



.....
Anticoncepción de Urgencia

**Guía para la provisión de servicios en
Europa**

.....
Diciembre de 2013
.....

.....
ECEC

European Consortium for Emergency Contraception
(Consortio Europeo de Anticoncepción de Emergencia)
.....

.....

Anticoncepción de Urgencia

Guía para la provisión de servicios en Europa

.....

Publicado por el European Consortium for Emergency Contraception con el apoyo de la European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC) (Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva)



.....

Correspondencia a info@ec-ec.org

Permiso concedido de la reproducción de este documento para uso personal o educativo.

La copia con fines comerciales, de contratos o préstamos está prohibida.

.....



www.sec.es

Esta Guía ha sido traducida al castellano por la Sociedad Española de Contracepción

ÍNDICE

Prólogo	4
Introducción.....	5
Anticonceptivos de Urgencia en Europa.....	6
Qué hacer frente a una solicitud de anticoncepción de Urgencia (AU).....	6
¿Qué métodos se deben ofrecer?.....	9
¿Qué temas debe abordar una guía de AU?.....	10
Bibliografía.....	14

PRÓLOGO

Es un placer para mí introducir "Anticoncepción de Urgencia. Una guía para la provisión de servicios en Europa". Se trata de la primera publicación del Consorcio Europeo de Anticoncepción de Emergencia (European Consortium for Emergency Contraception, ECEC), una red de personas y organizaciones que lucha para expandir el conocimiento y el acceso a este método anticonceptivo en Europa.

Esta directriz puede ser un instrumento de gran utilidad para aquellos países que todavía no han desarrollado guías para la provisión de servicios de anticoncepción de urgencia (AU), así como para aquellos otros países que deseen actualizar sus actuales guías, especialmente a tenor de los numerosos cambios acontecidos en este campo en la última década (nuevos productos de AU en nuestros mercados, más datos disponibles acerca de la seguridad y eficacia de las píldoras anticonceptivas de levonorgestrel y los renovados esfuerzos para reposicionar el dispositivo intrauterino de cobre [DIU-Cu] como método de AU, entre otros).

La Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva (*European Society of Contraception and Reproductive Health, ESC*) trabaja para mejorar el acceso y proporcionar información sobre anticoncepción y cuidado de la salud reproductiva en Europa. Asimismo, nuestro propósito es armonizar el marco legal en el campo de la anticoncepción en nuestra región. La vocación de la ESC es cooperar con organizaciones e instituciones como el ECEC, que comparte los objetivos de la Sociedad para generar y compartir conocimientos y experiencias sobre anticoncepción.

La anticoncepción de urgencia es el único método anticonceptivo que puede utilizarse tras el coito y que ofrece a la mujer una segunda posibilidad de evitar el embarazo. El hecho de que este método esté disponible en todos los países Europeos significa ampliar las opciones anticonceptivas de las mujeres y de las parejas, así como la creación de un marco adecuado para disfrutar plenamente de los derechos de la reproducción. Las guías basadas en la evidencia y actualizadas son claves en el papel que juegan los proveedores de salud para ayudar a las mujeres a elegir las opciones anticonceptivas más idóneas y la mejor terapia de anticoncepción de emergencia para ellas.

Por mi parte, aliento a las sociedades nacionales de anticoncepción a usar este instrumento con el fin de estar debidamente equipadas para proporcionar la mejor guía posible de AU a las mujeres.

PROF. JOHANNES BITZER

PRESIDENTE

Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental del ser humano. Los avances científicos proporcionan a las parejas una gama cada vez más amplia de métodos anticonceptivos efectivos y seguros. La Anticoncepción de Urgencia (AU) contribuye al derecho de la salud reproductiva de la mujer y le ofrece la última posibilidad para prevenir el embarazo tras unas relaciones sexuales sin protección.

Existe una gran diversidad en el tipo de productos y regímenes de AU disponibles en los países Europeos, así como en las regulaciones nacionales para la provisión de servicios, lo que determina que el acceso a la AU sea desigual en la región. El presente documento es un modelo de guía destinada a ayudar a los responsables políticos y/o gestores de programas a desarrollar o actualizar las guías nacionales de AU, de acuerdo con la mejor evidencia disponible hasta la fecha y teniendo en consideración las circunstancias locales.

Con este instrumento, el Consorcio Europeo de Anticoncepción de Emergencia (ECEC) espera promover la armonización de acceso y provisión de AU en Europa. La guía presenta cuestiones clave que deben ser incluidas en las guías de práctica clínica dirigidas a los profesionales de la salud involucrados en proporcionar servicios de AU. Cubre los aspectos de las píldoras anticonceptivas de urgencia y el uso del dispositivo intrauterino de cobre para la AU. El documento presenta las preguntas que un proveedor de salud debe formular y la acción a llevar a cabo cuando una mujer solicita AU. Se asume que como mínimo existe un método de AU disponible, pero se presenta la evidencia actual para poder apoyar la decisión acerca de qué método utilizar cuando haya más de uno disponible.

El presente modelo de guía se basa en la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, WHO)^{1,2,3} y otras guías basadas en la evidencia.^{4,5,6} Una vez adaptada y ajustada en cada país, la guía puede ser de ayuda para profesionales involucrados en proporcionar asesoramiento en anticoncepción.

Esta guía ha sido desarrollada por la ECEC con la ayuda científica y económica de la Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva (ESCRH). Ha sido escrita por Anne Webb, con las contribuciones de Teresa Bombas, Anna Glasier, Emilio Arisi, Medard Lech, Ardian Paravani, Christian Fiala y Cristina Puig.

ANTICONCEPTIVOS DE URGENCIA EN EUROPA

La anticoncepción de urgencia (AU) se refiere a los métodos anticonceptivos que una mujer puede utilizar tras una relación sexual sin protección o con protección inadecuada.

Actualmente en Europa existen tres métodos principales de AU autorizados:

- Numerosos dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu)
- Píldoras anticonceptivas de urgencia de acetato de ulipristal (UPA) 30 mg
- Píldoras anticonceptivas de urgencia de levonorgestrel (LNG) 1,5 mg

Este modelo de guía hace referencia únicamente a estas tres opciones, enumeradas por orden de efectividad, ya que son las más ampliamente disponibles en Europa.

La AU puede reducir el riesgo de embarazo después de una relación sexual sin protección o con protección inadecuada entre un 75% y un 99% en función del método usado. La implantación de un DIU de cobre es el método de AU más efectivo, seguido de las píldoras de UPA. Las píldoras AU de levonorgestrel reducen el riesgo de embarazo como mínimo a la mitad y posiblemente hasta un 80% a un 90% tras una relación sexual no protegida o con protección inadecuada.⁴ La efectividad de la AU oral está relacionada con el momento del ciclo en el cual se toma la medicación. La mujer que usa un método de AU por vía oral debe ser advertida de que todavía es posible que ocurra un embarazo a pesar de tomar el tratamiento.

QUÉ HACER FRENTE A UNA SOLICITUD DE ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA (AU)

Unas pocas preguntas (A, B, C) determinarán si una mujer ya está embarazada o presenta alguna razón médica que limite el uso de AU. En la mayoría de casos, la mujer puede completar esta valoración por sí misma.

A) LA MUJER ¿PODRÍA ESTAR YA EMBARAZADA?

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) define el embarazo como una parte del proceso de la reproducción humana que *comienza con la implantación del ovulo fecundado y termina tanto con el nacimiento de un bebé como en un aborto*⁷

Si una mujer mantuvo una relación sexual sin protección (RSSP) más de 3 semanas antes y no ha tenido su regla normal desde entonces, es posible que esté embarazada. En este caso, si una prueba de embarazo de alta sensibilidad es negativo, definitivamente no existe embarazo y se le puede administrar cualquier AU.

Si ya ha ovulado, los anticonceptivos de urgencia (LNG y UPA) no funcionan. Si la implantación ya he tenido lugar, es demasiado tarde para utilizar cualquier método de AU. Antes de colocar un DIU-Cu, el clínico debe tener una certeza razonable de que no existe un embarazo.

¿QUÉ PODRÍA SUCEDER SI UNA MUJER YA ESTUVIESE EMBARAZADA AL TOMAR LAS PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE URGENCIA?

No hay evidencia que indique que las píldoras anticonceptivas de urgencia de LNG puedan tener efectos teratogénicos si se toman en cualquier etapa del embarazo. La evidencia actual sugiere que las píldora de UPA en la dosis utilizada para la AU no lesionan a un embarazo en curso, pero los datos disponibles son todavía escasos. No hay evidencia que sugiera que los DIUs-Cu tengan efectos teratogénicos en un embarazo establecido.

SABER SI UNA MUJER ESTÁ EMBARAZADA

Los profesionales de la salud pueden tener una certeza razonable de que una mujer no está actualmente embarazada, si se cumplen uno o más de los criterios siguientes y no hay síntomas o signos de embarazo⁸

- No ha tenido relaciones sexuales desde la última regla normal.
- Ha estado utilizando correctamente y consistentemente un método anticonceptivo fiable.
- Se encuentra dentro de los primeros 7 días del inicio de una regla normal.
- Se encuentra dentro de los primeros 7 días tras un aborto inducido o espontáneo.
- Se encuentra dentro de las 4 semanas después del parto y no está dando lactancia materna.
- Se encuentra completamente o casi completamente en periodo de lactancia materna y amenorreica, y en un intervalo inferior a 6 meses desde el parto.

La práctica de la prueba de embarazo 3 semanas después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección ayuda a excluir un embarazo. Si la prueba de embarazo se realiza antes, el resultado puede ser un falso negativo.

B) ¿EXISTE ALGÚN RIESGO DE EMBARAZO?

Si se han mantenido relaciones sexuales sin protección o sin protección total, nunca es posible asegurar con absoluta certeza que no hay riesgo de embarazo, de forma que la AU debe considerarse siempre, con independencia del momento del ciclo en el que se encuentre la mujer. Es mejor ofrecer AU que asumir el riesgo de un embarazo no planeado.

¿QUÉ ES UNA RELACIÓN SEXUAL SIN PROTECCIÓN (RSSP)?

Cualquier situación en la cual una mujer no ha utilizado ningún método anticonceptivo o no se ha usado un método anticonceptivo correctamente y consistentemente.

¿QUÉ ES UN USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO INCORRECTO E INCONSISTENTE Y CUÁNDO DEBE CONSIDERARSE LA AU?

Preservativos masculinos y otros métodos de barrera:

Si no se han usado métodos de barrera desde el primer contacto genital hasta el final del coito o si existe alguna duda acerca de si el preservativo se ha salido o roto.

Anticonceptivos hormonales orales combinados (AOC):

Si se han olvidado tres o más píldoras consecutivas.

Anticonceptivos hormonales combinados: anillo vaginal y parche cutáneo:

Si se ha producido desplazamiento, retraso en la colocación o extracción temprana del anillo vaginal o del parche cutáneo según se indica en las instrucciones del fabricante.

Píldora tradicional de progestágeno solo (POP):

Si se ha tomado la píldora transcurridas más de 27 horas desde la ingesta de la píldora previa y se ha mantenido una RSSP antes de que POP se haya tomado de nuevo correctamente durante 48 horas.

POP de dosis alta desogestrel):

Si se ha tomado la píldora transcurridas más de 36 horas desde la ingesta de la píldora previa y se ha mantenido una RSSP antes de que POP de desogestrel se haya tomado de nuevo correctamente durante 48 horas.

DIU y sistema de dispositivo intrauterino conteniendo LNG:

Si se ha expulsado o retirado el dispositivo y se ha mantenido cualquier RSSP durante los 7 días previos a la retirada del mismo.

Anticoncepción inyectable Depo-Provera (DMPA):

Si se ha mantenido cualquier RSSP transcurridos más de 16 semanas después de la última inyección.

Los fármacos que son inductores enzimáticos pueden interactuar con la anticoncepción hormonal combinada, POP e implante, reduciendo su efectividad. La AU debe ser considerada si no se utilizó un método anticonceptivo adicional en el momento de la RSSP mientras se estaban tomando fármacos inductores enzimáticos y durante 28 días tras finalizar el tratamiento de los mismos.

C) ¿QUÉ PRECAUCIONES SON NECESARIAS CONSIDERAR EN EL USO DE AU?

¿ESTÁ TOMANDO LA MUJER ALGUNA OTRA MEDICACIÓN?

DIU-Cu: No existen interacciones farmacológicas relevantes.

UPA y LNG: Los fármacos inductores enzimáticos (algunos antiepilépticos, antirretrovirales y la hierba medicinal *Hypericum perforatum*) incrementarán el metabolismo de los AU orales, disminuyendo su efectividad. Aunque no existe evidencia de buena calidad que apoye doblar la dosis de LNG, ello frecuentemente se hace en el caso de mujeres en tratamiento con fármacos inductores enzimáticos^{6,10}

¿PRESENTA ALGUNA PATOLOGÍA MÉDICA QUE PUDIERA CONTRAINDICAR EL USO DE AU?

LNG: No hay restricciones médicas para el uso de AU con LNG.^{3,4}

UPA: El fabricante sugiere precaución en mujeres con asma grave no controlada con glucocorticoides orales, disfunción hepática, problemas hereditarios de intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa Lapp o mala absorción glucosa-galactosa, así como en mujeres con hipersensibilidad a UPA. Hay que evitar la lactancia materna durante siete días después de haber tomado UPA y su administración no debe repetirse en el mismo ciclo.

DIU-Cu: El uso de un DIU-Cu como método de AU implica los mismos criterios de elegibilidad que para la inserción rutinaria de un DIU-Cu. Las mujeres con sangrado menstrual abundante se consideran elegibles para la AU con DIU-Cu. El riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazo ectópico previo, edad y nuliparidad no son razones para restringir el uso del DIU-Cu.^{3,5,6}

¿QUÉ MÉTODOS SE DEBEN OFRECER?

Cada mujer debe ser aconsejada por un profesional de la salud para explicarle las opciones disponibles e informarle acerca de dónde puede tener acceso a otros métodos, en el marco de las limitaciones de tiempo de la AU. Actualmente, el LNG es el método de más fácil acceso, vendiéndose en las farmacias de la mayoría de los países Europeos.

SI SOLAMENTE HA HABIDO UN EPISODIO DE RSSP...

Menos de 72 horas antes, las opciones son:

- DIU-Cu es el más efectivo
- UPA es ligeramente más efectivo que LNG
- LNG

Entre 72 y 120 horas antes, las opciones son:

- DIU-Cu es el más efectivo
- UPA está aprobado para esta indicación y es efectivo
- LNG no está aprobado para esta indicación, pero parece tener algún efecto hasta las 96 horas.

Más de 120 horas, las opciones son:

- Un DIU-Cu todavía puede utilizarse si se cree que la mujer se encuentra antes de la primera fecha del inicio de la implantación: como mínimo seis días después de la RSSP y alrededor del día 20 de un ciclo de 28 días.

SI HA HABIDO MÁS DE UN EPISODIO DE RSSP, LAS OPCIONES SON:

..... El DIU-Cu es el más efectivo y puede utilizarse en cualquier momento hasta el día en el que el inicio de la implantación pudiera haber tenido lugar: como mínimo seis días después de la RSSP y alrededor del día 20 de un ciclo de 28 días.

..... UPA puede utilizarse si todos los episodios de coito acontecieron dentro de las últimas 120 horas.

..... LNG, ya que se considera seguro para su empleo fuera de las restricciones de uso aprobadas.

¿QUÉ TEMAS DEBE ABORDAR UNA GUÍA DE AU?

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE UNA MUJER DEBE ESPERAR O QUE DEBE SER ADVERTIDA ACERCA DE LOS MISMOS?

La mayoría de mujeres que toman un AU (LNG o UPA) no presentan ningún efecto secundario. La siguiente regla puede presentarse antes, a tiempo o retrasarse, así como aparecer sangrado imprevisto. Pueden presentarse náuseas, vómitos, cefalea y mareos, pero tienden a ser leves y autolimitados. Hay que hacer una prueba de embarazo si la regla se retrasa más de siete días.

Los efectos secundarios de un DIU-Cu son los mismos que para los DIUs colocados de forma rutinaria. Pueden incluir malestar en el momento de su colocación, aumento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) durante las primeras tres semanas, riesgo de expulsión, desplazamiento o perforación y sangrados más abundantes o dolorosos.

¿QUÉ DEBE HACER UNA MUJER SI VOMITA DESPUÉS DE INGERIR UN AU ORAL?

En el caso poco probable de que una mujer presente vómitos durante las 2 horas siguientes a la ingesta de AU de LNG o durante las 3 horas siguientes a la ingesta de AU de UPA, se puede repetir la dosis u optar por la colocación de un DIU-Cu.

¿QUÉ SEGUIMIENTO SE REQUIERE?

Después de AU no es necesario ningún seguimiento de rutina. La mujer precisa adoptar medidas anticonceptivas en todas las relaciones sexuales futuras si desea evitar el embarazo, dado que la AU oral no previene el embarazo resultante de otras relaciones sexuales durante el mismo ciclo.

El seguimiento tras la colocación de un DIU-Cu por AU es el mismo que para la colocación rutinaria de DIU-Cu.

Si la regla de la mujer se retrasa más de 7 días o no ha tenido la regla durante un periodo de tres semanas después de la AU, hay que hacer una prueba de embarazo.

¿QUÉ MÁS DEBE PREGUNTAR EL CLÍNICO?

¿Tiene intención de usar un método anticonceptivo de forma continuada?

El DIU ofrece anticoncepción continuada hasta 10-12 años en el caso de dispositivos de cobre de alta carga.

Si la mujer lo desea, puede iniciar con seguridad todos los métodos de anticoncepción hormonales (píldoras, parches, inyectable, implantes) a excepción del sistema intrauterino con LNG (SIU-LNG) el mismo día de la AU (inicio rápido).⁸ Es necesario utilizar precauciones adicionales (preservativos masculinos o abstinencia) entre 2 a 16 días en función del método anticonceptivo elegido y del método de AU empleado. Cuanto más rápido sea el inicio, más rápida será la protección, reduciendo el riesgo de un futuro embarazo. Muchas mujeres (30%) mantienen relaciones sexuales en el intervalo de espera a la siguiente regla y puesto que la AU puede solo retrasar la ovulación, el riesgo de embarazo se mantiene durante el resto del ciclo hasta que tenga la regla.

Si el **clínico** que atiende a la mujer no puede solventar la cuestión de la anticoncepción **de forma continuada**, hay que indicar las vías de acceso para garantizar este servicio.

¿HAY ALGÚN RIESGO DE ITS?

Una petición de AU es una buena oportunidad para promover la prevención de ITS y el uso de preservativos masculinos cuando existe un riesgo. Hay que alentar a todas las mujeres a que hagan una valoración del riesgo de ITS teniendo en cuenta la prevalencia local de infección y las facilidades de análisis para su detección. Si la mujer está en riesgo, la prueba para el diagnóstico de ITS, idealmente, debería ofrecerse en la misma visita o debería derivarse a una consulta que pueda proporcionar dicho servicio después de transcurrido el tiempo de espera necesario (p.ej. 3 meses para que la prueba del VIH sea positiva desde la situación de riesgo).

¿PUEDE EL CLÍNICO CUANTIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE EMBARAZO Y ACONSEJAR DIFERENTES MÉTODOS EN FUNCIÓN DE DICHO NIVEL DE RIESGO?

No. La fecha de la ovulación en un ciclo es muy variable incluso en mujeres que tienen ciclos “regulares” y que saben la fecha del primer día de su última regla. Por lo tanto, no es posible con ningún grado de certeza determinar en qué momento del ciclo se encuentra una mujer con respecto a la ovulación, y solo ella puede determinar el grado de riesgo que está dispuesta a aceptar, y sobre esta base, el método que prefiere utilizar si es posible que pueda elegir el método de AU. El riesgo de embarazo en los tres primeros días de un ciclo normal es muy bajo, de modo que una mujer puede elegir no optar por ningún método de AU en esta circunstancia. En este momento podría iniciar cualquier otro método anticonceptivo ya que sería efectivo inmediatamente.

¿ES ACONSEJABLE LA AU INCLUSO SI EL VARÓN NO HA EYACULADO?

El pre-eyaculado puede contener espermatozoides, por lo que siempre hay un riesgo de embarazo si ha habido penetración. Si una mujer desea evitar el embarazo debe usar un método de AU después de cualquier situación de riesgo.

¿PUEDEN LAS PÍLDORAS AU AFECTAR A UN EMBARAZO IMPLANTADO O CAUSAR UN ABORTO?

No. No hay evidencia de que LNG o UPA usados a las dosis de la AU puedan prevenir la implantación o causar un aborto. Las píldoras anticonceptivas de urgencia no se deben confundir con los regímenes farmacológicos empleados para la interrupción legal de un embarazo.

Con respecto al DIU-Cu para AU, las regulaciones a nivel de cada nación determinarán si se debe evitar su uso si existe algún riesgo de implantación, la prueba de embarazo será definitiva.

¿EXISTEN LÍMITES DE EDAD INFERIORES Y SUPERIORES?

No. Si una mujer está en riesgo de embarazo, debe tener acceso a AU, independientemente de su edad. Una mujer puede quedarse embarazada antes de haber tenido nunca su primera regla (menarquia) y hasta la menopausia, lo cual solamente se puede diagnosticar retrospectivamente.

No hay razones médicas para negar AU con LNG a cualquier mujer que haya estado en riesgo de quedar embarazada, pero que no desea el embarazo, el cual constituiría la alternativa de un embarazo no planificado y posiblemente no deseado.

Sin embargo, los temas de la salvaguarda de los niños o de los adultos vulnerables no deben ser ignorados. Cada país debe definir claramente el marco legal referido al consentimiento para practicar sexo y el tratamiento, así como las recomendaciones de cualquier organización profesional con respecto al cuidado de los menores que no pueden consentir o no han consentido a tener relaciones sexuales.¹¹

¿SE DEBE INDICAR AU EN MUJERES TRAS UNA VIOLACIÓN/AGRESIÓN SEXUAL?

Sí. La AU puede ser ofrecida a todas las mujeres que han sufrido una violación sexual/agresión sexual y presenten cualquier tipo de riesgo de embarazo. La AU debe formar parte de cualquier servicio de primera línea ofrecido a mujeres tras una violación sexual, y debe estar disponible al momento en el marco de los servicios de atención de urgencia.¹²

¿ES IMPORTANTE EL TIEMPO?

Sí. Una mujer solamente puede quedarse embarazada aproximadamente alrededor de una semana de cada mes. El riesgo más alto es el día antes o el día de la ovulación. Debido a que los métodos de AU oral solo funcionan hasta justo antes de la ovulación, cuanto antes se administre el tratamiento, más probable será estar dentro del rango de su efectividad. El retraso a los accesos de todos los métodos debe ser minimizado.

¿CUÁNTAS VECES UNA MUJER PUEDE TOMAR UN AU ORAL?

Cada vez que esté en riesgo de un embarazo no deseado. No hay evidencia de ningún daño por el uso repetido de AU con LNG. Hasta que no haya más datos de vigilancia disponibles, el fabricante de UPA recomienda no usarlo más de una vez por ciclo.

Cada ocasión es una oportunidad para ofrecer el uso de un método anticonceptivo y la prevención de ITS. El uso repetido de un AU oral puede determinar una variación temporal en el patrón de sangrado.

¿SE PUEDE USAR AU EN UNA MUJER DURANTE LA LACTANCIA MATERNA?

Sí.

..... La píldora de LNG: Puede usarse sin ninguna consideración adicional.

..... UPA: La mujer debe ser advertida de desechar la lactancia materna durante una semana. Se trata solo de un principio por precaución. No se ha demostrado que UPA cause ningún daño, pero se ha detectado en la leche materna y sus efectos sobre los lactantes no se han sido estudiados.

..... DIU-Cu: Puede ser insertado a partir de las cuatro semanas después de haber dado a luz³ incluso en mujeres durante la lactancia materna.

LA AU ¿PUEDE SER CAUSA DE INFERTILIDAD?

No. La AU con anticonceptivos orales de urgencia o DIU-Cu, no tiene efecto a largo plazo sobre la fertilidad.

¿EXISTE UN MAYOR RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO?

No. Incluso con un DIU-Cu.

¿EXISTE UN MAYOR RIESGO DE ICTUS O ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL?

No.

¿SON NECESARIAS ALGUNAS PRUEBAS ANTES DE INDICAR LA AU?

No. No se precisa ninguna prueba antes de usar la AU. Si la historia clínica sugiriese que la mujer puede estar embarazada, hay que realizar una prueba de embarazo, si está disponible. Si no está disponible, hay que indicar AU con LNG.

EL AUMENTO AL ACCESO DE AU ¿AUMENTA LA TASA DE ITS?

No.

EL AUMENTO AL ACCESO DE AU ¿REDUCE EL USO DEL ANTICONCEPTIVO HABITUAL?

No.

¿DÓNDE DEBE ESTAR DISPONIBLE LA AU?

Las píldoras AU deben estar disponibles en tantos puntos de venta como sea posible (farmacias, supermercados, máquinas de venta expendedoras, etc.). No es necesario visitar a la mujer para AU oral, de modo que en cada país debe haber instrucciones claras sobre cómo proceder para las prescripciones "por teléfono" y las vías para remitir a la mujer a la colocación de un DIU-Cu en el tiempo oportuno.

¿QUIÉN PUEDE FACILITAR AU?

Cualquiera que tenga una formación adecuada. La mujer por sí misma puede hacer la mayoría de las evaluaciones. Cualquier profesional de la salud, médico, enfermera, comadrona y farmacéutico, siguiendo simples guías, deben ser capaces de tener una conversación sensible y confidencial para ayudar a las mujeres con cualquier cuestión que pudieran tener, y dirigir las a cualquiera de los servicios requeridos.

La mayoría de países Europeos tienen AU de LNG disponible en las farmacias. El UPA, por el momento, todavía es un fármaco que precisa prescripción, estando autorizadas para hacerlo en algunos países, enfermeras y comadronas.

Los DIUs se colocan por personal especialmente entrenado, incluyendo enfermeras, comadronas, médicos de familia/médicos generales, especialistas en salud sexual y ginecólogos.

¿PUEDE UN PROFESIONAL DE LA SALUD RECHAZAR FACILITAR AU POR RAZONES PERSONALES?

Cada país precisa una base legal para esta cuestión. Puesto que la AU oral solamente funciona antes de la ovulación y la AU no interrumpe el embarazo, el consejo sobre AU debe ser diferente al consejo sobre el aborto. Cualquier punto de vista personal del clínico debe sopesarse frente al deber profesional de atender a la mujer. El desequilibrio de poder entre el clínico y la mujer debe tenerse en consideración. Si un profesional de la salud rechaza facilitar AU, él o ella debe dirigir al paciente a cualquier otro/a profesional que pueda proporcionar AU.

¿PUEDE FACILITARSE AU ORAL POR ADELANTADO?

No hay razones médicas por las que no pueda facilitarse AU por adelantado, especialmente en países o regiones donde hay problemas de accesibilidad. Una mujer puede querer disponer de las píldoras de AU como respaldo a su método habitual, cuanto antes tome el AU oral tras una RSSP, más probable es que lo tome en un momento del ciclo en el que sea efectiva.

¿PUEDE FACILITARSE AU ORAL A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE NO SEA LA MUJER QUE LO IRÁ A USAR?

Siempre y cuando la mujer destinataria de la AU oral posea toda la información necesaria para evaluar las pocas y sencillas cuestiones que le ayudarán a valorar si ya está embarazada (puntos A, B, C anteriormente mencionados), no hay razón médica para no facilitar píldoras de AU a una tercera persona. Cada país debe definir claramente la posición legal al respecto, y si hay algunas restricciones.

¿QUÉ HACER SI LA AU NO ESTÁ AUTORIZADA?

Es posible alcanzar la dosis necesaria de levonorgestrel utilizando píldoras de progesterona sola o usar la combinación estrógeno/progestageno (Yuzpe), aunque es menos efectivo y tiene más efectos secundarios. Las mujeres y los clínicos pueden consultar la página web www.not-2-late.com¹³ para obtener información sobre las píldoras y dosis que se pueden utilizar como AU en un país determinado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.** WHO, 2004, Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>
- 2.** WHO, 2008, Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use Update
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO-RHR_08.17_eng.pdf
- 3.** WHO, Medical Eligibility Criteria for Contraception Use 2010
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familt_planning/9789241563888/en/
- 4.** International Consortium for Emergency Contraception. Emergency Contraception – Medical and Service Delivery Guidelines 3rd Edition 2012
<http://www.cecinfo.org/publications-and-resources/icec-publications/#pub1>
- 5.** International Consortium for Emergency Contraception. The intrauterine device (IUD) for Emergency Contraception 2012
http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2012/12/IUD_FactSheet_2012.pdf
- 6.** Clinical Effectiveness Unit FSRH; Emergency Contraception Clinical Guidance 2012
<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceEmergencyContraception11.pdf>
- 7.** Ethical issues in obstetrics and gynecology, FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, October 2012
<http://www.figo.org/files/figo-corp/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%and%20Gynecology.pdf>
- 8.** Clinical Effectiveness Unit FSRH; Quick Starting Contraception Clinical Guidance 2010
<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceQuickStartingContraception.pdf>
- 9.** WHO Emergency contraception, Fact sheet n° 244, July 2012
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/index.html>
- 10.** Clinical Effectiveness Unit FSRH; Drug interactions with hormonal contraception. 2012
<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceDrugInteractionsHormonal.pdf>
- 11.** The clinical management of children and adolescents who have experienced sexual violence – Technical considerations for PEPFAR programs
http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_Report_PEPFAR_PRC_TechConsiderations.pdf
- 12.** International Consortium for Emergency Contraception and Sexual Violence Research Initiative. EC for rape survivors. A Human Rights and Public Health Imperative. September 2013.
http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/10/SexAssault_FactSheet-Revised.pdf
- 13.** Office of Population Research at Princeton University. The Emergency Contraception Website
www.not-2-late.com

.....
European Consortium for Emergency Contraception
(Consortio Europeo de Anticoncepción de Emergencia)

.....
<http://www.ec-ec.org/>
.....



.....
ECEC

European Consortium for Emergency Contraception
(Consortio Europeo de Anticoncepción de Emergencia)
Correo electrónico: info@ec-ec.org
.....