



---

**Universidad de Valladolid**

FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA  
GRADO EN ENFERMERÍA



Facultad de Enfermería de Soria

**-TRABAJO FIN DE GRADO-**

**ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA,  
PAPEL DE ENFERMERÍA**

Revisión bibliográfica narrativa

Estudiante: Nuria Esteban Romero

Tutelado por: M<sup>a</sup> Jesús del Río Mayor

Curso académico: 2015-2016

Soria, 8 de Junio de 2016

## ÍNDICE:

	Pág.
1. RESUMEN: .....	4
2. INTRODUCCIÓN: .....	5
2.1. Ciclo menstrual .....	5
2.2. Métodos anticonceptivos.....	8
2.2.1. Barrera.....	8
2.2.2. Hormonal .....	8
2.2.3. Métodos mecánicos.....	9
2.2.4. Químicos .....	10
2.2.5. Esterilización.....	10
2.2.6. Método de Amenorrea por Lactancia (MELA): .....	10
2.2.7. Métodos a-conceptivos.....	10
2.2.8. Mitos populares .....	11
2.3. Fecundación.....	11
2.4. Gestación .....	12
2.5. Anticoncepción de urgencia .....	12
2.5.1. Método Yuzpe (MY):.....	15
2.5.2. Dispositivo Intrauterino (DIU).....	16
2.5.1. Levonogestrel (LNG) .....	17
2.5.2. Acetato de Ulipristal.....	19
2.6. Mifepristona.....	21
2.7. Legislación .....	21
3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	24
4. MATERIAL Y MÉTODOS:.....	25
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:.....	27
6. CONCLUSIONES: .....	34
7. BIBLIOGRAFÍA .....	36
8. ANEXOS. ....	40

## **ABREVIATURAS:**

AE→ Anticoncepción de Emergencia

AEMPS→ Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AMEA→ Agencia Europea del Medicamento

AU→ Anticoncepción de Urgencia

AUP→ Acetato de Ulipristal

DIU→ Dispositivo Intrauterino

EIP→ Enfermedad Inflamatoria pélvica

FDA→ Food and Drugs Administration

FIGO→ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

FSH→ Hormona Foliculoestimulante

hCG→ Hormona Coriónica Humana

ICEC→ Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Urgencia

INE→ Instituto Nacional de Estadística

ITS→ Infecciones de Transmisión Sexual

LH→ Hormona luteinizante

LNG→ Levonogestrel

MELA→ Método de Amenorrea por Lactancia

MY→ Método Yuzpe

OMS→ Organización Mundial de Salud

PAE/ PAU→ Píldora anticonceptiva de Emergencia/Urgencia

RSSP→ Relaciones Sexuales Sin protección

SEC→ Sociedad Española de Contracepción

## **ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS:**

Figura 1: Ciclo menstrual sin embarazo.....	7
Figura 2: Ciclo menstrual con embarazo.....	7
Tabla 1: Motivos por los que no se utilizó anticoncepción de urgencia.....	30

## 1. RESUMEN:

En la actualidad, contamos con multitud de métodos anticonceptivos de uso regular, capaces de prevenir un embarazo no deseado. Cuando no se usan estos métodos o se hace de forma incorrecta existe una segunda alternativa que es la anticoncepción de urgencia.

La anticoncepción de urgencia o también conocida como “pastilla del día de después” se define como *el “uso de un fármaco o dispositivo como medida de urgencia para prevenir un embarazo en caso de coito no protegido, por carencia de método de uso regular o por uso inadecuado del mismo”*.

En España, como método contamos con el DIU que se puede colocar hasta 5 días después de la relación sexual sin protección. En cuanto a fármacos se dispone del levonogestrel que se puede utilizar dentro de las 72 horas después de la relación sexual sin protección y el acetato de ulipristal dentro de las 120 primeras horas, ambos, pueden adquirirse en farmacias sin receta médica.

La mayoría de autores coinciden en que el principal efecto de estos fármacos es impedir la ovulación y sus efectos secundarios son leves y desaparecen dentro de las 24 horas.

Después de analizar varios estudios, podemos comprobar que la información que tiene la población, especialmente la adolescente, sobre el uso correcto de la anticoncepción de urgencias es muy escasa y, en muchas de las ocasiones, errónea.

Puesto que todas las personas tienen el derecho de acceder a una información completa y de buena calidad sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva, es primordial que se desarrolle un programa de educación para la salud sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles para este colectivo. Una educación grupal en institutos, foros y otros puntos de ámbito local y la atención individual en consulta ambulatoria nos permitirán prevenir los múltiples problemas relacionados con este tema.

Añadido a lo anterior, es muy importante una educación en el momento de la administración del fármaco para su uso correcto y así reducir efectos secundarios y disminuir las reincidencias en su consumo. Para ellos es imprescindible la labor de enfermería.

## 2. INTRODUCCIÓN:

### 2.1. Ciclo menstrual

*“El ciclo menstrual es la preparación del cuerpo de la mujer para un posible embarazo.”* La duración del ciclo menstrual se mide desde el primer día de sangrado hasta el día anterior al inicio del sangrado siguiente. Esta duración es variable, siendo lo más común una duración entre 23 y 35 días.<sup>1</sup>

El ciclo menstrual está dividido en varias fases: (Figura 1)

#### Menstruación:

El primer día del ciclo menstrual es el día que comienza el período y suele durar entre 3 y 7 días.

#### Fase folicular:

Al principio del ciclo, la glándula pituitaria del cerebro segrega la hormona foliculoestimulante (FSH). Esta hormona es la encargada de estimular los ovarios para que produzcan óvulos maduros. Los folículos son unas cavidades que se encuentran en los ovarios y están llenas de líquido. Cada folículo contiene un óvulo que todavía no está desarrollado. La FSH es la encargada de estimular varios folículos para que se desarrollen y liberen estrógenos. Éstos estarán bajos el primer día del periodo y comenzarán a aumentar según van creciendo los folículos.

Aunque como ya he dicho, maduran varios folículos, sólo uno se hará dominante siendo su óvulo el que madurará.

Al mismo tiempo los estrógenos, cada vez en mayor cantidad, liberados por los folículos, harán que el endometrio se llene de nutrientes y sangre. También será el encargado de que aumente el moco vaginal haciendo un medio favorable para los espermatozoides.

#### Ovulación:

El nivel de estrógenos seguirá creciendo hasta que se produzca una subida repentina de la hormona luteinizante (LH). Este pico de LH hace que el folículo se rompa y se libere el óvulo maduro el cual pasa a la trompa de Falopio.

#### Fase lútea:

El óvulo liberado, pasará de la trompa de Falopio al útero. Este óvulo solo se mantiene vivo durante 24 h. Siendo la vida del espermatozoide de 3-5

días. Con esto podemos decir que los días más fértiles serían los que proceden a la ovulación o el mismo día de esta.

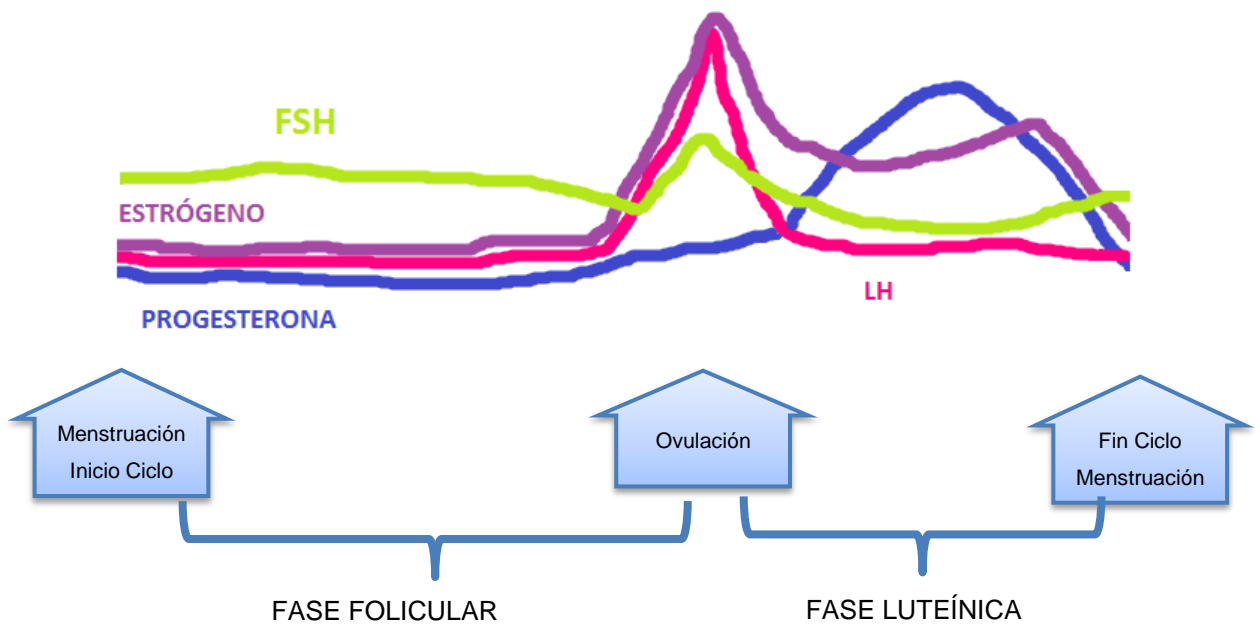
Una vez que ha finalizado la ovulación el folículo, mientras se contrae (formando el cuerpo lúteo), comienza a segregar progesterona que provoca el crecimiento del endometrio para recibir al óvulo fecundado y vuelve a segregar estrógenos. Es en esta etapa cuando se experimentan los síntomas de tensión premenstrual (dolor en el pecho, hinchazón, letargo, depresión, irritabilidad).

El folículo vacío se seguirá contrayendo y si el óvulo no se fecunda los niveles de estrógeno y progesterona disminuyen haciendo que el endometrio comience a desprenderse iniciándose la menstruación y comenzando así un nuevo ciclo menstrual.

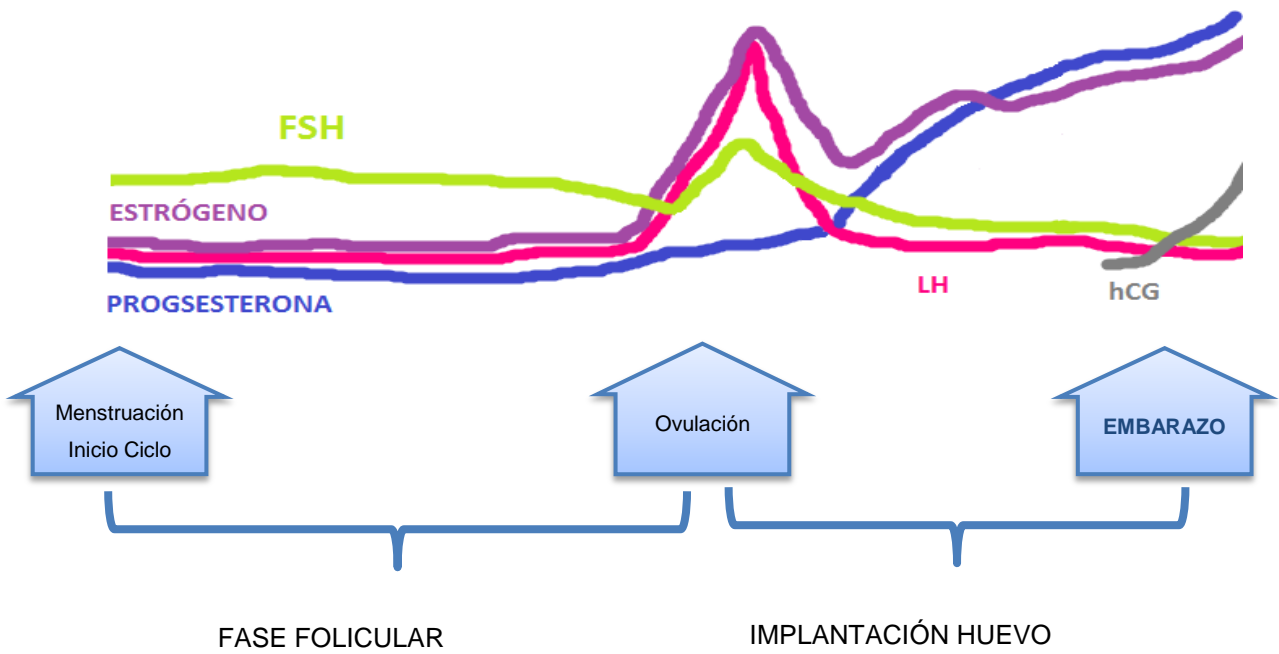
Si el óvulo se ha fecundado, puede implantarse correctamente por sí mismo en el endometrio (una semana después de la fecundación).

Tan pronto como el óvulo fecundado queda implantado, se comienza a secretar gonadotropina coriónica humana (hCG), que es la hormona del embarazo encargada de mantener la actividad del folículo vacío. Además, continúa segregando estrógenos y progesterona para evitar el desprendimiento del endometrio hasta que la placenta madure lo suficientemente como para mantener el embarazo (Figura 2).

El test de embarazo más sensible no dará positividad hasta el momento de la implantación.<sup>2-3</sup>



**Figura 1:** Ciclo menstrual sin embarazo. Elaboración propia.



**Figura 2:** Ciclo menstrual con embarazo. Elaboración propia

## 2.2. Métodos anticonceptivos

La anticoncepción engloba cualquier método y/o acción que permita evitar o reducir las posibilidades de embarazo durante una relación sexual vaginal. *“Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen.”*<sup>4</sup>

En esta definición habría que incluir otro objetivo, que es evitar el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS).<sup>5</sup>

A continuación voy a tratar los diferentes métodos anticonceptivos de uso regular.

### 2.2.1. Barrera

*“Son todos aquellos que impiden la entrada del esperma al útero, evitando la unión del óvulo y el espermatozoide y por lo tanto un posible embarazo.”*<sup>6</sup>

- Condón masculino: Se trata de una goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección e impide que los espermatozoides entren en la vagina. La principal ventaja de este método es que protege contra ITS.<sup>4, 7-8</sup>
- Condón femenino: Es una bolsa cilíndrica de poliuretano o nitrilo que recubre totalmente la vagina. Uno de los extremos está cerrado lo que impide que entren los espermatozoides. También protege contra ITS.<sup>4, 7</sup>
- Diafragma: Consiste en un capuchón de látex que se coloca en el interior de la vagina, tapando el cuello del útero, anteriormente medido por el médico, y sirve como barrera del paso de espermatozoides. Tras 6 horas debe ser retirado, lavado y guardado en su propio estuche hasta un siguiente uso. Se debe utilizar siempre junto a una crema espermicida.<sup>4, 7-8</sup>
- Esponja: está fabricada de poliuretano, se introduce en la vagina para evitar el paso de los espermatozoides y se retira después de 6 horas. No es un método eficaz.<sup>9</sup>

### 2.2.2. Hormonal

- Píldoras:
  - Combinadas: es un comprimido que contiene hormonas similares a las que sintetiza el organismo (estrógenos y progesterona) dando un resultado anovulatorio. Además espesa el moco y



adelgaza la mucosa uterina. En muchas mujeres mejora los trastornos menstruales haciendo la menstruación más corta e indolora.<sup>4</sup>

- Minipíldora: es una patilla que contiene solo progestágeno. Aunque la mayoría de ciclos es anovulatorio su principal mecanismo de actuación es el espesamiento del moco. La principal ventaja es la posibilidad de utilización durante periodos de lactancia.
- Anillo vaginal: consiste en un anillo de plástico flexible que se coloca dentro de la vagina manteniéndolo tres semanas. De esta manera se liberan dosis muy bajas de hormonas (estrógenos y progestágenos) inhibiendo la ovulación y espesando el moco.
- Parche transdérmico: es una lámina con una sustancia adhesiva que debe permanecer pegado a la piel (nalgas, abdomen, parte superior del brazo o parte superior de la espalda) durante una semana. Este parche libera de forma continua estrógenos y progestágenos.<sup>4,7</sup>
- Inyectable: consiste en la inyección de un preparado de depot de progestágeno a nivel intramuscular (normalmente en brazo o nalgas) donde se absorbe lentamente. La inyección debe administrarse cada trimestre.<sup>7</sup>
- Implante subdérmico: se trata de una pequeña varilla de plástico que se inserta bajo la piel (parte superior del brazo) y libera constantemente progestágenos. Su efecto dura aproximadamente 3 años aunque si la mujer desea quedarse embarazada el médico puede retirarlo.

### 2.2.3. Métodos mecánicos

El dispositivo intrauterino (DIU) es un pequeño sistema que se inserta en el útero por un ginecólogo. Puede permanecer colocado de 2 a 5 años.

- DIU de cobre: dificulta el ascenso del espermatozoide para alcanzar el útero y dificulta la anidación.<sup>4,7</sup>
- DIU hormonal: libera progestágeno, que inhibe la ovulación y dificulta la anidación.<sup>7</sup>

#### 2.2.4. Químicos

- Espermicidas: contienen productos químicos (nonoxinol-p, benzalconio) que alteran la movilidad de los espermatozoides o los destruyen. La presentación farmacéutica puede ser en cremas, geles, óvulos o supositorios vaginales. Se deben colocar en la vagina 7-8 minutos antes del coito y su efecto dura una hora. No son fiables si se aplican por si solos por lo que deben combinarse con los métodos de barrera.<sup>4,7</sup>

#### 2.2.5. Esterilización.

- Ligadura de trompas: Método anticonceptivo irreversible femenino. Consiste en el bloqueo de las trompas de Falopio las cuales conectan el ovario con el útero. Se requiere anestesia y hospitalización.
- Esterilización tubárica: Método anticonceptivo irreversible femenino. Consiste en la introducción de un dispositivo en las trompas de Falopio por vía vaginal. Esto hace que en 2-3 meses se produzca un bloqueo completo de las trompas. No necesita hospitalización ni anestesia general
- Vasectomía: Método anticonceptivo irreversible masculino. Consiste en la ligadura de los conductos deferentes o canales conductores de la eyaculación en cuyo líquido se encuentran los espermatozoides.<sup>8</sup> Se realiza con anestesia local y no requiere hospitalización.<sup>7</sup>

#### 2.2.6. Método de Amenorrea por Lactancia (MELA):

Es un método anticonceptivo usado en los primeros 6 meses post parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva, y en amenorrea. La inhibición de la ovulación y la amenorrea se deben a que la succión frecuente del pezón produce un efecto inhibitorio en el hipotálamo y la hipófisis que provoca una alteración en la secreción de LH. Para que se cumpla esta inhibición la mujer no ha debido presentar ninguna menstruación postparto, el bebé debe tener menos de 6 meses, y se deben dar 7 tomas o más en 24 horas, al menos cada 4 horas durante el día y 6 horas durante la noche.<sup>4,10</sup>

#### 2.2.7. Métodos a-conceptivos.

*“Son métodos cuya función es valorar qué días del calendario la mujer es más fértil y utilizarlos para concebir o evitar el embarazo.”*

- Método Ogino-Knaus: Consiste en no realizar el coito durante los días fértiles. Se consideran fértiles el día de la ovulación, que corresponde con la mitad del ciclo, cinco días antes y tres después.
- Método de la temperatura basal: en los días más fértiles se produce un aumento de la temperatura, debido al aumento de la progesterona. Este método consiste en tomarse la temperatura todos los días, a la misma hora, antes de levantarse, para detectar ese aumento.
- Método Billing: consiste en saber qué días es una mujer fértil valorando las características del moco (color, textura, elasticidad, cantidad)
- Método Sintotérmico: se realiza a la vez una valoración de la temperatura, el moco y los signos de ovulación.<sup>6</sup>

### 2.2.8. Mitos populares

- Coitus interruptus: Es la conocida “marcha atrás”. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. No se considera como un método anticonceptivo realmente ya que antes de la eyaculación se expulsa un líquido lubricante que puede contener espermatozoides.<sup>7</sup>

La elección individual y la adopción responsable de decisiones en materia de reproducción, ha sido posible gracias a la disponibilidad creciente de métodos anticonceptivos modernos y más seguros.<sup>11</sup>

### 2.3. Fecundación

La Fecundación es un proceso complejo que supone la fusión de un ovocito y un espermatozoide que permitirá la formación de un embrión. La fecundación tiene lugar en el tercio exterior de la trompa de Falopio. Este proceso requiere de diversos pasos para que pueda producirse correctamente.

En primer lugar se produce un reconocimiento específico entre el ovocito y el espermatozoide asegurándose de que los gametos sean de la misma especie.

A continuación, el ovocito regulará la entrada de un solo espermatozoide a través de mecanismos muy complejos.

Por último se producirá la fusión del material genético paterno y materno y el posterior inicio del desarrollo embrionario.<sup>12-13</sup>

## 2.4. Gestación

La gestación se inicia en el momento en que se produce la implantación del blastocito en la cavidad uterina (aproximadamente a los 7 días post-fecundación).<sup>14-15</sup>

La gestación, o embarazo, se inicia en el momento de la fecundación y finaliza alrededor de nueve meses después con el nacimiento de un bebé. Durante este período, las sucesivas divisiones de la célula huevo dan lugar a la formación de un embrión que a partir de los tres meses ya tiene un claro aspecto humano y pasa a denominarse feto, a partir de este momento, sólo falta que madure en el vientre materno el tiempo necesario hasta que se encuentre en condiciones de afrontar una vida autónoma.<sup>16</sup>

## 2.5. Anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia (AU), popularmente conocida como “pastilla del día de después”, se define como *“el uso de un fármaco o dispositivo como medida de urgencia para prevenir un embarazo en caso de coito no protegido, por carencia de método de uso regular o por uso inadecuado del mismo”*.<sup>13,17-21</sup> De esta forma, contribuye al derecho de la salud reproductiva de la mujer y le ofrece la última posibilidad para prevenir el embarazo tras unas relaciones sexuales sin protección (RSSP),<sup>22</sup> disminuyendo de esta forma el número de interrupciones voluntarias del embarazo.

Hay que tener presente que cuando se produce un embarazo de forma involuntaria este constituye un problema de salud reproductiva, en ocasiones con repercusiones biológicas, psicológicas, económicas y sociales.<sup>14</sup>

### Indicaciones:

La AU está indicada en relaciones coitales sin método anticonceptivo, en violaciones sin anticoncepción previa, en uso reciente de teratógenos, en uso incorrecto u otros incidentes con los métodos naturales, en una eyaculación anticipada, en un fallo con el preservativo como rotura, retención o mal uso del mismo, en fallos en el cumplimiento o incidencias de uso de un método hormonal o en una retirada imprevista de un DIU. Es decir, en cualquier mujer

que haya tenido una relación sexual desprotegida y no desee embarazo.<sup>3,13,15,17-18,21,23</sup>

### Evolución de los AU:

El primer caso documentado sobre el uso clínico de estrógenos post coito en seres humanos no se publicó hasta mediado de los años 60 cuando médicos de los países bajos aplicaron la práctica veterinaria de tratamiento de estrógenos después del coito a una niña de 13 años que había sido violada.<sup>27</sup>

Al mismo tiempo en Estados Unidos investigaban la eficacia de altas dosis de estrógenos que a finales de los 60 se convirtieron en el tratamiento estándar a pesar de que los protocolos no estaban estandarizados, muchos proveedores no sabían de su existencia y por lo tanto, el acceso era limitado.<sup>15,27</sup>

A principio de la década de los 70 se dejaron de lado las altas dosis de estrógenos y se comenzó a utilizar una combinación estándar de estrógenos-progestina.<sup>19, 27</sup>

En 1972 Albert Yuzpe, un médico canadiense comenzó a estudiar, junto a su equipo, un tratamiento combinado, orientado por su observación de que una dosis de 100 microgramos de estrógenos junto con 1,0 de progestina norgestrel-dl, inducen a cambios endometriales, que son incompatibles con la implantación. Este método pasa a ser conocido como el "Método Yuzpe (MY)" y reemplazó las preparaciones de altas dosis de estrógenos ya que tenía una menor incidencia de efectos secundarios y porque las altas dosis de estrógenos estaban vinculadas al cáncer de vagina en las hijas de mujeres que lo habían tomado.<sup>15, 27</sup>

En 1973 se describieron los resultados que habían sido obtenidos en una investigación experimental de gran escala de 5 dosis de levonogestrel (LNG) de entre 150mcg a 400mcg por tableta. Siendo las dosis más bajas no eficaces. Este experimento fue el primer gran avance en materia de anticoncepción postcoito.<sup>27</sup>

A finales de los 70, se empezó a indicar como AU el DIU de alta carga de cobre insertado dentro de los 5 primeros días.<sup>15</sup> El primero insertado con este fin fue en 1976.<sup>15, 19</sup>

En la década de los 80 se utilizó el Danazol como anticonceptivo de emergencia (AE). Se trata de una progestina sintética y antigonadotropina. Estudios posteriores han notificado que no es muy eficaz y por eso en la actualidad es muy poco utilizada.<sup>27</sup>

En la década de los 90, con el fin de reducir los efectos secundarios, se realizaron investigaciones sobre la eficacia de las píldoras solo de progestina. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que una dosis única de 1.5 mg de LNG pueden sustituir a dos dosis de 0.75 mg como antes se había programado.<sup>19,27</sup>

En 2001 se autoriza en España dos medicamentos anticonceptivos a base de LNG cuya indicación médica es la AU, bajo prescripción médica.<sup>15,24</sup> Sin embargo, 7 años después la situación de AU en las diferentes comunidades autónomas reflejaba grandes desigualdades en la prestación y múltiples obstáculos en su accesibilidad como las barreras de la objeción de conciencia.<sup>25</sup>

En 2008 la Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) elaboró un informe sobre la seguridad de la utilización de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia de Levonogestrel (PAU-LNG) como medicamento “sin receta”, en el que concluía la eficacia del LNG como AU, la ausencia de alternativas orales en España y la baja probabilidad de efectos adversos en la población, y recomendaba la dispensación tanto en las farmacias como en los centros sanitarios.

En 2009, el gobierno autorizó la dispensación sin receta médica con el objetivo de facilitar el acceso en el plazo adecuado que garantizara su eficacia independientemente del lugar de residencia de las mujeres.<sup>24</sup> La AU con LNG cumple los criterios de la Food and Drug Administration (FDA) y de la AEMPS para su libre dispensación: no ser tóxico, seguridad, experiencia de uso, no causar defectos congénitos, no existir riesgo de sobredosificación, mínimo riesgo en el uso incorrecto, no tener riesgo de adicción, no tener contraindicaciones, no tiene interacciones medicamentosas destacables, indicación claramente establecida, no haber dificultades en la dosificación y conservación, información clara y completa para la usuaria, autodiagnóstico y correcto uso en la indicación del producto.<sup>15</sup>

En la actualidad, la PAU-LNG está disponible en las farmacias de todos los países de la Unión europea (excepto Malta) y solo en cinco de ellos bajo prescripción médica.<sup>22,26</sup>

En otros lugares, donde no existe un producto etiquetado, los fármacos para AE pueden ser conseguidos a partir de comprimidos anticonceptivos regulares.<sup>27</sup>

En diciembre de 2009 se comercializó con la indicación de AU un nuevo fármaco, el acetato de ulipristal (AUP), que puede utilizarse después de 120h después de un coito de riesgo. En abril de 2015 dejó de estar sujeto a prescripción médica.<sup>15</sup>

A continuación voy a tratar, según su evolución, los diferentes fármacos e instrumento que pueden ser utilizados como AU.

### **2.5.1. Método Yuzpe (MY):**

Este método permite evitar el embarazo dentro de las primeras 72 horas post-coito sin protección reduciéndose la eficacia con el incremento de inicio después de la relación sexual sin protección. También se conoce como método combinado ya que contiene tanto estrógenos como progestina (1mg de etinilestradiol y 0,5mg de LNG) y se administra en 2 dosis separadas por 12h.<sup>27-</sup>

28

#### Mecanismo de actuación

El mecanismo de actuación del MY es la inhibición de la ovulación. Cuanto más cerca de la ovulación se administre el fármaco, menor capacidad para detener la ovulación tiene. En los diferentes estudios realizados por biopsias en endometrio no se ven diferencias significativas en los parámetros morfológicos y moleculares examinados.<sup>29</sup>

#### Efectos secundarios

Los principales efectos secundarios que pueden presentar las mujeres que utilizan este método son: náuseas (50% de usuarias), vómitos, cefaleas, hipersensibilidad de mamas, dolores abdominales y mareos.

Estos efectos secundarios ocurren con más frecuencia que con otras AU, pero son temporales y la mayoría desaparecen en 24h.<sup>30</sup>

Si se toma el comprimido con alimento o leche se puede reducir la sensación nauseosa pero aún no se ha investigado si la realización de esta práctica puede disminuir la acción del fármaco. Por lo que algunos médicos recomiendan tomar un antiemético 1 hora antes de la administración de la dosis.<sup>27</sup>

### Contraindicaciones

Las contraindicaciones son las mismas que cuando se utiliza esta combinación (progestágenos y estrógenos) en la anticoncepción regular: insuficiencia hepática (adenomas o carcinomas hepáticos, enfermedad hepática activa) e insuficiencia renal grave o función renal aguda.

Los estrógenos afectan a la cantidad y composición de la leche materna por lo que se debe pausar la lactancia durante su administración.

### Interacciones medicamentosas

La acción de esta combinación de hormonas puede ser reducida por: fármacos antiepilépticos, antifúngicos, antirretrovirales, hipnóticos, algunos antibióticos y la Hierba de San Juan.<sup>31</sup>

### Eficacia

Es el método de AU menos efectivo por lo que no debería ser la primera opción si se dispone de otros métodos. Tomar la dosis correcta de píldoras combinadas reduce el riesgo de embarazo en un único coito desprotegido hasta en un 75%. Este dato puede ser menor dependiendo del día del ciclo menstrual de la mujer.<sup>30</sup>

#### **2.5.2. Dispositivo Intrauterino (DIU)**

La inserción del DIU se puede utilizar como AU hasta las 120h. tras el coito de riesgo.

### Mecanismo de actuación.

El DIU ejerce una actuación espermicida, pero su principal mecanismo de actuación es antiimplantatorio.<sup>15,17</sup>



### Efectos secundarios

Los efectos secundarios durante y tras la colocación del DIU, son los mismos que aparecen cuando se coloca como anticonceptivo de uso regular. Entre ellos puede presentarse: malestar en el momento de su colocación, sangrado más abundante los primeros meses y aumento de riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).<sup>15,22</sup>

### Contraindicaciones

Este dispositivo está contraindicado en los mismos casos que se contraindica como dispositivo anticonceptivo de uso regular: nuliparidad, riesgo de ITS, ITS reciente, embarazo ectópico previo, afectación maligna del tracto genital, anomalías uterinas, sepsis, fibromas que deformen la cavidad uterina, tuberculosis pélvica y enfermedad trofoblástica maligna.<sup>15,22,32</sup>

Como AE se añade en caso de violación con riesgo ITS.

Este dispositivo está especialmente indicado para mujeres que están tomando un tratamiento farmacológico habitual que puede disminuir la eficacia del LNG o el AUP.<sup>17</sup>

### Interacciones medicamentosas

No están descritas

### Eficacia

La tasa de fallos es menor del 1%.<sup>17</sup>

#### **2.5.1. Levonogestrel (LNG)**

El LNG fue comercializado con la indicación de AU hasta las 72 horas del coito sin protección el 23 de marzo de 2001. Inicialmente se administraban dos comprimidos de 750 miligramos cada uno separadas las tomas en 12 horas. Actualmente se dispone de un solo comprimido de 1500 miligramos.

### Mecanismo de actuación.

El mecanismo de actuación del LNG como AU ha sido analizado en muchos estudios sin llegarse a una conclusión clara al respecto.<sup>17</sup>

El principal mecanismo de actuación que se contempla en la mayoría de los estudios es el realizado sobre la ovulación. Existe una sólida evidencia a

cerca de que si se toma antes de que el óvulo haya sido liberado, se produce una inhibición de la LH y por lo tanto se impide o retrasa la ovulación.<sup>14-15,17</sup>

Otros autores, mencionan además una posible acción sobre el moco cervical que se vuelve más espeso. De esta forma se interfiere en la motilidad de los espermatozoides y en su capacidad para unirse al óvulo.<sup>17</sup>

En cuanto a la actuación sobre la implantación, existen evidencias de que la PAU-LNG no impide la implantación ya que se ha visto que no se producen cambios histológicos ni bioquímicos en el endometrio. A pesar de ello hay artículos que defienden la posibilidad de una actuación antiimplantatoria. Lo que nos lleva al gran debate de este fármaco: anticonceptivo o abortivo.<sup>15,17</sup>

Si ha ovulado, los AU LNG y AUP no funcionan, si la implantación ya ha tenido lugar, es demasiado tarde para utilizar cualquier método de AU.<sup>22</sup>

#### Efectos secundarios:

Tras varios estudios, no se han descrito efectos adversos graves.

Los efectos secundarios más comunes (14%) que se muestran tras el consumo de LNG como AU son: náuseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga, dolor hipogástrico y aumento de la sensibilidad mamaria.

También, algo menos recurrentes, son las alteraciones en el ciclo menstrual (16%). Tras la administración del fármaco se puede producir un sangrado en los 7 días siguientes. Y en el 50% de las mujeres la regla se adelanta o retrasa unos días sobre la fecha prevista.<sup>15,17,19</sup>

#### Contraindicaciones:

La OMS según sus Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos no establece ninguna contraindicación. Aun así, este fármaco no está recomendado en mujeres con insuficiencia hepática grave<sup>17,21</sup>, o con enfermedades ginecológicas como salpingitis.

A demás, hay que tener en cuenta, que este fármaco contiene lactosa en su excipiente por lo que tampoco sería recomendado a mujeres intolerantes a este producto. Es destacable también que enfermedades de malabsorción intestinal (enfermedad de Crohn) pueden alterar la eficacia del fármaco.<sup>17</sup>

En el caso de dar lactancia materna, el LNG no está contraindicado, pero hay que tener en cuenta que se excreta por la leche materna por lo que se

debe tomar el fármaco justo después de una toma y esperar a dar la siguiente mínimo 8 horas.<sup>15,17</sup>

#### Interacciones farmacológicas:

Pueden disminuir su eficacia los inductores de enzimas hepáticas como rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina o hierba de San Juan, así como los medicamentos que aumentan el pH gástrico. Por ello, en ocasiones es aconsejable doblar la dosis.<sup>15,17,22</sup>

Si de forma regular se toman hormonas anticonceptivas, tras la toma de AUP es necesario utilizar un método de barrera hasta la siguiente regla. Los fármacos inductores de las enzimas hepáticas, pueden incrementar el metabolismo y así reducir la eficacia del fármaco. Por ello, si se toma alguno de los fármacos: antiepilépticos, hipéricos, antibióticos (rifampicina, rifabutina) o antirretrovirales... Es necesario consultarlo con el médico antes de tomar la AU ya que puede ser posible que sea necesario aumentar la dosis.<sup>17</sup>

#### Eficacia.

La eficacia de este fármaco se ve modificada considerablemente por el paso de las horas. Si se administra dentro de las primeras 24 horas, la eficacia es del 95%, si se espera de las 24 a las 48 horas, la eficacia disminuye a un 85% y si se administra entre las 48 y 72 horas es únicamente eficaz en el 58% de los casos.<sup>17,21</sup>

#### **2.5.2. Acetato de Ulipristal**

El AUP es un modulador selectivo de los receptores de progesterona con efecto antagonista y agonista parcial. Se trata del primer AU no hormonal.<sup>3</sup> Como fármaco AU está indicado para su utilización dentro de los 5 días después del coito con riesgo.

Su administración consta de un único comprimido de 30mg vía oral.<sup>17</sup>

#### Mecanismo de actuación

El principal mecanismo de actuación es la capacidad de inhibición de la ovulación durante al menos 5 días desde la administración del fármaco.<sup>14,17, 21</sup>

Se realiza de la siguiente manera:

-En el 100% de los casos si se administra durante la fase folicular previa al pico de LH.

-En el 78,6% de los casos cuando el pico de LH ya está instaurado, en este caso el LNG ya no es efectivo.

-En el 59% de los casos cuando el tamaño del folículo primordial es  $\geq 18\text{mm}$  y su rotura (ovulación) debería ocurrir en 48 horas. En este caso el LNG sólo es efectivo en el 12% de los casos.<sup>3</sup>

### Efectos secundarios

Los efectos secundarios notificados muy frecuentemente son dolor abdominal y trastornos menstruales sobre ese ciclo. También son frecuentes: trastornos en el estado de ánimo, cefalea, mareos, náuseas, vómitos, dolor de espalda, cansancio, dismenorrea, menorragia y metrorragia.

La mayoría de estos efectos son leves y remiten de forma espontánea.<sup>15,17</sup>

### Contraindicaciones

Este fármaco está contraindicado en:

- ♦ Mujeres que puedan estar embarazadas de un coito con riesgo anterior.<sup>17</sup>
- ♦ Mujeres con asma grave no controlada con glucocorticoides.<sup>15,22</sup>
- ♦ Insuficiencia renal o hepática.<sup>3</sup>

### Interacciones medicamentosas

Este fármaco podría interaccionar con el uso concomitante con fármacos inductores de enzimas hepáticas (antiepilépticos, rifampicina y rifabutina, antirretrovirales y hierba de San Juan).

No debe utilizarse con fármacos que incrementen el pH gástrico, ya que pueden reducir las concentraciones plasmáticas de AUP y disminuir su eficacia.

Los inhibidores de enzimas hepáticas pueden incrementar los niveles de AUP como: ketoconazol, itraconazol, telitromicina y claritromicina.

El AUP se une a los receptores de la progesterona y puede disminuir la eficacia de los anticonceptivos hormonales regulares. Por lo que se debería usar un método de barrera en los siguientes días del ciclo.<sup>15</sup>

Este fármaco se metaboliza en el hígado, y la vía principal de excreción es a través de la orina, lo que justifica su contraindicación en la insuficiencia hepática o renal.<sup>3</sup>

Se desconoce si el AU se excreta en la leche materna por lo que se debe interrumpir la lactancia al menos las 36h siguientes<sup>17</sup> indicando en algunos artículos la pausa durante 7 días de la lactancia materna realizando una extracción manual y desechando esa leche.<sup>15, 22</sup>

También hay que remarcar que se han hecho pocos estudios sobre este fármaco en mujeres menores de 18 años, por lo que no se recomienda su uso.

### Eficacia

Una reciente revisión realizada por Fine concluye que el AUP tiene la mitad de riesgo de embarazo que el LNG cuando se utiliza en las primeras 120h y que la reducción del riesgo es de dos tercios en las primeras 24h si lo comparamos con el LNG.<sup>17</sup>

## **2.6. Mifepristona**

La mifepristona es una antiprogestina. Se administra una dosis única de 10 mg cuya tasa de fallos es del 1%. A pesar de su alta efectividad y seguridad, no está disponible para su utilización como AU, ya que sólo está autorizada en el estado español asociada a análogos de la prostaglandina, con la indicación de finalización médica de un embarazo intrauterino y su disponibilidad queda restringida al ámbito hospitalario.<sup>3,32</sup>

## **2.7. Legislación**

Desde el 28 de septiembre de 2009 se puede adquirir en las farmacias la AU de LNG sin necesidad de receta médica.<sup>17</sup>

En abril de 2015 el AUP dejó de estar sujeto a prescripción médica.<sup>15</sup>

La PAU de LNG está incluida en el listado de medicamentos considerados por la OMS como esenciales y cumple los criterios establecidos por la Food and Drug Administration (FDA) y por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para su venta libre ya que cumple los criterios de: seguridad, autodiagnóstico y correcto uso en el administración del producto, improbabilidad de uso incorrecto, información para el paciente, experiencia y fácil dosificación.

El objetivo de esto ha sido facilitar el acceso a la píldora para así reducir el número de embarazos no deseados y como consecuencia el número de interrupciones voluntarias del embarazo.

Al tomar España esta medida, se equiparó a otros países como Francia, Gran Bretaña, Holanda, Bélgica, Grecia, Portugal, Suecia, Suiza y EEUU donde ya desde hace años se permitía la libre dispensación de la píldora AU.

Según el código penal español la autodeterminación sexual se presupone legalmente a partir de los 13 años, teniendo legalmente el menor por encima de esta edad la capacidad para establecer libremente relaciones sexuales y por lo tanto adoptar las medidas contraceptivas que crea oportunas sin necesitar el complemento de capacidad de sus padres.

La ley 41/02 considera que el complemento de capacidad únicamente será necesario cuando el menor no sea capaz de comprender la información. De esta manera la capacidad de comprensión de la información, es el único requisito exigido para otorgar plena eficacia al consentimiento del menor, siendo éste el único que además de decidir el tratamiento reciba la información y respetando su derecho a la confidencialidad de su historia clínica.

La mayoría de la edad médica se alcanza a los dieciséis años salvo en tres supuestos: interrupción voluntaria del embarazo (IVE), ensayos clínicos y técnicas de reproducción asistida. Cabe destacar que si se trata de tratamientos o intervenciones de alto riesgo, el médico podrá informar también a los padres y pedir su opinión.

Al tratarse de un tema ético debemos considerar que el médico puede presentar una objeción por motivos de conciencia.<sup>17</sup> Hay que tener siempre presente que nuestros derechos nunca pueden perjudicar los derechos de los demás. Por lo que el derecho a la asistencia sanitaria del paciente le ampara frente a la objeción del médico a prestar el tratamiento. De esta manera si el médico/farmacéutico se niega a dar la AU al usuario, siempre debe darle otras opciones para resolver el problema dirigiéndolo a otro profesional, pero nunca puede quedar el usuario sin atención sanitaria.<sup>17,22</sup>

En cuanto a los derechos humanos, el Estado debe hacer lo posible por eliminar todas las formas de discriminación y promover la igualdad, al garantizar a los grupos vulnerables el acceso a la información y los servicios.

Toda persona tiene derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, así como a fundar una familia en condiciones de igualdad.

Todas las personas, sin discriminación, deben poder acceder a información completa de buena calidad, basada en datos empíricos, sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos eficaces.

A la hora de la administración de la AE hay ocasiones en las que se ven enfrentados los derechos de los profesionales (objeción de conciencia) con los derechos de la usuaria. Uno de los derechos humanos de todas las personas es la libertad de pensamiento, manifestando las propias creencias en el ámbito profesional. Por otro lado, la mujer tiene derecho a recibir una atención sanitaria de calidad.<sup>11</sup>

### 3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El comprobar que existe una gran falta de información sobre la AU en los adolescentes de mi alrededor me ha llevado a la realización de este trabajo fin de grado.

Además, los últimos datos de los que se dispone (2014) sobre interrupción involuntaria del embarazo en España, son unos datos alarmantes y van en aumento. El 10.46 ‰ de mujeres abortaron en 2014 siendo mayor en la comunidad de Asturias.<sup>33</sup>

Los datos sobre el uso de la PAU no son uniformes en su distribución, aunque en la mayoría de los países europeos el 20% de las mujeres la han usado alguna vez (en España el 14%).<sup>24</sup>

Estos datos revelan el alto número de embarazos no deseados y nos indican el importante problema de Salud Pública que supone, al que debe atajarse mediante medidas preventivas como la información y accesibilidad a métodos anticonceptivos, dentro de los cuales se encuentra la AU.<sup>34</sup>

Hay que ser conscientes de que los embarazos no deseados, como consecuencia de la indisponibilidad de métodos anticonceptivos suponen un riesgo para la vida y el bienestar de las mujeres y sus familias en todo el mundo. De la misma manera la prevención de los embarazos no deseados da lugar a una disminución posterior de la mortalidad y morbilidad materna e infantil.<sup>11</sup>

Por ello creo que es importante el papel de enfermería en la educación de la población para fomentar una vida sexual sana consiguiendo que la población tenga una adecuada información sobre los diferentes métodos para evitar un embarazo no deseado (Anexo 1).

Los objetivos que me he planteado con este trabajo son:

- Conocer los métodos farmacológicos y no farmacológicos utilizados como AU en nuestro país así como los mecanismos de actuación, las interacciones medicamentosas, los efectos secundarios y su eficacia.
- Saber la legislación sobre la accesibilidad a la AU y su evolución a lo largo del tiempo.
- Identificar cuál es en el campo de la AU el papel de enfermería.



## 4. MATERIAL Y MÉTODOS:

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre la función de enfermería ante el uso de la AU.

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de tipo narrativo desde el mes de diciembre hasta el mes de mayo de 2016. Para ello se han utilizado las bases de datos: Scielo, Medline, Cochrane, Lilacs, Cuiden y Enfispo.

También se ha examinado en el motor de búsqueda Google Académico y en las páginas Web oficiales del Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Urgencia (ICEC), en la Sociedad Española de Contracepción (SEC), en la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en el Instituto de Sexología (in.ci.sex.), en la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS), en Vademecum y en el Instituto Nacional de Estadística (INE) y Fisterra.

Para la búsqueda se ha utilizado las palabras clave: “Anticonceptivos de Urgencia” “Píldora del día de después” “Píldora postcoital” “Levonogestrel” “Acetato de Ulipristal” “Mifepristona” “Hormonas del ciclo menstrual”. Y diferentes operadores booleanos como “AND y “OR”.

Con todo han sido obtenidos un total de 64 artículos, de los cuales se han elegido para la elaboración del TFG un total de 36 artículos, pues el resto estaban repetidos, o no cumplían los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión y exclusión para la elección de los artículos fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Artículos a texto completo
- Bibliografía científica
- Escritos en castellano e inglés
- Referidos a población femenina adulta
- Estar escritos/ publicados en los 10 últimos años (2006-2016)
- Estar relacionado con el tema a tratar: AU

Criterios de exclusión:

- No cumplir los criterios de inclusión.
- Artículos repetidos.
- Artículos que tratan de la anticoncepción hormonal oral de no urgencia.

Además de estos artículos he utilizado un libro y diferentes páginas web relacionadas con el tema por su relevancia y pertinencia con el mismo.

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Se define salud reproductiva como *“un completo estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad. Esto implica que la gente sea capaz de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y tenga la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo.”*<sup>18</sup>

La mayor parte de la información sobre la AE proviene de los medios masivos de comunicación como de amigos y personas cercanas.<sup>37</sup>

Es importante subrayar su carácter de emergencia en el caso de que los métodos anteriores no se hayan usado correctamente o hayan fallado, además de alertar de la falta de protección de este método ante el contagio de ITS.

Se realizó un estudio en Girona durante el curso 2005-2006, con chicas de edades comprendidas entre los 16 y 19 años, estudiantes de bachillerato, para valorar el número de mujeres que se han iniciado ya en las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales que han tenido, cuántas de ellas han usado la AE y cuántas han repetido su uso. Los resultados obtenidos muestran que el 42.2% no había tenido relaciones sexuales con penetración, el 28.6% las había tenido con una pareja y el 29.1% con dos o más. El uso sistemático del preservativo, solo era mantenido por un 61.9% de las jóvenes, más regulares en su uso las que solo habían tenido una pareja. Las jóvenes que han tenido dos o más parejas han recurrido a la AU con más frecuencia que las que sólo han tenido una pareja y un 37.5% de las jóvenes que han utilizado la AU lo han hecho en más de una ocasión. Con esto podemos comprobar que existe una relación significativamente directa entre el número de parejas y el uso de AU. Comparando esta muestra con una encuesta realizada en ámbito estatal (Estudio sobre las Conductas Saludables de los Jóvenes Escolarizados de 15 a 18) se recogen datos similares en los que 3 de cada 10 jóvenes que han tenido relaciones sexuales completas han utilizado la AU y un tercio de ellas lo ha hecho en más de una ocasión.<sup>35</sup>

Se realizó otro estudio en 2006-2007 en Barcelona en el que durante ese periodo de tiempo se registró la solicitud de la AU registrando la edad, la

fecha de asistencia, el número de veces que había sido solicitada, el método de uso regular que se usaba y el motivo por el que se necesitaba la administración de la AU y cuánto tiempo había fallado desde la relación sexual de riesgo. En ese momento, en el centro de salud se administraba la dosis de LNG que debían tomarse insitu, se daba un preservativo y un folleto informativo a cerca de la AU. Visto el porcentaje elevado de mujeres que habían solicitado, ya anteriormente la AU (46.7%), se realizó otro estudio para comprobar si una intervención educativa durante la asistencia conseguía reducir el porcentaje de reincidencias. Para ello, en todas las visitas se informaba a la paciente, por parte del personal médico o de enfermería sobre los efectos secundarios del LNG, la no idoneidad de la AU como método anticonceptivo habitual, y la conveniencia de acudir al ginecólogo para valorar el resultado de la administración de la AU y obtener una información más completa. En el mismo momento se pedía autorización para contactar telefónicamente con ellas y realizarles una encuesta pasados seis meses.

De las 374 solicitudes de AU, 327 aceptaron a participar en el estudio, respondiendo finalmente la encuesta 212. Los resultados indican que de esas mujeres, el 90.6% recordaba haber recibido información del personal de urgencias, el 88.2% refería haber leído el folleto informativo, el 37.3% había acudido posteriormente a su ginecólogo, y el 9% habían solicitado de nuevo la AU. Con estos datos pasando de un 34% de reincidencia los meses previos a la información a un 9% los posteriores, se puede concretar que la educación sanitaria realizada ha tenido una gran repercusión reduciéndose significativamente la reincidencia en la utilización de AU.<sup>21</sup>

En 2007, se realizó un estudio en Toledo para describir el grado de conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes sobre AU. Para ello, se realizó una encuesta anónima con 30 ítems a 446 alumnos del instituto de secundaria. El 53.4% de los participantes eran mujeres, siendo la media de edad 15.6 años. El 33.1% había mantenido relaciones sexuales con penetración. En cuanto al grado de conocimiento solo el 36% consiguió el aprobado (mayor en mujeres). Un dato destacable es que un 20.4% piensa que la responsabilidad a la hora de solicitar la AE es solo de la chica, y un 33.9% no considera la AE como un método de uso excepcional. El 16.4% aceptaría un

coito imprevisto sin protección, siendo esta actitud mayor en hombres. El 20% no sabe claramente que la AE no protege de ITS y la mitad de los encuestados piensan que la toma de una única dosis de AE les protege en todo el ciclo menstrual del embarazo. En cuanto a la información recibida en esta materia, se aprecia que la principal fuente de información son los medios de comunicación indicando el 86.3% el deseo de recibir información de profesionales sanitarios. Un 8.1% había utilizado la AU alguna vez y el 9.1% había repetido su uso.<sup>34</sup>

Durante el periodo de 2007-2011 se realizó un estudio en el servicio de urgencias del Centro de Salud de Medina de Pomar (Burgos) para conocer las características de la demanda de AU. Se obtuvo una muestra de 98 participantes. Los resultados obtenidos fueron que el 45.5% de las mujeres que habían solicitado la AU eran menores de 20 años, el 64.3% eran desplazadas de su lugar de residencia, el 46.9% fue solicitada durante el verano siendo más frecuente los fines de semana 63.3%, acudiendo el 87.8% en horario diurno.

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con los encontrados en publicaciones nacionales e internacionales. El único dato que muestra marcada diferencia es la mayor solicitada de la AU durante el día siendo en otros estudios mayor durante la noche.<sup>19</sup>

El suministro de información sobre métodos anticonceptivos y la prestación de servicios conexos que respeten la intimidad de la persona, la confidencialidad y la posibilidad de adoptar decisiones informadas, junto con una amplia gama de métodos anticonceptivos seguros, aumentan la satisfacción de la población y el uso continuado de los anticonceptivos.<sup>11</sup>

El día 4 de junio de 2016 se publicó en el periódico Diario de Soria, la opción de que los jóvenes pudiesen acudir al Punto Joven de Salud para recibir asesoramiento y resolver sus dudas sobre sexualidad, relaciones afectivas, violencia entre iguales, alimentación y drogas de forma gratuita y confidencial. Del mismo modo se facilitó un correo, teléfono y acceso a perfiles sociales (Facebook, Twitter) para poder hacer las consultas desde ahí.<sup>36</sup>

Las razones por las que las usuarias describen que no tomaron la AU y su porcentaje se describen a continuación (Tabla 1).

**Tabla 1:** Motivos por los que no se utilizó AU <sup>17</sup>

Motivos por los que no se utilizó AU	%
Falta de percepción de riesgo de embarazo	61.2
No pensaron en ella	19.9
Pensaron que era demasiado tarde para utilizarla	12.4
No sabía dónde encontrarla	7.1
No la conocía	4.7
Era demasiado cara	3.7
Pensaba que estaba contraindicada	3.4
Le daba vergüenza solicitarla	2.3
Pensaba que no era efectiva	2.2
Pensaba que era abortiva	0.6

Los factores que dificultan el correcto uso de la AU son:

- Falta de información del público, ya que quien está obligado a informar guarda silencio o informa tendenciosamente.
- El personal que presta los servicios no tiene suficiente información y/o entrenamiento.
- Los que toman las decisiones no comprenden bien la función de la AU para proteger la salud de la mujer o tienen creencias o sistemas de valores opuestos a las verdades científicas
- Problemas culturales influenciados por posturas religiosas o políticas.
- El producto puede no estar al alcance de las potenciales usuarias. <sup>13</sup>

Valorando todos los datos adquiridos en los diferentes estudios sobre AE, se puede decir que la información que tiene la población sobre este fármaco es muy escasa y errónea en muchas ocasiones. Es necesaria la creación de espacios específicos para atender al adolescente. <sup>34</sup>

Tras analizar los resultados de los diferentes autores revisados, se detectan puntos de acuerdo y desacuerdo sobre diferentes aspectos.

El debate en torno al mecanismo de actuación de los fármacos AE, sigue dividiendo a la comunidad científica y a las comunidades morales.<sup>37</sup> El gran dilema bioético, gira en torno a considerar la AU como un método abortivo. La génesis del problema está en la definición del momento en el que comienza el embarazo.

Se trataría de un método abortivo si tenemos en cuenta que el embarazo se inicia con la fecundación. Y no se consideraría un método abortivo si consideramos que el embarazo se inicia cuando ocurre la implantación.<sup>27</sup>

No hay acuerdo general a la hora de señalar el comienzo de la gestación. Es obvio que la vida del nuevo ser da comienzo en el momento mismo de la fecundación. Sin embargo, en el embarazo o gestación, considerado como estado en el que el embrión se implanta y se nutre a expensas del organismo materno no empieza hasta que la implantación se produce. Esto ocurre aproximadamente seis días más tarde. Durante esos primeros días del desarrollo embrionario, la mórula vive en el organismo materno de una manera semejante a cómo vive el huevo de un vertebrado inferior. No hay, por lo tanto, gestación propiamente dicha.<sup>38</sup>

Pecheny<sup>39</sup> defiende que no se trata de una píldora abortiva y no provoca ningún daño en el embrión en el caso de que se hubiera producido un embarazo. Su mecanismo de actuación es impedir o retrasar la ovulación y alterar el moco por lo que no actúa ante el mecanismo de implantación.

Todo mecanismo que actúe antes de la concepción es, como su nombre lo indica anticonceptivo. Todo mecanismo que actúe después de la concepción se llamará abortivo ya que elimina el embrión humano impidiendo su implantación.<sup>40</sup>

Según organismos internacionales en salud sexual y reproductiva y de la OMS, no hay evidencia de que interfiera con la implantación del óvulo una vez que ha sido fecundado, y la mayoría de los estudios muestran que no tienen efectos sobre el endometrio, lo cual explicaría por qué no es 100% eficaz para prevenir el embarazo y por qué es menos eficaz cuanto más tarde se toma. Los estudios indican que el LNG no tiene efecto alguno sobre el embarazo ya establecido, incluso en etapas muy tempranas, por lo que la PAU-LNG no puede interrumpir el embarazo ni dañar al embrión en desarrollo.<sup>41</sup>

Si se acepta que el principal mecanismo de actuación de los fármacos de AU es la inhibición de la ovulación, nos cabe la gran pregunta: ¿Qué sucede si se ingiere la AU tras la ovulación? Según estudios experimentales recientes<sup>42</sup> no hay cambios endometriales sobre los marcadores de reactividad endometrial tras la administración por vía oral o vaginal de 1.5mg de LNG. Otro estudio<sup>43</sup> afirma que tras la misma administración que en el caso anterior, durante el pico LH no altera la ovulación y no induce cambios en los receptores de progesterona o en los marcadores de reactividad endometrial. En otro estudio, *in vitro*<sup>44</sup> se demostró que la administración de 1.5mg de LNG después de 24-48h después de la relación sexual desprotegida no produce cambios en la expresión endometrial de glicodelina-A. Por lo tanto según estudios recientes y con diseños experimentales más apropiados<sup>45</sup> no se ha podido demostrar efectos de la AE sobre los parámetros bioquímicos y la morfología del endometrio que expliquen los efectos deletéreos sobre la implantación.

Por el contrario, Alegre E.J.<sup>46</sup> defiende que la AU atenta contra la vida de los embriones aún no implantados, supone riesgos para las usuarias, carece de beneficios en términos de reducción de la tasa de embarazo imprevisto y aborto provocado y ocasiona un gasto superfluo. A demás, el hecho de que pueda actuar parcialmente mediante mecanismos que causen la eliminación del embrión debe ser comunicado a los profesionales.

De la misma manera Manzano<sup>47</sup> apoya que, debido a la falta de información, la mujer puede estar convencida de que está tomando un anticonceptivo, en el sentido estricto, y no un fármaco que muy probablemente acabará con la vida de un embrión incipiente.

Alegre E.J.<sup>48</sup> en el “informe sobre la píldora del día siguiente” explica, en cuanto al mecanismo de actuación del LNG, que además de la inhibición de la ovulación, que no la ve suficiente para explicar la totalidad del efecto de la AE, y los cambios en la textura del moco, tiene una clara actuación actuando de forma directa sobre el endometrio, inhibiendo la implantación y de forma indirecta alterando el transporte a través de la trompa de Falopio. A demás es capaz de eliminar un embrión ya implantado.

Si el comprimido se toma cuando la ovulación se está produciendo o ya se ha producido la inhibición de la ovulación ya no es posible.



La posibilidad de que existan efectos post-fecundación podría influir a la hora de elegir la administración de este fármaco, por ello se debería mostrar la información sobre sus mecanismos de actuación para que pudieran tomar decisiones informadas.

Como narra Schenker <sup>49</sup> los entornos religiosos y culturales inciden de forma importante en las concepciones sobre familia, fertilidad y sexualidad. La oposición se fundamenta particularmente en la consideración de los efectos post-ovulatorios de la AE, en la pregunta por los efectos a nivel del endometrio y sobre el proceso de implantación del blastocisto.<sup>37</sup>

Otro debate iniciado es si la facilidad de acceso a los fármacos AE tiene relación directa con la disminución del uso de anticonceptivos regulares y si realmente reduce el número de IVE.

Existen evidencias de que la libre dispensación facilita la accesibilidad y conlleva un aumento del uso de la PAU. Desde 2009 se ha producido en España un incremento de las ventas a farmacias, donde las usuarias pagan el coste íntegro, mientras que se han reducido las de las instituciones sanitarias, donde la dispensación es gratuita, lo cual podría indicar la persistencia de barreras hacia los servicios sanitarios.<sup>25</sup>

Sarrat et al<sup>50</sup> y Piñana<sup>51</sup> relatan que a pesar de la dispensación gratuita de AU en algunas comunidades de España la tasa de abortos continúa creciendo de manera sostenida en todas las comunidades.

Según Alegre E.J. <sup>48</sup>, el aumento de la disponibilidad y el uso de la AU en modalidades de acceso expandido sin prescripción o por adelantado, no disminuye la tasa de embarazo imprevisto ni la de aborto provocado.

## **6. CONCLUSIONES:**

- La creciente disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y más seguros, como son los de barrera, hormonales, quirúrgicos y naturales, ha ofrecido mayores oportunidades para la elección individual y la adopción responsable de decisiones en materia de reproducción.
- El preservativo, además de prevenir un embarazo no deseado, también protege de las infecciones de transmisión sexual.
- La anticoncepción de urgencia tiene como desventajas frente a la anticoncepción regular, una menor eficacia al evitar el embarazo y mayor probabilidad de presentarse efectos secundarios.
- Existe una falta de registro sobre el uso de la anticoncepción de urgencia.
- A partir del 2009 existe una clara disminución del número de artículos publicados sobre la anticoncepción de urgencia.
- Actualmente es escasa a pesar de imprescindible, la educación de enfermería sobre esta materia.
- En ocasiones hay resistencia a educar sobre la anticoncepción de urgencia por miedo a comportamientos sexuales irresponsables y que se confíe más en esta anticoncepción que en los métodos anticonceptivos regulares.
- Todas las personas tienen derecho a acceder a una información completa, de buena calidad, basada en datos empíricos sobre la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos eficaces. Para ello es imprescindible la labor de enfermería.

Propongo como actuación pasar una encuesta (anexo 2) a los diferentes profesionales de las farmacias, por ser punto de venta actual de los fármacos AU, con el fin de comprobar qué información es recibida por parte de las usuarias cuando adquieren el fármaco.

Una vez detectadas las deficiencias de información, creo que sería muy útil e interesante la creación de un programa en atención primaria, al igual que se hace con las vacunas, para captar a toda la población entre edades de 16-18 años y así poderles dar una información profesional, clara y adecuada a su edad sobre los anticonceptivos de uso regular y sobre la AU.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

---

- <sup>1</sup> Definición de ciclo menstrual. La biblioteca médica. [acceso 15 de febrero de 2016] Disponible en: <http://www.biblioteca-medica.com.ar/2012/04/definicion-del-ciclo-menstrual.html>
- <sup>2</sup> Ciclos menstruales y ovulación. Clearblue. Sep 30, 2013 [acceso 3 de enero de 2016]. Disponible en: <http://es.clearblue.com/ciclos-menstruales-y-ovulacion>
- <sup>3</sup> Abizanda González M, Martínez Prats E.. Anticoncepción de urgencia, la necesidad de una segunda oportunidad, EL MÉDICO, SANED, 2012 [acceso 1 mayo de 2016] Disponible en: [http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/plantillas/down\\_ROI/documentos\\_ROI/83\\_anticoncepcion.pdf](http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/plantillas/down_ROI/documentos_ROI/83_anticoncepcion.pdf)
- <sup>4</sup> Díaz S, Schiappacasse V. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? Instituto chileno de medicina reproductiva. Chile. 2011 [acceso 22 de abril de 2016]. Disponible en: [http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que\\_y\\_cuales\\_son\\_met\\_anticonceptivos\\_02\\_05\\_2011.pdf](http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_anticonceptivos_02_05_2011.pdf)
- <sup>5</sup> Carazo ET, Nadal BMJ. Principios de la anticoncepción (I) Tema central. Anticoncepción. SMERGEN 2001. 27.27-23
- <sup>6</sup> Guía de métodos anticonceptivos. Salud Sexual. Salud Pública. Castilla y la Mancha. [acceso 3 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven\\_Guia\\_Anticonceptivos.pdf](http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf)
- <sup>7</sup> Institut de Sexologia de Barcelona. Anticonceptivos: Clasificación, [acceso 11 de abril de 2016] Disponible en: [http://www.insexbcn.com/html/anticonceptivos\\_clasificacion.html](http://www.insexbcn.com/html/anticonceptivos_clasificacion.html)
- <sup>8</sup> "El Libro de los sexos". Etapa de Enseñanza Primaria. IV Métodos a-conceptivos. V Recursos anticonceptivos. INCISEX. [acceso 22 de abril de 2016]. Disponible en: [http://www.sexologiaenincisex.com/contenidos/conceptos/lasexologia.php?id=93#V\\_Los\\_recursos\\_anticonceptivos](http://www.sexologiaenincisex.com/contenidos/conceptos/lasexologia.php?id=93#V_Los_recursos_anticonceptivos)
- <sup>9</sup> MedlinePlus. Esponja vaginal y los espermicidas. 2014 [acceso 22 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004003.htm>
- <sup>10</sup> Método de la amenorrea de la lactancia (MELA). Anticoncepción de emergencia. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva [acceso 22 de abril de 2016]. Disponible en: [http://icmer.org/wp\\_ae/mela-metodo-de-la-amenorrea-de-la-lactancia/](http://icmer.org/wp_ae/mela-metodo-de-la-amenorrea-de-la-lactancia/)
- <sup>11</sup> Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Organización Mundial de la Salud. 2014. Disponible en: [http://www.who.int/topics/human\\_rights/derechos\\_humanos\\_anticoncepcion\\_spa.pdf](http://www.who.int/topics/human_rights/derechos_humanos_anticoncepcion_spa.pdf)
- <sup>12</sup> Centro de medicina embrionaria (CME). Fecundación. 2013. [acceso 2 de mayo de 2016] Disponible en: <http://www.pgdcem.com/terminologia/fecundacion.html>
- <sup>13</sup> Távara Orozco L. Por qué se retrasa el uso de la anticoncepción oral de emergencia en el sector público. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Ginecol.obstet. 2003. [acceso 11 de abril de 2016]; 9 (1): 8-11 [acceso 7- de mayo de 2016]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol49\\_n1/anticoncepci%C3%B3n.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol49_n1/anticoncepci%C3%B3n.htm)
- <sup>14</sup> Bueno González C, García García E, García Escribano A, Latorre Marco G, Maqueda Moreno R, Ollero Sanguino E, Fernández Arroyo M. Programa de educación para la salud dirigido a mujeres que utilizan anticoncepción de emergencia. Matronas Prof. 2012,13 [acceso 11 de abril de 2016]; (1),15-22. Disponible en:

<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16211/173/programa-de-educacion-para-la-salud-dirigido-a-mujeres-que-utilizan-anticoncepcion-de-emergencia>

<sup>15</sup> Alonso Llamazares MA, Anticoncepción de urgencia. Protocolos SEGO/SEC Disponible en: [http://sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_de\\_urgencia.pdf](http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf)

<sup>16</sup> Gestación. Doctissimo. Disponible en: <http://salud.doctissimo.es/atlas-del-cuerpo-humano/gestacion/>

<sup>17</sup> Álvarez González JD, Gómez Martínez MA. González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos EF, Sierra Lavilla M, de la Viuda García E. SEC. Anticoncepción de Urgencia. 10 Mayo 2011. [acceso 1 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://sec.es/descargas/AU\\_MANUAL\\_AU\\_2011.pdf](http://sec.es/descargas/AU_MANUAL_AU_2011.pdf)

<sup>18</sup> Maure Barcia J., Sancristóbal Díaz Jorge Ramón, Rodríguez Carvajal Mercedes de la Caridad. Anticoncepción de emergencia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Sep [acceso 7 de mayo de 2016]; 25(2) . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n2/mgi13209.pdf>

<sup>19</sup> Aparicio Cilla L, Fernández Artola R, Pérez del Río C. Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias de atención primaria rural. Nure Investigación Nº 62. Ene-feb 2013 [acceso 7 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/603/592>

<sup>20</sup> Alonso García MC, Piñana López A, Cánovas Inglés A, Luquín Martínez R.. Muñoz Ureña Am, Piñana López JA. Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. Semergen. 2011[acceso 7 de mayo de 2016]; 37(5): 227-232. Cartagena. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90014967&pident\\_usuario=0&pc\\_ontactid=&pident\\_revista=40&ty=54&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v37n05a90014967pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90014967&pident_usuario=0&pc_ontactid=&pident_revista=40&ty=54&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v37n05a90014967pdf001.pdf)

<sup>21</sup> Clemente Rodriguez C, Puente Palacios I.. López Casanova MJ, Laso de la Vega S, Aranda Cárdenas D. Puiggali Ballart M. Efecto de la educación sanitaria en la demanda de anticoncepción de urgencia. Emergencias 20011. [acceso 7 de mayo de 2016]; 23: 99-103 Barcelona. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/efecto-de-la-educacion-sanitaria-en-la-demanda-de-anticoncepcion-de-urgencias/>

<sup>22</sup> SEC. Anticoncepción de urgencia. Guía para la provisión de servicios en Europa. Diciembre 2013. [acceso 1 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2015/06/Spanish-Guidelines\\_2015.pdf](http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2015/06/Spanish-Guidelines_2015.pdf)

<sup>23</sup> Anticoncepción de urgencia. Organización Mundial de la Salud. Febrero 2016. [Acceso 12 de marzo de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

<sup>24</sup> Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Informe sobre la actualización de la información de los anticonceptivos de emergencia que contienen levonogestrel 1500 mcg. Madrid: AEMP. 2012. [acceso 11 de abril de 2016]. Disponible en: [http://sec.es/descargas/INFORME\\_AEMPS.pdf](http://sec.es/descargas/INFORME_AEMPS.pdf)

<sup>25</sup> Federación de Panificación Familiar Estatal (FPFE). Informe sobre la libre dispensación de la píldora de anticonceptiva de urgencia. Análisis de situación y propuestas. Madrid, FPFE. 2012.

<sup>26</sup> European Consortium for Emergency Contraception (ECEC). Anticoncepción de urgencia. Guía para la provisión de servicios en Europa. 2013. [acceso 1 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2015/06/Spanish-Guidelines\\_2015.pdf](http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2015/06/Spanish-Guidelines_2015.pdf)

- <sup>27</sup> Saint-Félix RF, Melián Savignón C, Valón Rodríguez O, Reinoso Ortega S, García Alcolea A. Instituto superior de Ciencias Médicas. Anticoncepción de emergencia. MEDISAN 2006. [acceso 1 de mayo de 2016]; 10(1) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_1\\_06/san10106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san10106.htm)
- <sup>28</sup> López de Castro F, Fernández Rodríguez O. Actualización en anticoncepción de urgencia. REV. CLÍN. MED. FAM. 2006. [acceso 8 de marzo de 2016]; 1 (3): 135-141 Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/3cec07e9ba5f5bb252d13f5f431e4bbb.pdf>
- <sup>29</sup> Píldora anticonceptiva de emergencia. Farmage. [acceso 23 de mayo de 2016] Disponible en: <http://www.farmage.com.bo/pildora-anticonceptiva.html>
- <sup>30</sup> Anticoncepción de emergencia: uso de píldoras anticonceptivas regulares como AE. International Consortium for Emergency Contraception. Enero 2015. [acceso 22 de mayo de 2016]. Disponible en: [http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion\\_de\\_emergencia/Yuzpe\\_FactSheet\\_2015\\_Spanish.pdf](http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/Yuzpe_FactSheet_2015_Spanish.pdf)
- <sup>31</sup> Progestágenos y estrógenos, asociaciones fijas. Vademecum [acceso 23 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-progestagenos+y+estrogenos%2C+asociaciones+fijas-G03AA>
- <sup>32</sup> Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Anticoncepción de emergencia en la adolescencia. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2006 Jun [acceso 16 de mayo de 2016]; 78(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312006000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000200009&lng=es).
- <sup>33</sup> Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. [acceso 21 de mayo de 2015] Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf)
- <sup>34</sup> Brasa Andrés J, Celada Pérez MS, Estepa Jorge AI, Menéndez Ortiz de Zárate MM, Contracepción de emergencia: Una perspectiva desde la adolescencia. Index Enferm [Internet]. 2007 Jun [acceso 16 de mayo de 2016]; 16( 56 ): 22-25. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100005&lng=es).
- <sup>35</sup> Aymerich Andreu M, Planes Pedra M, Gras Pérez ME, Vila Coma I. La contracepción de emergencia en chicas estudiantes de bachillerato: Uso y uso reiterado en función del número de parejas. C. Med. Pisosom, N° 97-2011. [acceso 7 de mayo 2016]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/277273448\\_La\\_contracepcion\\_de\\_emergencia\\_en\\_chicas\\_estudiantes\\_de\\_bachillerato\\_Uso\\_y\\_uso\\_reiterado\\_en\\_funcion\\_del\\_numero\\_de\\_parejas\\_sexuales](https://www.researchgate.net/publication/277273448_La_contracepcion_de_emergencia_en_chicas_estudiantes_de_bachillerato_Uso_y_uso_reiterado_en_funcion_del_numero_de_parejas_sexuales)
- <sup>36</sup> Punto Joven de Salud. Diario de Soria. 5 de junio de 2016. Pag.18
- <sup>37</sup> Pinto Bustamante BJ, Gulfo Díaz R, Lugo Botton I. Anticoncepción de emergencia: mecanismos de acción y efectos posfecundación. Revista Redbioética/ UNESCO 4,1(7): 11-24, Enero-Junio 2013. [acceso 12 de marzo 2016] Disponible en: [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art1-PintoBustamanteR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art1-PintoBustamanteR7.pdf)
- <sup>38</sup> Botella Llusíá J, Clavero Núñez JA. Tratado de ginecología. 1993 [acceso 2 de mayo de 2016] Madrid. 14ª Edición. Pág. 85. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=CYdfAhqjG1IC&pg=PA283&lpg=PA283&dq=definicion+gestacion&source=bl&ots=p7FCOyUa8b&sig=aEAhWpkT03QBh1sOTQp2yzfVBvw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewji0ru4h7vMAhWlxbxQKHahEBss4ChDoAQhGMAg#v=onepage&q=definicion%20gestacion&f=false>
- <sup>39</sup> Pecheny M. Anticoncepción después de... Barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia. 1ra edición, Argentina, 2010 [acceso 12 de marzo de 2016] .Disponible en:

[http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06\\_anticoncepciondespuesde.pdf](http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_anticoncepciondespuesde.pdf)

<sup>40</sup> Rodríguez Bolo EC. Píldora del día después ¿Anticonceptivo o abortivo? Papel del farmacéutico en el área asistencial. *Revista conciencia*. 2013. [acceso 12 de marzo de 2016];(1)115-122. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcfb/v1n1/v1n1\\_a13.pdf](http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcfb/v1n1/v1n1_a13.pdf)

<sup>41</sup> García Calvente MM, Lomas Hernández V. Anticoncepción de urgencia y objeción de conciencia: un debate sin cerrar. *Gac Sanit*. 2016,[acceso 7 de mayo de 2016]; 30(2):91-93 Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piitem=S0213911115002538&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoitem=S300&idionaltem=es>

<sup>42</sup> Meng C, Marions L, Bystrom B, Danielsson K. Effects of oral and vaginal administration of Levonogestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity. 2010. *Hum Repr*. 25(4).874-883.

<sup>43</sup> Palomino WA, Kohen PB, Devoto L. A single midcycle dose of Levonogestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the L-selectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity. 2010. *Fertility and Sterility*, 94(5), 1589-1597.

<sup>44</sup> Do Nascimento JA, Seppala M, Perdigo A, Espejo-Arce X, Munuce MJ, Hautala L, Nahamondes L. In vivo assessment of the human sperm acrosome reaction and the expression of glycodefin-A in human endometrium after, Levonogestrel emergency contraceptive pill administration. 2007. *Human Reproduction*, 22(8), 2190-2195.

<sup>45</sup> Durand M, Larrea F, Schuavon R. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonogestrel anteriores y posteriores a la fecundación. 2009. *Salud Pública de México*, 51(3), 257.

<sup>46</sup> Alegre EJ. Nuevo estudio confirma efecto abortivo de píldora del día siguiente.2012. [acceso 12 de marzo de 2016]. Disponible en: <https://www.aciprensa.com/noticias/nuevo-estudio-confirma-efecto-abortivo-de-pildora-del-dia-siguiente-81265/>

<sup>47</sup> Manzano A. Cuestiones éticas y legales en torno a la dispensación de la Píldora del día de después. Madrid Ediciones Julián Romea. 2011. [acceso 15 de marzo de 2016] Disponible en: <http://www.ceuediciones.es/documents/Ebook5definitivo.pdf>

<sup>48</sup> Alegre EJ. Informe sobre la píldora del día siguiente (Levonogestrel postcoital a altas dosis). Centro de Información de Medicamentos. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). Julio 2012. [acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2014/07/informe\\_pds2012.pdf](http://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2014/07/informe_pds2012.pdf)

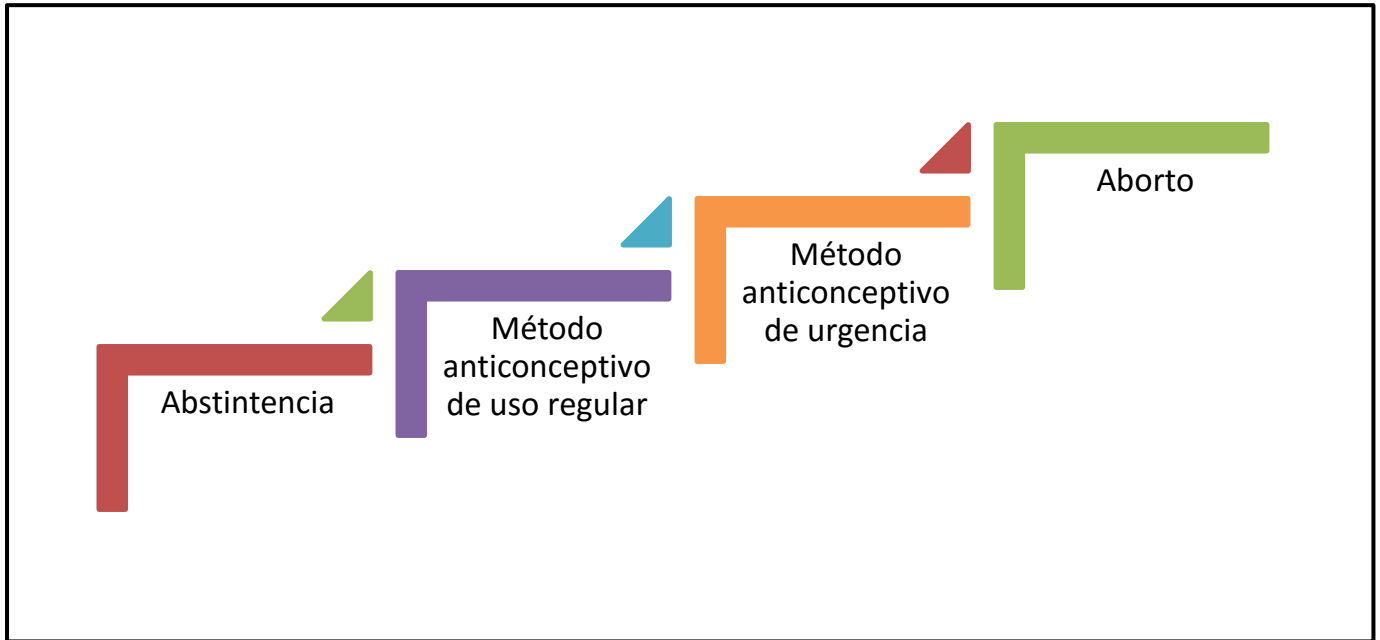
<sup>49</sup> Schenker J., Women's reproductive health: monotheistic religious perspectives. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2000, 70(1). 77-86

<sup>50</sup> Sarrat MA, Yáñez F, Vicente A, Muñoz S, Alcalá J, Royo R. Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias hospitalario: la experiencia de un año de gratuidad. *Emergencias*. 2008.20:108-12.

<sup>51</sup> Piñana López A. Anticoncepción de Emergencias en el Hospital. *7 Días Médicos*. 2008.758:28.

## 8. ANEXOS:

### Anexo 1: Métodos para evitar un embarazo no deseado.





## Anexo 2: Encuesta

Sexo:

Edad:

Profesión:

Localidad:

**Marque con una X las verificaciones que realiza antes de dar la ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA:**

Tiempo que ha pasado desde la relación sexual sin protección o con fallo en ésta.	
Problemas de salud que tiene esa usuaria (ginecológicos, hepáticos, malabsorción...)	
¿Toma otros medicamentos que puedan interaccionar? (antibióticos, antiepilépticos, retrovirales, antifúngicos, hierbas medicinales...)	
Alergias a la lactosa, galactosa... del excipiente	
¿La usuaria está dando lactancia materna?	
¿Ha tenido más relaciones de riesgo en el mismo ciclo?	
Otros (indique cuáles)	

**Marque con una X cuál de esta información es dada al usuario/a cuando viene a solicitar la ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA:**

Se da la información de forma impresa	
La anticoncepción de urgencia NO es un método de uso regular y no se puede usar de forma habitual	
Mecanismo de actuación del levonogestrel	
Efectos adversos que puede dar el fármaco	
Síntomas ante los que debe acudir a urgencias.	
Qué hacer si vómitos/ diarreas antes de 3h	
Posibilidad de alteración menstrual en ese ciclo	

Necesidad de realizarse un test de embarazo si retraso de más de 1 semana en la menstruación	
Explicación de métodos de uso regular (preservativo, DIU, anticoncepción hormonal...)	
Información sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	
Información sobre centro de planificación sexual más cercano	
Otros (Indique cuáles)	

¿Considera la farmacia un espacio apropiado donde se puede tratar con tranquilidad y privacidad esta información?