevirapina	—	—	28 días
ritonavir	28 días	28 días	28 días
topiramato	28 días	28 días	28 días
felbamato	28 días	28 días	—
hipérico	28 días	28 días	14 días
griseofulvina	28 días	28 días	7 días
rifampicina	28 días	28 días	28 días
rifabutina	—	—	—
penicilinas y derivados	7 días	7 días	7 días
tetraciclinas	7 días	7 días	7 días
antifúngicos azólicos	—	—	?
carbón activado	—	—	—
aminoglutatimida	—	—	—

**X días** = Uso concomitante de un método de barrera durante toda la interacción y hasta x días después de finalizado el tratamiento

**?** = Duración del uso del método de barrera no disponible

# ANAMNESIS

## TABLA 5 - INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

DIU	MINIPÍLDORA	TOPASEL	DEPO-PROGEVERA	IMPLANTE SUBCUTÁNEO
—	28 días	NO	—	—
—	28 días	NO	—	—
—	—	NO	?	28 días
—	—	NO	?	—
—	28 días	NO	—	—
—	28 días	NO	?	28 días
—	28 días	NO	—	—
—	—	—	—	—
—	28 días	—	—	—
—	—	—	—	—
—	28 días	—	—	—
—	28 días	—	—	14 días
—	28 días	—	?	—
—	28 días	?	?	28 días
—	28 días	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	?	—	—	—
—	—	—	?	—

Existe una interacción medicamentosa que reduce la eficacia del método anticonceptivo y por tanto, hay una situación de RIESGO

## Bibliografía recomendada

---

1. Declaración del IMAP sobre la anticoncepción de emergencia. Boletín Médico de IPPF, Vol. 38, nº 1 (marzo 2004).
2. Cohen, MS: "Update on Postexposure Prophylaxis After Sexual HIV Risk". Available on line at: [http://www.medscape.com/viewarticle/418370\\_snc=search](http://www.medscape.com/viewarticle/418370_snc=search).
3. CDC: "Management of Occupational exposures to HIV". [www.cdc.gov/recid/hip/blood/hiv.htm](http://www.cdc.gov/recid/hip/blood/hiv.htm)
4. Ball, SC; "HIV Prophylaxis Following Sexual Exposure". AIDS Rend 2001; 11 (3): 126-128. Available on line at: <http://www.medscape.com/viewarticle/410371>.

## 5. PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

### ¿Qué es la Anticoncepción de Emergencia?

---

Es un método que permite evitar el embarazo no deseado después de practicar un coito sin protección.

El levonorgestrel solo es el único fármaco aprobado con la indicación de Anticonceptivo de Emergencia.

### ¿A qué se refiere un coito sin protección?

---

Todo aquel coito que ha sido practicado sin utilización alguna de cualquiera de los métodos anticonceptivos conocidos, o durante el cual el método elegido ha fallado.

Se considera coito sin protección:

- Coito no planeado sin la utilización de medios anticonceptivos.
- Preservativo roto, que se ha desplazado, ha sido retirado inadecuadamente, se ha deslizado o simplemente se ha olvidado.
- Olvido, retraso en la toma, vómitos/diarrea, retirada precoz de las píldoras anticonceptivas.
- El diafragma o tapón cervical ha sido colocado inadecuadamente o se ha deslizado o ha sido expulsado durante el coito.
- Retraso en la inserción, retirada precoz o temporal del anillo vaginal
- Retraso en el inicio, despegue o retirada tardía del parche anticonceptivo
- Si la pareja se ha retirado demasiado tarde si emplea el coitus interruptus.
- Casos de violación.

## PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

### ¿Cuál es la posibilidad de embarazo después de un coito sin protección?

---

Es muy difícil de valorar, dado que depende de numerosos factores: en qué fase del ciclo menstrual tuvo lugar el coito, la duración habitual del ciclo menstrual, si han tenido lugar otros coitos sin protección a lo largo del mismo ciclo.

En general, el riesgo de embarazo (no deseado) es especialmente alto si el coito tuvo lugar en el mismo día de la ovulación ó 4-5 días antes. Pero como el día de ovulación es difícil de predecir, cualquier coito, en cualquier momento del ciclo, puede terminar en embarazo. Por eso, si la usuaria no desea quedarse embarazada, y tiene la menor sospecha, no debe dudar en emplear la píldora del día después cuanto antes.

### ¿Es siempre eficaz la Anticoncepción de Emergencia?

---

No.

El embarazo no deseado se puede evitar en un 85% de los casos, si el método de la anticoncepción de emergencia ha sido utilizado no más tarde de 72 horas posteriores al coito sin protección. La eficacia es mayor si se usa cuanto antes (más de un 95% dentro de las primeras 24 horas).

### Después de tomar la anticoncepción de emergencia ¿cuándo aparece la regla?

---

Habitualmente la siguiente regla hace su aparición en la fecha esperada. No obstante, en algunas mujeres se puede adelantar o retrasar algunos días. Por otro lado, no es infrecuente la aparición de un pequeño sangrado, de cuantía inferior a una regla, a los pocos días de la toma.

Si el retraso menstrual supera los siete-diez días, es recomendable efectuar el test de embarazo para descartar el embarazo.

## ¿Cómo hay que utilizar la anticoncepción de emergencia?

Para obtener la máxima eficacia, debe ser utilizada cuanto antes después de practicar el coito sin protección. El tratamiento consiste en la administración de dos comprimidos en una sola toma (aunque también se pueden tomar espaciadas 12 horas), preferiblemente dentro de las primeras 12 horas, y no más tarde de las primeras 72 horas (3 días), después de haber mantenido relaciones sexuales de riesgo. Si la usuaria vomitara dentro de las 3 horas siguientes a la toma de los comprimidos, debe tomar otros 2 comprimidos inmediatamente.

## ¿Puede usarse la anticoncepción de emergencia a cualquier edad?

Cualquier mujer, desde una adolescente hasta una mujer en edad cercana a la menopausia, puede utilizar la píldora del día después para evitar el embarazo no deseado si se ha producido un coito sin protección.

## ¿Qué hacer si la usuaria ya estaba embarazada cuando tomó la anticoncepción de emergencia?

La anticoncepción de emergencia no es efectiva si el embarazo ha comenzado, su administración no interrumpirá el embarazo.

De todos modos, si la usuaria tomó anticoncepción de emergencia estando ya embarazada, los resultados de estudios epidemiológicos han demostrado que ésta no produce efectos indeseados en el embrión ni en la madre.



## PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

### ¿Puede utilizarse la anticoncepción de emergencia como método habitual de anticoncepción?

---

No se debe utilizar de este modo. La anticoncepción de emergencia es un método de uso ocasional y en ningún caso puede sustituir a los medios habituales de anticoncepción. Es aconsejable recordar que los métodos de anticoncepción de emergencia son en general menos efectivos que los anticonceptivos regulares.

### ¿Puede la anticoncepción de emergencia alterar los resultados del test de embarazo?

---

No, no los altera. Conviene tener en cuenta que no es necesario realizar un test de embarazo antes de prescribir el anticonceptivo de emergencia, dado que en caso de embarazo no produce ningún efecto negativo ni en la madre ni en el embrión.

### ¿La anticoncepción de emergencia confiere una protección eficaz frente a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)?

---

En absoluto. El método de anticoncepción de emergencia no protege contra enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. El mejor medio para evitarlas es el preservativo.

### Utilizando el método de anticoncepción de emergencia, ¿podría proteger y evitar el embarazo durante las siguientes 72 h?

---

No.

Precisamente por eso, después de utilizar el anticonceptivo de emergencia es necesario utilizar métodos convencionales de anticoncepción tales como preservativos, espermicidas vaginales, diafragmas etc. durante todos los coitos practicados hasta que la usuaria pueda usar su método de anticoncepción habitual.

## **¿Se puede utilizar un anticonceptivo de emergencia en cualquier momento del ciclo menstrual?**

---

Sí.

Debido a que el tiempo de ovulación no es exactamente predecible, es necesario utilizar la anticoncepción de emergencia tras cualquier coito sin protección, como anticonceptivo de emergencia.

De hecho, dado que se desconoce la fecha concreta de la ovulación, con el fin de estar lo más seguros posible de poder evitar un embarazo no deseado, es necesario usar el método de anticoncepción de emergencia después de cualquier coito sin protección, independientemente del ciclo menstrual.

## **¿Se mantiene la fertilidad a lo largo del ciclo después de tomar la anticoncepción de emergencia?**

---

La fertilidad permanece invariable y, por ello, hasta la aparición de próximo ciclo, deben utilizarse los medios de anticoncepción mecánicos. Después la usuaria puede adoptar el método de anticoncepción que prefiera.

## **¿Se puede utilizar la anticoncepción de emergencia varias veces durante un ciclo menstrual?**

---

En teoría sí, no hará ningún daño. Pero se debe recordar que la eficacia del método de anticoncepción de emergencia disminuye significativamente si ha sido utilizado varias veces en el mismo ciclo menstrual, aumentando el riesgo de embarazo no deseado.

La administración reiterada dentro de un ciclo menstrual está desaconsejada debido a la posibilidad de alteraciones en el ciclo.

## PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

### ¿Cuánto tiempo debe pasar después de tomar la anticoncepción de emergencia para volver a utilizar otros métodos habituales de anticoncepción?

---

El tiempo varía según el método anticonceptivo elegido:

Los anticonceptivos hormonales regulares se tomarán al inicio de la siguiente regla.

En cuanto al DIU, puede ser insertado en el transcurso de la siguiente regla.

En el caso de métodos de anticoncepción de barrera como preservativos, espermicidas y diafragma, pueden ser utilizados inmediatamente después de tomar el anticonceptivo de emergencia.

### ¿La anticoncepción de emergencia tiene alguna contraindicación?

---

Hasta hoy no se ha encontrado ningún tipo de contraindicación, salvo hipersensibilidad al levonorgestrel o a cualquiera de los excipientes. No existe contraindicación para su uso en pacientes obesas, diabéticas, hipertensas, etc.

### ¿Se puede utilizar la anticoncepción de emergencia durante la lactancia materna?

---

Sí.

La lactancia materna puede continuarse durante la administración del anticonceptivo de emergencia, ya que no se altera la producción láctea. Aunque el levonorgestrel se excreta con la leche materna, la exposición potencial del lactante al levonorgestrel puede reducirse si la mujer toma los comprimidos inmediatamente después de una toma y evita la lactancia tras la administración de la anticoncepción de emergencia. Además la pequeña cantidad de levonorgestrel que puede pasar al lactante no tiene ningún efecto negativo.

## ¿Qué efectos secundarios puede producir la utilización de la anticoncepción de emergencia?

---

Durante los ensayos clínicos han sido revelados los siguientes efectos secundarios:

Náuseas y vómitos

Mareos, cansancio y dolor de cabeza.

Dolores abdominales, sensibilidad en las mamas.

Sangrado vaginal. Las pautas de sangrado pueden verse temporalmente alteradas, pero la mayoría de las mujeres tendrán su siguiente período menstrual en el día habitual.

La incidencia de estos efectos es pequeña, y en cualquier caso siempre significativamente menor que los del método de Yuzpe.

## Si después de tomar la anticoncepción de emergencia se producen vómitos, ¿qué se debe hacer?

---

Si la usuaria vomitara dentro de las tres horas siguientes a la toma de cualquiera de los dos comprimidos, debe tomar otros 2 inmediatamente.

## Si a pesar de la utilización de anticoncepción de emergencia se produce un embarazo, ¿puede sufrir algún daño el embrión?

---

No.

Los estudios epidemiológicos indican que los progestágenos como el levonorgestrel, no tienen efectos adversos sobre el embrión o la madre.

### **¿Cómo es la farmacocinética del anticonceptivo de emergencia?**

Es similar a la de cualquier hormona esteroidea, es decir, que actúa a través de receptor nuclear. En este caso la interacción con el receptor forma unos dímeros que activan una zona del ADN, desencadenando la producción de ARN mensajero, y producción de proteínas. Estas últimas serían las responsables del efecto biológico. Por ello, lo realmente importante no son los niveles sanguíneos de la hormona esteroidea, sino la vida media de las proteínas.

### **Ahora que se comercializa el levonorgestrel, ¿se puede seguir utilizando el método Yuzpe como anticonceptivo postcoital?**

Legalmente no. El método de Yuzpe no está autorizado en España. Si una mujer se quedara embarazada con el Yuzpe, podría demandar al que se lo indicó, dado que la indicación no está aprobada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Por otro lado, el método de Yuzpe tiene un riesgo de embarazo 3 veces mayor y el triple de incidencia de efectos secundarios.

### **¿Cuál es el grado de contraindicación existente entre la administración de la anticoncepción de emergencia y enfermedades tales como HTA severa, enfermedades tromboembólicas, hepatopatía aguda, cáncer de mama o cualquier otra además de insuficiencia hepática y síndromes graves de malabsorción?**

Tomando como referencia la ficha técnica del producto, que es la guía oficial aprobada por el Ministerio, en base a las evidencias científicas existentes, y que se puede consultar en cualquier Vademécum, las contraindicaciones son, textualmente: "Hipersensibilidad al principio activo levonorgestrel o alguno de sus excipientes". Ninguna otra contraindicación

## ¿Se tiene conocimiento de efectos adversos graves, como por ejemplo ictus, tromboembolismo pulmonar u otros y porcentajes de probabilidad de que se produzcan?

En la bibliografía no se recogen efectos adversos graves, pese a su uso masivo a nivel mundial (conviene recordar que Levonorgestrel, como anticonceptivo de emergencia, es considerado por la OMS como fármaco esencial).

## ¿Es aconsejable prescribir un antiemético previamente a la administración del fármaco?

No tiene sentido administrar ningún antiemético con la anticoncepción de emergencia, a diferencia de cuando empleamos la técnica de Yuzpe, porque la tasa de vómitos es muy baja (en torno al 5,6%).

## Si hay más de 3 coitos dentro del plazo de 72 horas y se toma el anticonceptivo de emergencia ¿se mantiene la eficacia?

El efecto de la anticoncepción de emergencia no depende del número de coitos, sino más bien del tiempo transcurrido hasta la toma de los comprimidos.

## El alcohol o el tabaco ¿modifican el efecto del anticonceptivo de emergencia?

En absoluto. No hay problema en tomar alcohol o fumar coincidiendo con la toma del anticonceptivo de emergencia.

## ¿La anticoncepción postcoital es abortiva?

No. Es anticonceptiva, ya que actúa antes del inicio del embarazo. Desde el punto de vista médico, la gestación comienza con la implantación.

## PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

### ¿Existe alguna limitación en el uso de la anticoncepción de emergencia respecto a la edad?

---

No. Se puede utilizar desde la adolescencia hasta la perimenopausia.

### ¿Es necesaria la anticoncepción de emergencia cuando se han mantenido relaciones sin protección en los días seguros del ciclo?

---

Sí. Realmente no existe ningún día seguro, ya que incluso se han descrito embarazos como consecuencia de relaciones sexuales mantenidas durante la regla. La razón de la falta de seguridad radica en el hecho de que los espermatozoides pueden habitar durante varios días las criptas glandulares del cérvix, y desde ahí iniciar ascensos hacia las trompas en cualquier momento.

### ¿Cuál es la administración correcta de la anticoncepción de emergencia? ¿Dos pastillas juntas o separadas por un intervalo de 12 horas?

---

La eficacia es similar. Únicamente existen diferencias en cuanto la comodidad, dado que la toma única es más sencilla.

### ¿Se pueden tomar más de 6 comprimidos al mes?

---

En principio no existe ningún problema desde el punto de vista médico en tomar los comprimidos de que sean necesarios (6 o más), dado que el levonorgestrel, que es el principio activo del anticonceptivo de emergencia, no tiene efectos secundarios importantes. Recordar sin embargo que es un método de anticoncepción de emergencia, y que su eficacia es menor que la de los anticonceptivos regulares.

## 6. ASPECTOS LEGALES DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA <sup>1,2,3,4</sup>

Lo fundamental en cualquier consentimiento informado del paciente hacia el médico, sea verbal ó por escrito, es que el INDIVIDUO que lo otorga tenga "CAPACIDAD DE OBRAR". En este sentido los menores de edad pueden presentar dudas legales en la medida en que están sometidos a la tutela de sus padres ó tutores legales. Esta situación genera dudas en los profesionales a la hora de prescribir anticoncepción ó Anticoncepción de Emergencia (AE).

La Constitución Española en su artículo 12 dice que "Los españoles son mayores de edad a los 18 años". En este sentido se produce un conflicto entre la "legalidad" para decidir y la pubertad (madurez sexual) que llega antes de los 18 años. De la lectura de los artículos 181-183 del Código Penal se sobreentiende que a partir de trece años un niño tiene legalmente la capacidad para establecer libremente relaciones sexuales consentidas; de ahí podríamos deducir que también tiene legalmente capacidad para adoptar las medidas anticonceptivas que considere oportunas y por tanto no necesitaría consentimiento del progenitor ó tutor en los "Actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el menor de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez pueda realizar por si mismo".

El juicio sobre la "capacidad de consentir" del menor ha de hacerlo el médico requerido. Asimismo el médico requerido tampoco podrá motivar su negativa a actuar en sus propias creencias o confesión religiosa, salvo a los efectos del reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia.

En la ley 41/2002 del 14 de Noviembre reguladora de la autonomía del paciente se dice, en su capítulo IV, artículo 9, que cuando el paciente es menor de edad, no incapaz, ni incapacitado, pero emancipado ó con dieciséis años cumplidos no cabe prestar el consentimiento por representación salvo en casos de aborto voluntario (IVE) , técnicas de reproducción asistida ó ensayos clínicos. Esta Ley básica respecto de la figura del menor en el ámbito de las decisiones de la salud establece modificaciones y novedades importantes:



# ASPECTOS LEGALES DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

- A.** Fija la mayoría de edad médica en los 16 años esté emancipado ó no.
- B.** El médico responsable del acto asistencial valorará la capacidad y gravedad del riesgo en menores de dieciséis años.  
Es el caso del “menor maduro” (mayor de 12 y menor de 16 años) en el que se comprende la información clínica y terapéutica recibida y consiente libremente por sí mismo.
- C.** Dicha Ley no resuelve expresamente, ni legitima cuando el menor de trece a dieciséis años puede de forma autónoma otorgar su consentimiento en determinados supuestos sin la presencia de sus padres o tutores. En estos casos la realidad social, ética y médica debe encontrar la solución idónea para la salud del menor no perjudicándole.

Un concepto a tener en cuenta es el de “MENOR EMANCIPADO”. El artículo 323 del Código Civil señala que el emancipado quedará habilitado para regir su persona y bienes como si fuera mayor. El artículo 314 del Código Civil recoge las situaciones en los que el menor consigue la emancipación:

- Por matrimonio del menor.
- Por concesión de los que ejerzan la patria potestad cuando el menor tenga 16 años cumplidos.
- Por concesión judicial siempre que sea mayor de 16 años.
- El hijo mayor de 16 años que con consentimiento paterno viviera independientemente de ellos.

## 7. CONCLUSIONES CON RESPECTO A LOS MENORES

- Los menores de 18 años en determinadas supuestos pueden ser considerados mayores ó se les puede permitir actuar como tales como por ejemplo en la emancipación ó en la responsabilidad penal.
- En caso de conflicto entre la voluntad del menor suficientemente capacitado de juicio y la de sus padres ó tutores legales, deberá prevalecer la voluntad del menor en actos que afecten a la libertad, la salud, la vida pues se trata de derechos personalizados.
- Si existen “DUDAS OBJETIVAS” sobre la madurez del menor en la discrepancia entre éste y sus representantes será el juez quien decida.
- La capacidad de una persona se determina no solo por la edad sino por el desarrollo psicológico de cada individuo.

En definitiva un menor es capaz y competente para tomar decisiones en el ámbito de la salud, cuando comprende la información y alcanza un nivel de razonamiento que le permita evaluar riesgos y consecuencia futuras, salvo casos de incapacidad por la madurez psicológica ó de estado de NECESIDAD.

Otro aspecto controvertido es sobre la “PROTECCION DE DATOS”, de tal forma que el menor maduro (con capacidad de otorgar) tiene los mismos derechos a la protección de datos de carácter personal igual que los adultos.

La elaboración de una base de datos especial para tener un control sobre las personas a las que se les prescribe la AE es ILEGAL, pues supone un trato discriminatorio y un control excesivo de la población por parte de la administración. Además la asistencia eficaz es posible sin crear este tipo de bases de datos.

# CONCLUSIONES CON RESPECTO A LOS MENORES

Garantías jurídicas y responsabilidad del médico en el uso AE en menores:

- El menor de edad no emancipado puede prestar su consentimiento válido en relación con su madurez apreciada objetivamente por el médico. El médico debe anotar en la Historia Clínica los criterios objetivos que le sirvieron para considerar la madurez del menor de doce a dieciséis.
- No es necesario realizar esta valoración de madurez objetiva en mayores de 16 años.

Un aspecto importante desde el punto de vista de la legalidad es la prescripción de AE de acuerdo a la pauta de Yuzpe, en el sentido de que existe una responsabilidad del médico por utilización de fármacos con indicaciones terapéuticas NO APROBADAS. En estos casos, si APARECE DAÑO, el médico tendrá que afrontar las consecuencias de sus actos. La conclusión práctica de este hecho es que en España sólo se puede utilizar el preparado de Levonorgestrel comercializado con indicación de AE, no pudiendo utilizarse, desde un punto de vista legal, la asociación de estrógenos y gestágenos que caracterizan a la pauta de Yuzpe, dado que esta combinación no tiene la indicación de AE.

Cabe destacar por último que, dado que la finalidad de la información terapéutica es obtener la mayor eficacia posible en el tratamiento y que, existe una relación demostrada entre la eficacia de LNG como AE y el tiempo de administración (ver tabla 3), el facultativo no deberá posponer voluntariamente el inicio del tratamiento sin haber transmitido a la paciente toda la información relativa a la eficacia y seguridad del producto, siendo la paciente la que decidirá si pospone o no el tratamiento

## Bibliografía recomendada

---

1. M. Amarilla Gundin  
"El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia "
2. J. Haya Palazuelos, S. De las Reyes Peña, R Lertxundi Barañano  
"Aspectos Legales de la Adolescencia". En manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia, Aspectos Básicos y Clínicos. Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia de la Sociedad Española de Contracepción. Zaragoza 2001; 837:50
3. Álvarez D, Arribas L, Lete I, Olle" C, De Lorenzo R. "Guía de Actuación en Anticoncepción de Emergencia.La Píldora del Día Después" Ed. PULSO. Barcelona 2002.
4. Ley 41/ 2002 de 14 noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE N° 274;15-11-2002

## *Paginas web de interés*



[www.sego.es](http://www.sego.es)

[www.sec.es](http://www.sec.es)

[www.who.int](http://www.who.int)

[www.contraception-esc.com](http://www.contraception-esc.com)

[www.informateya.com](http://www.informateya.com)



 **chiesi**

CHIESI ESPAÑA, S.A.  
Berlín 38-48, 7ª planta  
08029 Barcelona (España)  
Tel: (93) 494 80 00  
Fax: (93) 494 80 30  
E-mail: [chiesi@chiesi.es](mailto:chiesi@chiesi.es)