

Anticoncepción de emergencia: ¿cómo, cuándo y con qué?

Álvaro Monterrosa Castro, MD*

Resumen

La anticoncepción de emergencia es una estrategia válida de planificación familiar, que articulada e inmersa en su verdadera y real dimensión, influye favorablemente sobre las negativas repercusiones socio-demográficas, biológicas y económicas que generan los embarazos indeseados y los abortos en condiciones de riesgo. Por todas las implicaciones que lo anterior conlleva, es importante que los profesionales de atención en salud sexual y reproductiva, posean un claro nivel de conocimientos teóricos fundamentados en conceptos científicos, que estén convencidos de sus ventajas y que tenga un compromiso serio con su comunidad. Siendo el aborto ilegal en Colombia, aun en casos de violación, incesto, peligro para la vida y la salud de la mujer, y siendo el aborto provocado y sus complicaciones la tercera causa de muerte materna, todas las acciones, entre ellas la anticoncepción de emergencia, que lleven a la prevención del embarazo indeseado y al aborto tienen una gran importancia. Todo profesional de la salud, debe saber cuándo, con qué herramientas y cómo administrar la anticoncepción de emergencia. [Monterrosa A. Anticoncepción de emergencia: ¿cómo, cuándo y con qué? MedUNAB 2006; 9:45-50].

Palabras Clave: Anticoncepción de Emergencia, Anticonceptivos orales combinados, Anticonceptivos de solo progestinas, Anticoncepción hormonal.

Summary

Emergency contraception is a valid birth-control strategy that articulated and immersed in its real dimension makes a good influence over the negative social-demographic, biological and economic reverberations that unwanted pregnancy and abortions in risk conditions generate. Due to all the implications that this has, it is important that professionals that attend sexual and reproductive health, have a clear level of theoretical knowledge based on scientific concepts, be convinced of its advantages and have a serious compromise with the society. Because the abortion is not legal in Colombia, even in rape cases, incest, life risk and woman health, and because the provoked abortion and its complications is the third cause of maternal death, all the actions, including emergency contraception, that prevent unwanted pregnancy and abortion have great importance. Every health professional must know when, with what tools and how administrate emergency contraception. [Monterrosa A. Emergency contraception: ¿how, when and with what? MedUNAB 2006; 9:45-50].

Key words: Emergency contraception, Combined oral contraceptives, Progestin-only contraceptives, Hormonal contraception, Postcoital contraception.

* Profesor Titular; Jefe, Sección de Subespecialidades, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena; Coordinador de Investigaciones, Escuela de Medicina, Universidad del Sinú, seccional Cartagena, Colombia.

Correspondencia: Dr. Monterrosa, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia. E-mail: alvaromonterrosa@gmail.com

Artículo recibido el 16 de diciembre de 2005; aceptado el 6 de febrero de 2006.

Introducción

A pesar de la amplia disponibilidad y de la diversidad de métodos anticonceptivos regulares altamente eficaces, muchos embarazos son indeseados.¹ Estas gestaciones conllevan un riesgo más elevado de morbilidad y mortalidad, debida especialmente al aborto practicado en condiciones de riesgo.² La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que cada año los embarazos indeseados conducen a aproximadamente 20 millones de abortos inducidos y producen la muerte a más de 80.000 mujeres. La anticoncepción de emergencia puede ayudar a reducir estos embarazos no deseados, previniéndose por tanto muchos abortos en condiciones de riesgo, abortos que afectan negativamente la salud en general y en especial la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sobre todo de aquellas que son muy jóvenes o de elevada edad para llevar adelante una gestación.³

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia (ENDS-2000)⁴ permite demostrar que sólo el 22% de las mujeres en edad fértil, sin importar su estado social, conocen la existencia de la anticoncepción oral de emergencia. A su vez el método es conocido por el 18% de las mujeres casadas o actualmente unidas, por el 33 % de las mujeres solteras pero sexualmente activas y por el 24% de las mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales. Igual encuesta⁴ señala que la anticoncepción de emergencia ha sido utilizada por el 1% de todas las mujeres en edad fértil y por el 4,7% de las adolescentes que no están unidas pero que son sexualmente activas.

La anticoncepción de emergencia se suministra antes de que ocurra el embarazo, por lo tanto no es abortiva, indicándose cuando ocurren relaciones sexuales no esperadas, cuando el condón se rompe o se resbala durante el coito, cuando se es usuaria de anticonceptivos orales pero se ha olvidado tomar más de dos píldoras, o en casos de agresión sexual.³ La anticoncepción de emergencia o anticoncepción posterior al coito, sólo tiene fundamentos válidos desde el punto científico, cuando se enmarca en el hecho de ser una estrategia de planificación muy eficaz para prevenir el embarazo cuando ya se han tenido relaciones coitales.⁵ La razón de ser de la anticoncepción de emergencia es la prevención, ya que primero, es capaz de prevenir el embarazo no deseado, segundo previene el aborto inducido y sobre todo el realizado en condiciones de riesgo y tercero llega a generar prevención en morbilidad y mortalidad materna.^{5,6} Por tanto la anticoncepción de emergencia es fundamentalmente preventiva, previene un embarazo no deseado, ya que no interrumpe una gestación establecida. Gestación es definida por la *National Institutes of Health/FDA* y por el *American College of Obstetricians and Gynecologist*, como la iniciada con la implantación.³ Dicho criterio suele no ser aceptado por algunas corrientes de índole religiosa, que consideran a la fertilización como el inicio de la gestación. Una vez se ha producido la implantación gestacional, la adminis-

tración de anticoncepción de emergencia no tiene ningún sentido por ser totalmente ineficaz, es por ello que debe administrarse en las primeras 72 horas siguientes a un coito sin protección. Estas apreciaciones y por ende sus indicaciones son claras en la literatura científica, por tanto la discusión si la anticoncepción de emergencia es o no abortiva, debiese estar plenamente superada y sin más razones para controversias.

Anticoncepción hormonal

La anticoncepción de emergencia, de tipo hormonal se inicia a mediados de los años setenta, cuando el pionero de la planificación familiar, Ary Haspels^{5,7} en Alemania fue el primero en administrar altas dosis de estrógenos post-coitales a una joven de 13 años de edad, víctima de abuso sexual, siendo el primer régimen de uso de hormonas esteroides para prevenir un embarazo no deseado. Para inicios de la década de los setenta, se administraba dietilestilbestrol a dosis elevadas de 25 mg dos veces al día por 15 días, iniciados en los primeros tres días después de un coito sin protección. Pronto se evidenció que dicho compuesto estaba relacionado con la adenosis vaginal y adenocarcinoma de vagina en las hijas de mujeres que la habían utilizado, lo que llevó a buscar otros estrógenos que no tuviesen un efecto potencialmente teratogénico u oncogénico.

Anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales combinados. En 1974 el médico canadiense Albert Yuzpe⁵ propuso el esquema que se identifica como método de Yuzpe, que consiste en administrar dos tabletas de anticonceptivos orales combinados de macrodosis que incluyan 50 mcg de etinilestradiol más 250 mcg de levonorgestrel por tableta antes de las primeras 72 horas de un coito sin protección, repitiendo la dosis doce horas más tarde.⁸ Estas tabletas pueden ser tomadas de un estuche convencional de anticonceptivos orales combinados de macrodosis que contengan las dosis establecidas. En países diferentes a Colombia, sobre todo en Europa occidental, se encuentran presentaciones comerciales que contienen las cuatro tabletas requeridas para anticoncepción de emergencia, cada una con 50 mcg de etinilestradiol y 250 mcg de levonorgestrel, para administrar dos tabletas iniciales y dos a las doce horas.

Cuando la presentación específica para anticoncepción de emergencia no está disponible como sucede en Colombia y/o las tabletas de macrodosis no se encuentran disponibles, se pueden utilizar las de microdosis que tengan iguales componentes, administrando cuatro tabletas que incluyan 30 mcg de etinilestradiol más 150 mcg de levonorgestrel por tableta en los mismos periodos de tiempo, tomadas de un estuche convencional de anticonceptivos orales combinados de microdosis que contengan las dosis establecidas. Si sólo están disponibles las tabletas de muy bajas dosis que incluyen etinilestradiol 20 mcg/tableta más de levonorgestrel 100 mcs/tableta; se pueden

administrar cinco tabletas en las primeras 72 horas post-coito sin protección y otras tantas doce horas más tarde.

Como se puede observar el etinilestradiol más levonorgestrel reemplazaron por completo el uso del dietilestilbestrol dentro de la administración hormonal para después del coito sin protección. No se ha validado si los otros anticonceptivos orales combinados que incluyen otras progestinas pueden ser utilizados dentro de la anticoncepción de emergencia. En 1994 el esquema fue aprobado por la Federación Internacional de Planificación familiar (IPPF), en 1995 fue recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en 1997 aprobado por la Federación Americana para el Control de Drogas y Alimentos (FDA).

Croxatto et al⁹ ha demostrado que la combinación de estrógeno más progestina dentro de la anticoncepción de emergencia pueden inhibir o retardar la ovulación, y es el principal mecanismo de acción para explicar la elevada efectividad cuando se utiliza el Método de Yuzpe en la primera mitad del ciclo, antes que se suceda la ovulación. También se ha señalado que alteraciones bioquímicas e histológicas se presentan en el endometrio, con lo cual se altera la receptividad endometrial para la implantación de un huevo fertilizado.³ Como potenciales mecanismos de acción se señala la interferencia en la función del cuerpo lúteo, el espesamiento del moco cervical que desfavorecería el ascenso de espermatozoides y alteraciones en el transporte tubárico de los gametos e inhibición directa de la fertilización. La elevada eficacia del Método de Yuzpe sugiere la presencia de diversos mecanismos de acción actuando simultáneamente.³ Es de resaltar que para conservar la eficacia, el método debe administrarse correctamente.

Si la mujer presenta vómitos antes de que pasen tres horas desde el momento en que realizó la primera o la segunda toma de las píldoras, puede tomar un antiemético, tipo metoclopramida, y treinta minutos después volver a tomar las tabletas supuestamente vomitadas.⁸ Se ha recomendado incluso utilizar siempre la metoclopramida con fines preventivos, lo cual no tiene aceptación generalizada. Agregar un nuevo medicamento al esquema

puede ser desventajoso al generar confusión al momento de recurrirse a anticoncepción de emergencia.

Siempre en la primera y en la segunda toma, las píldoras deben ser de la misma marca. Tomar mayor número de tabletas de las indicadas no sirve para nada y puede aumentar los efectos adversos.^{6,10} Para reemplazar la vía oral en casos de vómitos persistentes se ha sugerido colocar todas las tabletas por vía vaginal en dosis única. Kives et al,⁸ han observado al estudiar la biodisponibilidad relativa del estrógeno y la progestina presente en el Método de Yuzpe, administrados por vía vaginal, que la concentración máxima es menor y el tiempo de máxima concentración es más tardío que al utilizarse la vía oral. Sugieren que al menos tres veces la dosis oral recomendada, es requerida al utilizar como opción la vía vaginal. En todas las circunstancias para el resto del ciclo debe utilizarse un método de barrera al tener nuevos coitos. La menstruación suele presentarse en la fecha esperada o antes. Si se presenta atraso menstrual debe tratar de diagnosticarse la existencia de embarazo. La mujer debe recibir instrucciones y motivación suficiente para que con la llegada del sangrado por privación inicie un método regular de planificación familiar.

El método de Yuzpe tiene una tasa de falla de hasta el 2% si la mujer lo ha usado en forma correcta, lo cual representa una disminución considerable del riesgo de embarazo, comparado con el no uso de anticoncepción de emergencia.^{6,11,12} Según el instante en que la mujer utilice las píldoras como anticoncepción de emergencia durante el ciclo menstrual, la combinación puede prevenir la ovulación, fertilización o la implantación,¹³ se cree que básicamente modifica el revestimiento endometrial impidiendo la implantación.¹⁴ El método de Yuzpe no es abortivo y no es eficaz cuando el proceso de implantación se ha iniciado. Ho¹⁵ asevera que el método de Yuzpe puede prevenir más del 74% de los posibles embarazos, pero la incidencia de efectos adversos, especialmente gastrointestinales es alta. El 46% de las mujeres presentan náuseas, el 22% vómitos, el 23% vértigos y el 20% tensión mamaria.⁸ Frecuentemente pueden experimentar cefalea. Estos efectos generalmente no demoran más de 24 horas.

También Trussell et al³ han señalado que el método de Yuzpe reduce el riesgo de embarazo en cerca del 75%; lo ejemplifican señalando que si 100 mujeres tienen coito sin protección durante la segunda o tercera semana del ciclo, aproximadamente ocho van a quedar en gestación, si se utiliza el esquema de Yuzpe los embarazos van a ser sólo dos (tasa de falla del 2%), reduciéndose el riesgo en el 75%. Igual lo sentencian otros autores, que observaron disminución del riesgo de embarazo en el 75,4% (rango: 65,5%-82,4%);^{2,4} a la vez, las cifras permiten interpretar que el riesgo de embarazo se reduce cuatro veces.

Estudios de la Organización Mundial de la Salud^{16,17} han señalado que la efectividad declina significativamente con el incremento en el tiempo entre el coito y el inicio del

Tabla 1. Anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales combinados

Etinilestradiol 50 µg + Levonorgestrel 250 µg (macro dosis)	Dos tabletas en las primeras 72 horas después del coito sin protección; repetir dos tabletas 12 horas más tarde.
Etinilestradiol 30 µg + Levonorgestrel 150 µg (baja dosis)	Cuatro tabletas en las primeras 72 horas después del coito sin protección; repetir otras cuatro tabletas 12 horas más tarde.
Etinilestradiol 20 µg + Levonorgestrel 100 µg (muy baja dosis)	Cinco tabletas en las primeras 72 horas después de un coito sin protección; repetir otras cinco píldoras 12 horas más tarde.

esquema. No obstante no parece biológicamente plausible que la eficacia llegue a ser cero a las 72 horas post-coito, por lo cual se han realizado valoraciones y se ha llegado a proponer seguir considerando el método de Yuzpe hasta las 120 horas posterior al coito sin protección.¹⁸

El método de Yuzpe es seguro, incluso en mujeres que no pueden tomar regularmente anticonceptivos orales. Aunque la concentración es alta, siendo corto el tiempo de administración pueden utilizarse sin ningún temor incluso en mujeres con patología cardiovascular activa. La OMS asevera que la única contraindicación para usar píldoras en el esquema de anticoncepción de emergencia es la existencia de embarazo.³ Si el método de Yuzpe fracasa no está demostrado un efecto deletéreo de estas hormonas sobre la órgano génesis del embrión, como tampoco está demostrado efecto adverso al evaluar recién nacidos que fueron in-útero expuestos inadvertidamente por largo tiempo a anticonceptivos orales combinados, inclusive a los de altas dosis.³

Anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales de solo progestinas. Fundamentalmente para evitar los efectos adversos como las náuseas y los vómitos que producen los estrógenos presentes en la anticoncepción de emergencia realizada con anticonceptivos orales combinados, se propuso y se estudió la administración de píldoras de sólo progestina o minipíldoras, administrándose 0,75 mg de Levonorgestrel en las primeras doce horas de un coito sin protección y repetida una segunda dosis a las doce horas,³ esquema aprobado por la FDA en julio de 1999.

Este esquema es actualmente la primera elección para realizar anticoncepción de emergencia, siendo tan o más efectivo que el Método de Yuzpe y tiene una menor incidencia de náuseas y vómitos.³ El ensayo clínico randomizado controlado conducido por la OMS^{16,17} señaló que la anticoncepción de emergencia con píldora de sólo progestina reduce el riesgo de embarazo en el 88%, lo que se puede ejemplificar así: cuando 100 mujeres tienen coito sin protección y no utilizan anticoncepción de emergencia se pueden esperar ocho embarazos, si las mismas 100 mujeres tienen coitos y utilizan anticoncepción de emergencia con el esquema de sólo progestina se podría esperar un embarazo, o sea hay una reducción de ocho veces en el riesgo. El mismo estudio^{16,17} señaló que la incidencia de náuseas es 50% menor y la incidencia de vómitos 70% menor, que lo esperado con el esquema de Yuzpe. En casos de vómitos persistentes, también se ha recomendado aplicar las dos tabletas en dosis única por vía oral.

Kives et al,⁸ han observado al estudiar la biodisponibilidad relativa del levonorgestrel administrado por vía vaginal, que la concentración máxima es menor y el tiempo de máxima concentración es más tardío que al utilizarse la vía oral. Sugieren que al menos tres veces la dosis oral recomendada, es requerida al utilizar como opción la vía

vaginal. En general la administración temprana después del coito puede inhibir o retrasar la ovulación o interferir con la migración de los espermatozoides.³

En los últimos años en el país se ha generado desde el sector privado de la atención en salud sexual y reproductiva, información masiva sobre anticoncepción de emergencia, creando conciencia en los prestadores de servicio de salud, así como en la comunidad en general, de lo importante de esta estrategia de regulación de la fertilidad. En Colombia fue Profamilia quien primero logró, pese a una elevada resistencia política y religiosa, poner en circulación una presentación comercial de píldora de sólo progestina en empaque de dos tabletas de 0,75 mgs de levonorgestrel cada una, para utilizar específicamente en anticoncepción de emergencia.

En aquellos países, que cada vez son menos, donde no están disponibles o cuando la presentación específica no esté disponible, se pueden utilizar estuches de minipíldoras de levonorgestrel, con la desventaja de ser necesario administrar 20 tabletas en cada dosis. No existen estudios con la administración de otras progestinas en anticoncepción de emergencia. Recientemente se ha señalado que las dos tabletas de 0,75 mgs de levonorgestrel, pueden administrarse en una sola dosis.

Al respecto se ha publicado un estudio donde se compara la efectividad y la seguridad de las dos formas de administración,¹⁹ en 1.118 mujeres voluntarias. En ambos grupo se presentaron náuseas, vómitos, dolor leve en hipogastrio, menorragia, vértigos, cefalea y tensión mamaria. Fue significativamente más alta la presencia de cefalea, tensión mamaria y sangrado menstrual abundante, cuando las dos tabletas se administraron en una sola dosis. Once embarazos fueron reportados entre las 1.118 mujeres participantes (1%), siendo siete para el grupo de dos dosis y cuatro para dosis única. El riesgo relativo de embarazo en los dos grupos fue similar, siendo la efectividad establecida para dos dosis del 86,8% que es sensiblemente menor que la obtenida con la dosis única que alcanza a ser del 92,2% (p<0,05), de todas formas ambos esquemas de administración son efectivos y seguros.¹⁹

Tabla 2. Anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales de solo progestinas

Presentaciones específicas para anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel 0.75 mgs, dos tabletas (Tace®, Postinor-2®)	Tomar una tableta en las primeras 72 horas después del coito sin protección; repetir una tableta 12 horas más tarde.
Presentaciones específicas para anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel 0.75 mgs, dos tabletas (Tace®, Postinor-2®)	Tomar las dos tabletas juntas en las primeras 72 horas después del coito sin protección.
Minipíldora de Levonorgestrel: 0.03 mgs. Utilizar solamente si la presentación específica no está disponible.	Tomar veinte tabletas juntas en las primeras 72 horas después del coito sin protección; repetir veinte tabletas juntas 12 horas más tarde.

Harper et al²⁰ en un estudio descriptivo realizado en 52 adolescentes, que tenían entre 13 y 16 años de edad, que recibieron anticoncepción de emergencia con el esquema de sólo levonorgestrel, apunta que la medicación fue muy bien tolerada por las jóvenes sin que se presentaran eventos adversos graves.

Anticoncepción no hormonal

El dispositivo intrauterino de cobre, puede colocarse en los primeros cinco días después de un coito sin protección, lo cual otorga una eficacia superior al 90%, siendo la forma más efectiva de anticoncepción de emergencia. Esta anticoncepción de emergencia no hormonal fue introducida desde 1976, y tiene como ventaja dejar aplicado un método regular de planificación que puede continuarse por diez años.

No obstante, tener presente que el uso del DIU de cobre en algunas situaciones puede ser considerado limitado por una menor tolerabilidad, como sucede en nulíparas y en mujeres muy jóvenes. Sin embargo, en los criterios de elegibilidad de la OMS, el uso de DIU de cobre por mujeres sin gestaciones previas es considerado Categoría 2, para utilizar cuando los beneficios superen los riesgos.²¹

Es importante anotar que en aquellos casos en que sea motivo de preocupación la probabilidad de enfermedades

Tabla 3. Criterios de elegibilidad de la OMS (2004) donde se categoriza la anticoncepción de emergencia.

Condición/Afección	Categoría	Consideración especial
Embarazo	No aplica	Aunque el método no debe utilizarse en embarazo evidente o sospechado, no se conoce que sea riesgoso para la gestación si es aplicado por accidente
Lactancia	1	
Historia de ectópico	1	
Accidente vascular cerebral	2	El uso de la anticoncepción de emergencia por ser de dosis reducida y corto tiempo no tiene impacto sobre estas afecciones.
Infarto de miocardio		
Fenómenos trombóticos		
Fenómeno embólicos		
Episodios de angina		
Migraña		
Enfermedad hepática		
Uso repetido del método	2	El uso repetido de la anticoncepción de emergencia es indicación de la necesidad de consejería.
Violación sexual	1	
En riesgo para VIH	1	El condón de látex debe ser correctamente utilizado por su capacidad de prevención del VIH.
Con VIH	1	

de transmisión sexual y/o elevación en el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, no debe recurrirse al uso del DIU de cobre.³ El danazol, algunos antagonistas de la GnRH y el mifepristone, también conocido con su nombre de investigación, RU-486, se han recomendado para utilizar como anticoncepción de emergencia, aunque sus usos no están generalizados.

En Colombia no se encuentra disponible el mifepristone, que se utiliza a nivel mundial por sus propiedades anti-progestacionales y por un efecto abortivo específico; el danazol suele ser utilizado solamente en su indicación clásica para la endometriosis y los antagonistas de la GnRH introducidos recientemente son de elevado valor y se utilizan en medicina reproductiva dentro de esquemas de inducción de ovulación.^{2,6}

Criterios de elegibilidad

En su publicación del 2004 sobre criterios de elegibilidad, la OMS²¹ también ha establecido una categorización con respecto a la anticoncepción de emergencia, la cual es presentada en la tabla 3.

Estrategias para buscar conciencia global

Es obligatorio que las instituciones de educación y/o las asociaciones médicas y científicas, diseñen y ejecuten acciones de educación médica continuada tanto formativas como de concienciación de los beneficios que lleva implícita la administración oportuna de la anticoncepción de emergencia, y así cumplir con metas internacionales, como las presentadas y sugeridas por el Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia,¹² para generar un acceso global de la población a la anticoncepción de emergencia. La anticoncepción de emergencia debe formar parte del programa normal de educación de médicos, enfermeras y proveedores de servicios de salud. En Italia en 1995, se desarrolló el Consenso de Bellagio sobre anticoncepción de emergencia donde se declaró que las mujeres de todo el mundo deben tener acceso a este método seguro y eficaz para prevenir el embarazo indeseado cuando ha existido un coito sin protección y evitar la necesidad del aborto en condiciones de riesgo.¹²

Si bien es fundamental que los médicos deben estar preparados con un nivel adecuado de información científica, para entregar una oportuna y acertada información sobre anticoncepción de emergencia, deben a la vez conocer y/o desarrollar, y por tanto aplicar estrategias que permitan a la mujer solicitar o utilizar eficiente y racionalmente la anticoncepción de emergencia. Es labor absoluta de todos, de los médicos, de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), ya sean públicas o privadas, crear el espacio suficiente para que este importante recurso

llamado anticoncepción de emergencia, que prácticamente viene a ser "una segunda oportunidad" o un "plan B" de planificación familiar, esté disponible y al acceso de todas las mujeres, y sea a la vez el instante justo para asesorar en la continuación o en el inicio de un método de planificación regular.

El Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia,²² difunde entre profesionales del área de la salud y entre la comunidad en general, información científica relacionada. Dicho consorcio es una red articulada que agrupa a más de veinte asociaciones, organizaciones e instituciones gubernamentales o no gubernamentales, públicas o privadas, a nivel mundial, interesadas en impulsar, desarrollar y facilitar la ejecución de programas de planificación familiar, derechos y salud sexual y reproductiva.

El consorcio sobre anticoncepción de emergencia viene desarrollando una estrategia que conlleve a la expansión de la Anticoncepción de Emergencia hacia el acceso global. Desde octubre del año 2000 el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia contribuye a mejorar el nivel de salud de la población y a reducir la mortalidad materna debida al aborto en condiciones de riesgo en Latinoamérica, a través de la defensa, promoción, difusión y acceso a la anticoncepción de emergencia en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer latinoamericana.

A su vez recientemente la *Society for Adolescent Medicine* (SAM) de los Estados Unidos fijó su posición institucional con respecto a anticoncepción de emergencia en adolescentes y en uno de sus apartes señala que las adolescentes tienen derecho a atención en salud sexual y reproductiva y una de las estrategias que deben estar disponibles y pueden ser recomendadas es la anticoncepción de emergencia.¹⁸

Por tanto, la anticoncepción de emergencia es un recurso importante que posee indicaciones precisas. Puede ser utilizada dentro del acto médico, ya está bien estructurada con el concurso de herramientas terapéuticas hormonales o no hormonales, estando bien definidas las dosis y los instantes de aplicación. Ya que la anticoncepción de emergencia es una herramienta contraceptiva específica, útil, práctica y sencilla, se hace necesaria la divulgación de los aspectos con ella relacionados.

Referencias

1. Position paper of the society for adolescent medicine. Provision of Emergency Contraception to Adolescents. *J Adolescent Health* 2004; 35: 66 – 70.
2. McHenry C. Declaración del IMAP sobre anticoncepción de emergencia. *Boletín Médico de IPPF* 1994; 29(6): 1 - 2.
3. Trussell J, Ellertson CH, Stewart F, et al. The role of emergency contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: S30 –8.
4. Ojeda G, Ordoñez M, Ochoa L. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS-2000. Colombia. Profamilia. Bogotá 2000.
5. Monterrosa A. Anticoncepción oral en perspectiva. Primera Edición. Editorial La Popa. Cartagena. 2005.
6. Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam Plann Perspect* 1996; 28(2): 58 - 64.
7. Monterrosa A. Anticoncepción de emergencia: la opinión y el conocimiento que tienen médicos ginecólogos que ejercen en Colombia. *Rev Controversias en Ginecología y Obstetricia*. 2002; 11(55): 953 – 62.
8. Kives S, Hahn P, White E, et al. Bioavailability of the Yuzpe and Levonorgestrel regimens of emergency contraception: vaginal vs. oral administration. *Contraception* 2005; 71: 197 - 201.
9. Croxatto HB, Fuentalba B, Brache V, et al. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, on ovarian function. *Contraception* 2002; 65: 121 – 8.
10. Lynn C. Los anticonceptivos orales: una opción de emergencia. *Network en Español* 1996; 16(4): 14 – 7.
11. Grou F, Rodrigues I, The morning-after pill - How long after? *Am. J Obstet Gynecol* 1994; 171(6): 1529 – 34.
12. Consensus statement on emergency contraception. *Contraception* 1995; 52: 211 – 213.
13. Von Hertzen H, Van Look PFA. Research on new methods of emergency contraception. *International Family Planning Perspectives* 1996; 28 (2): 62 – 8.
14. Monterrosa A. Adolescencia: anticoncepción y embarazo. *Tribuna Médica* 1996; 94(4): 22 – 32.
15. Ho PC. Emergency Contraception: methods and efficacy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12(3): 175 -9.
16. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulations. Randomized controlled trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428 – 33.
17. Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes DA, et al. Timing of emergency contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999; 353: 721 – 3.
18. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception. A review of the literature. *Contraception* 2001; 63: 111 – 21.
19. Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence concerning the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 872 – 6.
20. Harper C, Rocca C, Darney P. Tolerability of Levonorgestrel emergency contraception in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1158 – 63.
21. OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3° edition. 2004.
22. Consortium for emergency contraception. Emergency contraceptive pills: Medical and Service Delivery Guidelines. August. 1996.