

Manejo actual de la Anticoncepción de Emergencia



AUTORAS

Dra. Bozza Lorena, Dra. De Nardo Bárbara, Dra. Belardo Alejandra
Sección Endocrinología Ginecológica, Servicio de Ginecología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

lorena.bozza@hospitalitaliano.org.ar
alejandra.belardo@hospitalitaliano.org.ar

Introducción

La anticoncepción de emergencia (AE), se define como cualquier medicación o dispositivo utilizado con el fin de evitar un embarazo no planificado (ENP), ya sea en mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección o por fracaso del método anticonceptivo (MAC). Se concibe como una medida de rescate y no está destinada a ser utilizada como un método anticonceptivo primario.¹

Si bien en la actualidad contamos con métodos anticonceptivos sumamente efectivos, el ENP sigue siendo un grave problema para la salud pública, no solo en nuestro país sino también a nivel mundial, y está en estrecha relación con los abortos provocados. Según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) se calcula que en los países en desarrollo unas 214 millones de mujeres en edad fértil desean posponer el embarazo, pero paradójicamente, no utilizan ningún método anticonceptivo.² Esta problemática se vuelve aún más compleja, ya que se suma otro factor importante, y es que muchas personas por falta de acceso a métodos anticonceptivos apropiados y/o de información, no cuentan con la posibilidad de una vida sexual segura.

La anticoncepción de emergencia (AE) es una herramienta efectiva y accesible, y se la considera una estrategia importante para evitar un ENP.

En Argentina se encuentran actualmente disponibles tres métodos para AE: el Método de Yuzpe, el Levonorgestrel (LNG) y el DIU de cobre. Su uso es respaldado por muchas organizaciones internacionales de salud, incluida la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).³

El embarazo no planificado: Una problemática vigente

Se calcula que se producen alrededor de 208 millones de embarazos por año en el mundo, de los cuales cerca del 50% son no planificados y 33 millones de estos, surgen como consecuencia del uso incorrecto o de la falta de uso de un método anticonceptivo.²

Los embarazos no planificados, representan un problema de salud pública a nivel mundial, que se relaciona con costos importantes de salud, servicios sociales y un importante impacto psicológico para las mujeres y sus familias, que debe abordarse desde la prevención primaria.⁴

Las consecuencias más graves en la salud de las mujeres, derivan del embarazo interrumpido, realizándose bajo condiciones de clandestinidad e inseguridad.

Si bien el ENP, afecta a mujeres de todas las edades, una mención especial debe hacerse sobre las adolescentes, quienes constituyen la población más vulnerable. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial significativo, pero en la adolescencia su impacto es aún mayor. La OMS estima que anualmente, unos 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años cursan un embarazo⁴, en quienes casi un 80% de estos, son no planificados.⁵ En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (<20 años) respecto al total de nacimientos, se ha mantenido en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años.⁶

La alta tasa de ENP, tiene como consecuencia en esta población, una tasa alta de interrupción de los mismos. Un estudio de Falk y cols⁵ informa que hasta el 50% de los embarazos adolescentes conducen a abortos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en estas mujeres.⁴

En las adolescentes, el embarazo se asocia a mayor riesgo de morbilidad, tal como preeclampsia, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, bajo peso al nacer, aumento de muerte intraparto y aborto espontáneo.⁵ Wilson y cols, encontró que las niñas menores de 15 años, presentan 4 veces más riesgo de muerte fetal intraparto y este riesgo se duplica en las adolescentes de 15 a 19 años en comparación con las mujeres de 20 a 24 años.⁷

Sus consecuencias no solo afectan la salud física, sino que el ENP produce un impacto negativo a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo personal, comprometiendo la educación, con la consiguiente deserción escolar, pobre inserción en el mercado laboral y malas condiciones socioeconómicas.⁴

La planificación familiar, la educación sexual y la cobertura de salud universal son las medidas de prevención primaria para esta problemática; mientras que el aborto seguro forma parte de la prevención secundaria.

Características de la AE

Un método anticonceptivo de emergencia ideal debería ser seguro, aceptable, fácil de usar, efectivo luego de las 120 horas de la relación sexual, y que esté disponible fácilmente.⁸ Si bien existen múltiples métodos de AE disponibles en nuestro país, en la actualidad ninguno cumple con todos los criterios anteriormente mencionados.

Potenciales indicaciones para la anticoncepción de emergencia⁹

- Ausencia de uso de método anticonceptivo
- Víctimas de agresión sexual en mujeres que no se encuentran usando un método anticonceptivo regular
- Falla del método anticonceptivo por uso inadecuado o incorrecto:
 - Rotura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo
 - Olvido consecutivo de ≥ 3 comprimidos de anticonceptivos orales combinados
 - ≥ 3 horas de retraso con respecto a la hora habitual de toma del comprimido de progestágeno solo (minipíldora) o ≥ 27 horas después del comprimido anterior
 - ≥ 12 horas de retraso con respecto a la hora habitual de toma del comprimido de desogestrel (0,75 mg) o ≥ 36 horas después del comprimido anterior.
 - ≥ 2 semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo.
 - ≥ 4 semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo con acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada
 - ≥ 7 días de retraso en la administración del anticonceptivo inyectable combinado
 - Desplazamiento, rotura, o extracción precoz del diafragma o capuchón cervical
 - Fallo del coito interrumpido
 - Error de cálculo en el periodo de abstinencia o mantenimiento de relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo
 - Expulsión del DIU o del implante anticonceptivo hormonal.

Ventana de Oportunidad

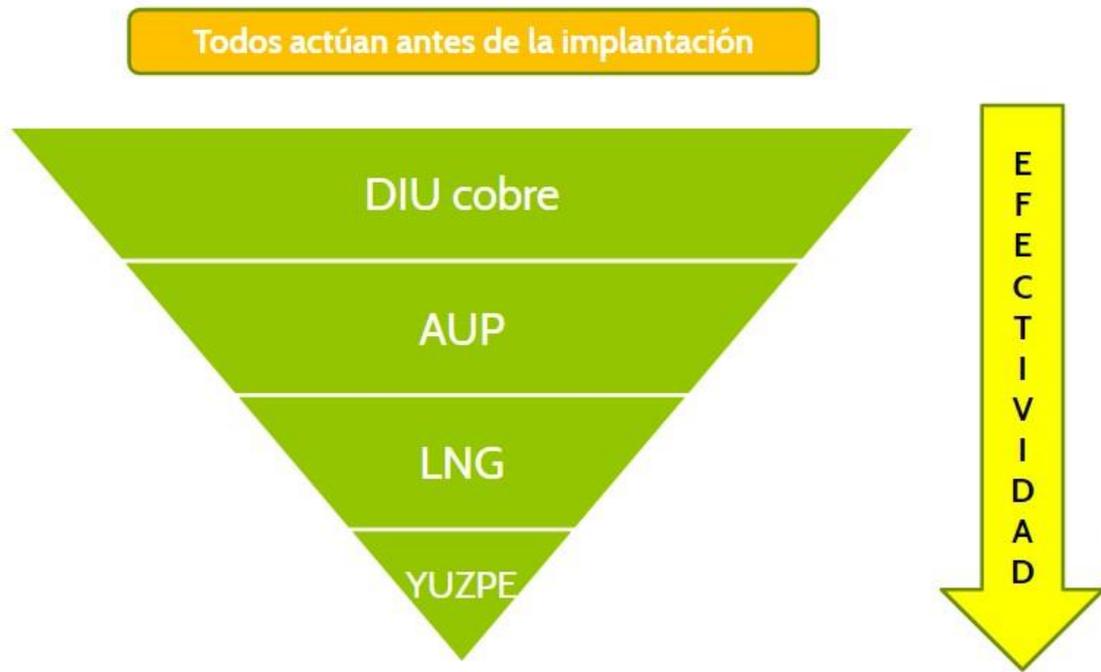
Se denomina ventana de oportunidad al tiempo que se dispone para administrar la AE y que la misma sea efectiva. Aunque el momento preciso de la ovulación es difícil de determinar con exactitud, el periodo de mayor riesgo se extiende desde los 5 días previos a la misma ya que los espermatozoides son viables en el tracto genital femenino durante aproximadamente 120 hs luego de la relación sexual.¹⁰ Si la ovulación se produce dentro de este periodo de tiempo, la fecundación podría tener lugar y la mujer estar en riesgo de embarazo.

Métodos Disponibles para ser usados como AE

Existen varios métodos efectivos para AE. Se enumeran según efectividad en la tabla N°1. En Argentina contamos con 3 métodos disponibles aprobados para AE: el DIU, levonorgestrel, y el Método de Yuzpe. Es importante hacer hincapié durante la consejería que ninguno de estos métodos protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Tabla N°1: Efectividad de los métodos disponibles para AE

Métodos Disponibles



DIU

El DIU de cobre es el método más efectivo para AE y es el único no hormonal. Presenta una tasa de embarazo menor de 0.1%.¹¹

Su *mecanismo de acción* principal consiste en la inhibición de la motilidad de los espermatozoides. Además, su presencia produciría una reacción inflamatoria estéril local, ejerciendo una acción tóxica sobre las gametas.³

La *ventana de oportunidad* es de 5 días desde la relación sexual no protegida, pero, al igual que los otros métodos, cuanto antes se coloque, mejor.¹¹

Además de brindar AE de alta eficacia, brinda anticoncepción a largo plazo, pudiendo ser utilizado como método anticonceptivo hasta por 10 años con una buena tasa de continuidad.¹ En un estudio realizado en pacientes que habían elegido el DIU como AE, se observó que el 64% de las usuarias continuaban con el dispositivo luego de los 12 meses de la colocación.¹² Esto demuestra el impacto beneficioso de este método sobre la disminución del riesgo de un ENP.

Lamentablemente la accesibilidad es limitada ya que requiere de un operador entrenado para la colocación, además del mayor costo inicial que presenta comparado con otros métodos.

Los riesgos de su uso son infrecuentes. Entre ellos podemos mencionar infección, expulsión, o perforación uterina (<1/1000 inserciones).¹³

El SIU–LNG (sistema intrauterino liberador de levonorgestrel), no se encuentra aprobado para AE.¹⁴

Levonorgestrel

El levonorgestrel, es el método más conocido y utilizado como método de AE. Consiste en la administración de una única dosis de 1.5 mg de levonorgestrel por vía oral o de dos dosis de 0.75 mg.

El *mecanismo de acción* principal es impedir o retrasar la ovulación ya que inhibe el pico pre-ovulatorio de la LH, impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo, no teniendo acción si la ovulación ya se produjo. Otro mecanismo de acción complementario es el espesamiento del moco cervical que dificulta la migración espermática. Este método no posee efectos sobre el desarrollo endometrial, y no impide la implantación del huevo ya fecundado.¹⁰

La *efectividad* depende del momento del ciclo en que se utilice y del tiempo transcurrido desde la relación sexual no protegida. Cuando se lo administra dentro de las primeras 24 hs de la relación sexual sin protección, su tasa de efectividad es superior al 95%, y esta disminuye a 58% si se administra luego de las 72 hs.¹ Otro factor que puede afectar la eficacia es el índice de masa corporal (IMC). La misma disminuye en pacientes con un IMC superior a 25, y es ineficaz en mujeres con un IMC mayor a 30, con una tasa de fracaso del 5,8%.¹¹ En 2015, Kapp y cols. combinaron datos de dos grandes estudios controlados y aleatorizados mostrando que las tasas de embarazo en mujeres que habían recibido LNG aumentaba significativamente de 1.4% entre las mujeres cuyo peso oscilaba entre 65-75 kg a 6.4% y 5.7% en los grupos de 75-85 kg y más de 85 kg, respectivamente.¹⁵

La ventana de oportunidad para su uso es de hasta 5 días luego de la relación sexual sin protección, pero como se mencionó con anterioridad, su efectividad disminuye en relación al tiempo transcurrido entre la relación sin protección y el inicio de la toma, no siendo efectivo si se administra luego del pico de LH.¹

Las ventajas principales de este método consisten en que posee un bajo costo económico, es de simple acceso y fácil de utilizar. Según la OMS, no existe ninguna condición clínica por la cual los riesgos de su uso superen los beneficios, por lo tanto puede administrarse en mujeres que no pueden recibir anticoncepción hormonal combinada en forma continua, fumadoras, o en pacientes con migrañas, entre otras.¹⁶

Los efectos adversos son infrecuentes y no representan un riesgo para la salud de la mujer. Entre ellos podemos mencionar náuseas y/o vómitos, mastalgia y cefaleas.¹⁰ También pueden presentarse cambios en el patrón menstrual; mientras que el 50% tiene la menstruación en la fecha prevista, el 35% de las usuarias puede tener una menstruación adelantada y el 13% atrasada. Se recomienda la realización de un test de embarazo si la misma se retrasa más de una semana.

Método de Yuzpe

Este método hormonal consiste en la administración de dos dosis de 100 µg de etinilestradiol combinado con 500 µg de levonorgestrel, cada una de las dosis separadas por un intervalo de 12 horas.¹⁷

El *mecanismo de acción* al igual que el levonorgestrel, es impedir o retrasar la ovulación.

Este método es el que presenta menor eficacia, con una tasa de embarazo de 3.2%,

La ventana de oportunidad es de hasta 72 horas después de la relación sexual sin protección.¹⁰

Los efectos secundarios suelen ser importantes, e incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal, sensibilidad mamaria, cefalea, mareos y fatiga.¹⁷

En nuestro país no disponemos de productos que contengan la dosis exacta, pudiendo usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contengan 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel. Si bien, este método no debe considerarse como primera elección, sigue siendo una opción muy importante cuando no existe otra alternativa.

Acetato de Ulipristal

El acetato de Ulipristal (AUP), es un modulador selectivo del receptor de progesterona (MSRP), con acción tejido específica. Se une a proteínas plasmáticas y se metaboliza por el citocromo P450 (CYP3A4). La dosis recomendada es de 30 mg administrados por única vez, vía oral.¹⁸

El mecanismo de acción primario es inhibir o retrasar la ovulación, ya que inhibe la liberación de LH hipofisaria e inhibe o posterga la ruptura folicular. Su efecto dependerá del momento del ciclo en que se lo administre: cuando se lo administra en fase folicular media inhibe el crecimiento folicular; si se lo administra antes o inmediatamente después del aumento de LH, inhibe 100% la ruptura folicular; si se toma cuando ya ha comenzado el aumento de LH, inhibe en un 79% la ruptura folicular; y si se lo administra durante el pico de LH no se inhibe.

Los mecanismos de acción secundarios son producidos a través de la acción sobre el endometrio, trompas, cérvix y espermatozoides.¹⁹

Sobre el endometrio actuaría sobre la receptividad endometrial y la implantación. Este mecanismo sería dosis dependiente: en dosis de 30 mg para uso de AE, no tendría efecto significativo en el espesor endometrial ni en la implantación y a la dosis diaria de 5 mg que se utiliza para el tratamiento de los miomas, se generarían los cambios endometriales con una disminución del espesor endometrial. Sobre las trompas el efecto es poco claro, es posible que tenga efectos agonistas sobre el receptor de progesterona, inhibiendo el movimiento ciliar y las contracciones musculares por lo que podría interferir con el transporte del ovocito o cigoto a través de las trompas. Sobre la función espermática inhibe la reacción acrosómica e hiperactivación inducida por progesterona.¹⁹

Se lo considera el método hormonal más eficaz para AE, con una tasa de embarazo de 0,9% a 2,1%.²⁰ En un metaanálisis de dos estudios en los que compararon Ulipristal vs Levonorgestrel, se observó que las probabilidades de embarazo entre las usuarias de ulipristal eran entre 42% y 65% más bajas que entre las usuarias de levonorgestrel en las primeras 72 y 24 horas luego de la relación sexual respectivamente.²¹ Como se mencionó con anterioridad, esta mayor eficacia de ulipristal se debe a que inhibe la ovulación incluso después del pico LH.

Al igual que el LNG, el ulipristal puede verse afectado por el peso corporal. Se ha demostrado que la efectividad disminuye en mujeres con IMC superior a 30 y es ineficaz en aquellas con IMC mayor a 35, con una tasa de fracaso del 2,6%. Sin embargo, su tasa de fracaso en las mujeres obesas es menor comparada con levonorgestrel.¹⁷

La *ventana de oportunidad* es de 5 días o 120 hs desde la relación sexual no protegida, siendo igual de eficaz al primer como al quinto día posterior a la misma.²⁰

Fue aprobado por la FDA en Junio de 2010 para AE. En nuestro país, no está aprobado para dicha indicación. Recientemente fue aprobado solo para el tratamiento médico de la miomatosis uterina en dosis de 5 mg.

Otros fármacos

La mifepristona, es un MSRP, que se encuentra disponible como AE en pocos países como China y Rusia. La dosis es de 10 a 25 mg. En dosis más altas de 600 mg, tiene efecto abortivo.¹

La combinación de meloxicam, inhibidor de COX - 2, en dosis de 15 mg junto con LNG, ha demostrado que podría bloquear la ruptura folicular incluso después del pico de LH. En un estudio piloto la administración de meloxicam solo (15 o 30 mg durante cinco días) habría demostrado ser eficaz para interrumpir la ovulación.²²

En el caso de la anticoncepción hormonal de emergencia de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, no hay ninguna condición clínica en la cual los riesgos de utilizarla superen los beneficios de su uso (categorías 1-2).¹⁶

Consideraciones clínicas

Existen diversos factores que debemos considerar a la hora de brindar un correcto asesoramiento en anticoncepción de emergencia. Por un lado las características inherentes al método - ventana de oportunidad, costo, disponibilidad-, y por otro lado los factores específicos de las pacientes, -preferencias de la paciente, peso, lactancia, interacciones medicamentosas, patologías previas-.¹⁰

Como se mencionó con anterioridad la ventana de oportunidad para el DIU y el AUP es de 5 días sin que exista riesgo de disminución de su eficacia en comparación al método de Yuzpe y el LNG que su máxima efectividad es hasta 72 hs, si bien el uso de este último está recomendado hasta 5 días. Con respecto al costo, si bien el DIU es el de mayor costo inicial, es costo efectivo ya que se trata de un LARC (long acting reversible contraceptives) que ofrece anticoncepción a largo plazo posterior al evento de urgencia.

El de menor costo inicial es el LNG. En cuanto a la disponibilidad, el DIU se encuentra incluido en la canasta de planificación familiar con cobertura al 100%, pero requiere operador entrenado y disponible para su colocación. El LNG es ofrecido y provisto en las salas de urgencia de clínicas y hospitales. Si bien es un medicamento de venta bajo receta, habitualmente se puede conseguir sin receta en las farmacias. El AUP no se encuentra disponible en nuestro país como AE, pero en Europa es de venta libre.

Con respecto a los factores específicos de la paciente, debemos tener en cuenta las preferencias de las mismas y para ello debemos realizar una correcta consejería para que la decisión sea en base a la información. Las pacientes con sobrepeso u obesas pueden tener menor eficacia anticonceptiva con el uso de LNG por lo tanto en estas pacientes podemos usar el doble de dosis o elegir otro método como el DIU. También es importante tener en cuenta la medicación concomitante que podría usar la paciente ya que las drogas inductoras o inhibidoras del CYP3A4 podrían interferir con la AE hormonal alterando la eficacia (ver tabla N°2).

Tabla N°2: Características de los métodos disponibles para AE

MÉTODO	DIU	LNG	Met. YUZPE
MEC. DE ACCIÓN	Reacción inflamatoria estéril Toxicidad sobre las gametas	Inhibición o retraso ovulación	Inhibición o retraso ovulación
DOSIS	-----	1.5 mg	100 mcg EE + 500 mcg LNG
VENTANA DE OPORTUNIDAD	<120 hs	< 120 hs	<120 hs
EFICACIA	99%	59 - 94%	47 – 89%
EFEKTOS ADVERSOS FRECUENTES	Cambios patrón de sangrado Algias pelvianas	Cefalea Náuseas/ Vómitos Mastalgia Fatiga Alt. ciclo menstrual	Cefalea Náuseas/ Vómitos Mastalgia Fatiga Alt. ciclo menstrual
CI	Embarazo EPI activa Alergia Cobre	-----	-----

	Enf. de Wilson <i>SUA</i>		
INTERACCIONES	-----	Medicamentos que reducen la eficacia de las anticonceptivos hormonales (ej: rifampicina, griseofulvina, anticonvulsivantes) también podrían reducir la eficacia	Medicamentos que reducen la eficacia de las anticonceptivos hormonales (ej: rifampicina, griseofulvina, anticonvulsivantes) también podrían reducir la eficacia
COSTO	Inicial alto <i>(LARC)</i>	Bajo	Bajo

Por lo tanto, el éxito dependerá de los conocimientos tanto de los médicos como de las pacientes a la hora de elegir el método, del acceso a los mismos (provisión anticipada de asesoramiento y de la receta médica) y, por supuesto de las políticas gubernamentales que aseguren la disponibilidad de los mismos.

Recomendaciones y lineamientos internacionales

Según las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists (FSRH) no se requiere test de embarazo previo a la provisión del método, debe iniciarse lo antes posible para maximizar la eficacia y puede usarse más de una vez en el mismo ciclo. Resulta fundamental educar sobre AE previamente a la necesidad.

Consejería de urgencia

En la consejería de urgencia es prioridad la accesibilidad, a fin de prevenir un ENP. Es conveniente utilizar esta oportunidad para hacer una adecuada consejería sobre MAC y hablar sobre el uso correcto de los mismos, pero NO debería ser una limitante para la entrega de AE. La persona que solicita AE tiene derecho a recibirla todas las veces que lo necesite.

Anticoncepción luego de la Emergencia

Aproximadamente más del 90% de las mujeres que usan AE evitan el embarazo. Sin embargo, no las protege de un ENP si mantienen en el mismo ciclo relaciones sexuales sin uso de MAC. Una revisión Cochrane observó que las relaciones sexuales en este contexto aumentaron las tasas de embarazo dos o tres veces en comparación con las mujeres que no tuvieron relaciones sexuales después de utilizar anticoncepción de

emergencia.²³ Esto demuestra la importancia de iniciar un método anticonceptivo regular inmediatamente en lugar de esperar hasta el próximo ciclo menstrual, práctica conocida como "inicio rápido" ("quick start").²⁴

En 2002, Westhoff y cols realizaron un estudio observacional en los Estados Unidos, donde se sugirió a las mujeres que habían elegido como MAC, anticonceptivos orales, comenzar su uso en el momento de la consulta, independientemente del día del ciclo menstrual. Los autores informaron que las mujeres que habían iniciado el método de inmediato, tuvieron mayor adherencia y continuidad de su uso en comparación con las mujeres que eligieron retrasar el inicio.²⁵ Desde entonces el "inicio rápido" se ha convertido en una práctica estándar en muchos países.

Retrasar el comienzo de la anticoncepción crea un período de tiempo durante el cual una mujer puede quedar embarazada, cambiar de opinión con respecto a la anticoncepción u olvidar las instrucciones sobre el método anticonceptivo elegido.²⁶

Antes de indicar un método anticonceptivo es necesario saber si existe riesgo de embarazo (ver tabla N°3) y debe advertirse a las mujeres que optan por anticonceptivos hormonales, que se requieren medidas adicionales (método de barrera o abstinencia) hasta que el MAC de "inicio rápido" sea efectivo.²⁴

Tabla N°3: Riesgo de embarazo²⁸

Se descarta embarazo si una mujer cumple uno o más de los siguientes criterios y no hay síntomas o signos de embarazo:
1. No ha tenido relaciones sexuales desde el comienzo de su último período menstrual normal (natural), desde el parto, aborto, embarazo ectópico o evacuación uterina por enfermedad trofoblástica gestacional.
2. Ha usado correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable. (Se pueden considerar confiables siempre que se hayan usado de manera consistente y correcta para cada episodio de coito).
3. Está dentro de los primeros 5 días del inicio de un período menstrual normal (natural).
4. Pasaron < 21 días después del parto (mujeres que no amamantan).
5. Se encuentra con lactancia exclusiva, amenorreica y dentro de los 6 meses del parto.
6. Está dentro de los primeros 5 días después del aborto, embarazo ectópico o evacuación uterina por enfermedad trofoblástica gestacional.
7. No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 21 días y tiene un test de embarazo en orina de alta sensibilidad negativo (capaz de detectar niveles de HCG de aproximadamente 20 mUI / ml).

Adaptado FSRH Guideline Quick Starting Contraception, April 2017.

Todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse de inmediato, teniendo en cuenta contraindicaciones médicas en cada caso en particular y habiendo recibido las mujeres información adecuada sobre las distintas alternativas a fin de decidir cuál podría satisfacer mejor sus necesidades.

Mitos a derribar

1. **¿Qué pasa si la mujer está embarazada?** No se recomienda el uso de AE ante la confirmación de embarazo, no obstante, no hay riesgos de teratogenicidad ni de aborto.
2. **¿Se puede usar nuevamente en el mismo ciclo?** Si, la AE puede usarse las veces que sean necesarias ya que su eficacia no se modifica. Sin embargo es importante reforzar el concepto que no debe adoptarse como método anticonceptivo habitual.
3. **Para el equipo de salud:** Facilitar el uso de AE no altera la conducta sexual ni las prácticas de cuidado de las personas. Dar información sobre AE no modifica en forma negativa el uso de otros métodos (barrera) y por lo contrario, restringir el acceso a la AE puede empeorar la situación de vulnerabilidad.

Conclusiones

Resulta primordial la implementación de una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables en la sociedad, con especial énfasis en los adolescentes a fin de evitar los ENP.

Al facilitar información sobre la AE se deben explicar los métodos anticonceptivos disponibles y ofrecer consejería sobre cómo actuar ante una falla de los mismos.

El uso de la AE está recomendado como medida de rescate, luego de una relación sexual sin protección y no se recomienda como método anticonceptivo de uso regular, ya que existe mayor posibilidad de fracaso que con los métodos habituales.

El DIU es la opción más eficaz dentro de la AE, con la gran ventaja de ser un método de larga duración. Su uso está subestimado, por su costo inicial y la necesidad de un profesional entrenado para su inserción.

El levonorgestrel continúa siendo hoy en día, el método más ampliamente conocido y utilizado en nuestro país.

Por último el método de Yuzpe, si bien, no debe considerarse como primera elección, sigue siendo una opción muy importante cuando no existe otra alternativa disponible.

La anticoncepción de emergencia proporciona una última oportunidad para prevenir el embarazo después de una relación sexual no protegida, motivo por el cual debe encontrarse al alcance de todas las mujeres.

Bibliografía

1. Rome E, Issac V, “Sometimes You Do Get a Second Chance” *Pediatr Clin N Am* 2017 Apr;64(2): 371-380.

2. WHO (2017): Planificación familiar. Nota descriptiva. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
3. Fok W, Blumenthal P “Update on emergency contraception” *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016 Dec;28(6): 522–529.
4. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri J “Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents” *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4): CD005215 .
5. Leftwich H, Ortega Alves M “Adolescent Pregnancy” *Pediatr Clin North Am*. 2017 Apr;64(2):381-388.
6. UNICEF (2013): Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. Disponible desde: <http://www.unicef.org.ar/>
7. Wilson R, Alio A, Kirby R, Salihu H “Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth” *Arch Gynecol Obstet*. 2008 Sep;278(3):231-6.
8. Gemzell Danielsson K, Trussell J “What do we need to know about emergency contraception?” *Contraception*. 2013, 88(5): 585-586.
9. WHO (2017): Anticoncepción de urgencia . Nota descriptiva. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
10. Koyama A, Hagopian L, Linden J “Emerging Options for Emergency Contraception” *Reproductive Health* 2013;7 23–35.
11. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S y cols. “Canadian Contraception Consensus (part 1 of 4)” *J Obstet Gynaecol Can*. Oct 2015 ;37(10):936-42.
12. Turok D, Jacobson J, Dermish A, Simonsen S, Gurtcheff S, McFadden M “Emergency contraception with a copper IUD or oral levonorgestrel: an observational study of 1-year pregnancy rates” *March* 2014;8(3): 222–228.
13. Whaley N, Burke A “Intrauterine contraception” *Womens Health* 2015 Nov;11(6):759-67.
14. Thomin A, Keller V, Darai E, Chabbert Buffet N “Consequences of emergency contraceptives: the adverse effects” *Expert Opin Drug Saf*. 2014 Jul;13(7):893-902.
15. Kapp N, Abitbol JL, Mathé H, Scherrer B, Guillard H, Gainer E y cols. “Effect of body weight and BMI on the efficacy of levonorgestrel emergency contraception” *Contraception* Feb 2015;91(2):97-104.
16. Gaffield M, Kiarie J “WHO medical eligibility criteria update” *Contraception* 2016 Sept; 94(3): 193-194.
17. Batur P, Kransdorf L, Casey P “Emergency Contraception” *Mayo Clin Proc* Jun 2016;91(6):802-807.
18. Rozenberg S, Praet J, Pazzaglia E, Gilles C, Manigart Y, Vandromme J “The use of selective progestin receptor modulators (SPRM) and more specifically ulipristal acetate in the practice of gynaecology” *Aust N Z J Obstet Gynaecol* Aug 2017;57(4): 393-399.
19. Rosato E, Farris M, Bastianelli C “Mechanism of action of ulipristal acetate for emergency contraception: A systematic review” *Front. Pharmacol* Jan 2016;6: 315.
20. Mozzanega B, Gizzo S, Di Gangi S, Cosmi E, Battista Nardelli G “Ulipristal Acetate: Critical Review About Endometrial and Ovulatory Effects in Emergency Contraception” *Reproductive Sciences* Jan 2014;21(6): 678-685.
21. Glasier A, Cameron S, Fine P, Logan S, Casale W, Van Horn J “Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: A randomised non-inferiority trial and meta-analysis” *Lancet* Feb 2010;375(9714): 555–562.

22. Jesam C, Salvatierra, Schwartz J, Croxatto H “Suppression of follicular rupture with meloxicam, a cyclooxygenase-2 inhibitor: potential for emergency contraception” *Human Reproduction* Feb 2010;25(2): 368–373.
23. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L “Interventions for emergency contraception” *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;8: CD001324.
24. Murphy L, Chen Z, Warner V, Cameron S “Quick starting hormonal contraception after using oral emergency contraception: a systematic review” *BMJ Sexual & Reproductive Health* Oct 2017;43: 247-248.
25. Westhoff C, Kerns J, Morron I, Cushman LF, Tiezzi L, Murphy P “Quick start: a novel oral contraceptive initiation method” *Contraception* Sep 2002;66(3): 141–145.
26. Simpson J, Craik J, Melvin L “Quick starting contraception after emergency contraception: have clinical guidelines made a difference?” *J Fam Plann Reprod Health Care* Apr 2014;0: 1–6.
27. Russell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher R, Trussell J, Nelson A, et al. (eds). *Contraceptive Technology*. New York, NY: Ardent Media, 2011.
28. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). *Quick Starting Contraception*, 2010. Disponible desde: <http://www.fsrh.org/documents/ceguidancequickstartingcontraception/>.

[Imprimir](#)