

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia: Guía Médica para la Prestación de Servicios

Segunda edición • 2003

Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia: Guía Médica para la Prestación de Servicios

Segunda edición
2003

Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia

Reconocimientos

La Guía originariamente preparada por el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia fue elaborada en base a la Guía para la prestación de servicios producida conjuntamente por la Federación Internacional de Planificación de la Familia, *Pathfinder International* y PATH.

La primera edición de la Guía se terminó de imprimir en octubre de 2000. Las siguientes personas colaboraron de manera destacada en la preparación de la primera edición: Elizabeth Raymond, Yusuf Ahmed, Sharon Camp, Marilyn Edmunds, Douglas Huber, Carlos Huevo Toledo, Valerie Koscelnik, Suneeta Mittal, José David Ortiz, Karen Ostea, Khama Rogo, Jeff Spieler, James Trussell, Paul Van Look y Helena von Hertzen.

El Consorcio agradece a las siguientes personas por el trabajo realizado en la actualización de la segunda edición: Elizabeth Raymond, Ángeles Cabria, David Grimes, Susan McIntyre, Ilze Melngailis, Claudia Morrissey, Raffaella Schiavon, Harris Solomon, Perger Teodora, Fatiha Terki, James Trussell, Andre Ulmann, Helena von Hertzen, Anne Wilson y Beverly Winikoff.

La reimpresión de la presente Guía en 2004 fue realizada gracias al generoso apoyo de la Fundación Bergstrom y otros donantes, a través de Oficina Regional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región Hemisferio Occidental, en el contexto del proyecto regional para incrementar el conocimiento, acceso y uso de la anticoncepción de emergencia en América Latina.

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia: Guía Médica para la Prestación de Servicios
2003

Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia
Washington, DC, Estados Unidos de América

Impreso en papel reciclado
Diseño gráfico de Elizabeth Sanders

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia: Guía Médica para la Prestación de Servicios

Segunda edición • 2003

ÍNDICE

Prefacio

Síntesis del Protocolo de Servicio para Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

1 Introducción

1.1 Definición

1.2 Indicaciones

2 Píldoras anticonceptivas de emergencia

2.1 Regímenes de PAE

2.2 Mecanismo de acción

2.3 Eficacia

2.4 Efectos secundarios, prevención y tratamiento

2.5 Precauciones

2.6 Chequeo

2.7 Asuntos que requieren especial atención

2.8 Información para la usuaria

2.9 Asesoramiento

2.10 Seguimiento

2.11 Si la usuaria queda embarazada

2.12 Iniciar o reanudar el uso de métodos anticonceptivos regulares después de utilizar PAE

3 Sistemas para la provisión de PAE

3.1 Jóvenes

3.2 Mujeres que han sido víctimas de violencia sexual

Cuadro 1 Fórmulas de PAE

Apéndice: Uso del DIU como anticonceptivo de emergencia

Bibliografía

Información acerca del Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia

PREFACIO

La provisión de anticonceptivos de emergencia es un importante medio de mejorar la calidad de los servicios prestados por los programas de planificación de la familia y salud reproductiva y, al mismo tiempo, satisfacer las necesidades de las usuarias. La anticoncepción de emergencia es necesaria ya que ningún método anticonceptivo es 100% eficaz y, también porque pocas personas utilizan correctamente el método anticonceptivo elegido cada vez que tienen una relación sexual. Más aún, la anticoncepción de emergencia resulta particularmente útil en los casos de ataque sexual.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), el método anticonceptivo de emergencia más utilizado y conveniente, no son difíciles de administrar. En la mayoría de los lugares se dispone de productos especialmente envasados para anticoncepción de emergencia o de anticonceptivos orales convencionales que pueden ser utilizados como PAE. Los encargados de prestar servicios de salud pueden ser capacitados con relativa facilidad en todos los aspectos relacionados con la administración adecuada de las PAE, el asesoramiento y el seguimiento de las usuarias que recurren a este método. Sin embargo, la provisión de PAE trae aparejada una serie de cuestiones especiales para prestar los servicios, tales como la necesidad de asegurar un rápido acceso al método y maximizar así los niveles de eficacia del mismo y la provisión de información sobre otros métodos anticonceptivos de uso regular a fin de prevenir tanto embarazos no deseados como infecciones de transmisión sexual, los que podrán ser utilizados después de recurrir a las PAE.

Un componente esencial de los programas que ofrecen anticonceptivos de emergencia es la educación, inclusive la provisión de información a las mujeres sobre esta importante alternativa anticonceptiva antes de que necesiten utilizarla. Dado que el lapso dentro del cual se puede iniciar el tratamiento con PAE es corto — el nivel de eficacia disminuye con el transcurso de cada día, e incluso cada hora de demora — las mujeres deberán saber que la anticoncepción de emergencia es una alternativa válida, deberán estar informadas sobre adónde deben dirigirse en caso de necesitar atención, y deberán comprender que el tratamiento debe ser iniciado lo más pronto posible luego de una relación sexual no protegida o protegida de manera inadecuada. Una manera de asegurar que las mujeres dispongan de los recursos necesarios para evitar embarazos no deseados en caso de tener relaciones sexuales no protegidas o de experimentar fallas de los anticonceptivos consiste en proveer información y, cuando resulte conveniente, píldoras anticonceptivas de emergencia al momento en que la usuaria concurra a la visita médica o al servicio de planificación de la familia.

Las organizaciones que integran el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia han compilado la presente Guía para la prestación de servicios con la finalidad de ofrecer, tanto a programas como a profesionales que se desempeñan en el campo de la planificación de la familia y la salud reproductiva, el tipo de información necesaria para poder ofrecer PAE de manera segura y eficaz. Las recomendaciones que se presentan a continuación han sido revisadas por expertos en salud reproductiva de reconocido prestigio internacional. Los programas locales deberán tomar las medidas que

consideren necesarias para adaptar los contenidos de la presente Guía y adecuarlos a los requisitos nacionales o de otro tipo.

SÍNTESIS DEL PROTOCOLO DE SERVICIOS PARA PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) son una alternativa importante para las mujeres que han tenido relaciones sexuales no protegidas o han experimentado una falla en el método anticonceptivo y no desean quedar embarazadas. Varios estudios realizados en las últimas tres décadas demuestran que las PAE son seguras y eficaces.

Indicaciones

Las PAE son indicadas para prevenir los embarazos no deseados después de una relación sexual no protegida o protegida de manera inadecuada.

Regímenes

En la presente Guía se consideran dos regímenes de anticoncepción de emergencia:

- **Régimen de levonorgestrel solo:** 1,50 mg de levonorgestrel en una dosis única, o en dos dosis de 0,75 mg tomadas con un intervalo de hasta 12 horas.
- **Régimen combinado de estrógeno y progestinas:** dos dosis de 100 mcg de etinilestradiol más 0,50 mg de levonorgestrel tomadas con un intervalo de 12 horas.

El tratamiento con cualquiera de estos regímenes debe iniciarse lo más pronto posible luego de la relación sexual no protegida, ya que las pruebas indican que los niveles de eficacia disminuyen considerablemente con el transcurso del tiempo. Se ha demostrado que ambos regímenes son eficaces por un lapso de hasta cinco días (120 horas) después de la relación sexual. No se han estudiado lapsos mayores.

En algunos lugares los dos regímenes se encuentran disponibles en forma de productos formulados y registrados específicamente para ser utilizados como PAE. Pero diversas píldoras anticonceptivas orales de uso regular pueden utilizarse como PAE (véase el Cuadro 1 o el sitio Web www.cecinfo.org).

El régimen de levonorgestrel solo es el preferido ya que presenta mayor eficacia y menor incidencia de efectos secundarios.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de las PAE en un caso particular no puede ser determinado de manera exacta. Diferentes estudios demuestran que las PAE inhiben o retrasan la expulsión del óvulo del ovario al ser tomadas antes de la ovulación. Asimismo, las PAE pueden impedir la unión del óvulo con el espermatozoide o imposibilitar que el óvulo fecundado se adhiera a la pared del útero. Ninguno de los dos regímenes de PAE considerados en la presente Guía interfieren en el normal desarrollo del embarazo una vez que éste se ha establecido.

Eficacia

Varios estudios han demostrado que el régimen de levonorgestrel solo reduce las posibilidades de embarazo entre un 60% y un 93%, o más, después de una relación sexual no protegida, mientras que el régimen combinado presenta un nivel de eficacia entre el 56% y el 89%. Al ser comparados de manera directa, se ha demostrado que el régimen de levonorgestrel solo es sustancialmente más eficaz que el régimen combinado. Ambos regímenes presentan mayores niveles de eficacia cuanto antes sean utilizados después de la relación sexual no protegida. Cabe destacar que las PAE no son tan eficaces como el uso sistemático y correcto de la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos disponibles.

Efectos secundarios

Ambos regímenes causan efectos secundarios, entre ellos náuseas, vómitos, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza, mareos, sensibilidad en los pechos y sangrado vaginal irregular. El régimen de levonorgestrel solo presenta una probabilidad sustancialmente menor de náuseas y vómitos en comparación con el régimen combinado. En la mayoría de las mujeres la menstruación posterior al tratamiento ocurre dentro de la semana anterior o posterior al momento esperado.

Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos

La mejor forma de minimizar los casos de náuseas y vómitos consiste en utilizar, siempre que sea posible, el régimen de levonorgestrel solo en lugar del régimen combinado. El tratamiento anticipado con medicamentos antieméticos como la meclizina o la metoclopramida puede ayudar a prevenir este tipo de síntomas en aquellas usuarias que utilicen el régimen combinado. En el caso de se produzcan vómitos dentro de las dos horas siguientes a la administración de cualquiera de las dos dosis será necesario, siempre que sea posible, repetir la dosis en cuestión. Cuando se presenten vómitos intensos se podrá recurrir a la administración vaginal de las PAE.

Precauciones

No hay trastornos médicos conocidos que impidan el uso de las PAE. Las PAE no son indicadas para aquellas mujeres que presentan embarazos confirmados, ya que no producirán ningún efecto. Sin embargo, es importante destacar que las PAE pueden ser administradas sin la realización previa de un análisis clínico para detectar el embarazo o cuando hay posibilidad de que la usuaria esté embarazada resulte poco clara, ya que no hay pruebas de que las PAE sean capaces de dañar a la mujer embarazada o al embarazo.

Chequeo

Dado que las PAE no son peligrosas en ninguna circunstancia conocida, el chequeo de rutina mediante exámenes o pruebas de laboratorio resulta innecesario antes del inicio del

tratamiento. La misma usuaria puede determinar si las PAE resultan apropiadas para su caso después de analizar las instrucciones (orales o escritas) pertinentes. Un examen para detectar el embarazo puede ayudar a descartar la posibilidad de embarazo en el caso de que la usuaria haya tenido un atraso en su ciclo menstrual. Sin embargo, no se deberá demorar el tratamiento anticonceptivo de emergencia para realizar exámenes médicos.

Situaciones especiales

- **Amamantamiento:** No hay pruebas de que las PAE puedan ser nocivas para una mujer que amamanta ni para su hijo, aunque ciertos expertos recomiendan amamantar inmediatamente antes de ingerir las píldoras y luego extraer y descartar la leche producida durante las seis horas siguientes.
- **Una o más relaciones sexuales ocurridas hace más de 120 horas:** En estos casos las PAE podrán ser utilizadas, aunque se deberá informar a la usuaria de que no se ha estudiado el grado de eficacia ante tales circunstancias. En esta situación se deberá considerar la posibilidad colocar un dispositivo intrauterino (DIU) de emergencia.
- **Más de una relación sexual previa no protegida:** Un solo tratamiento con PAE puede ser utilizado para cubrir todas las relaciones sexuales no protegidas o insuficientemente protegidas en las últimas 120 horas.
- **Uso repetido de las PAE:** las PAE pueden ser utilizadas tan frecuentemente como sea necesario, aunque se deberá informar a las usuarias de que el uso continuo y correcto de otros métodos anticonceptivos brinda una protección más eficaz en el largo plazo.
- **Uso de las PAE antes de la relación sexual:** No hay información que indique por cuanto tiempo persiste el efecto anticonceptivo de las PAE después de su ingestión. Se recomendará a las usuarias utilizar otros métodos anticonceptivos siempre que sea posible.
- **Relaciones sexuales no protegidas durante el “período infecundo”:** Dado que, en términos generales, suele ser difícil determinar el momento exacto en que comienza el período de infecundidad, se recomendará el uso de las PAE cada vez que se tenga una relación sexual sin protección o con protección inadecuada y que la usuaria considere que corre riesgo de quedar embarazada.
- **Uso simultáneo de otros medicamentos:** Las usuarias deberán recibir orientación sobre la posibilidad de interacciones con otros medicamentos y se les deberá proporcionar instrucciones adecuadas sobre el manejo de estas situaciones (véase la Sección 2.7).
- **Uso de otras fórmulas:** Las píldoras de estrógeno y progestinas combinadas cuya fórmula contenga la progestina noretindrona (en lugar de levonorgestrel) podrán ser utilizadas cuando no se disponga de los regímenes descritos.

Información para las usuarias

La información sobre PAE y temas conexos puede ser suministrada en forma personal, por teléfono, por escrito, o valiéndose de una combinación de estas alternativas. Como mínimo se deberá transmitir la siguiente información:

- La usuaria deberá iniciar el tratamiento tan pronto como sea posible después de una relación sexual no protegida.
- Luego del uso de las PAE, si la menstruación no ocurre hasta una semana después del momento esperado, la usuaria deberá realizar un examen para detección del embarazo y procurar atención médica.
- Si la usuaria experimenta un sangrado irregular y siente dolores en el bajo vientre, deberá contactar a un profesional de la salud para evaluar la posibilidad de que exista un embarazo ectópico.
- Después de utilizar las PAE, la usuaria deberá emplear otros tipos de anticonceptivos. Las PAE no son adecuadas para ser utilizadas como anticonceptivos habitualmente.
- Las PAE no protegen contra el VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En condiciones ideales, las usuarias también recibirán información sobre los niveles de eficacia, efectos secundarios y mecanismo de acción de las PAE, así como sobre otros métodos anticonceptivos y formas de prevenir las ITS. Se les deberá ofrecer un método provisional (por ejemplo condones) que pueda ser utilizado de inmediato y se las deberá remitir a centros de salud donde puedan recibir los servicios de seguimiento necesarios. Al ofrecerles asesoramiento, se deberá brindar apoyo y se evitará emitir juicios de valor.

Seguimiento

Se recomendará a las usuarias recurrir a un profesional de la salud en caso de experimentar un sangrado irregular combinado con dolores en el bajo vientre, o si tuvieran otras preguntas que formular o motivos de preocupación.

PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA: GUÍA MÉDICA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

***1* Introducción**

A pesar de existir una amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos, en la actualidad hay gran cantidad de embarazos no planificados o no deseados. Estos embarazos acarrear mayores riesgos de morbilidad y mortalidad, frecuentemente como consecuencia de practicar abortos en malas condiciones. Muchos embarazos no planificados pueden ser evitados gracias a la anticoncepción de emergencia^{1,2}.

1.1 Definición

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) son anticonceptivos hormonales que pueden ser utilizados para impedir embarazos no deseados después de una relación sexual no protegida o inadecuadamente protegida.

Las PAE también son conocidas con los nombres de “píldora de la mañana siguiente” o “píldora poscoital”. Sin embargo, los expertos prefieren utilizar el término “píldoras anticonceptivas de emergencia” ya que se transmite el importante mensaje de que no deben ser utilizadas como un método anticonceptivo regular, al tiempo que se evita dar la impresión errónea de que las píldoras deben ser tomadas la mañana siguiente a la relación sexual.

En la presente Guía se abordan varias cuestiones médicas y de prestación de servicios relativas a los dos regímenes de PAE, uno de los cuales contiene sólo una progestina (levonorgestrel) y el otro, una combinación de progestina (levonorgestrel) y estrógeno (etinilestradiol).

En el Apéndice se ofrece un breve panorama general del uso del dispositivo intrauterino (DIU) como anticonceptivo de emergencia.

1.2 Indicaciones

Las PAE son indicadas para prevenir los embarazos no deseados después de una relación sexual no protegida o inadecuadamente protegida, inclusive:

- cuando no se ha utilizado ningún método anticonceptivo;
- cuando existe una falla o uso incorrecto del método anticonceptivo, inclusive:
 - rotura, desplazamiento o uso incorrecto del condón (preservativo)
 - dos o más olvidos consecutivos en la ingestión de píldoras anticonceptivas
 - ingestión de la píldora de progestina sola (minipíldora) con un retraso mayor que tres horas
 - un retraso mayor que dos semanas en la aplicación de la inyección anticonceptiva de progestina sola (acetato de medroxiprogesterona o enantato de noretisterona)

- un retraso mayor que siete días en la aplicación de la inyección mensual combinada de estrógeno y progestina
- desprendimiento, retraso en la colocación o remoción temprana del anillo o parche hormonal anticonceptivo
- desprendimiento, rotura, desgarramiento o remoción temprana del diafragma o del casquete cervical
- falla en la práctica del *coitus interruptus* (por ejemplo, eyaculación dentro de la vagina o sobre los genitales externos)
- falla (por no derretirse) de la tableta o película espermicida colocadas antes de la relación sexual
- error de cálculo en el método de abstinencia periódica o no abstinencia en los días fértiles del ciclo
- expulsión del DIU; o
- en casos de violación en que la mujer carecía de protección con un método anticonceptivo eficaz.

2 *Píldoras anticonceptivas de emergencia*

2.1 Regímenes de PAE

En la presente Guía se consideran dos regímenes diferentes:

- **Régimen de levonorgestrel solo:** 1,50 mg de levonorgestrel en una dosis única, o en dos dosis de 0,75 mg tomadas con un intervalo de 12 horas.
- **Régimen combinado de estrógeno y progestina (Yuzpe):** dos dosis de 100 mcg de etinilestradiol más 0,50 mg de levonorgestrel tomadas con un intervalo de 12 horas.

Cabe señalar que el levonorgestrel combinado con una cantidad equivalente de un compuesto afín pero inactivo recibe el nombre de norgestrel; por consiguiente, en estos regímenes también se puede administrar una cantidad doble de norgestrel.

El tratamiento según cualquiera de los dos regímenes debe iniciarse tan pronto como sea posible después de la relación sexual no protegida o protegida insuficientemente, ya que los niveles de eficacia disminuyen sustancialmente con el transcurso del tiempo^{3,4}. Los primeros estudios sobre este tema demostraron que ambos regímenes son eficaces al ser utilizados hasta 72 horas después de la relación sexual^{5,6}. En consecuencia, las instrucciones de uso incluidas en las cajas y guías más antiguas aconsejan utilizar las PAE dentro de ese lapso solamente. Sin embargo, estudios más recientes indican que los dos regímenes siguen siendo moderadamente eficaces si se administran entre 72 y 120 horas después de la relación sexual^{4,7}. No se dispone de datos sobre la eficacia del tratamiento cuando éste comienza después de 120 horas a contar de la relación sexual.

En algunos lugares los dos regímenes se encuentran disponibles como productos específicamente formulados y etiquetados para ser utilizados como PAE. Sin embargo, también se puede utilizar diversas píldoras anticonceptivas orales convencionales como

PAE (véase el Cuadro 1 o www.cecinfo.org). El régimen de levonorgestrel solo es el preferido ya que es más eficaz y presenta un menor riesgo de náuseas y vómitos⁵.

2.2 Mecanismo de acción

Al igual que todos los anticonceptivos hormonales, las PAE pueden actuar de diferentes formas. El mecanismo de acción de las PAE en un caso particular no puede ser determinado de manera exacta y probablemente dependa del momento del ciclo menstrual en que ocurra la relación sexual y del momento en que sean administradas las PAE^{8,9}. Varios estudios han producido pruebas directas de que, al ser administrados antes de la ovulación, tanto el régimen combinado como el de levonorgestrel solo pueden impedir o retrasar la ovulación^{10,14}. Algunos estudios han demostrado cambios en las características histológicas y bioquímicas del endometrio después del tratamiento con PAE combinadas, lo cual sugiere que éstas podrían actuar disminuyendo la receptividad a la implantación de un óvulo fecundado^{6,14,15}. Sin embargo, otros estudios no han demostrado estos efectos con ninguno de los dos regímenes aquí considerados^{10,11,13,16,17}, y no resulta claro que los cambios observados basten para prevenir la implantación. Otros posibles mecanismos de acción incluyen obstaculizar el desplazamiento o la penetración de los espermatozoides^{18,19} e interferir en la función del cuerpo lúteo^{14,20}. Hasta la fecha no existen pruebas clínicas directas que confirmen estos efectos. Sin embargo, las pruebas estadísticas sobre la eficacia de las PAE sugieren que éstas no podrían presentar niveles de eficacia tan elevados si sólo actuaran interfiriendo con la ovulación²¹.

En muchas ocasiones las PAE han sido confundidas con sustancias abortivas. Cabe destacar que las PAE sólo son eficaces durante cinco días posteriores a la relación sexual no protegida, actuando antes de que el embarazo se haya establecido, mientras que el aborto inducido por medicamentos es una alternativa de carácter no quirúrgico para poner fin a un embarazo. Como mínimo deben pasar cinco días entre una relación sexual y el establecimiento de un embarazo, el que es definido como la implantación del óvulo fecundado en el útero de la mujer. Las PAE actúan dentro de este lapso para impedir el embarazo. Una vez que la implantación del óvulo ha comenzado, las PAE ya no son eficaces. Pruebas surgidas de diferentes estudios sobre anticonceptivos orales administrados en dosis elevadas indican que ninguno de los dos regímenes de PAE considerados en la presente Guía es capaz de interrumpir un embarazo ya establecido ni de dañar el desarrollo de un embrión²².

2.3 Eficacia

La estadística comúnmente utilizada para expresar el nivel de eficacia de la mayoría de los métodos anticonceptivos brinda información sobre la proporción de mujeres que quedan embarazadas mientras utilizan el método anticonceptivo elegido por un período considerablemente prolongado. Esta estadística carece de sentido en el caso de las PAE, ya que están diseñadas para ser utilizadas una sola vez. Por lo tanto, el nivel de eficacia anticonceptiva de las PAE suele ser expresado en términos de lo que conoce como la “fracción impedida,” definida como la proporción de embarazos esperados que se evitan gracias a este tratamiento. Determinar la magnitud de esta fracción no es tarea sencilla;

implica numerosos supuestos que son difíciles de validar. Por consiguiente, los niveles de eficacia presentados a continuación pueden ser imprecisos. Sin embargo, es probable que estimaciones exactas de eficacia no sean especialmente pertinentes para mujeres que han tenido relaciones sexuales no protegidas, ya que las PAE suelen ser el único tratamiento disponible para evitar los embarazos no deseados en tales circunstancias. Una consideración más importante para la mayoría de las usuarias de PAE es que esas píldoras (especialmente el régimen de levonorgestrel) son indudablemente más eficaces que nada²³.

Cuatro estudios diferentes sobre el régimen de levonorgestrel en un total de casi 5.000 mujeres arrojaron “fracciones impedidas” de entre 60% y 93%, indicando que este régimen redujo las posibilidades de que una mujer quedara embarazada en esos porcentajes^{4,5,24,25}. Un metaanálisis de ocho estudios sobre el régimen combinado, que abarcó a más de 3.800 mujeres, concluyó que este régimen previene alrededor del 74% de los embarazos esperados; con un tramo de variación del 56% al 89% en los diferentes estudios²⁶. Asimismo, un estudio aleatorio en que se compararon de manera directa los dos regímenes demostró que el régimen de levonorgestrel es sustancialmente más eficaz que el régimen combinado. El riesgo relativo de embarazo registrado en este estudio fue de 0,36, cifra que indica que la posibilidad de quedar embarazada para una mujer que recibe el régimen de levonorgestrel es equivalente a un tercio de la posibilidad de quedar embarazada para una mujer que recibe el régimen combinado⁵.

Muchos estudios han indicado que ambos regímenes son más eficaces cuanto antes sean administrados después de la relación sexual no protegida^{4,5,25,27}. Algunos estudios anteriores sobre el régimen combinado no indican la presencia de este “efecto tiempo”²⁸, aunque es muy probable que tales estudios no hayan sido tan rigurosos como las investigaciones más recientes. No se dispone de datos sobre la eficacia de las PAE en caso de ser administradas más de 120 horas después de la relación sexual no protegida.

Las PAE no son indicadas como método anticonceptivo habitual por diferentes motivos. En primer lugar, en el largo plazo las PAE son menos eficaces que la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos. La estadística de “fracción impedida” que se utiliza para expresar la eficacia de las PAE luego de un único uso no puede ser comparada de manera directa con las tasas de falla registradas para otros anticonceptivos utilizados por períodos prolongados. Sin embargo, si las PAE fueran utilizadas como método regular, el riesgo acumulado de quedar embarazada a lo largo de un año de uso probablemente sería mayor que el riesgo propio de los anticonceptivos hormonales orales, los condones (preservativos) masculinos y otros métodos anticonceptivos de barrera. Además, el uso muy frecuente de las PAE puede causar un mayor número de efectos secundarios (tales como irregularidades en la menstruación), así como una exposición a una dosis total de hormonas más elevada que en el uso regular de píldoras anticonceptivas combinadas o de progestinas solas. No hay datos sobre la incidencia de complicaciones médicas (en el caso de que existan) en las mujeres que utilizan los regímenes actualmente disponibles de PAE de manera frecuente por períodos prolongados.

2.4 Efectos secundarios, prevención y tratamiento

No se ha establecido ningún vínculo entre muertes o complicaciones médicas graves y uso de anticonceptivos de emergencia²⁹. Sin embargo, se han registrado efectos secundarios de menor magnitud que resultan molestos para las usuarias.

Náuseas y vómitos

Las náuseas ocurren en alrededor del 18% de las mujeres que utilizan las PAE de levonorgestrel solo mientras que los vómitos se presentan en alrededor del 4% de los casos^{4,5,24,25}. Los cuadros de náuseas y vómitos se presentan en alrededor de 43% y 16%, respectivamente, de las usuarias que utilizan el régimen combinado³⁰. En estudios donde se comparan los dos regímenes se demostró que el régimen de levonorgestrel causa un número sustancialmente menor de cuadros de náuseas y vómitos que el régimen combinado^{5,25}. Estos síntomas, de ocurrir, suelen limitarse a los tres primeros días posteriores al tratamiento³¹.

Prevención

La mejor manera de minimizar las náuseas y los vómitos consiste en utilizar siempre que sea posible el régimen de levonorgestrel solo en lugar del régimen combinado. Las náuseas y los vómitos son tan inusuales al utilizar el régimen de levonorgestrel solo que la administración profiláctica de medicamentos antieméticos no se indica como procedimiento de rutina. Sin embargo, si se utiliza el régimen combinado se puede considerar la posibilidad de recurrir a un tratamiento previo con antieméticos, en función del nivel de recursos tanto del programa como de la usuaria. Una dosis única de meclizina (50 mg) tomada una hora antes de la primera dosis del régimen reduce el riesgo de náuseas en un 30% y de vómitos, en un 60%. Se deberá advertir a las usuarias que utilicen meclizina que este medicamento puede causar somnolencia³⁰. Asimismo, 10 mg de metoclopramida tomados una hora antes de cada una de las dosis del régimen combinado también ayudan a reducir la incidencia de náuseas³². Dosis más bajas de estos medicamentos y de otros tipos de antieméticos también pueden prevenir náuseas y vómitos, aunque esto no ha sido investigado. No existe la posibilidad de pronosticar a ciencia cierta quiénes experimentarán náuseas o vómitos o quiénes se beneficiarán de un tratamiento previo con antieméticos. No se ha demostrado que la ingestión de PAE con las comidas modifique el riesgo de náuseas^{30,33}.

Tratamiento

Diferentes expertos consideran que, en caso de que se produzcan vómitos dentro de las dos horas siguientes a la administración de las PAE, la dosis deberá ser repetida. En casos de vómitos intensos se podrá administrar las PAE por vía vaginal. Diferentes estudios sobre píldoras anticonceptivas orales convencionales administradas por esta vía sugieren que las hormonas son adecuadamente absorbidas a través de la mucosa vaginal^{34,35}.

Retrasos en la menstruación

Se deberá informar a las usuarias de que las PAE no necesariamente estimulan la menstruación de inmediato (noción equivocada común entre las usuarias de estos anticonceptivos); la menstruación suele ocurrir en un lapso variable, entre una semana antes o después de la fecha esperada.

Tratamiento

Luego de utilizar las PAE, si la menstruación no ocurre al cabo de una semana después del momento esperado, la usuaria deberá considerar la posibilidad de encontrarse embarazada y, consiguientemente, deberá procurar evaluación (detección del embarazo) y atención médica adecuada.

Sangrado vaginal irregular

Algunas mujeres pueden experimentar un sangrado vaginal irregular después de tomar las PAE. El porcentaje de mujeres que padecen este efecto secundario varía apreciablemente en diferentes estudios; por ejemplo, ensayos con el régimen de levonorgestrel han concluido que entre 0% y 17% de las mujeres experimentan un sangrado no menstrual en la primera semana posterior al uso de las PAE.

Tratamiento

El sangrado irregular causado por las PAE no es peligroso y se soluciona sin necesidad de recurrir a tratamiento alguno. Sin embargo, es importante no descartar la posibilidad de que el sangrado irregular posterior al uso de las PAE se deba a otra causa de mayor gravedad, tal como un embarazo ectópico. Se deberá considerar la posibilidad de evaluar este síntoma valiéndose un análisis para la detección del embarazo y otros exámenes adecuados en el caso de que la mujer presente otros síntomas de embarazo ectópico, tales como dolores en el bajo vientre.

Otros efectos secundarios de las PAE

Otros posibles efectos secundarios son: dolores abdominales, sensibilidad en los pechos, dolores de cabeza, mareos y fatiga. Generalmente, estos efectos secundarios no se prolongan más allá de unos pocos días después de administrado el tratamiento, y suelen desaparecer dentro de las 24 horas³¹.

Tratamiento

Se podrá recurrir a un analgésico de venta libre para calmar los dolores de cabeza y la sensibilidad en los pechos.

Efectos sobre el embarazo

Los resultados de estudios sobre anticonceptivos orales administrados en dosis elevadas indican que ni la embarazada ni el feto sufren daño alguno en el caso de que las PAE sean utilizadas inadvertidamente durante la etapa inicial del embarazo³⁶. Existen pruebas de que las PAE no aumentan las posibilidades de que los embarazos ocurridos después de su uso de sean ectópicos. De hecho, al igual que todos los métodos anticonceptivos, las PAE reducen el riesgo absoluto de embarazo ectópico al prevenir los embarazos en general³⁷.

2.5 Precauciones

No existen pruebas de que las PAE sean peligrosas en cualquier circunstancia conocida o en mujeres que padecen un determinado trastorno médico. Aunque las instrucciones en algunas cajas de PAE mencionan precauciones similares a las asociadas al uso continuo de anticonceptivos orales combinados y píldoras de levonorgestrel solo, los expertos consideran que estas precauciones no son aplicables en el caso de las PAE porque el tratamiento es de duración muy breve. Las PAE pueden ser utilizadas por mujeres que hayan tenido embarazos ectópicos previos.

Las PAE no son indicadas para las mujeres que presentan un embarazo confirmado, ya que no producirán efecto alguno. Sin embargo, las PAE pueden ser administradas sin necesidad de detección previa del embarazo o cuando no esté clara la posibilidad de que la usuaria se encuentre embarazada, dado que no hay prueba alguna de que las PAE puedan afectar negativamente a la mujer embarazada o a un embarazo. Sin embargo, en caso de que no se realice una detección previa de embarazo, la usuaria deberá comprender que ya puede estar embarazada, en cuyo caso el tratamiento con PAE resultará ineficaz.

2.6 Chequeo

Dado que las PAE ofrecen seguridad para todas las mujeres y que éstas mismas pueden determinar si tuvieron o no una relación sexual sin protección o con protección inadecuada, el único propósito del chequeo consiste en detectar las situaciones en que las PAE no resultan necesarias (por ejemplo, en caso de que la usuaria ya se encuentre embarazada) las circunstancias en las que se debe considerar un tratamiento anticonceptivo de emergencia distinto de las PAE (por ejemplo, el DIU). El chequeo puede ser realizado por un médico clínico, por otro agente de servicios de salud capacitado, o por la propia usuaria luego de recibir instrucciones escritas u orales adecuadas³⁸. No es necesario efectuar evaluaciones clínicas (por ejemplo, exámenes para detectar el embarazo, medición de la presión sanguínea, exámenes de laboratorio, exámenes pélvicos), aunque pueden ofrecerse en caso de indicaciones médicas por otros motivos o cuando lo solicite la usuaria. Una prueba de embarazo puede ayudar a detectar un embarazo si la usuaria experimenta un retraso en la menstruación.

No se deberá demorar el tratamiento con las PAE para realizar antes exámenes médicos.

2.7 Asuntos que requieren especial atención

Uso en mujeres que amamantan

Es muy probable que una mujer que se encuentra en el primer semestre posterior al parto, que esté amamantando de manera exclusiva y que no haya tenido una sola menstruación desde el momento en que dio a luz, no se encuentre ovulando y que, por lo tanto, no necesite recurrir a las PAE. Sin embargo, aquellas mujeres que complementan el amamantamiento con sucedáneos de la leche materna o que han tenido menstruaciones después de dar a luz pueden correr riesgo de quedar embarazadas. Es improbable que un solo tratamiento de PAE tenga un efecto importante sobre la cantidad o calidad de la leche materna. Una cantidad indeterminada de hormonas puede pasar a la leche. Por consiguiente, algunos expertos recomiendan que las mujeres que amamantan den el pecho a sus hijos inmediatamente después de tomar las PAE y luego procedan a extraer y descartar la leche producida durante las seis horas posteriores. Sin embargo, no se ha probado que esta práctica sea necesaria.

Uso después de más de 120 horas a contar de una o más relaciones sexuales

No se dispone de información que indique cuáles son los niveles de eficacia de las PAE en caso de ser utilizadas luego de haber transcurrido 120 horas de una relación sexual no protegida. Sin embargo, dado que las PAE no entrañan peligro alguno para la mujer ni para el embrión en caso de que fallen, es razonable ofrecer este método siempre que la usuaria reciba un cabal asesoramiento sobre las posibilidades de embarazo. Una alternativa más eficaz será la inserción de un DIU de cobre (véase el Apéndice) en caso de que el acto sexual más próximo haya ocurrido dentro de los últimos siete días y la mujer sea de todos modos una candidata para la inserción de emergencia del DIU.

Uso después de haber tenido más de una relación sexual no protegida

No se deberá negar la administración de las PAE en el caso de que la usuaria haya tenido más de una relación sexual no protegida o inadecuadamente protegida, a menos que se sepa que se encuentra embarazada. Sin embargo, se deberá informar a las usuarias de que el nivel de eficacia de las PAE disminuirá a medida que aumente el intervalo entre el primer acto sexual no protegido y la administración de las PAE. Se deberá alentar a las usuarias a utilizar las PAE tan pronto como sea posible después de la relación sexual no protegida y no esperar hasta haber tenido una serie de relaciones no protegidas. Sólo se deberá administrar un tratamiento de PAE por cada vez, independientemente del número de relaciones sexuales no protegidas que hayan tenido lugar.

Uso repetido

Las PAE no deben ser utilizadas de manera repetida (véase la Sección 2.3). No hay pruebas sobre los efectos del uso frecuente de los regímenes actualmente disponibles. Sin embargo, las experiencias con regímenes similares³⁹ y con anticonceptivos orales administrados en dosis elevadas sugieren que hay muy poca posibilidad de daño como

consecuencia de un uso moderadamente repetido. No se deberá negar la provisión de PAE sólo porque la mujer las haya utilizado con anterioridad, incluso dentro del mismo ciclo menstrual. Todas las mujeres que utilizan PAE, especialmente quienes las usan repetidamente, deberán recibir información sobre otros tipos de anticonceptivos y se les deberá brindar asesoramiento sobre cómo evitar fallas anticonceptivas en el futuro. Indudablemente, el uso repetido de las PAE entraña menos riesgos que el embarazo, especialmente cuando éste no es deseado y no hay posibilidad de recurrir a servicios de aborto en condiciones de seguridad.

Uso de las PAE antes de una relación sexual

No existe información que indique por cuánto tiempo persiste el efecto anticonceptivo de las PAE luego de haber sido ingeridas. Se presume que ingerir las PAE inmediatamente antes de la relación sexual es tan eficaz como ingerirlas inmediatamente después. Sin embargo, se recomendará a la usuaria utilizar un método distinto a las PAE (como condones u otro método de barrera) en caso de que prevea el uso de anticonceptivos antes de la relación sexual.

Uso de las PAE durante el “período infecundo”

Varios estudios han demostrado que el acto sexual puede dar lugar a la fecundación sólo cuando ocurre dentro de un lapso de cinco a siete días a contar del momento de la ovulación⁴⁰. Teóricamente, las PAE no son necesarias cuando la relación sexual no protegida ocurre en otro momento del ciclo, ya que las posibilidades de embarazo, aun sin la administración de PAE, serían iguales a cero. Sin embargo, muchas veces resulta imposible determinar con exactitud si una determinada relación sexual ocurrió en un día fecundo o infecundo del ciclo. Por lo tanto, en términos generales las PAE deberán ser administradas cada vez que ocurra una relación sexual no protegida o inadecuadamente protegida y la usuaria considere que hay posibilidades reales de un embarazo no deseado. Cuando exista muy baja probabilidad de que la relación sexual no protegida termine en un embarazo se deberán tomar en cuenta el grado de ansiedad de la usuaria y la disponibilidad de recursos, tanto del programa como de la propia usuaria, al momento de decidir si administrar o no las PAE.

Interacciones con otros medicamentos

No existe información específica sobre las interacciones de las PAE con otros medicamentos. Sin embargo, es razonable suponer que la interacción con otros medicamentos es similar a la que se observa en el caso de las píldoras anticonceptivas orales convencionales. Cabe aclarar que un análisis exhaustivo sobre este tema está fuera del alcance de la presente Guía, aunque existen excelentes publicaciones al respecto que podrán ser consultadas por los interesados⁴¹⁻⁴⁵. Deberá advertirse a mujeres que tomen medicamentos capaces de reducir la eficacia de los anticonceptivos orales (inclusive, entre otros, rifampicina, ciertos medicamentos anticonvulsivos, y la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*), que el nivel de eficacia de las PAE podría verse reducido. En estos casos se podrá considerar la posibilidad de aumentar la dosificación de hormonas

administradas en las PAE, o bien aumentando la cantidad de hormonas en una o ambas dosis o bien administrando una dosis adicional.

Uso de otras fórmulas

Un estudio ha demostrado que una píldora que combina estrógenos y progestinas, cuya fórmula contiene la progestina noretindrona, presenta niveles de eficacia y de efectos secundarios similares a los observados en el régimen combinado estándar que contiene levonorgestrel³³. Estos resultados sugieren que las píldoras anticonceptivas orales que contienen progestinas distintas del levonorgestrel pueden ser utilizadas como anticonceptivos de emergencia cuando no se dispone de los dos regímenes convencionales.

2.8 Información para la usuaria

La información pertinente a las PAE puede ser suministrada en forma personal, por teléfono, por escrito (por ejemplo, folletos o indicaciones contenidas en las cajas de PAE), o mediante una combinación de estas alternativas. Como mínimo, la información deberá incluir los siguientes mensajes clave:

- La usuaria deberá tomar las PAE tan pronto como sea posible después de una relación sexual no protegida, a fin de maximizar la eficacia de las mismas. No deberá tomar dosis adicionales a menos que vomite dentro de las dos horas posteriores a ingerir una dosis.
- Luego del uso de las PAE, si la menstruación no ocurre en menos de una semana a contar del momento esperado, la usuaria deberá considerar la posibilidad de embarazo y solicitar evaluación (pruebas de detección del embarazo) y atención médica adecuada.
- En caso de experimentar un sangrado irregular y sentir dolores en el bajo vientre, la usuaria deberá contactar a un profesional de la salud para evaluar la posibilidad de un embarazo ectópico.
- Las PAE no son adecuadas como anticonceptivo regular. En el futuro, la usuaria deberá utilizar un método anticonceptivo estándar para prevenir los embarazos no deseados.
- Las PAE no protegen contra el VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La misma relación sexual que dio lugar a recurrir a las PAE pudo haber acarreado un riesgo de ITS, razón por la cual las usuarias deberán considerar la posibilidad de realizar un examen para detectar este tipo de infección.

Idealmente, las usuarias también recibirán información sobre niveles de eficacia, efectos secundarios y mecanismos de acción de las PAE, así como sobre otros métodos anticonceptivos y medios de prevenir las ITS. Asimismo, cuando resulte apropiado se les ofrecerá un método anticonceptivo regular (por ejemplo condones) que puedan utilizar de inmediato. En función de la situación, y en caso de que las PAE hayan fallado, se deberá referir a la usuaria a un centro de salud donde pueda recibir atención prenatal y del embarazo, donde pueda hacerse exámenes para detectar el VIH y otras ITS y donde puedan suministrarle los servicios necesarios.

Sin embargo, se evitará abrumar a la usuaria con información excesiva que no pueda procesar bien. Además, es posible que algunas usuarias no deseen recibir asesoramiento sobre determinados temas (tales como información sobre otros métodos anticonceptivos o el mecanismo de acción de las PAE) al momento de recibir el tratamiento. Los agentes de salud no deberán denegar las PAE a las mujeres que se nieguen a recibir un nivel de información mayor que el mínimo necesario para asegurar el uso correcto de las PAE.

2.9 Asesoramiento

Dos estudios han sugerido que las mujeres, en su mayoría, no necesitan ponerse en contacto con profesionales de la salud para poder utilizar las PAE de manera segura y eficaz^{38,46}. Sin embargo, es importante destacar que el asesoramiento puede servir para reforzar la información presentada a las usuarias en forma escrita y, por consiguiente, puede ayudar a alcanzar mejores resultados generales. Los encargados de los servicios de asesoramiento deben tener en cuenta que las mujeres que solicitan las PAE pueden experimentar ansiedad por diferentes motivos, tales como vergüenza por no haber sido capaces de utilizar bien el método anticonceptivo elegido; traumas de una posible violación; preocupación por la posibilidad de haber contraído una infección de transmisión sexual, inclusive el VIH, como consecuencia de la rotura o la no utilización de condones; y dudas por la idea errónea de que las PAE tienen efectos abortivos. Los encargados de asesorar deberán apoyar las decisiones de las usuarias en el mayor grado posible, absteniéndose de emitir juicios o de expresar desaprobación mediante gestos o lenguaje corporal, al momento de hablar de las PAE. Las actitudes de apoyo prepararán el terreno para sesiones de seguimiento en que se considerará el uso de anticonceptivos convencionales y posibles medidas de prevención de las ITS. Siempre que sea posible, las usuarias recibirán instrucciones orales y escritas sobre la administración de las PAE. Las instrucciones con dibujos resultarán especialmente útiles para las usuarias semianalfabetas.

Se alienta decididamente la participación activa de las usuarias en el proceso de asesoramiento. Por ejemplo, el encargado podrá preguntarles qué saben de las PAE, pedirles que hablen de sus experiencias con otros métodos anticonceptivos (especialmente sobre el incidente que las llevó a requerir las PAE) y analizar sus estrategias para protegerse contra las ITS. Al validar o corregir las ideas manifestadas por las usuarias puede asegurarse un cumplimiento de las recomendaciones mejor que mediante la simple entrega de información.

El asesoramiento se ofrecerá en privado siempre que sea posible. Cuando no se disponga de locales privados (por ejemplo, en una farmacia), se recomendará a las usuarias ponerse en contacto con un profesional de la salud o un agente de servicios de planificación de la familia para recibir más información y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos convencionales. Asimismo, se asegurará a las usuarias que, independientemente de su edad o estado civil, toda la información que hayan suministrado al encargado, lo mismo que el hecho de que hayan recibido tratamiento, tendrán carácter estrictamente confidencial.

2.10 Seguimiento

No es necesario programar un seguimiento luego del uso de las PAE, a menos que la usuaria plantee problemas o tenga preguntas concretas. Sin embargo, se recomendará a la usuaria acudir a un servicio de seguimiento si:

- necesita asesoramiento sobre anticoncepción o necesita recibir un método anticonceptivo;
- no ha menstruado hasta una semana después del momento esperado;
- experimenta un sangrado irregular y siente dolor en el bajo vientre;
- sospecha que puede estar embarazada;
- necesita otros servicios, tales como exámenes para detectar ITS; o
- tiene otros motivos de preocupación.

2.11 Si la usuaria queda embarazada

Es posible que una mujer que ha recibido un tratamiento de PAE quede embarazada, por diferentes motivos: las PAE han fallado, la mujer ya se encontraba embarazada al recibir el tratamiento, o después de tomar la PAE la mujer tuvo relaciones sexuales que causaron el embarazo. En cualquiera de estos casos:

- Es necesario informar a la usuaria sobre todas las alternativas disponibles y dejarla decidir cuál resulta más adecuada para su situación. Es preciso respetar y apoyar su decisión, y remitirla a otros servicios según sea apropiado.
- En caso de que la usuaria decida continuar con el embarazo, deberá informársele de que no hay pruebas de que las PAE causen efectos teratógenos. La información disponible sugiere que las PAE no aumentan las posibilidades de que los embarazos ulteriores sean ectópicos.

2.12 Iniciar o reanudar el uso de métodos anticonceptivos regulares después de utilizar PAE

Siempre que sea posible, es necesario que las usuarias de PAE reciban asesoramiento y un método anticonceptivo de uso regular, como condones (preservativos) para que puedan utilizarlos de inmediato. Sin embargo, es probable que el asesoramiento no resulte apropiado para todas las circunstancias o que las usuarias no deseen recibirlo al mismo tiempo que las PAE. Cabe destacar que no deberá imponerse el asesoramiento como requisito necesario para ofrecer servicios de PAE. Las usuarias que necesiten o deseen recibir servicios de asesoramiento pero que no hayan tenido la oportunidad de recibirlos cuando hicieron la consulta sobre las PAE deberán ser remitidas a una consulta de seguimiento lo más pronto posible.

Es posible que luego de recurrir a las PAE, las usuarias deseen reanudar el método anticonceptivo que utilizaban previamente o comenzar a utilizar un nuevo método. Si el motivo por el cual se recurrió a las PAE fue la falla del método anticonceptivo utilizado regularmente (por ejemplo, rotura del condón o uso irregular de píldoras anticonceptivas), el encargado de los servicios hablará con la usuaria de los motivos de la

falla y como ésta puede prevenirse en el futuro. En algunos casos, el hecho de haber tenido que recurrir a las PAE puede indicar la necesidad de considerar el cambio de método anticonceptivo.

Las usuarias de PAE, especialmente las que corren riesgos de contraer ITS, tales como jóvenes, personas que tienen parejas múltiples, o que viven en zonas donde hay una alta incidencia de ITS, idealmente deberán recibir asesoramiento sobre cómo prevenir las ITS y los embarazos no deseados mediante el uso de condones (preservativos), ya sea como mecanismo de protección adicional o como método anticonceptivo principal.

Pautas para iniciar o reanudar el uso de métodos anticonceptivos después de utilizar las PAE

Condón masculino o femenino

Puede ser utilizado de inmediato.

Diafragma o casquete cervical

Puede ser utilizado de inmediato.

Espuma, tabletas, jalea, crema o película espermicida

Pueden ser utilizados de inmediato.

Anticonceptivos orales, parche anticonceptivo hormonal o anillo vaginal

Se ofrecen dos opciones. Muchos expertos recomiendan la primera, ya que el uso del método se inicia más rápidamente, hecho que puede reducir la posibilidad de embarazo subsiguiente.

a. La usuaria puede comenzar a utilizar el método el día después de haber tomado las PAE. Si es la primera vez que utiliza el método en cuestión, la usuaria deberá comenzar con un nuevo paquete de píldoras, parche o anillo. Si estaba utilizando el método previamente (por ejemplo, las PAE se indicaron porque la usuaria olvidó tomar las píldoras o porque se desprendió el parche o el anillo), podrá reiniciar el uso de las píldoras, parche o anillo que estaba utilizando previamente. En este caso, se le recordará que el parche o el anillo dejarán de ser eficaces al cabo del plazo en que inicialmente debían ser retirados. Todas las usuarias que comiencen a utilizar métodos hormonales inmediatamente después de haber tomado las PAE deberán utilizar también un método de barrera en caso de que tengan relaciones sexuales en los siete días posteriores al inicio o reinicio del método. Las usuarias pueden experimentar sangrados irregulares hasta que comiencen a menstruar de forma normal.

b. La usuaria puede esperar hasta el comienzo del siguiente ciclo menstrual y luego comenzar con el método elegido según las instrucciones para dicho método. En este caso se le recomendará que utilice un método de barrera o que se abstenga de tener relaciones sexuales en lo que resta del ciclo en curso.

Inyectables

Es necesario comenzar con inyectables de progestina sola y con inyectables combinados de aplicación mensual, dentro de los siete días de haberse iniciado el nuevo ciclo menstrual. La usuaria deberá utilizar un anticonceptivo de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que le aplique la inyección.

Implantes

Es preciso colocarlos dentro de los siete días de haber comenzado el nuevo ciclo menstrual. La usuaria utilizará otro método anticonceptivo o se abstendrá de tener relaciones sexuales hasta que los implantes sean colocados.

DIU

Es menester colocarlo luego de haber comenzado el nuevo ciclo menstrual. La usuaria utilizará un método anticonceptivo de barrera o se abstendrá de tener relaciones sexuales hasta que el DIU sea colocado.

NOTA: La colocación de emergencia de un DIU de cobre representará una buena alternativa al uso de las PAE (ver Apéndice) en caso de que la usuaria desee utilizarlo como un método anticonceptivo a largo plazo y cumpla con los criterios indicados para su aplicación.

Planificación natural de la familia

La planificación natural de la familia puede iniciarse luego del primer ciclo de menstruación normal siguiente al uso de las PAE. En caso de entablar relaciones sexuales en el intervalo deberá recurrir a un método anticonceptivo alternativo (como condones); de lo contrario, es necesaria la abstinencia.

Esterilización femenina o masculina

Es preciso que antes de practicar la intervención quirúrgica se obtenga el consentimiento de la usuaria, bien fundamentado y con conocimiento de causa. Se recomienda que la usuaria no tome esta decisión bajo las condiciones de estrés que suelen acompañar al uso de las PAE. Es preciso aplazar la esterilización hasta que la usuaria menstrúe, de modo de asegurar que no esté embarazada. La usuaria empleará otro método anticonceptivo o se abstendrá de tener relaciones sexuales hasta que se practique la operación.

3 *Sistemas para la provisión de PAE*

Dado que las PAE son tanto más eficaces cuanto más pronto se las tome luego de la relación sexual, se deberá hacer todo lo posible para que las mujeres sepan cómo utilizarlas antes de necesitarlas. Este objetivo puede alcanzarse de las siguientes maneras:

- informando sistemáticamente a las mujeres sobre las PAE durante las visitas médicas habituales o a servicios de planificación de la familia;
- incluyendo información sobre las PAE en los sitios Web o los contestadores telefónicos automáticos;
- distribuyendo información impresa sobre las PAE junto con otros productos o medicamentos anticonceptivos;
- incluyendo información sobre las PAE en los programas de educación sobre la sexualidad; o
- realizando campañas en los medios de difusión y propagando información sobre los servicios de anticoncepción de emergencia.

La información sobre las PAE es especialmente pertinente para las adolescentes que aún no han iniciado la actividad sexual; para las mujeres que usan métodos anticonceptivos que suelen ser empleados de manera incorrecta o no sistemática, tales como los métodos de barrera, los anticonceptivos orales o los métodos de planificación natural de la familia; y para las mujeres que se encuentran en situación de alto riesgo, tales como las jóvenes, las trabajadoras migrantes y sus esposos y las víctimas de violencia sexual.

También es sumamente importante que las mujeres dispongan de rápido acceso a las PAE en cuanto las necesiten. Dado que las instrucciones para el uso de las PAE son simples y el chequeo médico es innecesario, no se requiere visitar de inmediato a un médico para asegurar un uso seguro y eficaz³⁸, pues así se podría dificultar el acceso a las PAE.

Algunas medidas para facilitar el acceso:

- ofrecer de antemano a la mujer una receta o provisión de PAE⁴⁷;
- prescribir las PAE por teléfono sin necesidad de ver a la usuaria;
- capacitar a enfermeras, parteras, farmacéuticos o personal no médico (tales como trabajadores comunitarios de la salud y consejeros) para que, ante situaciones de abuso sexual, puedan suministrar PAE, siempre que las reglamentaciones locales así lo permitan;
- asegurar que el personal no clínico de los puestos de salud, que puede ser contactado por las usuarias antes de ver a un médico clínico, esté al corriente de la disponibilidad de PAE;
- distribuir las PAE a través de puestos no médicos, como servicios comunitarios, escuelas, programas de comercialización social y comercios (por ejemplo, farmacias); o
- distribuir las PAE sin receta médica⁴⁸.

Todos los proveedores de PAE deberán recibir capacitación adecuada y aplicar pautas claras para la prestación de servicios. El curso de capacitación deberá incluir información sobre las indicaciones para el uso de PAE, regímenes de PAE recomendados,

mecanismos de acción, eficacia, efectos secundarios y su tratamiento, precauciones y chequeos, necesidades de información y asesoramiento de las usuarias, y procedimientos de seguimiento. Además, dado que las PAE son un método de contingencia, la capacitación deberá incluir información sobre otros métodos anticonceptivos, en caso de que los destinatarios lo necesiten. La capacitación suele ser más eficaz si es de carácter participativo e incluye ejercicios que faciliten desarrollar las aptitudes de los participantes en temas tales como chequeo, asesoramiento y seguimiento. Se pueden obtener materiales para la capacitación de los encargados de servicios si se solicitan al Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia o al sitio Web del Consorcio (www.cecinfo.org).

3.1 Jóvenes

Llegar a las adolescentes con información y servicios de anticoncepción de emergencia entraña especiales problemas para los programas. Las jóvenes pueden tener dificultades para obtener la información pertinente o servicios de anticoncepción de emergencia porque:

- no están al tanto de la disponibilidad de PAE;
- no tienen suficiente confianza en sí mismas o sienten vergüenza al acudir a una clínica de planificación de la familia;
- no están enteradas de la existencia de la clínica;
- los horarios de atención de la clínica les resultan incómodos;
- tienen miedo de tener que pasar por un examen pelviano; o
- sienten ansiedad por posibles actitudes de los proveedores (por ejemplo, que emitan juicios de valor).

Los programas deberán tomar las medidas necesarias para asegurar que las clínicas que brindan servicios a adolescentes sean acogedoras (por ejemplo, asegurando la privacidad y confidencialidad de las usuarias, disponiendo de instalaciones accesibles, ofreciendo servicios a precios razonables y estableciendo horarios de atención flexibles — especialmente por la noche y los fines de semana).

3.2 Mujeres que han sido víctimas de violencia sexual

Llegar a las mujeres que han sido forzadas a entablar relaciones sexuales también entraña problemas especiales. Los proveedores de PAE deberán estar atentos a la posibilidad de que estas mujeres:

- no sepan que algo puede hacerse para impedir el embarazo luego del ataque sexual;
- no quieran denunciar el ataque y, por lo tanto, tampoco recurrir a servicios médicos adecuados;
- piensen que serán culpadas de la violación por el proveedor de servicios médicos; o
- también necesiten servicios de diagnóstico y tratamiento para ITS.

Tanto los administradores de programas como los proveedores de servicios deberán asegurar que las comisarías, los centros de emergencia para la atención de la salud y otros servicios a los que las mujeres puedan recurrir en busca de ayuda luego de haber sido víctimas de una violación, se encuentren en condiciones de ofrecer PAE, si es apropiado, o cuenten con información sobre dónde obtener PAE y otros servicios, tan pronto como sea posible.

Cuadro 1 Fórmulas de PAE

	Fórmula (por píldora)	Marcas registradas comunes	Dosis
Régimen de levonorgestrel solo	LNG 1,50 mg	(trámites pendientes)	1 tableta
Régimen combinado	LNG 0,75 mg	Imediat N, Levonelle-2, NorLevo, Plan B, Post-day, Postinor-2, Vika, Vikela	2 tabletas de una sola vez o 1 tableta seguida de otra tableta 12 horas más tarde
	EE 50 mcg + LNG 025 mg o EE 50 mcg + NG 0,50 mg	E-Gen-C, Eugynon, Fertilan, Imediat, Neogynon, Nordiol, Ogestrel, Ovral, Ovrán, Preven, Tetragynon	2 tabletas seguidas de otras 2 tabletas 12 horas más tarde
	EE 20 mcg + LNG 0,10 mg	Alesse, Levlite, Aviane, Loette	5 tabletas seguidas de otras 5 tabletas 12 horas más tarde
	EE 30 mcg + LNG 0,15 mg o EE 30 mcg + NG 0,30 mg	AnNa, Levlen, Levora, Lo/Femenal, Lo/Ovral, Low-Ogestrel, Microgynon 30, Nordette, Rigevidon	4 tabletas seguidas de otras 4 tabletas 12 horas más tarde

Abreviaturas:

EE = Etinilestradiol

LNG = Levonorgestrel

NG = Norgestrel

Cuando se utilicen paquetes de píldoras anticonceptivas que contengan 28 tabletas deberán descartarse las últimas siete píldoras. En todos los regímenes, las píldoras deberán ser tomadas lo más pronto posible luego de la relación sexual, pero lo óptimo es dentro de un lapso de 120 horas.

Este cuadro fue preparado en octubre de 2003. Puede consultarse una versión actualizada en el sitio Web del Consorcio: www.cecinfo.org

APÉNDICE: USO DEL DIU COMO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA

Los DIU de cobre pueden ser utilizados como método anticonceptivo de emergencia. Son especialmente apropiados para las mujeres que se encuentran en relaciones estables, que desean conservarlo como método anticonceptivo a largo plazo y que satisfacen los requisitos necesarios para su uso. Al ser colocado dentro del lapso de siete días siguientes a la relación sexual, el DIU de cobre es el método anticonceptivo de emergencia más seguro, pues reduce el riesgo de embarazo más del 99%^{49,50}.

Sin embargo, la colocación de emergencia de un DIU requiere un nivel de capacitación y de supervisión médica mucho mayor que la simple administración de las PAE. Las usuarias deben ser examinadas a fin de excluir las que ya se encuentran embarazadas, las que tienen inflamación pelviana u otra infección del aparato reproductor, y las que corren alto riesgo de contraer ITS. En muchas situaciones, la misma relación sexual que condujo al uso de la anticoncepción de emergencia pudo haber puesto a la mujer en riesgo de contraer una ITS, en cuyo caso el uso del DIU no será una alternativa anticonceptiva óptima.

Para mayor información sobre el uso del DIU como anticonceptivo de emergencia, sírvase consultar la Guía Médica para la Prestación de Servicios preparada por la IPPF. La edición más reciente contiene información sobre anticoncepción de emergencia y puede solicitarse a IPPF, Regent's College, Inner Circle, Regent's Park, London NW1 4NS, Reino Unido; sitio Web: www.ippf.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Trussell J, Koenig J, Stewart F, Darroch JE. Medical care cost savings from adolescent contraceptive use. *Fam Plann Perspect* 1997;29:248-55, 295.
2. Trussell J, Koenig J, Ellertson C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health* 1997;87:932-7.
3. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (carta). *Lancet* 1999;353:721.
4. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
5. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.
6. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception—a pilot study. *J Reprod Med* 1974;13:53-8.
7. Ellertson C, Evans M, Ferden S, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003;101:1168-71.
8. Grimes DA, Raymond EG. Emergency contraception. *Ann Intern Med* 2002;137:180-9.
9. 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.
10. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002;100:65-71.
11. Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64:227-34.
12. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001;63:123-9.
13. Swahn ML, Westlund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:738-44.
14. Ling WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. Mode of action of DL-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril* 1979;32:297-302.
15. Young DC, Wiehle RD, Joshi SG, Poindexter AN 3rd. Emergency contraception alters progesterone-associated endometrial protein in serum and uterine luminal fluid. *Obstet Gynecol* 1994;84:266-71.
16. Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M, Seppala M, Kurman RJ, Lessey BA. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod* 2000;15:2351-5.

17. Taskin O, Brown RW, Young DC, Poindexter AN, Wiehle RD. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial alpha 1 and alpha v beta 3 integrins in the late implantation window. *Fertil Steril* 1994;61:850-5.
18. Kessuru E, Camacho-Ortega P, Laudahn G, Schopflin G. In vitro action of progestogens on sperm migration in human cervical mucus. *Fertil Steril* 1975;26:57-61.
19. Kessuru E, Garmendia F, Westphal N, Parada J. The hormonal and peripheral effects of d-norgestrel in postcoital contraception. *Contraception* 1974;10:411-24.
20. Ling WY, Wrixon W, Acorn T, Wilson E, Collins J. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. III. Effect of preovulatory administration following the luteinizing hormone surge on ovarian steroidogenesis. *Fertil Steril* 1983;40:631-6.
21. Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999;93:872-6.
22. Bacic M, Wesselius de Casparis A, Diczfalusy E. Failure of large doses of ethinyl estradiol to interfere with early embryonic development in the human species. *Am J Obstet Gynecol* 1970;107:531-4.
23. Raymond E, Taylor D, Trussell J, Steiner M. Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of emergency contraception. *Contraception* 2004;in press.
24. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception* 2002;66:269-73.
25. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod* 1993;8:389-92.
26. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59:147-51.
27. Kane LA, Sparrow MJ. Postcoital contraception: a family planning study. *N Z Med J* 1989;102:151-3.
28. Trussell J, Ellertson C, Rodriguez G. The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after? *Obstet Gynecol* 1996;88:150-4.
29. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999;59:79-83.
30. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2000;95:271-7.
31. Van Santen MR, Haspels AA. Interception II: postcoital low-dose estrogens and norgestrel combination in 633 women. *Contraception* 1985;31:275-93.
32. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:330-3.
33. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101:1160-7.
34. Back DJ, Grimmer SF, Rogers S, Stevenson PJ, Orme ML. Comparative pharmacokinetics of levonorgestrel and ethinylestradiol following intravenous, oral and vaginal administration. *Contraception* 1987;36:471-9.
35. Alvarez F, Faundes A, Johansson E, Coutinho E. Blood levels of levonorgestrel in women following vaginal placement of contraceptive pills. *Fertil Steril* 1983;40:120-3.

36. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Prescription drug products; certain combined oral contraceptives for use as postcoital emergency contraception. *Fed Regist* 1997;62:8610-2.
37. Trussell J, Hedley A, Raymond E. Ectopic pregnancy following use of progestin-only ECPs (carta). *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003;29:249.
38. Raymond EG, Chen PL, Dalebout SM. "Actual use" study of emergency contraceptive pills provided in a simulated over-the-counter manner. *Obstet Gynecol* 2003;102:17-23.
39. United Nations Development Programme/ United Nations Population Fund/World Health Organization/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy and side effects of immediate postcoital levonorgestrel used repeatedly for contraception. *Contraception* 2000;61:303-8.
40. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Engl J Med* 1995;333:1517-21.
41. Breckenridge AM, Back DJ, Orme M. Interactions between oral contraceptives and other drugs. *Pharmacol Ther* 1979;7:617-26.
42. Shenfield GM. Drug interactions with oral contraceptive preparations. *Med J Aust* 1986;144:205-11.
43. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertil Steril* 1988;49:31S-38S.
44. Guerts TBP, Goorissen EM, Sitsen JMA. *Summary of Drug Interactions with Oral Contraceptives*. Carnforth, England: Parthenon Publishing Group, Ltd., 1993.
45. Dickinson BD, Altman RD, Nielsen NH, Sterling ML. Drug interactions between oral contraceptives and antibiotics. *Obstet Gynecol* 2001;98:853-60.
46. Raymond EG, Dalebout SM, Camp SI. Comprehension of a prototype over-the-counter label for an emergency contraceptive pill product. *Obstet Gynecol* 2002;100:342-9.
47. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339:1-4.
48. Grimes DA, Raymond EG, Scott Jones B. Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives. *Obstet Gynecol* 2001;98:151-5.
49. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception* 2001;64:107-12.
50. Trussell J, Ellertson C. Efficacy of emergency contraception. *Fertil Control Rev* 1995;4:8-11.

INFORMACIÓN ACERCA DEL CONSORCIO INTERNACIONAL SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La misión del Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia es incrementar el acceso y asegurar un uso seguro y localmente apropiado de la anticoncepción de emergencia en todo el mundo, dentro del marco más amplio de la planificación de la familia y la salud reproductiva, prestando especial atención a los países en desarrollo.

Inicialmente, los siete miembros fundadores del Consorcio se concentraron en introducir un producto dedicado a la anticoncepción de emergencia en un grupo de países seleccionados para servir como “casos testigo.” A medida que fue aumentando el interés en la anticoncepción de emergencia y en el propio Consorcio, éste amplió su base de miembros e incluyó a diversas organizaciones encargadas de asegurar que las mujeres dispongan de acceso a todas las formas de anticoncepción de emergencia. Los objetivos concretos del Consorcio son los siguientes:

- X servir como fuente de información autorizada en temas de anticoncepción de emergencia;
- X propugnar un mayor acceso y un uso seguro y apropiado de la anticoncepción de emergencia;
- X servir como foro de planificación estratégica para todas las cuestiones relativas a la información y la prestación de servicios, la educación y la comunicación sobre la anticoncepción de emergencia;
- X facilitar el intercambio de información entre los miembros del Consorcio y otros grupos que trabajan para ampliar el conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia y el acceso a ésta;
- X promover la creación de alianzas de trabajo entre las organizaciones del sector público y la industria privada, a fin de lograr productos anticonceptivos de emergencia de alta calidad para un gran número de mujeres en todo el mundo, a precios razonables; y
- X procurar y promover nuevos métodos de anticoncepción de emergencia que sean seguros y eficaces.

El Consorcio acoge con agrado las solicitudes de ingreso de entidades no comerciales que compartan el objetivo global de ampliar el acceso a los productos y servicios de anticoncepción de emergencia en los países en desarrollo. Los potenciales postulantes deberán ponerse en contacto con la Coordinadora del Consorcio. El Consorcio y la *American Society for Emergency Contraception* producen conjuntamente un boletín electrónico sobre actividades relativas a la anticoncepción de emergencia en diferentes

lugares del mundo. Si desea suscribirse al boletín o enviar un artículo para su publicación, sírvase dirigirse al Consorcio o la *American Society for Emergency Contraception* o a la siguiente dirección: Amsoccec@aol.com

Coordinadora del Consorcio
Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia
E-mail: info@cecinfo.org
Sitio Web: www.cecinfo.org

El Consorcio Internacional promueve la formación de redes o consorcios regionales para poder abordar mejor los problemas específicos y los obstáculos locales que impiden el acceso a la AE. Para recibir mayor información sobre estas organizaciones, sírvase dirigirse a:

X **África:** AE África. Sitio Web: www.ec-afrique.org; E-mail: ec-afrique@pcnairobi.org; Dirección postal: ECafrique Secretariat, Population Council, PO Box 17643, 00500 Nairobi, Kenya.

X **América Latina:** Latin American Consortium for Emergency Contraception (LACEC)/Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE). Sitio Web: www.clae.info; E-mail: vschiappa@icmer.org; Dirección postal: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), José Victorino Lastarria 26, Depto. 21, Santiago, Chile.

X **Asia (sudoriental):** Red Asia-Pacífico de Anticoncepción de Emergencia (APNEC, según sus siglas en inglés). Sitio Web: no disponible; E-mail: equintillan@piwh.org; Dirección postal: Pacific Institute for Women's Health, 3450 Wilshire Boulevard, Suite 1000, Los Angeles, CA 90010 USA.

X El Consorcio mantiene dos listas de individuos y organizaciones que trabajan en las regiones de los **países árabes** y de **Europa oriental/Estados recientemente independientes/Balcanes**. Para unirse al *listserv* de cualquiera de las regiones: región árabe: arabregion@cecinfo.org. Región Europa oriental, Balcanes y Estados recientemente independientes: europeregion@cecinfo.org. Para más información y datos de contacto actualizados sírvase dirigirse al sitio Web del Consorcio: www.cecinfo.org

ORGANIZACIONES INTEGRANTES DEL CONSORCIO INTERNACIONAL SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Association of Reproductive Health Professionals • British Pregnancy Advisory Service • Catholics for a Free Choice • Center for Reproductive Rights • Center for Research on Women and Gender, University of Illinois, Chicago • CEPAM • Concept Foundation • CONRAD Program • DKT International • EngenderHealth • Family Care International • Family Health International • Family Planning Association of Sri Lanka • The Futures Group International • Gynuity Health Projects • Ibis Reproductive Health • Institute for Reproductive Health • Federación Internacional de Planificación de la Familia • Ipas • JSI Research and Training Center for Women's Health • Management Sciences for Health • Marie Stopes International • Meridian Development Foundation • Pacific Institute for Women's Health • Pathfinder International • Planned Parenthood Federation of America — International • Population Action International • Population Council • Population Services International • Program for Appropriate Technology in Health • ProSalud Inter-Americana • SHILO Pregnancy Advisory Service • Reproductive Health Initiative of the American Medical Women's Association • Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados, Programa de Salud Reproductiva • Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, Organización Mundial de la Salud (OMS).