

## ORIGINALES

# Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria

R. Carlón López<sup>a</sup>, R.F. García Houghton<sup>a</sup>, A. González Varela<sup>a</sup>, M.M. Martínez Suárez<sup>b</sup> y P. Suárez Gil<sup>c</sup>

Centro de Salud de Otero y Unidad Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria del INSALUD. Asturias.

**Objetivo.** Estudiar los conocimientos, actitudes y práctica de los médicos de atención primaria en la prescripción de la intercepción poscoital hormonal, así como las variables sociodemográficas, formativas, legales y éticas asociadas a dicha prescripción.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** Área IV del INSALUD de Asturias.

**Participantes.** Médicos de familia, excluyendo refuerzos (n = 178).

**Mediciones y resultados.** Cuestionario autoadministrado anónimo de 33 preguntas, reenviado en una ocasión, entre noviembre de 1999 y febrero del 2000. La asociación-independencia de variables fue contrastada mediante  $\chi^2$  (considerándose asociación estadísticamente significativa si  $p < 0,05$ ). Respondieron un 77%, de los cuales el 51% era varón. Edad media, 43 años (DE, 6,69), con experiencia profesional de 17 años trabajados (DE, 6,87); un 47% era médico de familia y el 39%, médicos generales. Trabajaba en centros de salud un 85% y en ámbito urbano el 46%. Era católico un 71%. Al 73% (IC del 95%, 66-80%) se le solicitó en al menos una ocasión la píldora poscoital (PPC) en los últimos 6 meses, siendo mayor la demanda en medio urbano (83%).

Consideraba la PPC abortiva el 18%. Refería prescribirla un 88% (IC del 95%, 82,5-93,5%), de los cuales un 30% (IC del 95%, 16-44%) lo hacía según las recomendaciones de la OMS. El 100% de los «no prescriptores» eran católicos.

**Conclusiones.** La mayoría de los médicos recibe demandas de PPC y la prescribe cuando se la solicitan, aunque dicha prescripción varía con la edad, cualificación y especialmente las creencias religiosas. Sólo un tercio prescribe siguiendo las recomendaciones de la OMS.

**Palabras clave:** Atención primaria; Intercepción poscoital; Prescripción.

## HORMONAL POST-COITUS INTERCEPTION: STUDY ON ATTITUDES AND PRESCRIPTION OF PRIMARY CARE DOCTORS

**Objective.** To study the understanding, attitudes and practice of primary care doctors in the prescription of hormonal post-coitus interception, along with the social and demographic, educational, legal and ethical variables associated with this prescription.

**Design.** Cross-sectional descriptive study.

**Setting.** Area IV de INSALUD in Asturias.

**Participants.** Family doctors, excluding locums (n = 178).

**Measurements and results.** An anonymous self-administered questionnaire with 33 questions, re-sent once, between November 1999 and February 2000. The association-independence of variables was contrasted through the  $\chi^2$  test (a statistically significant association if  $p < 0.05$ ). 77% responded, 51% of whom were men. Average age was 43 (SD = 6.69), with professional experience of 17 years worked (SD = 6.87). 47% were family doctors and 39% general practitioners. 85% worked in health centres; 46% in urban settings. 71% were catholics. 73% (95% CI: 66%-80%) had been asked on at least one occasion in the previous six months for the post-coitus pill (PCP), with demand greater in the urban environment (83%). 18% considered the PCP an abortion method. 88% said they would prescribe it (95% CI: 82.5%-93.5%), of which 30% (95% CI: 16%-44%) did so according to WHO recommendations. 100% of the «non-prescribers» were catholics.

**Conclusions.** Most doctors receive requests for the PCP and prescribe it on demand, though prescription varies with age, categories and, in particular, religious belief. Only a third prescribes according to WHO recommendations.

(Aten Primaria 2000; 26: 595-599)

## Introducción

Los embarazos no deseados constituyen un importante problema en el ámbito personal, social y económico en todo el mundo. Cada año se realizan en Europa unos 9 millones de abortos y mueren en el mundo aproximadamente 80.000 mujeres a causa de abortos inseguros<sup>1</sup>. En Asturias se realizaron en 1998 un total de 1.653 abortos, de los cuales 179 (10,82%) fueron a mujeres menores de 20 años<sup>2</sup>. La mejor manera de prevenir estos embarazos no deseados es mediante una buena educación sexual y una adecuada planificación familiar.

Para evitar embarazos no deseados, en España disponemos de distintos métodos de intercepción postcoital (IPC)<sup>3-6</sup>, entre los que se encuentran los preparados hormonales y el DIU de emergencia<sup>7</sup>. La IPC hormonal previene un 76-89% de los embarazos no deseados<sup>8,9</sup>, sólo en Estados Unidos, su uso podría prevenir anualmente más de un millón de abortos y más de 2 millones de embarazos no deseados<sup>10</sup>.

La IPC se define como un conjunto de métodos que, empleados después de un coito de riesgo, y dentro de un período de tiempo determinado, evitan un embarazo no deseado<sup>3,4</sup>. La IPC hormonal o píldora poscoital (PPC) debe ser administrada en las primeras 72 horas después del coito<sup>11</sup>, disminuyendo la eficacia del método conforme transcurren las horas<sup>8</sup>, dentro de los preparados hormonales, el método más extendido y recomendado, tanto por la FDA<sup>12</sup> como por la OMS<sup>13</sup>, es la pauta de Yuzpe, que combina una dosis total de 200 µg de etinil-estradiol y 1 mg de levonorgestrel, administrados en 2 dosis separadas cada una de ellas 12 horas<sup>14</sup>.

<sup>a</sup>Médico Interno Residente de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Otero. Oviedo (Asturias). <sup>b</sup>Coordinadora de la Unidad Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria del INSALUD de Asturias. <sup>c</sup>Técnico de Salud. Unidad Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria del INSALUD de Asturias.

Correspondencia: Richard García Houghton.  
C/ Manuel Estrada, 8, 2.º D. 33006 Oviedo (Asturias).

Manuscrito aceptado para su publicación el 4-IX-2000.

**TABLA 1. Datos sociodemográficos de la población estudiada (médicos de atención primaria del Área IV del INSALUD de Asturias, noviembre de 1999 a febrero del 2000)**

Sexo	
Varones	70 (51,5%)
Mujeres	65 (48,5%)
Edad	Media, 43,3 años (DE, 6,69)
Años trabajados	Media, 17 años (DE, 6,87)
Cualificación	
MFyC	63 (46,2%)
Medicina general	53 (39%)
R3 MFyC	10 (7,4%)
Otras especialidades	10 (7,4%)
Lugar de trabajo	
Centro de salud	115 (84,5%)
Consultorio médico	10 (7,3%)
Urgencias de AP	7 (5,1%)
Ambulatorio	4 (2,9%)
Ámbito de trabajo	
Urbano	63 (46%)
Rural	37 (28%)
Mixto	36 (26%)
Creencias religiosas	
Católicos no practicantes	62 (45%)
Católicos practicantes	35 (26%)
Agnósticos	20 (15%)
Ateos	11 (8%)
Otros	8 (6%)

MFyC: medicina de familia y comunitaria, y R3 MFyC: médicos internos residentes de tercer año de medicina familiar y comunitaria.

En el Área IV de Salud de Asturias, el centro de referencia de planificación familiar se halla en Oviedo; según datos facilitados por esta unidad de planificación familiar, en 1998 hubo un total de 436 solicitudes de PPC, muchas de ellas de pacientes adolescentes (media de edad, 21,5 años)<sup>15</sup>; la demanda es aún mayor si tenemos en cuenta las PPC prescritas en las clínicas ginecológicas privadas, de las que no disponemos de datos.

Al iniciar este estudio, sospechábamos que en nuestra área de salud (Área IV de Asturias) los médicos de atención primaria (AP) no estaban prescribiendo la PPC de forma generalizada. En este supuesto, podrían estar influyendo en la prescripción diversas variables, incidiendo en el número de embarazos no deseados, y por tanto de interrupciones voluntarias del embarazo. El objetivo de este estudio es evaluar los conocimientos, actitudes y práctica de los médicos de AP en la prescripción de la PPC, así como las variables sociodemográficas, formativas, legales y éticas que pudieran estar asociadas a dicha prescripción.

## Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, a los 178 médicos de AP que trabajaban en el Área IV del INSALUD de Asturias en el período de estudio, del que se excluyeron pediatras, odontólogos y reforzados. La recogida de datos se efectuó mediante un cuestionario autoadministrado anónimo, creado *ad hoc*, que se entregó en mano o por correo interno a cada uno de los médicos, siendo reenviada en una ocasión para recuperar las pérdidas, en el período que comprende desde noviembre de 1999 a febrero de 2000. Las encuestas nos fueron devueltas luego a través de correo interno en sobres cerrados anónimos, garantizando de esta manera la confidencialidad.

La encuesta constaba de 33 preguntas cerradas, con respuestas exhaustivas y autoexcluyentes, agrupadas en: sociodemográficas, de conocimientos (indicaciones, contraindicaciones, modo de actuación, pauta, medicación asociada, necesidad de test de embarazo previo, control posterior, efectos

secundarios, otros métodos de IPC), actitud (opinión sobre la IPC, regulación legal del aborto, actitud ante minoría de edad, minusvalía psíquica y violación, relación entre prescripción de PPC y aumento de la promiscuidad y relaciones sexuales de riesgo, quién debe asumir la IPC) y práctica (demandas recibidas de PPC, prescripción o no en caso de solicitud). Se realizó un pilotaje previo entre médicos de familia del Área de Urgencias del Hospital Central de Asturias, con el objeto de definir mejor las preguntas y posibles respuestas del cuestionario.

Los datos fueron recogidos en la base de datos D-base III, que posteriormente analizamos mediante el programa estadístico SPSS 8.0 para Windows. Se describieron media y desviación estándar para variables cuantitativas y proporciones para variables cualitativas. La asociación-independencia de las variables cualitativas se contrastó mediante ji-cuadrado, considerándose asociación estadísticamente significativa si  $p < 0,05$ . Asimismo, se empleó el método de regresión logística para controlar factores de confusión.

## Resultados

Respondieron 136 de los 178 médicos, lo que supone una tasa de respuesta del 76,5%.

Las características sociodemográficas de la población se describen en la **tabla 1**.

### Conocimientos sobre manejo de la PPC

En el grupo de preguntas que hacen referencia a conocimientos en el manejo de la PPC no se detectaron diferencias significativas entre los distintos grupos de médicos según su sexo o cualificación. Un 79% de los médicos conoce las indicaciones de la PPC, pero mientras el 30% considera contraindicado su uso en caso de test de embarazo positivo, el 70% restante cree contraindicado también su uso en caso de paciente diabética, en tratamiento con dicumarínicos o con antecedente de trombosis venosa profunda. Un 70% de los médicos opina que la PPC actúa impidiendo la implantación del óvulo fecundado. En cuanto a la pauta usada, el 46% usa la pauta de 2 comprimidos (Neogynona®, Ovoplex®...) cada 12 horas durante un día, equivalente a la de Yuzpe; el 54% restante usa otro tipo de pautas, entre las que destaca la de 2 comprimidos cada 12 horas durante 2 días (37%).

Dando como tiempo correcto de administración de la PPC hasta 72 horas después del coito (recomendación

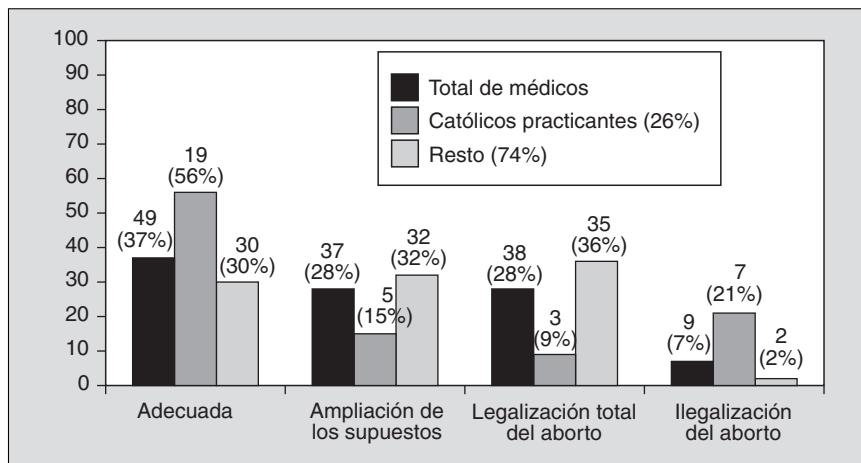


Figura 1. Opinión sobre la actual ley de despenalización del aborto y su relación con las creencias religiosas de los médicos.

TABLA 2. Relación entre creencias religiosas y cualificación de los médicos y su opinión acerca de si el uso indiscriminado de la PPC induce relaciones sexuales de riesgo

Total	Cualificación		Religión	
	MFyC (54%)	Otra (46%)	Católicos (71%)	No católicos (29%)
¿El uso de la PPC induce relaciones de riesgo?				
Sí	55 (40%)	21 (29%)	34 (54%)	46 (47%)
No	81 (60%)	52 (71%)	29 (46%)	51 (53%)
Total	136 (100%)	73 (100%)	63 (100%)	97 (100%)
			39 (100%)	

de la OMS), el 52% de los encuestados utiliza este período, mientras que un 48% cree que su uso está indicado dentro de períodos de tiempo inferiores a esas 72 horas.

Sólo 40 médicos (30%) emplean la dosificación y tiempo recomendados por la OMS. Tres cuartas partes de los médicos no asocian ninguna otra medicación a la hora de prescribir la PPC, mientras que el resto sí lo hace, siendo los antieméticos el medicamento más usado.

Un 83% no cree necesario pedir un test de embarazo previo a la prescripción de la PPC. Nueve de cada 10 médicos informa a la paciente de los posibles efectos secundarios y el 87% recomienda a la paciente un control posterior.

El 73% de los médicos admite no conocer otro método de IPC, mientras que en el 27% restante el método alternativo más conocido es el DIU de emergencia.

La inmensa mayoría (91%) de los médicos refiere no haber recibido información alguna de las autoridades

sanitarias acerca de la intercepción poscoital.

### Actitud respecto a la PPC

El 82% cree que se trata de una medida anticonceptiva, mientras un 18% considera que se trata de un método abortivo, siendo esta opinión más frecuente entre los católicos practicantes (aumenta a un 37% en este grupo de médicos); el 71% de los que opinan que es abortiva son varones.

En cuanto a su opinión acerca de la actual Ley que regula la despenalización del aborto, la mayoría (56%) considera que la actual ley es insuficiente, y creen que debería ampliarse (28%) o proceder a su legalización total (28%), si bien otro grupo importante (37%) la considera adecuada tal y como está. Sólo un 7% es contrario al aborto; esta última opinión es más frecuente entre los católicos practicantes (21%) (fig. 1).

El 40% cree que el uso de la PPC puede llevar a un aumento de la pro-

miscuidad y/o las prácticas sexuales de riesgo, siendo esta opinión más frecuente entre los católicos (47% de los católicos frente al 23% de los no católicos) y entre los médicos sin formación específica en MFyC (54% frente al 29% de los médicos de familia) (tabla 2).

Preguntados acerca de quién debe asumir la IPC, un 65% cree que debe ser compartida entre AP y las unidades de planificación familiar (UPF), pero mientras un 27% de los médicos de familia cree que debe ser asumida exclusivamente por AP, el 25% de los médicos sin formación específica en MFyC considera que debe ser competencia exclusiva de las UPF.

El 85% de los médicos estaría de acuerdo con la comercialización en España de una PPC.

La mayoría de los médicos no modificaría su actitud en caso de que la demandante de la píldora sea una menor (71%) o una minusválida psíquica (64%). El 95% de los médicos cree adecuada la administración de esta PPC a una mujer que ha sufrido una violación.

### Práctica

El 66% admite que sólo informa sobre métodos anticonceptivos a aquellas mujeres que se lo solicitan, sin que en este hecho influyan el sexo, la cualificación, la religión ni la edad del médico. La mayoría de los médicos (64%) dice informar a las mujeres que eligen el preservativo como método anticonceptivo sobre su correcto manejo, y sólo un tercio (36%) les informa sobre la existencia de la PPC. Este último resultado no se ve influido por el sexo o la religión, aunque sí por la edad y la cualificación del médico (tabla 3).

El 73% admite haber tenido al menos una solicitud de PPC en los últimos 6 meses, observándose que estas solicitudes son más frecuentes en el medio urbano que en el rural (82% frente al 53%) (fig. 2). Un 40% de estas demandas de PPC se formularon en períodos de atención continuada. Sólo el 7% refiere no haber tenido nunca una solicitud de PPC.

Ante una demanda de PPC, refieren prescribirla el 88% de los médicos; la prescriben todos los que se confiesan ateos y agnósticos, mientras que la cuarta parte de los católicos practicantes no la prescribe (tabla 4). El grupo de los no prescriptores es mayor entre los médicos sin formación

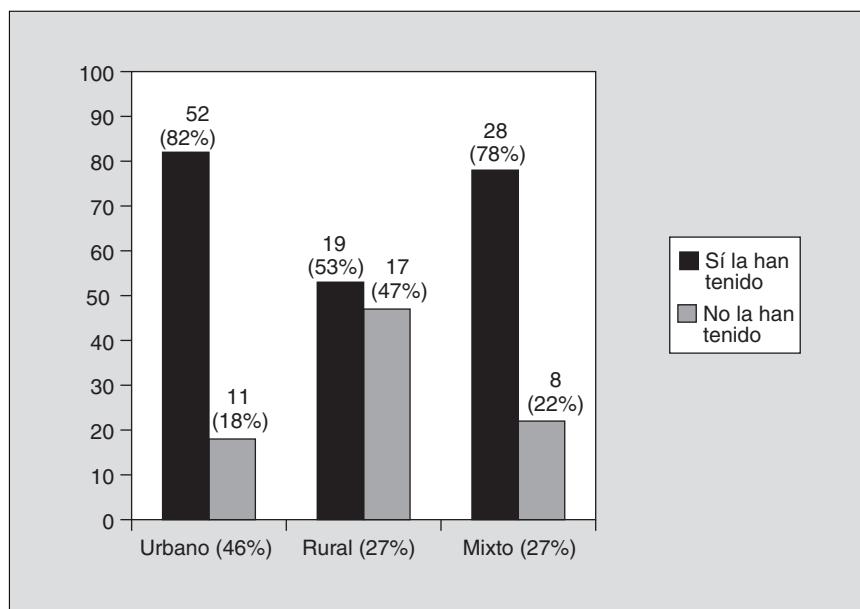
**TABLA 3. Análisis mediante regresión logística de las variables del médico asociadas con información sobre la PPC**

Variable	Coeficiente de regresión logística	p	OR (IC del 95%)
Edad (años)	0,0907	0,0100	1,09 (1,02–1,17)
Cualificación	-0,8346	0,0528	
MFyC			1
No MFyC			0,43 (0,18–1,01)
Religión	-0,6363	0,1307	
Católicos			1
No católicos			0,52 (0,29–1,21)
Sexo	0,1469	0,7078	
Varón			1
Mujer			1,16 (0,54–2,49)

**TABLA 4. Prescripción de la PPC cuando se la solicitan y su relación con las creencias religiosas del médico**

Total	Religión				
	Ateos (8%)	Agnósticos (15%)	Católicos no practicantes (45%)	Católicos practicantes (26%)	Otros (6%)
<b>Prescripción de la PPC</b>					
Sí	120 (88%)	11 (100%)	20 (100%)	55 (89%)	26 (74%)
No	16 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (11%)	9 (26%)
Total	136 (100%)	11 (100%)	20 (100%)	62 (100%)	35 (100%)
					8 (100%)

Riesgo relativo: 0,84 (0,76 < RR < 0,91) con un límite de confianza (serie de Taylor) del 95%. Test exacto de Fisher: p (una cola) = 0,0030; (2 colas) = 0,0059.



**Figura 2. Relación entre el ámbito de trabajo del médico y el haber tenido o no una solicitud de PPC en los últimos 6 meses.**

específica en MFyC (21%) que entre los médicos de familia (4%).

Los médicos no prescriptores (12%) en su mayoría explican a la pacien-

te sus motivos y la derivan a la UPF de referencia, aunque una cuarta parte de ellos sólo le explica los motivos de su negativa sin ofertarle

otras unidades asistenciales alternativas.

## Discusión

Según nuestros resultados, la mayoría de los médicos ha tenido alguna solicitud de PPC en los últimos 6 meses y, contrariamente a nuestra hipótesis inicial, la mayoría de los médicos refiere prescribirla cuando se le solicita.

Algunos resultados podrían verse alterados por el hecho de haber tenido un 23,5% de pérdidas del total de posibles respondedores al cuestionario; según datos facilitados por la Gerencia de AP del Área IV del INSALUD de Asturias, un 62% de los médicos son varones, lo que contrasta con el resultado de nuestra encuesta, en la que los varones representan sólo un 51%. Este hecho podría restar validez a la afirmación de que en nuestro estudio no haya diferencias en el manejo de la PPC según el sexo del médico.

Tres cuartas partes refieren no informar de la disponibilidad de la PPC a las mujeres que usan el preservativo como método anticonceptivo. En un estudio estadounidense en el que también se abordaba este tema entre médicos (que incluía especialistas en planificación familiar, ginecólogos y médicos de familia), el 90% refería que rara vez mencionaban la PPC a sus pacientes<sup>16</sup>.

En cuanto a la pauta utilizada, sólo un 46% de los encuestados hace uso de la PPC según las recomendaciones de la OMS y la FDA (aumentando innecesariamente el período de tratamiento y la dosis, con el consiguiente incremento de efectos secundarios y costes) y un importante porcentaje de los encuestados parece desconocer los aspectos de sus indicaciones y contraindicaciones, lo que no se relaciona con la cualificación del médico. El conocimiento sobre el margen de tiempo para la administración de la PPC recomendado por la OMS es escaso en nuestro medio (52%), elevándose esta proporción al 57% en Estados Unidos<sup>16</sup>, y al 73% en Gran Bretaña<sup>17</sup>, lo que podría privar de los beneficios de la PPC a posibles usuarias. Este déficit de conocimientos podría estar en relación con que un 91% de los médicos refiera no haber recibido información alguna sobre dicho tema de las autoridades sanitarias.

En nuestro estudio un 23% de los médicos asocia algún tipo de medica-

ción, siendo la más frecuente los antieméticos. En otro estudio norteamericano, el 46% de los médicos asociaba antieméticos a la PPC de forma rutinaria.<sup>18</sup>

A juzgar por los resultados, la prescripción de la PPC está claramente influenciada por la religión, ya que el 100% de los «no prescriptores» son católicos; para valorar esta relación en su justa medida, hay que tener en cuenta que los médicos católicos representan el 71% de la población estudiada, y de ellos no la prescribe un 17%. Este resultado se encuentra en consonancia con las opiniones que los médicos católicos tienen acerca de la IPC, considerándola en un alto porcentaje de casos como métodos abortivos, y sobre la actual legislación en materia de despenalización del aborto, en contraste con las opiniones vertidas por los profesionales no católicos.

También se ve influenciada la prescripción por la cualificación y la edad del médico, de manera que la probabilidad de que un médico sin formación específica en MFyC prescriba la PPC es menor que si se trata de un médico de familia; asimismo, a mayor edad del médico, menor es la probabilidad de que la prescriba.

Comparando nuestros datos con los obtenidos en el estudio norteamericano antes mencionado<sup>18</sup>, observamos que el porcentaje de médicos que cree que el uso de la PPC puede llevar a un incremento de las prácticas sexuales de riesgo es claramente mayor en nuestra población (40% frente al 12%), opinión que es más frecuente entre los médicos de confesión católica (83% de ese 40%).

También se observa en nuestro estudio las reservas que plantea la prescripción de la PPC en menores de edad (el 29% cambiaría su actitud). Este debate, planteado con frecuencia, parece solucionarse remitiéndose al artículo 162 del Código Civil, según el cual aunque los padres tienen la responsabilidad legal de sus hijos menores no emancipados, se exceptúan aquellos actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, según sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo. Recientemente el gobierno francés tomó la decisión de administrar la PPC en los institutos de enseñan-

za media, con el fin de facilitar su acceso a las adolescentes.

Estudios recientes<sup>19,20</sup> han demostrado que la libre comercialización de la PPC sin prescripción médica no conduce a un abuso en su utilización, siempre y cuando a la mujer se le instruya adecuadamente en su manejo.

Como conclusión, sólo un tercio de los encuestados utiliza la PPC según las recomendaciones de la OMS y la FDA; parece por ello necesario que los médicos de atención primaria actualicen sus conocimientos en esta materia. Las 3 variables que más influyen en la prescripción de la PPC son la edad, la cualificación y sobre todo las creencias religiosas del médico; como no es posible actuar sobre las creencias religiosas de los médicos, la solución podría ser, al igual que ya se ha hecho en otros países, la libre comercialización de la PPC, sin necesidad de prescripción médica, facilitando así el acceso de las posibles usuarias a este método anticonceptivo.

### Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todos los médicos de atención primaria del Área IV, que han colaborado respondiendo al cuestionario, haciendo posible la realización de este trabajo, Unidad de Planificación Familiar de Oviedo, Consejería de Salud del Principado de Asturias, Dirección Provincial del INSALUD de Asturias y Gerencia de Atención Primaria del Área IV de Asturias.

Asimismo, nuestro agradecimiento al personal del Centro de Salud de Otero (Oviedo), y en especial a nuestras tutoras: Dras. Consolación Arranz, Mercedes Álvarez y Raquel Fernández.

### Bibliografía

1. Brandrup-Lucanow A. Entre nous. Publicación del Servicio de las Mujeres y la Salud Reproductiva de la Oficina Regional Europea de la OMS 1998; 39: 2.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupciones voluntarias del embarazo: datos definitivos de 1998. Madrid: Servicio de Publicaciones, 1999.
3. Glassier A. Emergency postcoital contraception. N Engl J Med 1997; 337: 1058-1064.
4. Sueiro E, Perdiz C, Gayoso P, Doval JL. Uso y efectos de la anticoncepción poscoital. Aten Primaria 1997; 20: 305-310.
5. Ramírez A, Sánchez R, Vidal XA. Intercepción poscoital. Manual de anticoncepción hormonal oral. Grupo de trabajo sobre anticoncepción oral. Madrid: Sociedad Española de Contracepción-Laboratorios Wyeth-Lederle, 1998; 187-199.
6. Consorcio para la Anticoncepción de Emergencia. «Píldoras anticonceptivas de emergencia». Disponible en: [http://www.path.org/cec/html/es\\_guias\\_medicinas.htm](http://www.path.org/cec/html/es_guias_medicinas.htm)
7. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The postcoital copper-T. Advances in Planned Parenthood 1976; 11: 24-29.
8. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352: 428-433.
9. Duncan G, Harper C, Ashwell E et al. Termination of pregnancy: lessons for prevention. Br J Fam Planning 1990; 15: 112-117.
10. Trussell J, Steward F. The effectiveness of postcoital contraception. Fam Plann Perspect 1992; 24: 262-264.
11. Trussell J, Ellertson Ch, Rodríguez G. The Yuzpe regimen of emergency contraception: How long after the morning after. Obstet Gynecol 1996; 88: 150-154.
12. Grimes DA. Emergency contraception – Expanding opportunities for primary prevention. N Engl J Med 1997; 337: 1078-1079.
13. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Ginebra: WHO, 1996; 31-33 (WHO/FRH/FPP/96.9).
14. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethynodiolide and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertil Steril 1977; 28: 932-936.
15. Torrents M. Documento interno. Unidad de Planificación Familiar de Oviedo, Área IV del INSALUD, Asturias, 1999.
16. Grossman RA, Grossman DB. How frequently is emergency contraception prescribed? Family Planning Perspectives 1994; 26: 270-271.
17. Burton R, Savage W. Knowledge and use of postcoital contraception: a survey among health professionals in Tower Hamlets. Br J Gen Pract 1990; 40: 326-330.
18. Gold MA, Schein A, Coupey S. Emergency contraception: a national survey of adolescent Health Experts. Fam Plan Perspectiv 1997; 29: 15-24.
19. Matheson CI, Smith BH, Flett G, Bond CM, Kennedy EJ, Michie C et al. Over-the-counter emergency contraception: a feasible option. Family Practice 1998; 15: 38-43.
20. Glasier A, Baird D. The effects of self-administered emergency contraception. N Engl J Med 1998; 339: 1-4.