



Población y Salud en Mesoamérica

E-ISSN: 1659-0201

revista@ccp.ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Barrientos Esquivel, Adrián; Vega Montoya, Alejandra; Marín, Carmen; Gómez Ramírez, Cristian  
Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal  
de emergencia (PAE) en Costa Rica

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 9, núm. 2, enero-junio, 2012, pp. 1-10

Universidad de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44623231006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## **Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) en Costa Rica**

**Knowledge, attitudes and practices of professionals in pharmacy on hormonal contraception emergency (ECP) in Costa Rica**

***Adrián Barrientos Esquivel<sup>1</sup>, Alejandra Vega Montoya<sup>2</sup>, Carmen Marín<sup>3</sup>, Cristian Gómez Ramírez<sup>4</sup>***

### **RESUMEN**

El embarazo no deseado continúa siendo un problema de salud pública que afecta a muchas parejas en todo el mundo. En Costa Rica, a pesar que la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres es 82,1%; un 47% de ellas refirió que el embarazo del último hijo no fue deseado. Por ello, se estudian los conocimientos, actitudes y prácticas de una muestra de profesionales de farmacia. Mediante un cuestionario se indaga respecto a las indicaciones, efectos secundarios, mecanismo de acción, eficacia, disposición a la prescripción y prescripción de píldoras anticonceptivas de emergencia. Los resultados muestran un alto conocimiento de la existencia y efectos secundarios de las PAE. Asimismo, el conocimiento de su eficacia y mecanismo de acción es bajo; al igual que la prescripción que llega apenas a 10%. Se concluye que, a pesar del alto conocimiento, la baja prescripción se relaciona con el bajo conocimiento de la evidencia vigente de su mecanismo de acción. Se recomienda la actualización continua de la formación de este grupo profesional en Farmacia en Costa Rica en relación con las PAE.

**Palabras Clave:** Anticoncepción de emergencia, anticoncepción poscoital, embarazo no deseado.

### **ABSTRACT**

Unwanted pregnancy is worldwide a public health problem affecting many couples. In Costa Rica, although the prevalence of contraceptive use among women is 82,1%; the rate of unwanted pregnancy in the last child is 47%. To explore knowledge, attitudes and practices about emergency contraception a sample of pharmacy professionals were interviewed. Using a structured questionnaire, indications, side effects, mechanism of action, efficacy, availability to prescribe and actual prescription of emergency contraception pills were explored. Results show a high level of knowledge, existence and effects of ECP. Also low knowledge of its effectiveness and mechanism of action was found. Prescription reached only 10% of interviewed professionals. It is concluded that, despite the high level of knowledge, low prescription is related to low awareness of the existing evidence of its mechanism of action. Continuous update of current evidence about ECP mechanism of action is recommended.

**Keywords:** emergency contraception, postcoital contraception, adverse effects, methods.

**Recibido: 10 set. 2011**

**Aprobado: 12 oct. 2011**

---

<sup>1</sup> Asociación Demográfica Costarricense, COSTA RICA. abarrientos@adc-cr.org

<sup>2</sup> Asociación Demográfica Costarricense, COSTA RICA. avega@adc-cr.org

<sup>3</sup> Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población. COSTA RICA. barattamarin@yahoo.com

<sup>4</sup> Asociación Demográfica Costarricense, COSTA RICA. cgomez@adc-cr.org

## 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo no deseado continúa siendo un problema de salud pública que afecta a muchas parejas en todo el mundo. La tasa de embarazos no deseados en todo el mundo es extremadamente alta, tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados. Por ejemplo, en Estados Unidos la mitad del total de embarazos son no planificados o no intencionados, y más de un tercio terminan en aborto. Cerca del 60% de los embarazos no planificados ocurren en mujeres que utilizan alguna forma de anticoncepción, incluso durante el mes en que conciben y, probablemente se debe a la falta de uso continuo y correcto de la anticoncepción (Bahamondes, 2010).

En Costa Rica, datos de la reciente Encuesta de Salud Reproductiva revelan que si bien existe una prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres de 82,1%, un 47% de ellas refirieron que el embarazo del último hijo no fue deseado (Ministerio de Salud de Costa Rica. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2010). Datos oficiales del Instituto de Estadística e Informática muestran que en el 2009, 9% de los nacimientos ocurrieron en menores de 18 años y un 20% ocurrió en menores de veinte años.

### 1.1 Breve evolución de la anticoncepción hormonal de emergencia.

Comúnmente llamado anticonceptivo postcoital ó “píldora del día después” el nombre de anticoncepción de emergencia (AE) es más apropiado al indicar que la protección es por una única vez (Speroff, 2005, p. 341). Es una opción importante para parejas y debe ser considerada cuando se tuvo una relación sexual sin protección, sea porque no se han usado métodos anticonceptivos, porque hubo falla en el uso o no fue continuo. Ejemplos de tal situación son la ruptura del condón o el deslizamiento del diafragma. Si una mujer ha sido víctima de violación recientemente, debería recibir AE. Como anticonceptivo, la AE es conocida desde 1960, desde el inicio se basa en la administración de estrógenos postcoitales (Speroff, 2005, p. 340). A partir de 1975, el desarrollo del método Yuzpe por Albert Yuzpe posibilitó el uso de un contraceptivo oral que combina estrógeno y progesterona en dosis bajas como tratamiento estándar. El Levonorgestrel (LNG) ha sido investigado la década de los 1990 como posible pauta AE. Desde 1998, cuando OMS publicó resultados de estudios experimentales, ha quedado demostrado que su eficacia es superior al régimen de Yuzpe, ofreciendo una mejor tolerancia; por ello actualmente LNG es considerado el tratamiento de elección (Sociedad española de anticoncepción, 2010). En el 2009 ha comenzado la comercialización del acetato de ulipristal y en setiembre 2010 ha sido aprobado para AE en los Estados Unidos por la Food and Drug Administration (FDA) (Trussell, 2011).

La anticoncepción de emergencia es un método seguro y eficaz de prevención del embarazo y tiene el potencial para prevenir hasta un 75% de los embarazos no planificados (Trussell, 2011; Speroff, 2005).

La anticoncepción de emergencia en Costa Rica.- La AE cuya pauta se basa en el método Yuzpe (PAE) existe en CR desde que existen anticonceptivos de venta comercial cuyas píldoras contienen estrógeno y progestina que contienen 100 mcg de etinodiol y 0,50 mg de levonorgestrel. Sin embargo, es conocida por sólo un 56% de mujeres y 42% de hombres unidos entrevistados en una muestra nacional (Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2010). Los proveedores de salud pueden constituirse en facilitadores u obstáculos para el acceso a AE. Este es un tema clave, desde que cuanto antes se tome después de tener sexo sin protección, es mayor su eficacia. La investigación ha confirmado en repetidas ocasiones que

muchas mujeres tienen dificultades para obtener cita con el médico o asistir a otros proveedores de servicios dentro de la ventana crucial de 72 horas (Anderson, 2006; Lewington, 2006). Entre los proveedores de salud que pueden ofrecer información a las mujeres están los farmacéuticos. En este grupo profesional se debe estar bien informado y formado para proveer asesoramiento apropiado al o la paciente. Su conocimiento, actitudes y experiencia con la AE puede influir en el servicio a las personas que demandan atención farmacéutica (Black, 2009). En ese sentido, una revisión de 24 estudios controlados y aleatorizados publicados en revistas con revisión de pares, realizados en ocho distintos países ha concluido que la evidencia muestra una valoración positiva de la provisión de AE en farmacias de la comunidad al proporcionar acceso oportuno al tratamiento (Anderson, 2006).

La información errónea con respecto a este método anticonceptivo es frecuente entre los profesionales de la salud. Estudios realizados en 2002 evidenciaron que si bien una muestra representativa de farmacéuticos reveló que un 77% habían escuchado acerca de AE pero sólo la habían indicado en 13%. Otro estudio en gineco-obstetras obtuvo similar nivel de conocimiento y baja proporción de indicación (Marin, 2002).

## **1.2 Objetivo**

El objetivo es evaluar el conocimiento y aceptabilidad de PAE en profesionales de farmacia en Costa Rica en el 2010.

## **2. DATOS Y MÉTODOS**

La muestra fue seleccionada a partir del listado de farmacias inscritas en el área metropolitana en San José en el 2010, es decir 418 establecimientos. A partir de un muestreo aleatorio simple, se obtuvieron 110 farmacias donde se entrevista a los profesionales en farmacia. El error de muestreo se estima en 10% y alfa en 5%, la tasa de rechazo en 20%. El tamaño de muestra final es de 91 farmacias.

Mediante entrevista estructurada, profesionales de la Asociación Demográfica Costarricense, recolectaron los datos entre noviembre 2010 y enero 2011. Se aplicó un cuestionario de 20 preguntas, 4 de datos generales (edad, sexo, año de titulación, porcentaje de clientes entre 13 y 19 años); 13 sobre PAE: 6 de conocimientos, 3 de actitudes, 3 de prácticas y una acerca del interés mostrado por los clientes en las PAE. Los testimonios de los entrevistados fueron registrados para identificar el o los motivos por los que no habían recomendado PAE.

## **3. RESULTADOS**

Se obtuvo 91 cuestionarios válidos, 26% corresponden al sexo masculino y 74% al femenino. La edad osciló entre 22 y 75 años, con un promedio de  $34,0 \pm 12,3$  años, las mujeres tuvieron una edad  $36 \pm 11,4$  años, mientras que para ellos fue  $40,4 \pm 14,3$ ; no hubo diferencias estadísticamente significativas en edad entre los dos sexos.

Un 52% de la población entrevistada tenía menos de 35 años, mientras que las personas entre 35 y 50 fueron un 30% y 18% eran mayores a 50 años. Entre estos grupos de edad se obtuvo diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 1: Edad en años cumplidos**

Edad agrupada	Promedio	IC 95%	N
20-34	28,0	27,3 – 28,6	47
35-50	39,0	37,6 – 40,3	28
50 y más	58,5	55,6 – 61,3	16

En la investigación se obtuvo que en 71,4% de los casos, menos del 25% de la clientela se encuentren entre los 13 y 19 años de edad. Esta información permite obtener una idea general de la población que acude a los centros privados de servicios farmacéuticos.

Un 34% de la muestra, considera apropiado el uso de AE por menores de 20 años, en contraste, el 64,8% considera que AE no lo es. La necesidad de informar y capacitar a las personas en este tema, queda evidente cuando 59% considera que la clientela que atienden ha mostrado más interés en AE en el último año. Esto demuestra que existe una necesidad por parte de la población hacia la información y /o uso de la AE, por lo que es preciso que profesionales en Farmacia puedan brindarles información actualizada, objetiva y respaldada científicamente.

### **Conocimiento sobre la AE y en qué situaciones es necesaria y modo de uso**

Para indagar el conocimiento, se preguntó a las personas entrevistadas si habían escuchado acerca de la AE. Un 97,8% respondió afirmativamente, sólo una persona respondió en forma negativa. Al preguntar sobre la necesidad de usar AE en situaciones específicas, se obtuvo respuestas negativas en 80, 69, 68 y 52 por ciento de veces respectivamente para las siguientes indicaciones OMS: “cuando se rompe el condón”, “cuando la pareja no usa métodos anticonceptivos”, “después de tener relaciones sexuales sin condón” y “si usa pastillas anticonceptivas y no tomó dos o más” (WHO, 2005)

En relación al uso de la AE, el 43% respondió acertadamente la dosis del tratamiento “2 y/o 4 tabletas antes de 120 hrs desde la relación sexual sin protección” mientras que 25% respondió “4 tabletas juntas una vez”. Un 16% responde erróneamente y otro 16% no sabe o no responde.

### **Conocimiento sobre los efectos secundarios de la AE**

Los efectos secundarios incluyen náusea y vómitos, dolor abdominal, sensibilidad mamaria, dolor de cabeza, mareo y fatiga. Generalmente se resuelven dentro de las 24 horas que siguen a la ingesta. Aproximadamente 50 % de las mujeres experimentan náusea al recibir AE en base a productos que combinan estrógeno y progesterona; el vómito ocurre en un 20%. Si los vómitos ocurren en las dos horas que siguen a la toma de una dosis, algunos clínicos recomiendan repetirla. La prescripción de un antiemético reduce el riesgo de náusea en 27% y de vómitos en 64% (Trussell, 2011; Área científica de la Sociedad Española de Contracepción, 2010).

En cuanto al conocimiento que se maneja sobre los efectos secundarios de la AE, se indagó náuseas, vómito, dolor de cabeza y mareo en 95, 92, 93, 89% de respuestas afirmativas. Por otro lado, para fatiga y sensibilidad mamaria se obtuvo porcentajes más bajos, 57 y 77% respectivamente.

### **Mecanismo de acción y eficacia de la AE**

Entre las personas entrevistadas, el 41% considera que AE “es abortiva”; mientras que 29% otro y sólo 26% responde que “inhibe la ovulación”. Es decir, únicamente tres de diez respondieron de forma correcta el mecanismo de acción de la AE.

En cuanto a la eficacia de la AE, un 40% la considera muy eficaz; 33% cree que es medianamente eficaz lo que suma un 73%.

### **Disposición hacia la AE**

Para conocer la actitud de profesionales en Farmacia hacia la AE, se preguntó su disposición a recetarlas para evitar un embarazo. Un 54% respondió negativamente. Al indagar de manera abierta por qué no hacerlo, se obtuvo que en 28% de veces “por creencias religiosas /ética” y en 22% porque “es abortiva”.

Por otro lado, un 35% de profesionales sí recetaría AE, pero entre los motivos mencionados el más frecuente fue “casos de violación” en 37%.

Aún cuando existe una percepción negativa hacia la AE, es importante destacar que un 38,5% de los y las encuestadas, sí están dispuestos y dispuestas a recetarla en circunstancias específicas. De ese porcentaje, el 37,1% la usarían en casos de violación y un 17,1% para prevenir embarazos no deseados.

### **Prácticas en relación con la AE**

Únicamente el 10% de profesionales en Farmacia han recetado AE. De ellos cuatro lo hicieron porque se trataba de una relación sexual sin protección. Dos para prevenir embarazos no deseados y uno(a), porque era la indicación en ese momento. Aquellas cuatro personas la recetaron de dos a tres veces en el año previo.

Sin embargo, cinco de las nueve personas profesionales en Farmacia nunca han mencionado la AE en su consulta.

El 90,1% restante nunca ha recetado AE. Entre las principales razones se tiene que no lo han hecho “por sus creencias religiosas /ética” en 23% y en 17% porque “es abortiva”. Otro motivo referido es que “no se les ha presentado algún caso” en 13% y un 11% refiere que “no existe en el país”

## **4. DISCUSIÓN**

Para la discusión debe tenerse en cuenta que la muestra fue seleccionada aleatoriamente a partir del listado de farmacias inscritas en el área metropolitana de San José. Y que el cuestionario aplicado es el mismo usado en una investigación similar realizada en el 2002. Cabe tener en cuenta, además, que la proporción de mujeres es 6 puntos mayor que en el 2002 y su promedio en edad es 8 años menor.

Los resultados revelan un alto conocimiento de la existencia y efectos secundarios de las PAE. En aspectos decisivos respecto al acceso a PAE, los farmacéuticos entrevistados

mostraron bajo conocimiento de sus indicaciones, mecanismo de acción, modo de uso y en los farmacéuticos de la muestra seleccionada. Adicionalmente, es pobre en el mecanismo de acción, en el modo de uso y en la eficacia de las PAE.

La baja tasa de prescripción de las PAE (10%) se explicaría en parte por el bajo nivel de disposición a indicarlas y al pobre o erróneo conocimiento del mecanismo de acción, particularmente por lo extendido del concepto erróneo que “son” o “pueden ser abortivas”. Esta proporción es todavía más baja que el 13% encontrado en el 2002 y contrasta que “haber escuchado” sea 97% ahora y antes fue solo 77%.

La eficacia también es mejor conocida ahora, “muy eficaces” en 40%, mientras que sólo 24% en el 2002. Cabe destacar que se mantiene como motivo “por creencias religiosas/éticas” en una de cuatro respuestas para no indicar AE.

Una revisión reciente (Leung, 2010) concluye que la evidencia da soporte a la interrupción de la ovulación -al interferir a la hormona luteinizante- como mecanismo de acción de las PAE según el régimen Yuzpe, cuando se administra en la primera fase del ciclo. Leung sugiere que suprime o pospone la ovulación de tal manera que el óvulo no está disponible para la fertilización durante el periodo de tiempo en que el esperma está viable en el tracto genital femenino. Según Croxato (2003), estudios realizados en la mujer, muestran que el levonorgestrel (LNG) administrado en las dosis que se usan como AE no produce cambios en el endometrio que sean suficientes para interferir con la implantación. El método impide que un embarazo inicie; no causa aborto y es ineficaz si una mujer ya está embarazada.

Las objeciones religiosas /éticas han sido aducidas anteriormente por los entrevistados (Marin, 2002). Otros investigadores, en estudiantes de farmacia han encontrado hallazgos similares, un 30% de estudiantes manifestaron sentirse incómodos indicando AE por “razones morales o religiosas” (Ragland, 2009). En otro estudio, en médicos de diversas especialidades, se obtuvo que 14% manifestaron no indicarla por “estar contra mis principios ético /religiosos” (Lo, 2009).

A pesar de que existe un gran porcentaje de las personas encuestadas que respondieron correctamente el único tratamiento disponible en Costa Rica, de ese porcentaje (42,9%), el 25,6% cree que la AE es abortiva y del porcentaje que cree que deben tomarse cuatro tabletas de una sola vez (25,3%), el 60,9% también la considera abortiva.

En la última década, la administración de píldoras anticonceptivas de emergencia píldoras ha sido objeto de revisión a fondo. La última recomendación es tomar el medicamento tan pronto como sea posible después de la relación sexual sin protección y el uso de dosis única de levonorgestrel. Puesto que el tiempo transcurrido hasta la ingestión de una dosis es fundamental para la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia, el suministro y venta sin receta médica y la provisión adelantada se han convertido en la práctica recomendada en Estados Unidos, en el Reino Unido y algunos países europeos (lo y col., 2009; Kavanaugh, 2011; Black, 2011; Anderson, 2006).

## **5. CONCLUSIONES**

A partir de los resultados, puede observarse que existe un alto porcentaje de profesionales en farmacia que fueron encuestados(as) (97,8%) que han escuchado acerca de la anticoncepción de emergencia (AE). Esto no implica que los conocimientos sobre su mecanismo de acción se encuentren actualizados o no se encuentren limitados por sus creencias religiosas o morales.

En relación al mecanismo de acción, entre los profesionales de farmacia se mantiene una posición fuerte de que es abortiva (40,7%), la cual se encuentra relacionada con la idea que es un tratamiento muy eficaz. El 43,2% que cree que la AE es eficaz, cree también que es abortiva.

## **6. RECOMENDACIONES**

La principal recomendación es la actualización continua de la formación de este grupo profesional en Farmacia en el país. También es preciso investigar acerca de que información manejan las personas tomadoras de decisiones en Farmacia en la medida que puede afectar la postura a nivel nacional sobre este método de anticoncepción y el acceso que debería tenerse, basándose en la información científica disponible.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, C., & Blenkinsopp, A. (January 2006). Community pharmacy supply of emergency hormonal contraception: A structured literature review of international evidence. *Human Reproduction*, 21(1), 272-284. doi:10.1093/humrep/dei287
- Área científica de la Sociedad Española de Contracepción. (2010). Manuales SEC. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Retrieved 29/04, 2011, from [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/anticoncepcion\\_emergencia/index.php](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/anticoncepcion_emergencia/index.php)
- Bahamondes, L. (2008). Intervenciones Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles u otros implantes como métodos efectivos de prevención del embarazo: Comentario de la BSR. Retrieved 29/04, 2011, from [http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326\\_bahamondesl\\_com/es/](http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondesl_com/es/)
- Black, K. I., Mercer, C. H., Kubba, A., & Wellings, K. (2008). Provision of emergency contraception: A pilot study comparing access through pharmacies and clinical settings [Abstract]. *Contraception*, 77(3) 181-185.
- Black, K., Anderson, C., Kubba, A., & Wellings, K. (2009). Involving pharmacists in sexual health research: Experience from an emergency contraception study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 35(1), 41-43.
- Croxatto, H., & Ortiz, M. E. (2004). Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. *Rev Chil Obstet Gineco* 2004; 69(2): 157-162, 69(2), 157-162.
- Glasier, A., Gebbie, A. E., & Guillebaud, J. (2008). *Handbook of family planning and reproductive healthcare* Churchill Livingstone/Elsevier.
- Harrison, P. F., & Rosenfield, A. (1996). In Institute of Medicine (U.S.), Committee on Contraceptive Research and Development (Eds.), *Contraceptive research and development: Looking to the future*. Washington, U.S.A.: National Academy Press.
- Haspels, A. A. (1994). Emergency contraception: A review [Abstract]. *Contraception*, 50(2) 101-108.
- Kavanaugh, M. L., Williams, S. L., & Schwarz, E. B. (2011). Emergency contraception use and counseling after changes in united states prescription status. *Fertility and Sterility*, In Press, Corrected Proof
- Leung, V. W. Y., Levine, M., & Soon, J. A. (2010). Mechanisms of action of hormonal emergency contraceptives. *Pharmacotherapy*, 30(2), 158-168. doi:10.1592/phco.30.2.158

- Lewington, G., & Marshall, K. (2006). Access to emergency hormonal contraception from community pharmacies and family planning clinics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 61(5), 605-608. doi:10.1111/j.1365-2125.2006.02623.x
- Lo, S. S. T., Kok, W., & Fan, S. Y. S. (2009). Emergency contraception: Knowledge, attitude and prescription practice among doctors in different specialties in hong kong. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 35(4), 767-774. doi:10.1111/j.1447-0756.2008.00995.x
- Marin, C. (2002). Nivel de conocimiento de los farmacéuticos acerca de las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) en San José de Costa Rica, en el año 2002. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 11(21), 1-5.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2010). Informe de resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Costa Rica, 2010. Informe de resultados San José, Costa Rica
- Shrader, S. P., Hall, L. N., Ragucci, K. R., & Rafie, S. (2011). Updates in hormonal emergency contraception. *Pharmacotherapy*, 31(9), 887-895. doi:10.1592/phco.31.9.887
- Speroff, L., & Darney, P. D. (2005). A clinical guide for contraception. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanford, J. B., & Dunson, D. B. (2007). Effects of sexual intercourse patterns in time to pregnancy studies. *American Journal of Epidemiology*, 165(9), 1088-1095. doi:10.1093/aje/kwk111
- Trussell, J., & Raymond, E. G. (2011). Emergency contraception: A last chance to prevent unintended pregnancy. Retrieved 29/04, 2011, from <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>
- World Health Organization. (2005). Emergency contraception. Retrieved 29/04, 2011, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/index.html>

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecimiento al apoyo financiero del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, CLAE.