
Mitos y realidades en anticoncepción de emergencia

Dra. Silvia Oizerovich⁽¹⁾, Dra. Marisa Labovsky⁽²⁾

1. Médica ginecóloga. Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva GCBA. Docente UBA. soizerovich@gmail.com 2. Médica toco ginecóloga. Fellow ginecología infanto juvenil.

Resumen

El término anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) se usa para describir un método que, cuando se toma durante los primeros días después de una relación sexual no protegida, puede prevenir un embarazo no buscado.

Es sabido que sobre anticoncepción de emergencia mucho se dice y poco realmente se conoce. El desconocimiento del mecanismo de acción por parte de los médicos y la información errónea que reciben los pacientes, ya sea de ámbitos científicos, como de los medios de comunicación, han generado creencias y mitos en torno a los mismos, que no permiten que se utilicen correctamente.

Se ha dicho sobre la AHE: que es abortiva; que trae importantes efectos adversos; que las pacientes van a dejar de utilizar otros métodos anticonceptivos; que aumenta el contagio de infecciones de transmisión sexual, etc.

Hemos revisado la bibliografía existente hasta el momento sobre AHE, y podemos decir y justificar

que ninguno de estos mitos son correctos y que aumentando los conocimientos acerca de la misma, y transmitiendo información correcta a nuestras pacientes, podremos brindar mejores opciones anticonceptivas para aquellas personas que no han utilizado correctamente un método, ha fracasado el mismo o ha sido víctima de una violación.

Abstract

The word emergency hormonal contraception (EHC) is used to describe a method that, when it is taken during the first days after an unprotected sexual relationship can prevent a non wanted pregnancy.

It is known that about emergency contraception much is said and very little is known. Doctors' unawareness on the mechanism of action and the wrong information received by the patients, both coming from scientific environments as well as means of communication have created beliefs and myths around them which do not permit their correct use.

The following has been said about EHC: it is abortive; it brings important side effects; the patients have the tendency to quit other contraception methods; it increases the transmission of sexual diseases, etc.

We have revised the existing bibliography about EHC and we can affirm and justify that neither of these myths is correct and that by increasing the knowledge on it and by transmitting correct information about it to our patients, we will be able to provide better contraception options for those who have not used a method properly or have failed using it; or for those who have been rape victims.

Introducción

El término anticoncepción hormonal de emergencia se usa para describir un método que, cuando se toma durante los primeros días después de una relación sexual no protegida, puede prevenir un embarazo.

Es sabido que sobre anticoncepción de emergencia mucho se dice y poco realmente se conoce.

No solo los pacientes desconocen como actúa, como deben tomarlo o que efectos adversos tiene, sino que los propios médicos desconocen su mecanismo de acción, lo que resulta en la no recomendación del mismo o información errónea que transmiten a sus pacientes, lo que perpetúa el ciclo de los mitos acerca del mismo.

Realizamos una encuesta sobre los conocimientos que tienen los profesionales que trabajan en atención primaria con adolescentes (la mayoría eran ginecólogos) sobre la AHE, y observamos con gran asombro que el 60.8% de los profesionales desconocían el principal mecanismo de acción de los mismos y que, sólo el 49%, cuando indicaba el preservativo indicaba la AHE en caso de accidente con el mismo¹. Estos resultados coinciden con los observados en la bibliografía internacional, poniendo de manifiesto las dificultades que tienen los profesionales de la salud para acceder y transmitir la información correcta acerca del mecanismo de acción, donde sus propias creencias personales, así como la influencia que tiene la información recibida desde ambientes no científicos, interviene en la incorrecta transmisión de información a los pacientes, no permitiéndole a estos realizar su propia elección.

El instituto Guttmacher estimó que si la AHE fuera usada por quien la necesitase, se podrían disminuir a la mitad los embarazos no deseados en EEUU y habría aproximadamente 600.000 abortos menos por año².

Comenzando por el nombre erróneo con que se conoce la AHE en nuestro país, “pastilla del día después”, no es de extrañar las dificultades y los errores que existen en torno a la utilización del método.

Mitos

De acuerdo a la Real Academia Española, podemos definir a un mito como “una persona o cosa a la que se le atribuyen cualidades o excelencias que no tienen, o bien, una realidad de la que carecen”

Podemos decir que se dice que la AHE:

1. es abortiva;
2. se puede usar como único método anticonceptivo. Se toma sólo “el día después”;
3. tomarlo más de una vez te “hace mal”. Tiene muchas contraindicaciones, causa hemorragias;
4. las pacientes no van a seguir utilizando otros métodos. Disminuirá el uso del preservativo, incrementará infección por VIH.

1. ¿Es abortiva?

Desde distintos medios y, sobre todo desde los ámbitos no científicos, se promueve la información acerca del carácter abortivo de la misma. Para poder contestar a esta pregunta debemos saber ¿Cuál es su mecanismo de acción?

Diferentes autores han investigando este tema que todavía permanece sin esclarecerse del todo.

Distintos mecanismos de acción han sido propuestos, algunos de los mismos se han podido comprobar y otros necesitan más investigaciones.

Los estudios hasta la fecha indicarían que el levonorgestrel actuaría previo a la fertilización y no tendría acción en la post-fertilización³⁻⁴⁻⁵.

Todos los embarazos pueden producirse sólo si se tienen relaciones sexuales durante un período de 6 días que concluye el día de la ovulación. Fisiológicamente, los espermatozoides son viables hasta 5 días, en comparación con los óvulos que sólo pueden ser fecundados dentro del día de la ovulación. Este día, varía de mujer en mujer y de ciclo en ciclo, por lo que resulta dificultoso saber cuál es el día exacto en que se producirá. Por todo lo expuesto, resulta claro que la efectividad de la AHE dependerá del momento del ciclo en que esta sea utilizada⁶. La AHE ingerida durante la fase folicular, tiene la capacidad de modificar el ciclo ovulatorio luteinizando el folículo o impidiendo el pico de LH y, por lo tanto, la rotura folicular.

Wilcox y col. observaron que la posibilidad de embarazo de una mujer sin utilizar anticoncepción es de un 30 - 35%. Se estima que cuando se usa LNG en los primeros cuatro días que siguen a la relación sexual, se previene 79-85% de los embarazos esperados, y cuando se usa en el 5º día previene sólo el 31%⁷⁻⁸.

Cuando una mujer toma AHE luego de una relación, uno o más días antes de la ovulación se estima que la efectividad del método es del 81%, pero que, esta efectividad disminuye drásticamente cuando la toma de la pastilla es durante o posterior al pico ovulatorio. Durand y col. concluyeron que el LNG usado el día 10 del ciclo menstrual inhibió la ovulación en 12 de 15 mujeres, y en las otras 3 se postergó la ovulación más allá del límite máximo de los 6 días que pueden esperar los espermatozoides al óvulo. Estos datos refuerzan que el mecanismo principal de acción de la AHE es impedir o alterar la ovulación.

Estudios realizados en ratas y monos, han demostrado que no existiría efecto post-fertilización ni alteración de la receptividad endometrial. Algunos autores proponen una alteración en las glicodelinas, tanto a nivel sérico como endometrial (Durand y col), sin embargo, otros autores como Marions y col y, recientemente, Bahamondes y col no encuentran alteración de las glicodelinas⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵.

Kesserü y col, propusieron e investigaron cierta acción del levonorgestrel a nivel del moco cervical, inmovilizando a los espermatozoides e incrementando la viscosidad del moco del cuello uterino, impidiendo el paso de más espermatozoides a la cavidad uterina¹⁶.

Bahamondes y colaboradores en el trabajo que se presenta en esta misma revista, no encuentran alteración a nivel de los espermatozoides, y continúan postulando la alteración de la ovulación como principal mecanismo de acción.

La Asociación Médica Argentina de Anticoncepción elaboró el consenso sobre AHE al que adhirieron la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente, Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática, donde concluyó que:¹⁷

Los estudios llevados a cabo hasta ahora no han determinado plenamente los mecanismos de acción de la AHE. La información científica hasta el presente proporciona evidencia a favor de la acción pre-fertilización de la AHE, y no ofrece evidencia que impida el embarazo por interferencia con la implantación de los huevos fertilizados.

La inhibición de la ovulación y la alteración de la migración espermática son los únicos mecanismos comprobados hasta el momento.

La Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIHR) formuló en el 2001 una declaración en la cual establece:

1. La anticoncepción de emergencia es un método que la población de América Latina necesita tener a su disposición, como una nueva herramienta para la prevención del embarazo no deseado, en aquellas circunstancias en las cuales los otros métodos no fueron de utilidad.
2. La anticoncepción hormonal de emergencia inhibe el proceso reproductivo antes de que ocurra la fecundación, lo que explica su eficacia anticonceptiva. No existen evidencias científicas que permitan afirmar que la anticoncepción de emergencia actúa impidiendo la implantación.

La OMS en su Boletín informativo de marzo/2005 informa: "Se ha demostrado que las píldoras anticonceptivas de emergencia (AHE) que contienen levonorgestrel previenen la ovulación, y que no tienen un efecto detectable sobre el endometrio o en los niveles de progesterona cuando son administrados después de la ovulación. Las AHE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no provocarán un aborto".

2. "Se puede usar como único método anticonceptivo"

Cuando uno recomienda la AHE, debe informar a la paciente que no es un método que se pueda utilizar rutinariamente como método anticonceptivo, y que esto se debe a que no es un método con un alto grado de efectividad anticonceptiva ya que, como vimos con anterioridad, ésta va a depender, en gran medida, del momento del ciclo en que sea ingerida.

Se entiende por AHE en nuestro país a la utilización del levonorgestrel 1,5mg o al método de Yuzpe, el cual debe utilizarse lo antes posible, y hasta las 120 hs de haber tenido un coito no protegido o una falla del método utilizado, para prevenir un embarazo no deseado. De esto se desprende claramente que no se recomienda la AHE como método anticonceptivo de uso diario.

Aproximadamente, si 100 mujeres tienen una relación desprotegida en la mitad de su ciclo, se estima que alrededor de 8 quedarán embarazadas (Tabla de Wilcox)⁷. Si estas cien mujeres tomaran la AHE, sólo quedarían embarazadas alrededor de 2 mujeres en ese ciclo. Cuando se compara la utilización del método de Yuzpe (estrógeno + progesterona) con el levonorgestrel tomado dentro de las 72 hs. del coito no protegido, se observa que la tasa de embarazos con el primero es de 3.2 % y de 1.1% con levonorgestrel. La proporción de embarazos es de 85% con levonorgestrel y 57% con Yuzpe⁶⁻¹⁸.

La AHE disminuye su efectividad a medida que nos alejamos del episodio, y existe la posibilidad de que se haya producido la ovulación, en cuyo caso no será efectiva.

	<24 hs	25-48 hs	49-72 hs	Total
Yuzpe	77%	36%	31%	57%
LNG	95%	85%	58%	85%

En el estudio de la OMS, cuando se utilizó dentro de las primeras 12 hs después de la relación la tasa de embarazos fue 0.5%, y aumentó a 4.1% cuando se usó entre 61 y 72 horas después del coito¹⁹⁻⁶.

Como conclusión de estos datos, podemos decir entonces que tampoco es “LA PASTILLA DEL DIA DESPUES”, ya que se desprende de lo expuesto que cuanto antes se tome más efectiva resulta, y que se puede tomar hasta 5 días después de la relación, ya que aún en ese período sería efectiva.

En un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires, Kaufman y col encuentran que las adolescentes sí conocen la AHE²⁰.

3. “Tomarlo más de una vez “hace mal”. Tiene contraindicaciones, causa hemorragias.”

La evidencia científica ha demostrado que el levonorgestrel 1,5 mg cumple con todos los estándares para ser utilizado sin prescripción médica. En más de 60 países las mujeres requieren una prescripción médica para obtenerlo.

La AHE no es tóxica ni adictiva y tiene mínimos efectos secundarios: el más frecuente es la náusea, ya que los vómitos son más frecuentes cuando se toma la asociación de etinilestradiol con levonorgestrel (método de Yuzpe). Es importante remarcar que si el vómito ocurre dentro de los 30 a 60 minutos deberá tomar nuevamente la AHE, pudiendo tomar un antiemético 1 hora antes de la ingesta de la pastilla.

Las alteraciones del ciclo menstrual descritas en el estudio del Population Council, refieren que éstas dependen del día del ciclo menstrual en que se tome la AHE. Ellertson, en su trabajo, encuentra que al tomar levonorgestrel 1,5 mg en fase folicular temprana tendrán un adelanto en la privación del próximo mes, si la toma a mitad de ciclo puede privar en forma temprana o en fecha, y si la toma hacia el fin del ciclo puede privar en fecha o también tempranamente¹⁹. En contraste, la OMS encuentra que las mujeres que la toman tempranamente pueden privar en tiempo o más tardíamente. En este estudio, el 13% de las mujeres presentaron atrasos de 7 o más días en lugar de adelantar el ciclo, el 15% tuvo un atraso entre 4 y 7 días, el 61% tuvo su menstruación con una diferencia de 3 días y el 11% la tuvo adelantada¹⁸.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia están incluidas en la lista oficial de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud y registrada en más

de 100 países²¹. La experiencia nos ha demostrado que el uso frecuente lleva como máximo a alteraciones del ciclo menstrual como efecto más grave. Si la mujer está embarazada no se han demostrado abortos o lesiones en el feto. No presenta interacciones con otras drogas²².

Una de las mayores preocupaciones es saber si existen contraindicaciones en su uso: para esto, la Organización Mundial de la Salud realizó dos reuniones de trabajo con expertos, celebradas en marzo de 1994 y mayo de 1995, para la realización de los Criterios de Elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos. Fueron publicados en: Mejorías en el acceso de los servicios de planificación familiar de buena calidad. Ginebra, OMS, Salud de la Familia y Salud Reproductiva, 1996. (WHO/FRH/FPP/96.9), con actualizaciones a la fecha.

Los objetivos fueron:

1. analizar datos epidemiológicos;
2. comparar información sobre elegibilidad de diferentes agencias de planificación familiar;
3. preparar resúmenes de publicaciones médicas sobre métodos anticonceptivos.

Se basaron en: evidencia científica, diferentes etapas de la vida, enfermedades que el individuo puede atravesar y los diferentes lugares de atención. Las categorías 1 y 2 son aquellas situaciones donde el anticonceptivo se puede utilizar sin restricciones.

La AHE con levonorgestrel 1,5mg es:

Categoría 1: en caso de embarazo, lactancia materna, uso reiterado, violación, embarazo ectópico;

Categoría 2: en caso de angina de pecho, migraña, historia de complicaciones cardiovasculares graves²³.

4. “Las pacientes no van a seguir utilizando otros métodos. Disminuirá el uso del preservativo. Incrementará infección por VIH.”

Este es uno de los argumentos más escuchados y temidos por los profesionales de la salud: “disminuirá el uso del preservativo”; sin embargo los estudios realizados hasta el momento no lo demuestran. No se ha encontrado a la fecha que el número de relaciones desprotegidas se haya modificado.

Belzer realizó un estudio en el “The Children’s Hospital Los Angeles” en 160 madres adolescentes entre 13 y 20 años que estuviesen en pareja, excluyendo las que querían embarazarse o utilizaban dispositivos intrauterinos o Norplant. Las dividió en 2 grupos: uno recibió información sobre el uso de la AHE y el otro recibió la información y la pastilla. Se midió el uso y el número de coitos desprotegidos en los 2 grupos a los 6 y 12 meses. A los 6 meses el 11% del 1º grupo había utilizado la pastilla y el 83% del 2º grupo y a los 12 meses

el 45% vs. el 64%. Pero no encontró diferencia entre los grupos en el uso del preservativo a los 6 y 12 meses. Esto marca el dramático impacto que tiene la accesibilidad del método en este caso ²⁴.

Gold realiza un estudio semejante para medir el impacto que puede tener el anticipar la AHE mejorando el acceso y la eficacia, y a su vez medir el impacto que pueda tener en la conducta sexual de los adolescentes. Participaron 301 adolescentes, a un grupo se le dió información (grupo control) y al otro se le dió el comprimido y la información. Se obtuvo mayor uso del AHE en el grupo que tenía la pastilla, pero en el 6° mes lo que encontraron fue un mayor uso del condón, si bien en la última relación los resultados fueron semejantes. Con respecto al tiempo transcurrido hasta que tomaron la AHE, el grupo que la tenía la tomó significativamente antes (11,4 horas frente a 21,8 horas, $P = 0,005$)²⁵.

En la India se estudiaron 411 mujeres que utilizaban preservativo, a 198 de ellas se les dió información y a las 213 restantes, información y la pastilla. En ambos grupos hubo el mismo número de coitos desprotegidos ²⁶.

Glazier publica un trabajo en el N. England J. Medicine donde analiza a 1083 mujeres escocesas y compara también información e información + pastilla, encontrando que, luego de un año, el 27% de las mujeres que sólo tenían la información habían utilizado la AHE y en el otro grupo el 47% ($P < 0.001$) la habían utilizado, con igual número de relaciones sexuales desprotegidas.

En el meta análisis realizado por Polis y colaboradores se analizaron ocho ensayos controlados aleatorios que cumplieron los criterios de inclusión, lo que representa 6.389 pacientes en los Estados Unidos, China y la India. Encontraron que podría no haber disminución de las tasas de embarazo; lo que si reafirmaron es que las mujeres que recibieron anticoncepción de emergencia con antelación fueron más propensas a utilizar preservativos con un nivel de evidencia III, no aumentaron las tasas de infecciones de transmisión sexual ni las relaciones sexuales sin protección, o cambios en los métodos anticonceptivos²⁷.

La AHE es muy utilizada en Europa; un estudio finlandés demostró que el 10% de las mujeres jóvenes menores de 25 años lo habían utilizado alguna vez²⁸. Sin embargo, en otro estudio longitudinal realizado en adolescentes y mujeres jóvenes del Reino Unido, solamente el 4% reportaron haber tenido que utilizar la AHE más de una vez en un año²⁹.

Conclusiones

Debido a la importancia que la AHE tendría en la disminución del porcentaje de embarazos no planificados y en la disminución en las cifras de aborto provocado,

todas aquellas estrategias que conduzcan a la utilización temprana de la AHE deberían aplicarse.

Una estrategia, como marcan los trabajos analizados, es dar junto al preservativo la AHE.

En EEUU existe una línea telefónica para la prescripción del anticonceptivo de emergencia, donde se practica el siguiente diálogo:

si tuvo una relación sexual no protegida o si tuvo una dificultad con algún método anticonceptivo en los últimos 3 a 5 días?

Si la respuesta es sí, se le prescribe AHE luego de la "visita telefónica" y se le da una cita para una evaluación clínica para descartar Infecciones de Transmisión Sexual, para el control de la efectividad de la pastilla de emergencia y para brindarle un método anticonceptivo³⁰.

La diferencia en la eficacia de acuerdo al tiempo transcurrido entre la relación no protegida y la ingesta de la píldora, hace que deba ser una preocupación de los profesionales de la salud el garantizar el acceso de la población al método de emergencia de la mejor manera posible.

El trabajo realizado en EEUU por los profesionales de diferentes Sociedades Científicas ante la Food Drug Administration, permitió facilitar el acceso de la misma a la población en algunos estados, si bien esta pone como límite para su venta libre los 18 años, siendo interpretado por algunos autores como un límite sujeto a motivaciones personales y no científicas³⁰. En nuestro país la AHE es otorgada a la población por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable para quien desee utilizarla³¹.

Cuando uno trabaja con población adolescente con las características particulares de este grupo etáreo, debe evaluar el momento de indicar el preservativo como método anticonceptivo; ante la posibilidad de rotura o mal uso, ofrecer el comprimido de emergencia. "The French Family Planning Association" refiere que la utilización de la AHE disminuyó el aborto en un 20 a 25%", si bien esto es cuestionado en otras publicaciones ^{21-22- 27-32}.

Queda claro que el mayor riesgo del uso reiterado de la AHE, no es en la ingesta del comprimido sino la exposición al riesgo de embarazo, ITS y SIDA que tiene la persona.

Bibliografía

1. Giurgiovich A, Labovsky M, Ricover L, Oizerovich S. Anticoncepción de emergencia: ¿Cuánto sabemos y cómo lo utilizamos? Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil 2005;12(2):121-8

2. Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A, Schiavon R, Larrea F. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64(4):227-34
3. Marions L, Hulthenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002;100(1):65-71
4. 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(5):850-5
5. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C, Ortiz ME, Vantman D, Vega M, von Hertzen H. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001;63:111-21
6. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence: Emergency Contraception. *Pediatrics* 2005;116:1026-35
7. 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. *New Engl J Med* 1995;333:1517-21
8. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Postovulatory ageing of the oocyte and embryo failure. *Human Reprod* 1998;13:394-7
9. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception* 2004;69:373-7
10. Croxatto HB, Ortiz ME, Muller AL. Mechanisms of action of emergency contraception. *Steroids* 2003;68:1095-8
11. Croxatto HB, Brache V, Pavez M, Cochon L, Forcelledo ML, Alvarez F, Massai R, Faundes A, Salvatierra AM. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception* 2004;70:442-50
12. Muller AL, Lladós CM, Croxatto H. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. **Original research article.** *Contraception* 2003;67:415-9
13. Durand M, Cravioto M, Raymond EG. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64:227-34
14. Durand M, Seppala M, Cravioto M del C, Koistinen H, Koistinen R, González-Macedo J, Larrea F. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodeilin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. *Contraception* 2005;71:451-7
15. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Anticoncepción del Siglo XXI. 1° ed. Ascune. Bs As Argentina. 2005; p460
16. Kesserü E, Larrañaga A, Parada J. Postcoital contraception with dl-norgestrel. *Contraception* 1973;7:367-79
17. http://www.amada.org.ar/PDF/anticoncepcion_hormonal_emergencia.pdf.
18. World Health Organization (WHO, 1998b). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33
19. Ellerston C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, Trussell J. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003;101:1168-71
20. Lopez Kaufman C, Katabian L, Daldevich D, Kosoy G, Riopedre P, Martinez A, Tropp A, Santos H. Conocimientos de anticoncepción de emergencia. Encuesta actual a una cohorte de 500 adolescentes. *Asoc Med Arg Antic* 2005;1(2):77-81
21. Westley E, von Hertzen H, Faundes A. Expanding access to emergency contraception. *Int J Gynecol Obstet* 2007;97:235-7
22. Harper CC, Weiss DC, Speidel JJ, Raine-Bennett T. Over-the-counter access to emergency contraception for teens. *Contraception* 2008;77:230-3
23. http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/mec_es.pdf.
24. Belzer M, Sanchez K, Olson J, Jacobs AM, Tucker D. Advance Supply of Emergency Contraception: A Randomized Trial in Adolescent Mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18:347-54
25. Gold M, Wolford J, Smith K, Parker M. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:87-96
26. Ellerston C, Ambardekar S, Hedley A. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol* 2001;98(4):570-5
27. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1379-88

28. Kosunen E, Sihvo S, Hemminky E. Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland . *Contraception* 1997;55:153-7
29. Rowlands S, Devalia H, Lawrenson R, Logie J, Ineichen B. Repeated use of homonal emergency contraception by younger women in the UK. *Br J Fam Plann* 2000;26:138-43
30. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. *Pediatrics* 2005;116:1026-35
31. http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual.
32. Center for Reproductive Rights. Governments worldwide put emergency contraception into women's hands: a global review of laws and policies. New York: Center for Reproductive Rights; 2004