

Programa Nacional de
Salud Sexual
y Procreación Responsable

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA

Guía de Procedimientos
para Profesionales de la Salud

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

 **Argentina**
un país en serio

Presidente de la Nación

Dr. Néstor Carlos Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Ginés González García

Secretario de Programas Sanitarios

Lic. Walter Valle

**Programa Nacional de Salud Sexual
y Procreación Responsable****Coordinadora**

M. Valeria Isla

Investigación y Desarrollo

Lic. Alejandra De Gatica

Autora

Dra. Eugenia Trumper

Procesamiento Didáctico

Lic. Sonia Núñez

Programa Nacional de
Salud Sexual
y Procreación Responsable

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA

Guía de Procedimientos
para Profesionales de la Salud

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

Argentina
un país en serio

Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable según Resolución N° 01/07 - Secretaría de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud de la Nación:

Mabel Bianco - FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer)

Guillermo Carrolli - CREP (Centro Rosarino de Estudios Perinatales)

Luis Alberto Escoto - OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS)

María del Carmen Feijoo - UNFPA (Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina)

Graciela Frigerio - CEM (Centro de Estudios Multidisciplinarios)

Gabriela Diker - CEM (Centro de Estudios Multidisciplinarios)

Silvia Oizerovich - AMADA (Asociación Médica Argentina de Anticoncepción) y SAGIJ (Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil)

Silvina Ramos - CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Diana Galimberti - Directora del Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires. Médica experta en Salud Sexual y Reproductiva

Paola Bergallo - Abogada experta en Derechos Humanos, Docente de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad de San Andrés.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	07
¿Qué es la Anticoncepción de Emergencia?	09
¿Qué es la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)?	09
¿Qué antecedentes existen acerca del uso de AHE?	09
¿Qué organismos aprobaron su uso?	09
¿Qué situaciones se consideran de emergencia para indicar la AHE?	08
¿Cuál es el contexto que señala la importancia de la AHE?	11
¿Qué métodos de AHE existen?	11
¿Qué ventajas presenta el método con LEVONORGESTREL (LNG) solo?	12
¿Cuál es la eficacia de la AHE?	13
¿Cuáles son los mecanismos de acción de la AHE?	15
¿Cuáles son los efectos colaterales de la AHE?	17
¿Cómo proceder frente a los vómitos en las primeras horas después de la toma de la AHE?	18
¿Existen contraindicaciones para la AHE?	18
¿En qué reside la seguridad de la AHE para la mujer?	19
¿Existen riesgos para el feto en los casos de falla o uso accidental de la AHE durante un embarazo?	19
¿Por qué no es conveniente utilizar la AHE como método anticonceptivo de uso regular?	20
¿Tienen sustento las preocupaciones relativas al posible aumento de las ITS/HIV y el uso abusivo de la AHE?	20
¿Se puede indicar AHE a una adolescente?	20
¿Qué papel juegan los profesionales de la salud en términos de difusión y consejería en AHE?	21
¿Cuál es el marco legal en el que está incluida la AHE?	22
BIBLIOGRAFÍA	23

PRESENTACIÓN

La Ley Nacional N° 25.673/02 a través de la cual se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable establece, entre otras cosas, la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho de toda persona a disponer y elegir el método anticonceptivo de su preferencia.

La Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) es un método anticonceptivo más, por lo que su distribución y difusión están contempladas dentro de las responsabilidades que el Estado debe cumplir según lo establecido en la mencionada ley.

El presente documento se propone establecer pautas comunes de atención, respecto de la AHE, para los profesionales de la salud cuyo desempeño se relaciona con la salud sexual y reproductiva. La intención es brindar los recursos necesarios que sostengan las permanentes decisiones que las tareas cotidianas acarrearán, de manera ética y rigurosa, priorizando los derechos de las personas por sobre la inercia de la acción, que suele prevalecer por su propia fuerza subjetiva.

Los modos de ver y concebir la salud sexual, así como el cuerpo propio y el ajeno, los derechos y las personas, en general cumplen un papel decisivo en las prácticas cotidianas e impactan en los sujetos que las llevan adelante. Pero estos modos, que hoy se impulsan y desarrollan, son producto de una historia y, como tales, podrían ser otros.

Consideramos que en este escenario se torna imperioso instalar la pregunta por el sentido de lo que hacemos, por las concepciones en juego y, fundamentalmente, por lo que consideramos posible, deseable y justo realizar en términos de políticas de Estado que sean garantes de derechos. Asumiendo que ya no contamos con las certezas de otros tiempos y que las “recetas” que teníamos no se muestran eficaces para intervenir. Debemos asegurarnos que algo valioso, que contribuya en la construcción de un futuro distinto, tenemos para ofrecer.

M. Valeria Isla
Coordinadora

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

ANTICONCEPCIÓN
HORMONAL
DE EMERGENCIA

¿QUÉ ES LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA?

La Anticoncepción de Emergencia (AE) se define como el uso de métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales dentro de un tiempo limitado luego de una relación sexual no protegida, con la finalidad de prevenir un embarazo no planeado.

¿QUÉ ES LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA?

La Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) consiste en el uso de una alta dosis hormonal dentro de los 5 días de una relación sexual no protegida para prevenir un embarazo no planificado. A diferencia de otros métodos anticonceptivos de uso regular debe usarse únicamente como método de emergencia.

También conocida como “la píldora del día después”, pero este término no es adecuado, ya que la AHE debe ser iniciada lo antes posible (“horas después”), inmediatamente luego del coito no protegido y hasta 120 horas después.

¿QUÉ ANTECEDENTES EXISTEN ACERCA DEL USO DE AHE?

Tratar de evitar un embarazo no esperado después de una relación sexual no protegida no es un método nuevo. El primer caso documentado de su uso en seres humanos aparece recién en la década de los '60, cuando médicos de los Países Bajos lo utilizaron en una niña de 13 años violada en la mitad del ciclo menstrual. En los primeros ensayos clínicos se usaron altas dosis de estrógenos (Haspels y col 1976), posteriormente se las reemplazó por altas dosis de anticonceptivos orales combinados conteniendo etinil estradiol y levonorgestrel (Yuzpe y col 1974). A esta combinación se la conoce como el método de Yuzpe. El uso de anticoncepción de emergencia con progestágeno LNG se propuso por primera vez en América Latina en 1973, siendo hoy el método de elección.¹

¿QUÉ ORGANISMOS APROBARON SU USO?

En noviembre de 1999 el Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales incorporó ambos métodos (Yuzpe y Gestágeno solo) en la lista de Drogas Esenciales. Esta presenta aquellos medicamentos “que sirven para satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población, por consiguiente deben estar disponibles en todo momento, en las cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas que se requiera, y a un precio asequible para las personas y la comunidad”.²

1. Haspels AA (1976), Yuzpe AA (1977), WHO 1998, en Lancet (1998), Kasserü y col. (1973).

2. WHO (1999)

¿QUÉ SITUACIONES SE CONSIDERAN DE EMERGENCIA PARA INDICAR LA AHE?

En caso de atender una mujer que ha sufrido una violación, además de prestar apoyo psicológico, legal y social a la víctima, la atención médica debe incluir la prevención de ITS/VIH y del embarazo (AHE si la mujer no estaba usando adecuadamente un método anticonceptivo).

La AHE está aprobada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de Europa, Norte América y muchas de las de Asia y de América Latina.³ Y en nuestro país por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentación y Tecnología Médica).

Está disponible en España, Italia, Austria, Brasil, formando parte, en muchos de ellos, de los programas de salud reproductiva; siendo de venta libre en países como Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Israel, Marruecos, Noruega, Portugal, Sudáfrica, Suecia, Reino Unido, y recientemente EE.UU.

La AHE sólo debe ser usada, como su nombre lo indica, en situaciones críticas que lo requieran, como último recurso y no en forma regular. En este sentido se considera que una situación es de emergencia siempre que haya habido coito no protegido, tal como en los siguientes casos:

- Relación sexual sin uso de método anticonceptivo
- Uso incorrecto, accidente o falla potencial de un método anticonceptivo.
 - 1) Rotura o deslizamiento del preservativo.
 - 2) Desplazamiento del diafragma.
 - 3) Expulsión completa o parcial del DIU.
 - 4) Toma incorrecta de píldoras anticonceptivas combinadas o con progestágenos solos.
 - 5) Uso incorrecto de la anticoncepción hormonal inyectable.

La AHE no sustituye a los métodos anticonceptivos de uso regular.⁴

A pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos la incidencia de embarazos no planificados todavía es alta en todo el mundo, particularmente en los países en desarrollo. De hecho en América latina y el Caribe, los estudios revelan que las mujeres tienen más hijos que los que desearían tener.

3. IPPF Med Bull (2004)

4. Health Care (2006), Faundes y col. (2003), Schiavon, R. (2002)

¿CUÁL ES EL CONTEXTO QUE SEÑALA LA IMPORTANCIA DE LA AHE?

Las razones de la mencionada incidencia son varias. En primer lugar, porque todos los métodos anticonceptivos tienen algún porcentaje de falla. La OMS estima que aunque todas las mujeres utilizaran métodos anticonceptivos en forma correcta, ocurrirían cerca de 6 millones de embarazos no planificados por falla de dichos métodos.⁵

En segundo lugar, porque tener relaciones sexuales sin protección es un hecho del diario vivir de las personas, debido a razones múltiples y variadas. En muchas ocasiones, el ejercicio de la sexualidad no es el resultado de una decisión libre. La violencia sexual, la intimidación, la coacción y todo ejercicio de poder para conseguir el dominio sexual son acciones vividas por mujeres en circunstancias en las que la relación sexual ocurre sin que estén protegidas. En cualquiera de estos ejemplos la incertidumbre frente a un posible embarazo, tiene un fuerte impacto en la salud mental de la mujer. A modo de ejemplo, se estima que en EE.UU. ocurren 32.000 gestaciones por año como resultado de violencia sexual.⁶ Cerca del 25% de las gestaciones, producto de los hechos antes mencionados, terminará en un aborto muchas veces realizado en condiciones de inseguridad, llevando anualmente a casi 67 mil mujeres a la muerte.⁷ Otra parte de esos embarazos será llevado a término, con posibilidades que la madre tenga dificultades para establecer un vínculo saludable con su hijo/hija. Esta situación tiene repercusiones a nivel individual, familiar y social.⁸

En tercer lugar, porque millones de personas tienen necesidades no satisfechas de planificación familiar por falta de acceso a métodos anticonceptivos apropiados, de información y/o de apoyo suficiente para utilizarlos.

¿QUÉ MÉTODOS DE AHE EXISTEN?

Hay dos tipos de regímenes de anticoncepción hormonal de emergencia:

- 1- Píldoras combinadas que contienen estrógeno y progestágeno. (Método de Yuzpe)
- 2- Píldoras con progestágeno solo. (Método LNG solo)

Método de Yuzpe (o régimen combinado): Se emplean dos dosis de 100 µg de etinilestradiol+ 500 µg de levonorgestrel cada una separadas por un intervalo de 12 horas lo más cercano posible al coito no protegido y hasta 120 horas después.

Existen productos dedicados para este fin que contienen la dosis exacta. Si no están disponibles, pueden usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contengan 30 µg de etinil-estradiol y 150 µg de levonorgestrel.

5. Faundes y col. (2003)

6. Faundes y col. (2003), Schiavon, R. (2002)

7. Piaggio y col. (1999); WHO, Geneve, 2003 en www.who.int/reproductive-health

8. Schiavon, R. (2002)

Método LNG solo (o régimen de levonorgestrel): Se puede emplear de dos maneras:

a) La modalidad más conveniente para las usuarias es usar una dosis única de 1500 μg de levonorgestrel (LNG), lo que es igualmente efectivo que la forma tradicional (dos dosis de 750 μg). Existen productos en estas dos presentaciones.

b) La forma tradicional ha sido usar dos dosis de 750 μg de levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas. Para esto, se usa una pastilla del producto registrado por dosis. Si no están disponibles, se puede reemplazar cada dosis por 25 pastillas de las píldoras de levonorgestrel sólo de 30 μg cada una que se emplean como anticonceptivo durante la lactancia.

Hasta hace poco tiempo se recomendaba su uso únicamente dentro de 72 horas de la relación no protegida, pero un estudio reciente de la OMS demostró que el levonorgestrel usado en una o dos dosis, también puede prevenir embarazos cuando es utilizado en el cuarto y quinto día después de una relación sexual, aunque su eficacia anticonceptiva sea menor en el quinto día.⁹

¿QUÉ VENTAJAS PRESENTA EL MÉTODO CON LNG SÓLO?

Las indicaciones para el método de Yuzpe o el de LNG son las mismas, pero el método de LNG presenta ventajas sobre el de Yuzpe ya que al no contener estrógenos, está exento de sus efectos colaterales.¹⁰

Otra ventaja del LNG es que no presenta interacción medicamentosa con los antirretrovirales; en cambio el método de Yuzpe podría interactuar con dichos medicamentos y disminuir la eficacia de la AHE. Esta condición es importante para mujeres seropositivas que utilicen AHE o para aquellas víctimas de violencia sexual que utilizan al mismo tiempo AHE para evitar el embarazo y antirretrovirales como profilaxis de la infección por HIV.¹¹

Así mismo el método de Yuzpe presenta ciertas limitaciones en algunas situaciones clínicas en las que el estrógeno es desaconsejable como ACVI (Stroke) o enfermedad tromboembólica.¹² En esas situaciones está indicado el uso de LNG en sustitución del método de Yuzpe.

El método de LNG es el de elección siempre que esté disponible.¹³

9. Von Hertzen y otros, (2002); Arowojolu, A. y otros, (2002); Ngai, S. y otros (2004).

10. WHO 1998, en Lancet (1998)

11. Faundes, A. y otros (2001)

12. Ngai, S. y otros (2004)

13. Dixon, G. y otros (1980), IPPF Med Bull (2004), Ho, P. y Kwan, M. (1993)

¿CUÁL ES LA EFICACIA DE LA AHE?

La efectividad de una terapia preventiva se suele medir comparando la probabilidad que la condición ocurra si la terapia es usada, con la probabilidad de que ocurra sin ella.

La posibilidad de embarazo sin el uso de AHE se estima indirectamente utilizando datos publicados sobre la probabilidad de embarazo en cada día del ciclo menstrual.¹⁴ A modo de ejemplo se ha estimado que si 100 mujeres tienen relaciones sexuales en la segunda o tercera semana del ciclo menstrual 8 lograrán embarazarse; en cambio, con el uso de AHE habrá sólo 2 embarazos.

Otra forma de medir la efectividad es mediante el cálculo del número de embarazos prevenidos por la AHE por relación sexual.¹⁵ La AHE presenta en promedio un índice de efectividad del 75%, esto significa que se podrían evitar 3 de cada 4 embarazos que ocurrirían después de una relación sexual desprotegida.¹⁶

Probabilidad de concepción y embarazo después de un coito único (tabla de Wilcox)(22)

Día del coito relativo a la ovulación	Concepción(BHCG) * %	embarazo %
-5	8	4
-4	17	13
-3	8	8
-2	36	29
-1	34	27
0 (ovulación)	36	8

* (Test de embarazo)

Varios estudios han indicado que ambos regímenes son más efectivos cuanto más rápido sean ingeridos luego de una relación sexual no protegida.¹⁷

Debe transcurrir el menor tiempo posible entre la relación sexual no protegida y la administración de la AHE, pues la efectividad disminuye a medida que el tiempo transcurre: menos de 12 horas 95%, entre 25 - 48 horas 85% y 58% entre 49 y 72 horas, con el régimen de levonorgestrel sólo.¹⁸

El retraso en la ingestión de la primera dosis incrementa el riesgo de embarazo en un 50% cada 12 horas.

14. Dixon, G. y otros (1980); IPPF Med Bull (2004); Trussell, J. y otros (1999)

15. Trussell, J. y otros (1999) y Trussell, J. y otros (1996)

16. Piaggio, G. y otros (1999); WHO 1998, en Lancet (1998).

17. Von Hertzen y otros, (2002); Arowojolu, A. y otros, (2002); Kane, L. (1989); Piaggio, G. y otros (1999); Ashok, P. y otros (2002); WHO 1998, en Lancet (1998); Wu, S. y otros (1999); Hamoda, H. (2004)

18. Trussell, J. y otros (1996)

Cuando se usan dentro de las 72 horas, la tasa estimada de embarazos es de:

	<i>Yuzpe</i>	<i>LNG</i>
Tasa de embarazo	3.2%	1.1 a 1.3%
Tasa de efectividad	57 – 75%	85%

Tiempo vs. Efectividad (% de embarazos prevenidos)

	<24 hs	25-48 hs	49-72 hs
<i>Yuzpe</i>	77%	36%	31%
<i>LNG</i>	95%	85%	58%

Eficacia estimada de la AHE (embarazos que se evitarían según día de uso)

	<i>LNG*</i>	<i>Yuzpe**</i>
Día 1 - 3:	91 -69%	día 1- 3: 72.8% (uso correcto) 66.5% (uso típico)
Día 4:	83%	día 4-5: 77.2% (uso correcto) 54.6% (uso típico)
Día 5:	31%	

*3757 usuarias sanas que la mayoría la usaron correctamente

** 812 usuarias: solo 116 tomaron la pastilla después de las 72 hs.

Es necesario tener presente que ninguno de ambos regímenes es 100% efectivo. Esto contrasta notoriamente con la eficacia de la anticoncepción hormonal de uso regular la cual, usada correctamente, previene el embarazo hasta en un 99% de las mujeres que tienen relaciones sexuales a lo largo de todo 1 año.¹⁹

Los resultados sobre la eficacia son lo suficientemente contundentes para permitir afirmar que la AHE debe ser administrada tan rápido como sea posible y preferentemente en dosis única dentro de los 5 días de una relación sexual no protegida.

19. Croxatto, H. (2005); Piaggio, G. y otros (2003)

¿CUÁLES SON LOS MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA AHE?

Todos los estudios tendientes a descubrir con exactitud el por qué la AHE puede prevenir un embarazo ha sido y continúa siendo motivo de diferentes investigaciones con diversos diseños.

La fertilización en los humanos no es un proceso eficiente; idealmente, cuando el coito se realiza durante los días fértiles, la probabilidad de fertilización es sólo de un 50% y es posible que mínimas alteraciones en los procesos previos puedan disminuir más esas probabilidades.

Los días fecundantes del ciclo menstrual son seis, el día de la ovulación y los cinco días previos a la ovulación, los días anteriores o posteriores a ellos no son fecundantes.

En la mayoría de los casos los espermatozoides tienen que esperar de uno a cinco días en el tracto genital antes de encontrar el óvulo. Este intervalo, considerado como “la ventana de oportunidad para la AHE”, le proporciona la posibilidad de interferir con la migración y la función del espermato y/o con el proceso de ovulación.

El efecto de los esteroides administrados depende del día en que se usan y la fertilidad de la mujer varía de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual en que se encuentre.²⁰

Acción sobre los ovarios

Distintas investigaciones, utilizando diferentes diseños experimentales, han explorado la posibilidad que la AHE altere el proceso ovulatorio. Los resultados parecen depender del momento de administración de la AHE con relación al ciclo ovárico.²¹

La AHE administrada durante la fase folicular tiene la capacidad de interferir en el proceso ovulatorio ya sea suprimiendo el pico de LH, la ruptura folicular o la luteinización.²²

El principal mecanismo de acción del LNG como lo demuestra la exhaustiva bibliografía publicada hasta el momento, es la luteinización del folículo ovárico.

Por todo lo expuesto, la administración de LNG durante la fase folicular del ciclo menstrual tiene la capacidad de interferir en el proceso ovulatorio.

Acción sobre los espermatozoides

Diversos estudios han señalado que el LNG actúa sobre las células mucosas del cuello uterino alterando la secreción de modo de tornarlo muy viscoso hasta el punto de suprimir el ascenso de los espermatozoides.²³

20. Wilcox, A. y otros (1995)

21. Swahn, M. y otros (1996); Ling, W. y otros (1979); Rowlands, S. (1986); Croxatto, H. y otros (2002)

22. Hapangama, D. y otros (2001); Marions, L. Y otros (2004)

23. Brache, V. y otros (1985); Croxatto, H. y otros (1987)

Kesserú y colaboradores, ya en el año 1974, describían esta característica del moco cervical y cómo, luego de su administración, no se recuperaban espermatozoides de la cavidad uterina.

La administración de 400 µg de LNG post coito afectó la migración de los espermatozoides entre las 3 y 10 horas después de la misma, redujo el número de espermatozoides recuperados de la cavidad peritoneal, aumentó el pH del fluido uterino, lo cual inmovilizó a los espermatozoides, e incrementó la viscosidad del moco del cuello uterino impidiendo el paso de más espermatozoides a la cavidad uterina.²⁴

Acción sobre el endometrio

Las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento muestran que la dosis de LNG contenida en la AHE no altera la receptividad endometrial ni impide la implantación.²⁵

Desde el punto de vista fisiológico y farmacológico es muy poco probable que la administración de progestágenos sintéticos utilizados en la AHE pueda reducir la receptividad endometrial, dado que los progestágenos naturales o sintéticos son así llamados por su capacidad de “sostener el embarazo” en animales ovariectomizados.

Los estudios realizados en animales de experimentación, tanto en monas como en ratas, señalan claramente que el LNG no interfiere con la implantación ni con el desarrollo del embrión, es decir, no altera los procesos que ocurren después de la fecundación.²⁶

Estudios recientes realizados en la mona *cebus apella* apoyan la hipótesis de que el LNG post coital previene el embarazo siempre y cuando la fecundación no se haya producido. El aparato reproductivo de esta especie de mona se estudia como el modelo animal más similar al aparato reproductivo de la mujer.²⁷

Investigaciones actuales señalan que los mecanismos de acción de la AHE evitan o retardan la ovulación o impiden la migración de los espermatozoides. Al no encontrarse las gametas masculina y femenina la fecundación no puede llevarse a cabo.

24. Kesserú, E. Y otros (1974)

25. Swahn, M. y otros (1996); Taskin, O. y otros (1994); Raymond, E. (2000)

26. Durand, M. y col. (2001); Taskin, O. y otros. (1994)

27. Ortiz, M. y otros (2004); Croxatto, H. Y otros (2003); Muller, A. y otros (2003)

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS COLATERALES DE LA AHE?

Los efectos secundarios generales incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal, sensibilidad mamaria, cefalea, mareos y fatiga.

Aproximadamente el 50% de las mujeres que toman AHE experimentan náuseas y un 20% vómitos.²⁸

El método de LNG sólo, tiene una incidencia significativamente menor de náuseas y vómitos que el método de Yuzpe. Un estudio acerca de la AHE con LNG solo, conducido por la OMS, señaló una reducción en la incidencia de náuseas (50%) y de vómitos (70%) en relación al régimen de Yuzpe.²⁹

Efectos secundarios de la anticoncepción hormonal de emergencia (adaptada de WHO, Lancet 1998, 352:428-33).

Método de levonorgestrel vs. Método de Yuzpe

% de mujeres que presentan el síntoma

Régimen

	<i>Yuzpe</i>	<i>LNG solo</i>	<i>valor de p</i>
Náuseas	50.5	23.1	<0.01
Vómitos	18.8	5.6	<0.01
Mareos	16.7	11.2	<0.01
Fatiga	28.5	16.9	<0.01
Cefalea	20.2	16.8	0.06

Todos estos efectos se resuelven dentro de las 24-48 horas posteriores de haber recibido la AHE.

Efectos colaterales relacionados al ciclo menstrual

La mayoría de las usuarias experimentan poca o ninguna alteración del ciclo menstrual, pero es importante que se esclarezca que se podría presentar un sangrado inmediatamente posterior a su uso.

El 50% de las mujeres tendrán su siguiente menstruación en la fecha esperada, en un 35% la menstruación se adelantará y un 13% tendrá un retraso máximo de 5 días. En los casos en que la menstruación se atrase por más de 5 días se debe sospechar la posibilidad de embarazo.

Todas estas alteraciones tienen remisión espontánea y son generalmente bien toleradas por la mujer.³⁰

28. WHO 1998, en Lancet (1998); Ashok, P. y otros (2002)

29. WHO 1998, en Lancet (1998)

30. Raymond, E. y otros (2006); Gainer, E. y otros (2006)

No se han descrito efectos cardiovasculares asociados al uso de las píldoras de AHE. Así lo demostró un estudio que evaluó su administración en 73.302 mujeres y 100.615 dosis prescritas, sin que se reportaran casos de enfermedad tromboembólica.³¹ No se conocen otros efectos médicos adversos, por lo que no se reconocen riesgos para la salud asociados al uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia.³²

El embarazo ectópico ha sido identificado en algunas series de casos, sin embargo el riesgo absoluto no parece estar aumentado al prevenir el embarazo en forma general.³³

La AHE es bien tolerada por la mayoría de las mujeres y excepcionalmente pueden presentarse efectos adversos de mayor intensidad.

¿CÓMO PROCEDER FRENTE A LOS VÓMITOS DENTRO LAS PRIMERAS HORAS DESPUÉS DE LA TOMA DE LA AHE?

Si el vómito ocurre dentro de las 2 primeras horas luego de la toma se recomienda repetir la dosis.³⁴ Otra opción para reducir el riesgo de náuseas es aconsejar la toma con alimentos, aunque las investigaciones sugieren que podría no ser efectivo.³⁵

Otra opción posible es la prescripción simultánea de antieméticos.³⁶

¿EXISTEN CONTRAINDICACIONES PARA LA AHE?

De acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, no hay ninguna condición clínica en la cual los riesgos de utilizar AHE superen los beneficios de su uso (categorías 1-2).³⁷

AHE criterios de la OMS, 3° edición 2004

<i>Condición</i>	<i>Categoría</i>
Violación	1
Lactancia	1
Historia de complicaciones cardiovasculares severas	2
Angina de pecho	2
Migraña	2
Enfermedad hepática severa	2
Uso repetido de AHE	1

31. Vasilaskis, C. y otros (1999)
32. WHO, Ginebra 1998; IPPF Med Bull (2004)
33. Trussel, J. y otros (2003); Nielsen, C. y otros (2000); Jian, Z. y otros (2003)
34. WHO, en www.who.int/reproductive/health
35. Raymond, E. y otros (2000); Ellerston, C. y otros (2003)
36. Raymond, E. y otros (2000)
37. J Pam Plann Reprod Health Care (2005)

Dado el corto tiempo de exposición y el bajo contenido hormonal total, la AHE del método de Yuzpe puede ser utilizada aún por aquellas mujeres con contraindicación para el uso de anticoncepción hormonal de uso continuo.

Sin embargo, aunque no se han evidenciado cambios en los factores de coagulación al utilizar el método combinado, es preferible el del método LNG solo, en aquellas mujeres con historia de ACVI (Stroke) o enfermedad tromboembólica.³⁸

No hay datos con respecto a la seguridad de los regímenes de AHE, tanto el de Yuzpe como el LNG solo, en cuanto a su uso frecuente; sin embargo la experiencia con otros regímenes similares con altas dosis de contraceptivos sugiere que la posibilidad de daño es improbable.³⁹ No inducirán un aborto si la mujer está embarazada, como así tampoco afectará al embrión.⁴⁰

¿EN QUÉ RESIDE LA SEGURIDAD DE LA AHE PARA LA MUJER?

La elevada seguridad de la AHE se explica por el tiempo corto de tratamiento y la baja dosis total administrada. Aún en el caso del método de Yuzpe la dosis total utilizada es cerca del 35% del total de una caja de cualquier anticonceptivo de baja dosis disponible en el mercado. Estudios clínicos epidemiológicos avalan la baja probabilidad de efectos serios para la salud de la mujer.

Se debe tener en cuenta que la prescripción de la AHE no debería estar condicionada a exámenes médicos o complementarios innecesarios.⁴¹

Para refrendar esto señalamos que en países en los cuales la anticoncepción hormonal de uso regular se expende solamente con receta médica, la AHE es de venta libre, como por ejemplo en, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Reino Unido y EE.UU.

¿EXISTEN RIESGOS PARA EL FETO EN LOS CASOS DE FALLA O USO ACCIDENTAL DE LA AHE DURANTE EL EMBARAZO?

La anticoncepción hormonal de emergencia no interrumpe un embarazo. Si la mujer estuviera embarazada en el momento de su administración, ésta no ejercerá ningún daño sobre el embrión en formación.

No existen evidencias epidemiológicas de que mujeres expuestas accidentalmente a anticonceptivos hormonales combinados de uso regular, durante la fase inicial de un embarazo presenten mayor incidencia de anomalías fetales. En el caso de la AHE se utilizan los mismos principios activos pero en dosis menores y por menos tiempo.⁴²

En los casos en que la AHE sea administrado en el inicio de la organogénesis, etapa de mayor vulnerabilidad del feto a los agentes teratogénicos, los estudios clínicos han comprobado la inocuidad de la AHE, no registrándose una mayor incidencia de anomalías fetales.⁴³

38. Vasilaskis, C. y otros (1999)

39. J Pam Plann Reprod Health Care 2005

40. como cito referencia 58?; Contraception (2006); Raman Wilms, L. y otros (1995); Simpson, J. (1990)

41. Jian, Z. y otros (2003); Dixon, G. y otros (1980); Muller, A. y otros (2003); WHO en www.who.int/reproductive-health

42. Kesserü, E. y otros (1973); Croxatto, H. y otros (1987); Taskin, O. y otros (1994)

43. Contraception (2006); Ramana Wilms, L. y otros (1995); Simpson, J. (1999)

¿POR QUÉ NO ES CONVENIENTE UTILIZAR LA AHE COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE USO REGULAR?

Si bien no hay límites para el número de veces que una mujer pueda utilizar la AHE porque no afecta su salud, este método no es para uso regular. Por un lado, porque se trata de un método menos efectivo para prevenir un embarazo en relación a los métodos regulares de anticoncepción utilizados antes o durante una relación sexual (píldoras anticonceptivas, preservativos, inyecciones hormonales o DIU). Por otro, porque si una mujer utiliza con frecuencia AHE puede tener irregularidades menstruales.

¿TIENEN SUSTENTO LAS PREOCCUPACIONES RELATIVAS AL POSIBLE AUMENTO DE LAS ITS/VIH Y EL USO ABUSIVO DE LA AHE?

La posibilidad que se reemplace el uso del preservativo por un uso en forma abusiva de la AHE es un tema que despierta preocupación en los profesionales de la salud, dado que este método como cualquier otro método regular de anticoncepción (excepto el preservativo) no protege a la mujer de las ITS, incluido el VIH.

Esta preocupación aunque legítima no ha sido confirmada. Contrariamente, en países como Alemania, Inglaterra, Finlandia y Australia las investigaciones han demostrado que las mujeres usan la AHE de manera eventual y responsable, la mayoría de las veces dentro de indicaciones aceptables y justificadas. No fue constatado ningún indicador o tendencia de uso abusivo o descontrolado y lo más importante fue que no se observó una disminución significativa del uso del método de barrera.⁴⁴ Estos resultados sugieren que la AHE no indujo o estimuló comportamientos de riesgo para ITS/VIH, más aún otros estudios indican que la AHE podría alentar la decisión de utilizar el preservativo como único método anticonceptivo sabiendo que en caso de accidente (rotura) existe un método de respaldo.

Este aspecto es muy importante ya que la elevada eficacia del preservativo en la prevención de las ITS/VIH es indiscutible y se deben hacer todos los esfuerzos posibles para promover su uso.

¿SE PUEDE INDICAR AHE A UNA ADOLESCENTE?

Sí. Al respecto es importante esclarecer que no existen diferencias en cuanto a las indicaciones para este grupo etario y la mujer adulta.

La adecuada administración de este método forma parte de las responsabilidades sociales y legales que los profesionales de la salud tienen respecto de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, tal como lo disponen las leyes vigentes (art. 4 de la ley 25.673).

44. Glasier, A. (1997); Bracken, M. (1990)

¿QUÉ PAPEL JUEGAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN TÉRMINOS DE DIFUSIÓN Y CONSEJERÍA EN AHE?

Los profesionales de la salud juegan un papel fundamental para insertar la AHE dentro de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. En este sentido, será de gran importancia la información clara y accesible que pueden ofrecer sobre AHE y las acciones que pueden desarrollar en las consultas.

Entre los aspectos sobresalientes a incluir en la información y explicación, es importante la alusión a los siguientes temas:

Conceptos básicos

- Que se puede evitar un embarazo luego de una relación sexual no protegida.
- Que debe ser administrada luego de la relación sexual y “cuanto antes mejor”.
- Que la AHE sirve de protección únicamente para “esa relación sexual”, pero no para relaciones sexuales posteriores durante ese ciclo, por ello se debe recomendar el uso de un método de barrera o bien abstinencia sexual hasta la próxima menstruación.
- Que la AHE no protege contra las ITS/VIH haciendo especial hincapié en el uso correcto y consistente del preservativo.

Efectos secundarios posibles

- Que la próxima menstruación puede no llegar en la fecha prevista y que un atraso de más de cinco días puede significar una falla del método, es decir un embarazo. En tal caso se le debe informar que la AHE no la perjudica a ella ni al embrión.

Uso abusivo

- Que su uso repetido no es aconsejable porque la AHE es menos eficaz que la anticoncepción de uso regular.
- Que no hay contraindicaciones en utilizarla más de una vez, salvo su menor efectividad, en relación a los métodos anticonceptivos de uso regular y las alteraciones del ciclo menstrual que suelen presentarse.

Alguna de las acciones básicas que el profesional debe desarrollar:

En la consulta regular:

- Informar de antemano sobre la posibilidad del uso de la AHE ante un eventual accidente, uso incorrecto o falla de un método anticonceptivo, especialmente a aquellas personas que optan por el preservativo como método regular.

En la consulta de urgencia sobre la AHE:

- Servir como puente, estimulando a la mujer a que adopte un método anticonceptivo de forma regular.

En todos los casos el profesional deberá indicar dónde y cómo conseguirla en el menor tiempo posible.

LA AHE ES LA ÚLTIMA ALTERNATIVA ANTICONCEPTIVA CUANDO SE HA TENIDO UNA RELACION SEXUAL SIN PROTECCIÓN Y POR ELLO DEBE ESTAR DISPONIBLE Y AL ALCANCE DE TODAS LAS MUJERES.

**¿CUÁL ES EL MARCO LEGAL EN EL
QUE ESTÁ INCLUIDA LA AHE?**

Es la **ley 25.673/02**, reglamentada por el decreto 1282/2003.

BIBLIOGRAFÍA

- Arowojolu A., Okewole, I., Adekunle, A. y col.** Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel or emergency contraception in Nigerians. *Contraception* 2002; 66:269-73.
- Ashok, P., Staler, C., Wagaarachchi, P., y col.** A randomized study comparing a low dose of mifepristone and the Yuzpe regimen of emergency contraception. *BJOG* 2002; 109:553-560.
- Brache, V., Faundes, A. y Johansson, E.** Anovulation, inadequate luteal phase and poor sperm penetration in cervical mucus during prolonged use of Norplant implants. *Contraception* 1985; 31:261-73.
- Bracken, M. B.** Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990; 552-557.
- Croxatto, H.** Anticoncepción de emergencia. Tratado Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Edit. Ascune Hnos. 1o Ed. 2005, 460-74, Argentina.
- Croxatto, H., Diaz, S. y Salvatierra, A.** Treatment with Norplant subdermal implants inhibit sperm penetration through cervical mucus in vitro. *Contraception* 1987; 36:193-201.
- Croxatto, H., Fuentalba, B., Brache, V. y col.** Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, on ovarian function. *Contraception* 2002; 65:121-8.
- Croxatto, H., Otiz, M. y Muller, A.** Mechanisms of action of emergency contraception. *Steroids* 2003; 68:1095-8.
- Dixon, G., Schlesselman, J., Ory, H. y col.** Ethinyl estradiol and estrogens as postcoital contraceptives. *JAMA* 1980; 244:1336-9.
- Durand, M. y col.** On the mechanisms of action of short term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 63 (2001), 227-234.
- Ellerston, C., Weeb, A., Blanchard, K., y col.** Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized, controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003; 101:1160-7.
- Faculty of family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit Guidance** (April, 2006) *Emergency Contraception. J. Fam. Plan Reprod. Health Care* 2006; 32(2):121-128.
- Faundes, A., Brache, V. y Alvarez, F.** Emergency contraception: clinical and ethical aspects. *Gynecol. Obstet.* 2003, 82:297-395.
- Faundes, A. y Leocadio, E.** Andalaft neto, J. V Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. *Femina* 2001, 29 (2):107-111.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit FPRHC Guidance** (July 2005) The use of contraception outside the terms of the product license. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005; 31:225-42.
- Gainer, E., Kenfack, B., Mboudou, E. y col.** Menstrual Bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception. *Contraception* 2006;74:118-24.
- Glasier, A.** Emergency postcoital contraception. *N. Engl. J. Med.* 1997, 337:1058-1064, 1997.
- Guillebaud, J.** Time for emergency contraception with levonorgestrel alone. *Lancet* 1998; 352:416, 1998.
- Hamoada, H., Ashok, P., Stalder, C. y col.** A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2004; 104:1307-13.
- Hapangama, D., Glaiser, A. y Baird D.** The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63:123-9.

- Haspels, A.** Interception. Postcoital estrogens in 3,016 women. *Contraception* 1976; 14:375-81.
- HO, P. y KWAN, M.** A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod* 1993; 8:389-92.
- Improving Access To Quality Care In Family Planning: Medical World Health Organization.** Reproductive Health and Research. eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition, Geneva, 2003. www.who.int/reproductive-health.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF).** Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. *Boletín Médico IPPF Med Bull.* 2004; 38 (1):1-2.
- Jian, Z. y Linan, C.** Ectopic gestation following emergency contraception with levonorgestrel. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8:225-8.
- Kane, L. y Sparrow, M.** Postcoital contraception: a family Planning study. *N Z Med J.* 1989; 102:151-3.
- Kesseru, E., Garmendia, F., Westphal, N. y Parada, J.** The hormonal and peripheral effects of dl-norgestrel in postcoital contraception. *Contraception* 1974; 10:411-24.
- Kesseru, E., Larrañaga, A. y Parada, J.** Postcoital contraception with dl-norgestrel. *Contraception* 1973; 7:367-79.
- Ling, W., Robichaud, A. Zayid, I., Wrixon, W. y col.** Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril* 1979; 32:297-302.
- Marions, L., Cekan, S., Bygdeman, M. y col.** Effects of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception* 2004; 69:373-7.
- Muller, A., Lladós, C. Y Croxatto, H.** Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception* 2003; 67:415-19.
- NGAI, S., FAN S., LI S. y col.** A randomized trial to compare 24h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod* 2004; 20:307-11.
- Nielsen, C. Y Miller I.** Ectopic gestation following emergency contraceptive pill administration. *Contraception* 2000; 62:275-6.
- Ortiz, M. et al.** Post-coital administration of LNG does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Human Reprod* 2004; 19 (6) 1352-56.
- Piaggio, G. y Von Hertzen, H.** Effect of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception. XVII FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics, 2-7 November 2003, Santiago, Chile.
- Piaggio, G., Von Hertzen, H. y Grimes, D. y col.** On behalf of the Task Force on postovulatory methods of fertility regulation. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999; 353:721.
- Raman Wilms, L. et al.** Fetal genital effects of first-trimester sex hormone exposure: a meta-analysis. *Obst Gynecol* 1995; 85:141-9.
- Raymond, E., Goldberg, A., Trussell, J. y col.** Bleeding patterns after use of levonorgestrel emergency contraceptive pills. *Contraception* 2006; 73:376-81.
- Raymond, E., Creinin, M., Barhart, K., y col.** Meclizine for prevention of nausea associated with emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology* 2000; 95:271-7.
- Raymond, E., Lovely, L., Chen-mok, M. y col.** Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod* 2000; 15:2351-5.
- Rowlands, S., Kubba, A., y Guillebaund, J. A** possible mechanism of actions of danazol and an ethinylestradiol/norgestrel combination used as postcoital contraceptive agents. *Contraception* 1986; 33:539-45.
- Schiavon, R. et al.** Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro, efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados. Resúmenes de la Primera Conferencia del Consorcio Latinoamericano de anticoncepción de emergencia. Quito, 2002.
- Simpson, J. L. y Phillips, O. P.** Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Adv. Contracept.* 1990, 41-167.
- Swahn M., Westlund, P. y Johannisson, E. y col.** Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75:738-44.
- Task Force on Post-ovulatory Methods of fertility Regulation.** Efficacy and side effects on immediate postcoital levonorgestrel used repeatedly for contraception. *Contraception* 2000; 61:303-8.
- Taskin, O., Brown, R., Young, D., Poindexter, A., Wiehle, R. y col.** High doses of oral contraceptives do not alter endometrial in the late implantation window. *Fertil Steril* 1994; 61:850-5.
- Trussell, J., Ellerston, C. y Rodriguez, G.** The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after? *Obstet Gynecol* 1996;88:150-4.
- Trussell, J., Hedley, A. y Raymond, E.** Ectopic pregnancy following use of progestin-only ECPs (letter). *J. Fam Plann Reprod Health Care* 2003;29:249.
- Trussell, J., Rodriguez, C. y Ellerston C.** Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59:147-51.
- Vasilaskis, C., Jick, S. y Jick, H.** The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999; 59:79.
- Von Hertzen H., Piaggio G. Y Ding J., y col.** Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
- Webb, A. y Taberner, D.** Clotting factors after emergency contraception. *Adv. Contraception* 1993;9:75-82.
- Who Drug Information vol. 13,** No 4, 1999.
- Who** Selected Practice Recommendations for contraception use. En www.who.int/reproductive-health.
- Wilcox, A. et al.** 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.
- 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.
- World Health Organization (Organización Mundial de la Salud).** Emergency Contraception: a guide for service delivery. **WHO/FRH7FPP798.** 19, Geneva, 1998.
- Wu, S., Wang, C., Wang, I. y col.** A randomized double-blind, multicenter study on comparing levonorgestrel and mifepristone for emergency contraception. *J. Reprod Med* 1999; 8 suppl 1: 43-6.
- Yuzpe, A. Lance WJ.** Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977; 28:932-6.

Trumper, Eugenia

Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud. : Métodos anticonceptivos / Eugenia Trumper ; edición literaria a cargo de: M. Valeria Isla - 1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2007. 24 p. ; 29x21 cm.

ISBN 978-950-38-0045-4

1. Salud Sexual y Reproductiva. 2. Métodos Anticonceptivos. I. Isla, M. Valeria, ed. lit.
II. Título

CDD 613.943 5

Fecha de catalogación: 26/01/2007

www.msal.gov.ar



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION



PLAN FEDERAL DE SALUD