

CAPÍTULO 25

ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

“La mayoría de nuestras equivocaciones en la vida nacen de que cuando debemos pensar, sentimos, y cuando debemos sentir, pensamos”

J. Churton Collins

ÁNGELS RAMÍREZ HIDALGO

FRANCISCA MARTÍNEZ SAN ANDRÉS

SERGIO BERNABEU PÉREZ

EDUARDO DÍEZ FEBRER

La intercepción postcoital (IPC) es una actuación que hace posible la prevención primaria del embarazo no deseado cuando no se ha utilizado anticoncepción adecuada.

En el caso de que se haya producido fecundación, el objetivo de la IPC es prevenir la implantación del blastocisto en el útero.

La IPC puede realizarse con fármacos o con dispositivos o implantes intrauterinos.

Intercepción postcoital

Para prevenir la implantación del blastocisto mediante fármacos o dispositivos o implantes intrauterinos

INTRODUCCIÓN

La IPC es la segunda oportunidad de evitar un embarazo accidental, tras la oportunidad perdida de haber usado una anticoncepción adecuada.

A veces personas de cualquier edad, género y condición se sienten urgidas por expectativas inmediatas de goce sexual, dichas expectativas resultan de la combinación de múltiples variables de todo orden. Para usar anticonceptivos

El uso de anticoncepción adecuada requiere de plena consciencia de la propia sexualidad activa

adecuados, adecuadamente, se requiere plena consciencia de la propia sexualidad activa. Cuando las personas sienten que dicha consciencia choca con alguno de sus valores determinados, tratando de evitar la confrontación emocional, es frecuente que nieguen el riesgo, en este caso de embarazo, y no usen o usen mal los anticonceptivos. Pero es posible que una reflexión posterior, aunque sea fugaz, les lleve a solicitar IPC.

Durante la adolescencia, las propias características del proceso de maduración pueden favorecer, con más frecuencia, ese tipo de reacciones.

CONCEPTOS BÁSICOS

Medida de prevención primaria del embarazo

Los métodos anticonceptivos actúan antes de que las células germinales se encuentren (día 0), los métodos de IPC actúan después, pero antes de que se inicie la implantación del óvulo fecundado (día 7^o). Como es la implantación lo que marca el inicio de la gestación, se puede decir pues que la IPC constituye una medida de prevención primaria del embarazo.

No es un método abortivo

La IPC no es un método abortivo, por tanto no hay que entrar en la confusión de considerarla como tal. El aborto es la interrupción del proceso de desarrollo embrionario, que se inicia al concluir la fase de implantación del blastocisto (día 14^o). La fase de implantación transcurre entre los días siete a catorce después de la fecundación.

En ningún caso hay conflicto, desde el punto de vista jurídico, para administrar intercepción postcoital

Las mayores probabilidades de embarazo (20-42%) se concentran entre los cuatro días antes de la ovulación y el primer día después. La implantación se da en uno de cada cinco ciclos menstruales.

Conviene además saber que desde el punto de vista jurídico, en etapa preembrionaria, no hay conflicto en cuanto a la destrucción del óvulo

fecundado, de modo que en el caso de haber óvulo fecundado, puede administrarse IPC. En el caso particular de mujeres adolescentes que soliciten el tratamiento y hayan tenido relaciones sexuales por libre decisión, aun en ausencia de quien tenga su representación legal, tampoco existe conflicto para administrar IPC con carácter de urgencia, puesto que de lo que se trata es de evitar un mal mayor.

Puntualizar estos términos contribuye a aliviar ciertos conflictos que pueden plantearse tanto algunos profesionales sanitarios como algunas potenciales usuarias.

DEMANDA

RESPECTO A LA/OS SOLICITANTE/S

La solicitud de IPC por parte de una adolescente resulta ser una de las primeras ocasiones en que contacta con el sistema sanitario como responsables de sí misma. Ello significa que está tomando el papel de sujeto activo que cuida de sí misma, frente al papel más pasivo en que permanecía cuando eran sus padres quienes la llevaban al pediatra para cuidar de ella.

La forma de presentación en las consultas suele estar mediatizada por la angustia que a menudo genera el sentimiento de transgresión. En estos es frecuente que los adolescentes se presenten en grupo, porque la cohesión de grupo refuerza la solidaridad o porque los lazos de identificación con el grupo son aún tan fuertes que dificultan la expresión individual. O que se presenten en pareja, porque ambos sienten un alto grado de implicación en el episodio.

RESPECTO A LOS PROFESIONALES

La solicitud de postcoital como acto de responsabilidad del propio cuidado

El profesional idóneo debe ser diestro y competente

<p>Si no da respuesta a la petición debe informar de otros recursos asistenciales</p>	<p>La atención a la demanda de IPC, en general, requiere de profesionales diestros en la entrevista clínica, con habilidades para manejar los contenidos referentes a la sexualidad y la anticoncepción, así como de un espacio físico que garantice la intimidad y del tiempo para realizar la anamnesis. Cuando por la razón que sea no se dé respuesta a la petición se debe informar de otros recursos asistenciales para la resolución de la misma. Se requiere un plan de actuación (tabla n^o 1).</p>
<p>Potenciar el autocuidado de la adolescente</p>	<p>Las características particulares reseñadas, en el apartado anterior en cuanto a la demanda de IPC de la adolescente, brindan un buen número de ocasiones para potenciar su autocuidado, que han de aprovecharse de inmediato. Por eso incluso cuando la solicitud se reciba en medio hospitalario en</p>
<p>Facilitar el establecimiento de vínculos con atención primaria</p>	<p>Las características particulares reseñadas, en el apartado anterior en cuanto a la demanda de IPC de la adolescente, brindan un buen número de ocasiones para potenciar su autocuidado, que han de aprovecharse de inmediato. Por eso incluso cuando la solicitud se reciba en medio hospitalario en</p>

Tabla 1. Plan de actuación frente a demanda de intercepción poscoital

-
1. Anamnesis
 - Precisar si ha habido posibilidades de riesgo de embarazo
 - Precisar la normalidad de la última menstruación de la mujer en cuanto a ritmo y presentación¹
 2. Información. Es aconsejable procurar las recomendaciones escritas (tablas n^{os} 2 y 3)
 - Procurar información de las características del método a utilizar, su mecanismo de acción, el tiempo de que se dispone para aplicar el tratamiento, las contraindicaciones, los efectos secundarios indeseables, la eficacia y el coste. Hacer hincapié en la forma de uso y el tiempo en que se puede esperar el sangrado
 - Recomendar la máxima precaución en caso de coitos posteriores, hasta el sangrado
 - Recomendar que se consulte si se advierte algún síntoma que parezca atípico
 - Sugerir reflexión en cuanto a qué hacer en caso de fallo
 - Enfatizar en cuanto a la ausencia de protección del tratamiento frente a las enfermedades de transmisión sexual
 3. Si la anamnesis lo revela necesario
 - Informar acerca de métodos anticonceptivos
 - Informar acerca de enfermedades de transmisión sexual
 - Informar acerca de prácticas de sexo seguro
 4. Recomendar control posterior

1. En caso de duda, descartar gestación mediante exploraciones complementarias: prueba de embarazo y ecografía si procede.

lugar de en atención primaria, ha de tenerse presente que una respuesta sensible es, precisamente, el mejor puente que el medio hospitalario puede tender hacia el vínculo de la joven con la atención primaria.

Reforzar la corresponsabilidad de ambos miembros de la pareja

En esa línea, es esencial reforzar la corresponsabilidad de los dos miembros de la pareja durante el coito estimulando el uso de doble protección, frente al riesgo de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), si es lo oportuno. Y alentar el acceso a las revisiones ginecológicas periódicas.

Como en cualquier acto médico los mejores resultados se obtienen cuando se realiza una buena anamnesis. La exploración física es, por lo común, innecesaria.

Tratar de desvelar las dificultades que generan mal uso o ausencia de uso de anticoncepción

Tras de la demanda explícita de IPC pueden esconderse otras dificultades que son las verdaderas generadoras del mal uso o la ausencia de uso de anticoncepción, que pueden ir desde problemas de identidad sexual o disfunciones sexuales hasta desórdenes alimentarios. Entre otros ejemplos posibles, el preservativo que “se rompe” puede ser un preservativo que no se pone ante el temor de una impotencia o el vómito tras la ingestión de unas píldoras puede ser el vómito habitual de una adolescente con bulimia. Hay que prestar la debida atención a lo que la adolescente trata de transmitir, para ello debe eludirse las actitudes de rutina, en las que sólo se escucha lo anecdótico, pues eso lleva a atender sólo parcialmente la demanda con los profesionales se convierten en meros expendedores.

Eludir las actitudes de rutina

La demanda repetida como síntoma de carencia

Las demandas sucesivas por parte de una misma mujer tienen el valor de un síntoma, que muestra una carencia en cuanto a su capacidad de autocuidado, y que suele concernir también a otros aspectos. Se deduce de ello la inutilidad de actitudes de castigo, negando la IPC, o de conmiseración, dándola y volviendo la espalda, de lo que se trata es de saber encaminar a esa mujer

La intercepción postcoital es para toda mujer en edad fértil, sexualmente activa, que lo solicite, por ausencia de uso de anticoncepción adecuada

hacia el desarrollo de su capacidad de autocuidado, tarea a veces tan compleja que puede llegar a requerir varias consultas o la intervención de profesionales de distintas disciplinas.

INDICACIONES

La IPC está indicada en toda mujer en edad fértil y sexualmente activa que lo solicite, en caso de: ausencia de uso de anticonceptivo, accidentes anticonceptivos, relación sexual forzada o violación. O en caso de uso reciente de teratógenos: citotóxicos, vacunas vivas u otros, si el anticonceptivo de uso habitual es de baja eficacia.

Cuando la solicitud sea consecuencia de una relación sexual forzada o violación después de evaluar la situación, se tendrán en cuenta otras medidas médicas, legales y de soporte psicológico. Las médicas incluirán la profilaxis frente a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo SIDA y, según proceda, estudios serológicos o cultivos para los gérmenes responsables de dichas infecciones.

Puede realizarse tratamiento con diversas opciones terapéuticas

RECURSOS TERAPÉUTICOS

Se puede obtener una acción de IPC mediante diversas opciones terapéuticas las más relevantes son la administración de antiprogestágenos: mifepristone, de progestágenos sólo: Levonorgestrel, de estroprogestágenos: Etinilestradiol y Levonorgestrel o la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) o de un implante intrauterino (IIU). Para los distintos tratamientos tanto el tiempo de que se dispone para aplicarlos, como las contraindicaciones, los efectos secundarios indeseables, la eficacia y el coste son diferentes, debido a sus distintas características y

Tabla 2. Tratamientos postcoitales, mecanismo de acción, dosis, tiempo para tratar, contraindicaciones, efectos secundarios indeseables, eficacia, coste económico

Opción terapéutica	Mecanismo de acción	Dosis y pauta	Tiempo para tratar	Contraindicaciones	Efectos indeseables	Eficacia	Coste
MIFEPRISTONE*		10 mg (unidosis)	120 horas (5 días)	Sospecha de embarazo Corticoterapia de uso prolongado Insuficiencias: hepatocelular, renal o suprarrenal	Vómito Náusea Mastodinia Alteraciones del ciclo menstrual	76-91%	*
LEVONORGESTREL*		1.5 mg (repartidos en dos dosis, un sólo día)	72 horas (3 días)	Sospecha de embarazo	Náusea Vómito Mareo Cansancio Cefalea Mastodinia Dolor abdominal	75-80%	*
ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL	Multifocal, sobre: Endometrio → receptores enzimáticos Ovario → actividad Trompas → motilidad Espermatozoides → transporte	0,2 mg EE + 1 mg LNG (repartidos en dos dosis, un sólo día)	72 horas (3 días)	Sospecha de embarazo	Náusea Vómito Mareo Cansancio Cefalea Mastodinia Dolor abdominal	75-80%	≈ 60-80 pta.
DISPOSITIVO O IMPLANTE INTRAUTERINO	Inflamatorio → reacción a cuerpo extraño Cu y sales → ↑ prostaglandinas → ↓ receptividad endometrial	(≥300 mm ² Cu)	120 horas (5 días)	Sospecha de embarazo Enfermedad inflamatoria pélvica	Enfermedad inflamatoria pélvica Sangrado Dolor Expulsión	99%	≈ 3500 a 8.500 pta.

* = no se dispensa en nuestro medio con este fin; EE = etinilestradiol; LNG = levonorgestrel; Cu = cobre.

Pauta de Yuzpe mecanismo de acción. A diferencia de las tres primeras, el DIU puede seguir siendo utilizado posteriormente como anticonceptivo. En España, por ahora, estas opciones quedan reducidas a los estroprogestágenos y al DIU o IIU (tabla nº 2).

En España no hay presentación comercial específica

ESTROPROGESTÁGENOS

Pauta

Tomar medidas para facilitar el cumplimiento

Conocido también como pauta de Yuzpe, se trata de administrar dentro de las 72 horas que siguen al coito: 0,2 mg de etinilestradiol (EE) + 1 mg de levonorgestrel (LNG) (tabla nº 3).

Las dosis adecuadas pueden obtenerse a partir de diferentes preparados comerciales de

Tabla 3. Recomendaciones para los estroprogestágenos

-
1. Las pastillas que te hemos facilitado contienen una dosis total de: 0,2 mg de etinilestradiol y 1 mg de levonorgestrel. Debes tomarte 2/4 pastillas juntas (*según el preparado elegido*). Y dentro de 12 horas otras 2/4 más (*idem*)
 2. Tolerarás mejor esta medicación si comes antes algo
 3. Si tomas la medicación en la forma que te hemos indicado, probablemente observarás un sangrado semejante a una menstruación en un intervalo que, desde hoy, puede oscilar entre 3 y 21 días
 4. Este tratamiento no te protege de otras relaciones sexuales posteriores, en este ciclo. En el caso de tenerlas, usad preservativos masculinos o femeninos adecuadamente o bien no realicéis penetración vaginal
 5. Avísanos si te parece que notas algún síntoma que te parezca extraño: náuseas, vómitos u otros
 6. Píde hora de visita tras el sangrado, en tu centro de salud o de planificación familiar
 7. Si pasan 21 días sin que observes un sangrado vaginal, acude a tu centro de salud o de planificación familiar
 8. En caso de fallo del método parece que no es probable el riesgo de daños para el feto, pero no existe evidencia al respecto
 9. Recuerda que un coito no protegido expone, además de al embarazo, a cualquier enfermedad de transmisión sexual, incluido el SIDA
-

anticonceptivos hormonales combinados orales, aunque en España no existe una presentación comercial específica para IPC con estroprogestágenos (IPC-AHO) (tabla nº 4).

Usar los preparados que permiten obtener la dosis con sólo 2 grageas por toma, probablemente contribuya a un mejor cumplimiento. Así como probablemente contribuya a ello facilitar, a la mujer, directamente la medicación.

No hay prácticamente contraindicaciones

Contraindicaciones

Los expertos mantienen una actitud bastante liberal con respecto al uso de este tipo de IPC-AHO. No hay evidencia de riesgo aumentado ni de pérdida de seguridad en mujeres en las que están contraindicados los anticonceptivos orales, ya que las contraindicaciones al uso de anticoncepción oral combinada están basadas en la presunción de un uso prolongado. Usados a las dosis recomendadas para IPC la dosis empleada es más alta que la dosis diaria de la anticoncepción oral, pero de uso mucho más corto (tabla nº 2).

Tomar, en caso necesario, precauciones si hay tratamientos concomitantes

Precauciones

Si una mujer toma drogas inductoras enzimáticas a nivel hepático concomitantemente a IPC-AHO cabe sospechar disminución de la biodisponibilidad de los esteroides por lo que conviene aumentar la dosis de estos: una gragea más por toma, cuando se utilicen grageas de 0,05 mg EE + 0,25 mg LNG. O dos grageas más por toma, cuando se utilicen grageas de 0,03 mg EE + 0,15 mg LNG; o de 0,03 mg EE + 0,125 mg LNG.

Tratar lo antes posible dentro de las primeras 72 horas

Tiempo para la toma y tiempo para el sangrado

Dentro de las 72 h, los resultados son más favorables mientras antes se realice la toma, obteniéndose los mejores resultados cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 12 horas.

El sangrado aparecerá entre 3 y 21 días después de la toma

Son posibles efectos indeseables menores

Debe informarse de que aparecerá un sangrado en un intervalo de 3 a 21 días, tras la toma de la medicación. Pueden darse pues alteraciones con respecto a la fecha esperada de la menstruación. Si se administra la IPC-AHO en fase folicular suele haber un acortamiento del ciclo, de modo que el sangrado aparecería antes.

Efectos indeseables

Se evitan 80% de embarazos

No son infrecuentes algunos efectos indeseables menores. Náusea (30-66%), vómito (12-22%), mareo, cansancio, cefalea, mastodinia, dolor abdominal, son los efectos que suelen registrarse con mayor frecuencia. En el caso de producirse no suelen durar más allá de 24h.

Tendencia a una eficacia decreciente con el paso de las horas

Eficacia

Se calcula que globalmente se consiguen evitar alrededor de 80% de embarazos que se hubiesen producido de no usar la medicación (tabla nº 2).

El momento de inicio de la primera dosis ha suscitado controversias. La OMS puso en marcha un estudio que revela una tendencia a una eficacia decreciente cuanto más se demore la toma, a partir de las 12 primeras horas, cada 12 horas se van doblando las probabilidades de embarazo.

Teniendo en cuenta el mecanismo de acción se especulaba con que la medicación pudiera llegar a ser efectiva hasta 120 h, además de no haber evidencia al respecto no hay que olvidar los resultados aportados por el estudio de la OMS.

Para una buena orientación contar con el mayor número posible de variables presentes

Nunca se debe confundir este tratamiento con un anticonceptivo tradicional. Cuando se dan cifras acerca de la eficacia de IPC-AHO siempre se está hablando de lo que sucede en un solo ciclo, cuando se habla de anticonceptivos de lo que sucede en un año. Para comparar ambos métodos habría que tomar también para la IPC-AHO doce ciclos y de ese modo la IPC-AHO ofrecería unos

resultados muy pobres.

Para dar una buena orientación a la mujer los profesionales deben recordar que:

1. El día de la ovulación es una variable que sólo se puede determinar retrospectivamente una vez aparece la menstruación y que además el administrar IPC-AHO puede modificar la aparición del sangrado.

2. Son posibles los cambios temporales en la duración de los ciclos de una mujer.

3. Debe descartarse que el embarazo ya se haya producido con anterioridad a las fechas en que se realiza la petición.

4. Deben descartarse otros coitos no protegidos en el mismo ciclo antes o después de las 72 horas.

5. Deben descartarse interacciones entre medicamentos en alrededor de 12 horas.

6. Cada pareja tiene su propia fertilidad.

7. El momento de inicio de la toma.

Los efectos indeseables se autolimitan en unas horas

Manejo de los efectos indeseables

Recordar a la mujer que esos efectos, todo lo más, no se prolongan más allá de un día.

Si hay vómito antes de las 2 h que prosiguen a la toma, puede administrarse de nuevo la dosis por vía vaginal con lo que se evitará el paso enterohepático.

Aunque no hay estudios diseñados para medir el efecto del vómito, no hay evidencia de que vómitos producidos dentro de las 3 h que siguen a la ingestión del fármaco aumenten el índice de fallo. Algún autor infiere que si los síntomas gastrointestinales se deben a la acción sobre el sistema nervioso central, la absorción de la dosis se habrá producido en el momento del vómito.

Si se juzga necesario, para cefalea y mastodinia utilizar Ácido Acetilsalicílico u otros analgésicos.

Desenmascarar los problemas sociosanitarios

Frente a la conveniencia de utilizar antieméticos, existe controversia pues parecen no ser efectivos tomados después, cuando ya se ha producido el vómito. Por otra parte los antieméticos al aumentar los niveles de prolactina podrían incrementar la mastodinia.

La dosis total empleada es moderada

Solicitud reiterada de IPC-AHO

Como tras las demandas repetidas de IPC suelen enmascararse problemas sociosanitarios, es importante dilucidarlos para poder llegar a romper la cadena de repeticiones.

En caso de embarazo la adolescente ha de decidir acerca de él. Si es menor sus tutores debes ser informados

El uso repetido de IPC-AHO puede aumentar el índice de fallo.

La dosis total no supera a la contenida en 7 grageas de un anticonceptivo hormonal oral combinado de baja dosis.

Gestación accidental por fallo de IPC-AHO

Cuando, pese a utilizar IPC-AHO, se produzca un embarazo es la adolescente quien ha de decidir la conducta a seguir; pero, en caso de ser ella menor, quienes tengan su tutela deben ser informados. No se conocen efectos adversos sobre la gestación que continúa, si bien la experiencia clínica está basada en un bajo número de casos. Por ello no hay razón para plantear una interrupción voluntaria del embarazo ni se puede garantizar que la gestación sea normal. Cuando una mujer solicite una interrupción voluntaria del embarazo deberá ser informada por si se puede acoger a alguno de los supuestos legales.

Dispositivo o implante intrauterino

De alta carga
En las 120 primeras horas

DISPOSITIVO O IMPLANTE INTRAUTERINO

Pauta

Descartar enfermedades de transmisión sexual

Tabla 4. Obtención de la dosis total adecuada de estroprogestágeos para IPC a partir de preparados comerciales de anticonceptivos hormonales combinados orales: nombres de los preparados comerciales, composición por gragea y posología

Nombre de los preparados comerciales	Composición por gragea	Posología
Ovoplex® Neogynona®	0,05 mg EE + 0,25 mg LNG	2 grageas/12h /1 sólo día
Ovoplex 30/150® Microgynon®	0,03 mg EE + 0,15 mg LNG	4 grageas/12h /1 sólo día
Triciclor® Triagynon®	0,03 mg EE + 0,125 mg LNG (las últimas del cartón)	4 grageas/12h /1 sólo día

EE = etinilestradiol; LNG = levonorgestrel.

DIU o IIU de alta carga de cobre (>300 mm²), que ha de insertarse dentro de las 120 horas (5 días) que siguen al coito.

El sangrado aparecerá en la fecha prevista

En solicitantes adolescentes, los profesionales deben ser particularmente cuidadosos en cuanto a dilucidar si hay, ha habido o puede haber exposición a riesgo de ETS (tabla nº 3).

En caso de embarazo la adolescente ha de decidir acerca de él. Si es menor sus tutores debes ser informados
Hay que extraer el DIU

Tabla 5. Recomendaciones para el dispositivo intrauterino

1. Te hemos insertado un DIU/IIU tipo (consignar marca y carga de cobre)
2. No tengas relaciones sexuales con penetración, ni te pongas tampones vaginales, ni te metas dentro del agua (sí que pueden ducharte) hasta dentro de 2 o 3 días, para evitar infecciones
3. Sangrarás, probablemente, en la fecha que esperabas tu menstruación
4. Avisa si notas algo que te parezca extraño: dolor, sangrado anómalo u otros
5. Pide hora de visita cuando se te acabe la menstruación y decide con tu médico la conveniencia o no, en tu caso, de seguir llevando el DIU/IIU
6. Si no menstruas en la fecha esperada y fallase el método, tu DIU/IIU debe ser extraído
7. Recuerda que un coito no protegido expone, además de al embarazo, a cualquier enfermedad de transmisión sexual, incluido el SIDA.

Con este tipo de IPC el sangrado aparecerá en la fecha prevista, con respecto a los ciclos habituales de la mujer.

Gestación accidental por fallo de IPC-DIU/IIU

Cuando, pese a utilizar IPC-DIU/IIU, se produzca un embarazo es la adolescente quien ha de decidir la conducta a seguir pero, en caso de ser ella menor, quienes tengan su tutela deben ser informados. En cualquier caso es conveniente retirar el DIU para evitar la posibilidad de un aborto de segundo trimestre o un parto prematuro.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOG practice patterns. Emergency oral contraception. *Int J Gynecol Obstet*, 56: 290-297, 1997.
- An emergency contraceptive kit. *The Medical letter*, 40: 102-3, 1998.
- Artículos 154.3 y 162.1 del Código Civil 4.^a ed. Pamplona: Ed. Aranzadi, 1997.
- Biggers JD. Fecundability. *Ann NY Acad Sci* 1988; 541: 706-14.
- Biggers JD. In vitro fertilization and embryo transfer in human beings. *N Engl J Med*, 304: 336-42, 1981.
- Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 313, de 13 dic. 1990.
- Dixon GW., Schlesselman JJ., Ory HW., Blye RP. Ethinyl estradiol and conjugated estrogens as poscoital contraceptives. *JAMA*, 244: 1336-9, 1980.
- Edwards RG. Implantation, interception and contraception. *Hum Reprod*, 9: 73-87, 1994.
- Espinós J., Senosiain R., Aura M., Vanrell C., Armengol J., Cuberas N. *et al.* Safety and effectiveness of hormonal postcoital contraception: a prospective study. *Eur J Contracep Reprod Health Care*, 4: 27-33, 1999.
- Grou F., Rodrigues I. The mornig-after pill – How long after? *Am J Obstet Gynecol*, 171: 1529-34, 1994.
- Hatcher RA., Trussell J., Stewart F., Stewart GK., Kowal D., Guest F., Cates Jr. W., Policar MS. Emergency contraception: postcoital options. In: *Contraceptive Technology*. 16.^a rev. Nueva York: Irvington Publishers, Inc., 415-32, 1994.
- Percival-Smith RK., Abercrombie B. Postcoital contraception with dl-norgestrel/ethinyl estradiol combination: six years experience in a student medical clinic. *Contraception*, 36: 287-93, 1987.
- Piaggio G., von Hertzen H., Grimes DA., Van Look PFA., on behalf Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet*, 353: 721, 1999.
- Resolución A3-0172/92 a Carta Europea de los derechos del niño (1992).
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of three single dosis of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. *Lancet*, 353: 697-702, 1999.
- 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*, 352: 428-33, 1998.
- Tietze C. Statistical contribution to the study of human fertility.

Fertil Steril, 6: 88-95, 1956.

Valle Muñiz JM. Títulos II, IV y V. En: Quintero Olivares G.,

Morales Prats F., Valle Muñiz JM., Prats Canut JM., Tamarit

Sumalla JM., García Albero R. Comentarios al nuevo Código

Penal. Pamplona: Ed. Aranzadi, 711-59 y 755-79, 1996.

Wilcox AJ., Weingberg CR., Baird DD. Timing of sexual

intercourse relation to ovulation. Effects on the probability of

conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. N

Engl J Med, 333: 1517-21, 1995.