



## INFORMACIÓN ACERCA DE ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

### ¿EN QUÉ CONSISTE?

- La anticoncepción postcoital no es un método de rutina. Es un método de emergencia tras relaciones sexuales con alta posibilidad de embarazo. Por ejemplo tras relaciones sexuales sin usar método anticonceptivo, o fallo del método que se estuviera utilizando, como por ejemplo, rotura de preservativo. También se usa para prevenir el embarazo tras una violación. Se considera un método anticonceptivo, no abortivo.
- Si las relaciones sexuales se han producido en mitad del ciclo, en 30 de cada 100 coitos se producirá embarazo. Si en cualquier otro momento del ciclo, 5 de cada 100. En los 5 primeros días de regla prácticamente no existe riesgo de embarazo.
- La forma habitual consiste en una dosis alta de hormonas femeninas en poco tiempo. Se pueden tomar 2 pastillas juntas en una única toma.

### ¿CUÁNDO PUEDE USARSE?

- Solo puede usarse si no han transcurrido más de 72 horas (3 días) desde el coito no protegido. Su eficacia es máxima tomándola dentro de las 24 horas siguientes a la relación sexual de riesgo 95 %. Este porcentaje desciende al 85 % si se toma entre las 24 - 48 horas después. Y al 58 % si se emplea dentro de las 48 - 72 horas. Por tanto, existe una pequeña posibilidad de quedar embarazada a pesar de haber realizado el tratamiento.
- Debe evitarse en caso de estar embarazada. Por ello, antes de la administración del tratamiento puede considerarse la realización de una prueba de embarazo.
- El tratamiento no debe coincidir con la toma de medicamentos que puedan interferir en su eficacia. Por eso es importante que comunique al médico que otras medicinas toma

### ¿CÓMO ACTÚA?

- Este tratamiento evita el embarazo de varias formas. Por una parte actúa en el ovario, cuyo funcionamiento es indispensable para que haya embarazo. Además disminuye los movimientos de las trompas y produce cambios en el interior del útero. En algunos casos impide la implantación del óvulo.
- Tendrá la regla entre 3 días y 3 semanas (21 días) después de la toma, y puede que le dure más tiempo o le moleste más de lo habitual.
- En el caso de no tener la menstruación debe acudir a su médico para descartar un embarazo. Si el embarazo se ha producido, no tema, pues la píldora postcoital no tiene efectos adversos sobre el feto.

### ¿QUÉ EFECTOS SECUNDARIOS TIENE?

- Los más frecuentes son: Nauseas, vómitos (si vomita antes de que pasen 3 horas desde la toma, debe de repetirla tomando antes un medicamento que impida el vómito), dolor de cabeza, dolor abdominal y molestias en las mamas. Puede existir un mínimo riesgo de tromboembolismo.
- Riesgos personalizados: En tu caso además debemos tener en cuenta.....

### OTRAS RECOMENDACIONES

No es conveniente que tengas relaciones sexuales sin utilizar correctamente el preservativo hasta completar un nuevo ciclo menstrual. Recuerda que **este es un método de emergencia, que sólo debes utilizar de manera excepcional y que en ningún caso sustituye a los métodos de anticoncepción habituales** como el preservativo o la píldora. Por ello, sería conveniente que revisaras con tu médico de cabecera el tipo de anticoncepción que deseas utilizar en el futuro.



## ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN PARA ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

FECHA:...../...../.....

D./Dña/.....  
(*NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE*) D.N.I.: .....,  
CIP:.....D./Dña/.....  
.....(*NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA CON OTRA VINCULACIÓN DE HECHO* (en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.) D.N.I.: .....

*NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:*

D./Dña/.....

Nº COLEGIADO: .....

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

**Firma del paciente**

**Firma del Tutor o Representante Legal**

**Firma del Profesional**

### DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

**Firma del paciente**

**Firma del Tutor o Representante Legal**

**Firma del Profesional**