

# Declaración del IMAP sobre la anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE) hace referencia a los métodos usados después de tener relaciones sexuales sin protección o con protección inadecuada, pero antes de que se produzca el embarazo. Proporciona a las mujeres la oportunidad de prevenir un embarazo no deseado.

## Introducción

El Grupo Internacional de Asesoría Médica (IMAP, por sus siglas en inglés) preparó esta declaración, la cual fue aprobada en noviembre de 2017.

La anticoncepción de emergencia (AE) hace referencia a todo método anticonceptivo que pueda utilizarse después de que se tengan relaciones sexuales sin protección o con protección inadecuada, pero antes de que se produzca el embarazo; lo cual proporciona a las mujeres la oportunidad de prevenir un embarazo no deseado. La AE es un método seguro y efectivo para prevenir el embarazo no deseado y puede reducir el riesgo de embarazo hasta en un 99%.

A pesar de su efectividad, la AE no se usa frecuentemente después de las relaciones sexuales no protegidas o con protección inadecuada<sup>1</sup>. En muchos países, las mujeres enfrentan barreras para acceder a estos métodos. En países con ingresos bajos, la mayoría de mujeres no conocen la AE. Además, algunos proveedores tienen actitudes negativas con relación a la provisión de este método a mujeres y adolescentes<sup>2</sup>.

Una de las razones más comunes para negar el acceso de las mujeres a la AE es equipararla al aborto con medicamentos. En consecuencia, es importante enfatizar que esta previene el embarazo –no lo termina. La educación general a la población, personal de provisión de servicios y responsables de las políticas públicas debe subrayar que la AE no genera un aborto, que es segura para mujeres de todas las edades y que tiene pocos efectos secundarios.

Los productos para la AE están disponibles en la mayoría de países del mundo y se incluyen en

la lista de medicamentos esenciales de muchos de ellos<sup>3</sup>. La AE está dentro de la lista de los 13 productos esenciales en el marco de acción de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Madres y Niños<sup>4</sup>. La AE también es un componente del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en emergencias, y parte de los kits interagenciales de salud reproductiva para el manejo clínico de casos de violación y para la anticoncepción de corto plazo (kits 3 y 4)<sup>5</sup>.

## Propósito de esta declaración

El objetivo de esta declaración es proporcionar directrices al personal de salud, con el fin de mejorar la provisión de servicios de AE, de acuerdo a las últimas investigaciones, experiencias y recomendaciones internacionales, y como un método esencial en el paquete de servicios integrales de anticoncepción. También busca aportar información para la incidencia orientada a remover las barreras legales y de política pública que afectan el uso de la AE.

## Audiencia

En primer lugar, la declaración busca informar a las Asociaciones Miembro de la IPPF sobre este tema crítico y proporcionar claridad con respecto a la posición de la IPPF en lo concerniente a la AE como elemento esencial de los servicios integrales de anticoncepción. Además, busca llegar a otras organizaciones, activistas, investigadores, responsables de política y tomadores de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.

Una de las razones más comunes para negar a las mujeres el acceso a la AE es que se le equipara al aborto con medicamentos. Por lo tanto, es fundamental enfatizar que la AE previene el embarazo, no lo termina.

## Los métodos de anticoncepción de emergencia, su efectividad y mecanismos de acción.

Existen varios métodos de AE, por ejemplo los dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre y diversas pastillas (pastillas de anticoncepción de emergencia -PAE). A continuación se describen los métodos más utilizados.

### DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

El método más efectivo de AE es la colocación de un DIU de cobre dentro de los cinco días siguientes a una relación sexual no protegida o con protección inadecuada. Cuando es posible estimar el tiempo de la ovulación, se puede colocar un DIU incluso si han transcurrido más de cinco días, siempre que la inserción no se produzca luego de los cinco días posteriores a la ovulación<sup>6</sup>.

Cualquier DIU de cobre es seguro y efectivo. No hay evidencia de la efectividad y seguridad de la anticoncepción hormonal intrauterina como AE.

Luego de la inserción poscoital de un DIU, la tasa de embarazos es inferior a 0,1%<sup>7</sup>. Además, el DIU puede proporcionar hasta 12 años de protección anticonceptiva continua después de su inserción.

El principal mecanismo de acción del DIU es prevenir la fecundación, inhibiendo la viabilidad y la funcionalidad de los espermatozoides. Si ya se ha producido la ovulación y la fecundación, los iones de cobre actúan en el tracto reproductivo de la mujer, impidiendo la receptividad endometrial. Si una mujer ya está embarazada, el uso del DIU está contraindicado<sup>8</sup>.

### PASTILLAS DE LEVONORGESTREL

El levonorgestrel (LNG) es una progestina que se ha utilizado para la anticoncepción por más de 50 años. Cada PAE contiene 1,5 miligramos de LNG. También está disponible en forma de dos pastillas de 750 microgramos que pueden tomarse simultáneamente<sup>9</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las PAE de LNG pueden utilizarse hasta 120 horas (cinco días) después de tener una relación sexual no protegida o con protección inadecuada. Sin embargo, debe utilizarse tan pronto como sea posible<sup>10</sup>. Con base en análisis recientes, la Faculty of Sexual and Reproductive Health (FSRH) del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, en el Reino Unido, se ha concluido que el LNG no es efectivo después de las 96 horas<sup>11,12</sup>.

La efectividad de las PAE de LNG se estudió en un ensayo multicéntrico de la OMS, en 1998<sup>13</sup>. En general, el 1,1% de las mujeres quedaron embarazadas después de utilizar PAE de LNG dentro de las 72 horas siguientes a una relación sexual no protegida o con protección inadecuada. En el marco de un metanálisis de dos estudios más recientes, que comparaban las PAE de LNG con PAE que contenían ulipristal, la efectividad parecía ser menor.

En este metanálisis, el 2,2% de las mujeres quedó embarazada a pesar de haber utilizado PAE de LNG<sup>14</sup>.

Las PAE de LNG funcionan inhibiendo o retrasando la ovulación. No tienen efecto en la función espermática, la viabilidad del embrión o la receptividad endometrial. Como la ovulación se retrasa, no se lleva a cabo la fecundación. Las PAE de LNG no producen abortos. No son efectivas si ya se han producido la ovulación o la fecundación. Tampoco causan daños al embarazo si la mujer ya está embarazada<sup>15</sup>.

### PASTILLAS DE ACETATO DE ULIPRISTAL

El acetato de ulipristal (AU) es un modulador selectivo del receptor de progesterona. Se introdujo recientemente como una alternativa a las PAE de LNG. Se presenta en una dosis de 30 miligramos. Las PAE con AU se han aprobado para el uso hasta 120 horas (cinco días) después de una relación sexual no protegida o con protección inadecuada.

El metanálisis de estudios mencionado en líneas anteriores, en el cual se compararon el LNG y el AU, mostró una mayor efectividad del AU. Entre las mujeres que lo utilizaron 72 horas después de tener relaciones sexuales no protegidas o con protección inadecuada, el 1,4% quedaron embarazadas, en comparación con 2,2% de embarazos en el grupo del LNG. Si la AE se tomara dentro de las 24 horas siguientes a la relación, habría incluso una diferencia más amplia (0,9% contra 2,3% en los grupos de AU y LNG, respectivamente)<sup>16,17</sup>.

Al igual que las PAE de LNG, el principal mecanismo de acción del AU es la prevención de la ruptura folicular y la ovulación. Sin embargo, a diferencia del LNG, el AU es efectivo aún después de que comienza el aumento de la hormona luteinizante (HL), que precede a la ovulación, pero no al pico posterior de dicha hormona. Esto quiere decir que existe una "ventana de efecto" más amplia para el AU, lo cual explica su mayor efectividad<sup>18</sup>.

### OTROS MÉTODOS DE AE

Algunos métodos son menos comunes. Una dosis baja de pastillas de mifepristona (10, 25 o 50 miligramos) está disponible en algunos países, como en Rusia, China y Vietnam<sup>19,20</sup>.

Una alta dosis de pastillas hormonales combinadas (el método Yuzpe) se utilizaba comúnmente antes de que se introdujeran las pastillas de LNG, y todavía se utiliza en contextos donde no hay otras opciones disponibles. Consiste en una dosis de 0,1 miligramos de etinilestradiol y 0,5 miligramos de LNG. Se debe repetir la dosis 12 horas después. Es menos efectivo y tiene más efectos secundarios que las PAE de solo LNG<sup>21,22</sup>.

## ¿Cuándo puede usarse la anticoncepción de emergencia?

Se recomienda a las adolescentes o mujeres que busquen prevenir un embarazo, usar la AE después de tener relaciones sexuales no protegidas o con protección inadecuada (es decir, cuando no se utilizó un método o la efectividad de este se vio comprometida durante el uso). La efectividad de la anticoncepción puede ser menor debido, por ejemplo, al uso irregular de pastillas o al uso incorrecto de un condón. Si una mujer es consciente de estos riesgos, se recomienda reducir las posibilidades de quedar embarazada, tomando la AE.

### TIEMPOS PARA EL USO DE LA AE

Es importante que las mujeres sepan que la AE puede utilizarse más allá del "día siguiente". Sin embargo, la PAE debe utilizarse tan pronto como sea posible, luego de una relación sexual no protegida o con protección inadecuada. La efectividad de la pastilla de AE es mayor cuando se toma dentro de las 24 horas siguientes a la relación<sup>23</sup>. La AE puede utilizarse para prevenir un embarazo hasta 120 horas (cinco días) después de la relación sin protección o con protección deficiente.

### USO REPETIDO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

No se conocen efectos adversos a la salud si las PAE se utilizan más de una vez durante el mismo ciclo menstrual. Sin embargo, se afectará el patrón de sangrado. En todo caso, si una mujer tiene relaciones sexuales no protegidas o con protección inadecuada de manera frecuente, se aconseja recomendarle un método anticonceptivo más efectivo o que cambie su método actual. El uso constante de las PAE tiene las mismas contraindicaciones que el uso de los métodos anticonceptivos hormonales corrientes<sup>24</sup>. Un DIU utilizado como AE sería útil en este caso y debería sugerirse como primera opción<sup>25</sup>. A pesar de que no se esperan efectos adversos en la salud en el largo plazo derivados del uso reiterado de la AE, las mujeres sí sufren más efectos secundarios, particularmente, irregularidades en el sangrado<sup>26</sup>.

Se han expresado preocupaciones con respecto a que el fácil acceso a las PAE podría conllevar un consumo menor de la anticoncepción regular. Sin embargo, no existe evidencia de esta relación.

La efectividad de las PAE no se afecta por su uso constante y sigue siendo la misma para cada relación sexual no protegida o con protección inadecuada. Sin embargo, la efectividad general en un año de uso es menor que la de la mayoría de anticonceptivos modernos, así que las PAE no

deberían recomendarse como un método continuo de anticoncepción<sup>27</sup>.

Se han expresado preocupaciones con respecto a que el fácil acceso a las PAE puede conllevar un consumo inferior de la anticoncepción regular. Sin embargo, no existe evidencia de esta conexión. Por ejemplo, se ha constatado que es más probable que las mujeres que reciben un suministro anticipado de PAE las utilicen cuando han tenido una relación sexual no protegida o con protección inadecuada, pero no es más probable que abandonen su método regular de anticoncepción<sup>28</sup>.

## Seguridad de la anticoncepción de emergencia

Los métodos de AE son extremadamente seguros y tienen efectos secundarios limitados.

Los criterios de elegibilidad de la OMS no tienen ninguna contraindicación absoluta para el uso de las PAE. La principal recomendación para todos los métodos de AE es que no exista un embarazo previo. Sin embargo, no se requiere una prueba de embarazo antes de tomar las PAE puesto que no tienen efectos adversos en un embarazo existente. En estos casos, las PAE simplemente no serán efectivas<sup>29</sup>. El único examen esencial antes de utilizar un DIU de cobre es un examen pélvico/genital/evaluación de riesgo clínico de infecciones de transmisión sexual<sup>30</sup>. Se recomienda un examen de embarazo rutinario previo a la inserción de un DIU porque esto puede conllevar un aborto espontáneo si la mujer ya está embarazada<sup>31</sup>.

Cuando una mujer está amamantando, se puede usar tanto el DIU como las PAE. Si se prefieren las pastillas, se deben usar las de LNG. Aunque una pequeña cantidad de LNG aparece en la leche materna, no se han identificado efectos secundarios en la calidad o la cantidad de la leche, o en el bebé<sup>32,33</sup>. Cuando se utilizan PAE de AU, se recomienda extraer y almacenar la leche durante una semana, después de la cual se puede retomar la lactancia<sup>34</sup>. Por otra parte, estudios con mifepristona (un compuesto muy similar al AU) en dosis más altas muestran niveles tan bajos en la leche materna que no se consideran dañinos<sup>35</sup>.

En caso de un historial con enfermedad cardiovascular severa, migraña o enfermedad hepática severa, pueden haber riesgos teóricos al usar las PAE. Sin embargo, en general, las ventajas superan las desventajas<sup>36</sup>. Los DIU deben insertarse independientemente de la historia de riesgos de ITS, embarazos ectópicos previos, edad y nuliparidad. No obstante, si a una mujer se le diagnostican infecciones de transmisión sexual, particularmente gonococia o clamidia, se deben usar antibióticos de amplio espectro<sup>37,38</sup>.

Se han expresado preocupaciones con respecto a que el fácil acceso a las PAE podría conllevar un consumo menor de la anticoncepción regular. Sin embargo, no existe evidencia de esta relación.

La AE debe estar disponible para todas las mujeres y las niñas en contextos humanitarios o en programas de respuesta a emergencias.

La AE debe estar disponible para todas las mujeres y las niñas en contextos humanitarios o en programas de respuesta a emergencias.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios posteriores a la inserción de un DIU son similares tanto para la AE como para la anticoncepción regular. Dentro de estos se cuentan incomodidad abdominal y cambios en el sangrado vaginal o el manchado<sup>39</sup>. Algunos de los efectos secundarios de los DIU de cobre, como su expulsión o un sangrado menstrual abundante, solo son relevantes cuando una mujer decide mantener el DIU para asegurar una protección continua<sup>40</sup>.

Los efectos secundarios reportados por las usuarias de PAE, tanto de LNG como de AU, son similares. Los más comunes son dolores de cabeza, los cuales se mencionan en menos del 20% de los casos. Menos de un 15% de las usuarias reportan dismenorrea y náusea. El 5% o menos de las usuarias manifiestan sentir dolor abdominal, mareo, fatiga, dolor en el abdomen superior y dolor de espalda<sup>41</sup>. Adicionalmente, las mujeres pueden experimentar sangrado vaginal irregular después del uso de las PAE<sup>42,43</sup>.

#### EFFECTOS DE LARGO PLAZO PARA LA SALUD

No se han reportado efectos a la salud importantes y adversos de las PAE. Específicamente, no se ha encontrado ninguna relación causal con tromboembolismo<sup>44</sup>. Dado que las PAE se utilizan ocasionalmente, la ingesta hormonal es mucho más baja que entre las mujeres que utilizan el LNG por un período de tiempo mayor, con lo cual los eventos adversos son poco probables<sup>45</sup>.

La experiencia con el AU es menos extensa, no obstante, hasta el momento no se han identificado resultados de salud adversos significativos.<sup>46,47</sup>

Cuando una mujer solicita AE, se deben ofrecer servicios de consejería completos, que la ayuden a tomar decisiones responsables e informadas. Sin embargo, cuando una mujer no requiere una receta médica para la adquisición de PAE, puede que no reciba consejería. En todo caso, la falta de un servicio de orientación no debe convertirse en una barrera para obtener y utilizar la AE.

### Consejería

Cuando una mujer solicita AE, se deben ofrecer servicios de consejería que abarquen suficientes elementos para ayudarla a tomar decisiones responsables e informadas. Sin embargo, cuando una mujer no requiere una receta médica para obtener las PAE, puede que no reciba consejería. En todo caso, la falta de una orientación no debería convertirse en una barrera para obtener y utilizar la AE.

#### REDUCIR LAS BARRERAS

Es importante que las personas que ofrecen la consejería sean respetuosas, tengan una actitud libre de juicios con las mujeres o las adolescentes, y respondan a sus necesidades<sup>48</sup>. Puede que las usuarias se sientan ansiosas o avergonzadas cuando solicitan la AE. En consecuencia, las actitudes solidarias pueden mejorar la adherencia, así como facilitar la consejería constructiva, por ejemplo para el uso regular de anticoncepción efectiva. Es posible que las mujeres que requieren la AE tengan conceptos erróneos, lo cual puede mantenerlas reacias a utilizarla, especialmente, de forma repetida. Estos se deben abordar durante la consejería<sup>49</sup>.

La AE debe estar disponible para todas las mujeres y las niñas en contextos humanitarios o en programas de respuesta a emergencias.

#### SELECCIÓN DEL MÉTODO

Muchas personas no saben que el DIU de cobre puede utilizarse como AE<sup>50</sup>. Por su alta efectividad y su capacidad de funcionar como un método continuo, el DIU debe estar disponible y ofrecerse a cualquier mujer que requiera AE. Las mujeres que deciden utilizar un DIU deben cumplir con los criterios de elegibilidad médica para su inserción<sup>51</sup>.

Si se prefiere la anticoncepción oral de emergencia, el AU es el mejor método por ser más efectivo que el LNG, particularmente si han pasado más de 72 horas. A las mujeres con alto peso corporal que no quieran utilizar un DIU se les debe aconsejar tomar el AU. Existe evidencia de que la efectividad de las PAE de LNG se reduce cuando hay mayor peso corporal, aún más que con las pastillas de AU<sup>52,53</sup>.

Sin embargo, en general, si el LNG es de más fácil acceso y no se han superado las 120 horas, se recomienda utilizarlo, puesto que la efectividad de las PAE disminuye con el tiempo. Si un anticonceptivo con progestágeno (presente en todos los métodos anticonceptivos hormonales) se ha tomado durante la semana previa al uso de la PAE o si el inicio de este método se ha programado dentro de los cinco días posteriores al uso de la AE (o desde las relaciones sexuales no protegidas o con protección inadecuada), se debe recomendar el LNG<sup>54,55</sup>.

Donde no se encuentre disponible ninguno de los productos especializados de AE, el método Yuzpe es una opción porque se pueden utilizar 8-10 pastillas anticonceptivas orales combinadas (POC), en función de su dosis (añadiendo hasta 0,1 miligramos de etinilestradiol y 0,5 miligramos de LNG, y repitiendo la dosis después de 12 horas).

#### ANTICONCEPCIÓN HABITUAL

Es importante ofrecer consejería a las mujeres que necesitan AE sobre los métodos habituales de

Muchas mujeres en países en desarrollo nunca han escuchado hablar de la AE. La falta de conocimiento y sensibilización es la primera barrera que debe superarse con el fin de hacer que la AE sea accesible a todas las mujeres que la necesitan. Las Asociaciones Miembro tienen un rol fundamental, brindando educación y creando la demanda de AE.

anticoncepción. Las mujeres que no han utilizado ningún método anticonceptivo de uso regular pueden beneficiarse de una orientación sobre las alternativas existentes, y aquellas que tienen problemas constantes para usar correctamente el método que han escogido pueden considerar que es mejor utilizar otro método. Sin embargo, los proveedores de salud deben ser conscientes de que no todas las mujeres que necesitan la AE quieren hablar sobre la anticoncepción habitual, y que, a pesar de ser muy recomendable, no debe considerarse un prerrequisito para la provisión de la AE<sup>56</sup>.

Es fundamental iniciar rápidamente el consumo de las pastillas anticonceptivas orales combinadas porque cuando las mujeres tienen relaciones sexuales justo después de haber utilizado las PAE, tienen mayores probabilidades de quedar embarazadas<sup>57</sup>. Después del uso de las PAE y el (rápido) inicio de la anticoncepción hormonal, se debe utilizar un método anticonceptivo de respaldo (como los condones) durante los próximos siete días (o tan solo por dos días cuando se usan las pastillas de solo progestina)<sup>58,59</sup>. Puede producirse una interacción entre el AU y la anticoncepción hormonal habitual<sup>60,61</sup>. Si bien los hallazgos no son concluyentes, se recomienda esperar hasta después del sexto día de haber usado la AE con AU para empezar a utilizar anticoncepción hormonal, por lo menos hasta que se tenga mayor evidencia<sup>62,63</sup>. Sin embargo, para mujeres que han olvidado sus pastillas o quieren iniciar rápidamente un método hormonal, la mejor opción puede ser la AE con pastillas de LNG.

#### RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las PAE no previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS). Es importante enfatizar que esto aplica a todos los anticonceptivos, con excepción de los condones, y no debe constituir un sesgo selectivo contra las PAE. Además, la AE se utiliza *después* de tener relaciones sexuales no protegidas o con protección inadecuada, es decir, cuando la transmisión ya se ha producido. Si una mujer se encuentra en riesgo de tener un embarazo no deseado, también lo está de contraer una ITS. En este sentido, se pueden ofrecer exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual y el VIH<sup>64</sup>.

### Recomendaciones para las Asociaciones Miembro y otras organizaciones

Las Asociaciones Miembro deben trabajar con los ministerios de salud y otras partes interesadas con el fin de garantizar que la AE está disponible para todas las mujeres que la requieran, siempre que la necesiten. Las barreras al uso de la AE deben

eliminarse activamente. Las Asociaciones Miembro deben garantizar la disponibilidad de los suministros de anticonceptivos, incluida la AE, y apoyar la educación de las mujeres, las niñas y el público en general sobre las posibilidades de prevenir un embarazo mediante el uso de la AE, después de tener relaciones sexuales no protegidas o con protección inadecuada.

#### EDUCACIÓN

Muchas mujeres en países en desarrollo nunca han escuchado hablar de la AE<sup>65</sup>. La falta de conocimiento y sensibilización es la primera barrera que debe superarse con el fin de hacer que la AE sea accesible a todas las mujeres que la necesitan. Las Asociaciones Miembro tienen un rol fundamental, brindando educación y creando la demanda de AE<sup>66</sup>. Se pueden utilizar varias estrategias para llegar a la gente, por ejemplo, material informativo escrito, como folletos y pósteres; medios masivos de comunicación, como infomerciales; y salud móvil en forma de campañas de envío de mensajes<sup>67</sup>.

También se debe educar a los proveedores de atención en salud en materia de AE, con el fin de abordar las actitudes negativas, las percepciones erróneas y la falta de sensibilización, las cuales constituyen las barreras más comunes al acceso. Se ha constatado que los proveedores de atención en salud en muchos países desarrollados y en desarrollo ponen objeciones a la provisión de AE y pueden haber recibido capacitaciones inadecuadas al respecto. Las Asociaciones Miembro deben contribuir a garantizar que su educación –con especial énfasis en las actitudes– se aborda en las políticas nacionales<sup>68,69</sup>.

La AE es importante para todas las mujeres, y las Asociaciones Miembro de la IPPF deben adelantar todos los esfuerzos posibles para proporcionar este servicio. Más aún, algunas mujeres requieren atención especial, particularmente las jóvenes y las sobrevivientes de violencia sexual.

#### MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Las Asociaciones Miembro de la IPPF tienen el mandato de proporcionar un paquete integrado de servicios esenciales en salud sexual y reproductiva (IPES, por sus siglas en inglés) que comprende una amplia gama de métodos de anticoncepción, incluyendo la AE. Esta constituye también un componente fundamental del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM)/servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios. A continuación se mencionan algunos modelos que las Asociaciones Miembro pueden adoptar para mejorar la provisión de AE.

La AE es importante para todas las mujeres, y las Asociaciones Miembro de la IPPF deben adelantar todos los esfuerzos posibles para proporcionar este servicio. Más aún, algunas mujeres requieren atención especial, particularmente las jóvenes y las sobrevivientes de violencia sexual.

Los servicios de AE pueden prestarse con o sin necesidad de consultar a un médico. En el caso de los DIU, se requiere un médico o practicante capacitado de planificación familiar (enfermero/a, partero/a) para insertar el dispositivo. Para las PAE, no se requiere la intervención de un profesional en medicina. Cada vez más, las PAE están disponibles en los mostradores, sin prescripción médica<sup>70</sup>. Por ejemplo, están disponibles en máquinas expendedoras de los baños de mujeres en el sindicato de estudiantes de la universidad de Stanford. Sin ninguna duda, este modelo cambiará tanto las reglas del juego, como en su momento lo hicieron las máquinas expendedoras de condones masculinos en los baños públicos de hombres<sup>71</sup>.

Se ha demostrado que el mercadeo social, la provisión de anticonceptivos por organizaciones sin ánimo de lucro u organizaciones no gubernamentales, en su mayor parte, a través de canales clínicos y comerciales, hace que las mujeres tengan fácil acceso a la AE. Muchos programas de AE se han vuelto autosuficientes por el alto volumen de ventas proveniente del mercadeo social. Los programas de mercadeo social pueden ser particularmente importante en contextos desafiantes o cuando se busca llegar a poblaciones difíciles de alcanzar<sup>72</sup>.

#### PÚBLICO OBJETIVO ESPECÍFICO

La AE es importante para todas las mujeres, y las Asociaciones Miembro de la IPPF deben hacer todos los esfuerzos posibles por proporcionar estos servicios. Sin embargo, hay algunas mujeres que requieren especial atención, particularmente las mujeres jóvenes y las sobrevivientes de violencia sexual.

#### Jóvenes

A pesar de que la AE es muy importante para las jóvenes, es frecuente que enfrenten desafíos críticos para su acceso. Por ejemplo, puede que no estén adecuadamente preparadas para tener relaciones sexuales, debido a la ausencia de educación sexual integral. En algunos contextos, el acceso a todos los anticonceptivos está restringido y, por lo tanto, puede ser más difícil que utilicen correctamente los métodos. También es probable que la gente joven sienta que es más difícil negociar el uso de anticonceptivos con la pareja. Finalmente, pueden existir restricciones con base en la edad para el suministro de la AE<sup>73</sup>.

No hay razón médica para establecer un "límite de edad". Las mujeres y las jóvenes de todas las edades deben poder obtener la AE cuando así lo requieran. Las jóvenes y adolescentes pueden utilizar DIU y pastillas como AE. Es posible insertar un DIU en mujeres jóvenes y nulíparas<sup>74</sup>.

#### Sobrevivientes de violencia sexual

En el caso de las mujeres y las niñas que han sobrevivido a una violación, la AE debe ofrecerse sistemáticamente si la violación ha tenido lugar menos de cinco días antes. Las sobrevivientes deben tener la capacidad de evitar, por todos los medios, un embarazo producto de la violación. Con el fin de facilitar el acceso, la AE debe estar disponible cuando y donde sea que se provea atención posterior a la violación, por ejemplo, en las estaciones de policía<sup>75,76</sup>. Las mujeres y las niñas que han sido violadas también pueden estar en mayor riesgo de contraer una ITS; por lo cual, se deben ofrecer regímenes profilácticos para diferentes ITS, incluyendo VIH<sup>77</sup>.

#### Conclusiones

- La AE es un método seguro y efectivo para prevenir un embarazo no deseado, producto de relaciones sexuales no protegidas o con protección inadecuada. La AE no es un aborto médico.
- La AE debe estar disponible para todas las mujeres que lo necesiten, especialmente las jóvenes, adolescentes y sobrevivientes de violencia sexual.
- El DIU debe considerarse una opción para quienes necesitan AE porque es más efectivo que las PAE y puede ser una transición hacia el uso de un método de larga duración.
- Las Asociaciones Miembro de la IPPF deben jugar un papel fundamental en la incidencia a favor de mejores leyes y políticas para reducir las barreras a la AE.
- Como proveedores clave de servicios integrales de anticoncepción, las Asociaciones Miembro de la IPPF deben garantizar que proporcionan un amplio rango de métodos anticonceptivos, que abarca distintas opciones de AE.

## Referencias

- Goulard, H, Moreau, C, Gilbert, F, Job-Spira, N, Bajos, N, the Cocon Group (2006) Contraceptive failures y determinants of emergency contraceptive use. *Contraception* [Fallas de los anticonceptivos y determinantes del uso de la anticoncepción de emergencia]. 74, pp. 208-213.
- Westley, E, Kapp, N, Palermo, T, Bleck, J (2013) A review of global access to emergency contraception [Un examen al acceso global a la anticoncepción de emergencia]. 123, pp. 4-6.
- Ibid
- Organización de las Naciones Unidas (2012) *Informe de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Madres y Niños Septiembre de 2012*. Nueva York: ONU.
- UNFPA (2011) Manual kits interinstitucionales de salud reproductiva para situaciones de emergencia. Disponible en: [https://www.unfpaprocedurement.org/documents/10157/197844/RH+kits+manual\\_printing+version\\_ES.pdf/dc1d5936-46d5-4ff4-94d2-5be336f07fe1](https://www.unfpaprocedurement.org/documents/10157/197844/RH+kits+manual_printing+version_ES.pdf/dc1d5936-46d5-4ff4-94d2-5be336f07fe1)
- Organización Mundial de la Salud (2016) *Recomendación sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Tercera edición. Ginebra, OMS.
- Cleland, K, Zhu, H, Goldstuck, N, Cheng, L, Trussell, J (2012) The effectiveness of intrauterine devices for emergency contraception: A systematic review of 35 years of experience [La efectividad de dispositivos intrauterinos para la anticoncepción de emergencia: un examen sistemático de 35 años de experiencia]. *Human Reprod.* 27 (7), pp. 1994-2000.
- Gemzell -Danielsson, K, Berger, C, Lalitkumar, PGL (2013) Emergency contraception – mechanisms of action [Anticoncepción de emergencia – mecanismos de acción]. *Contraception.* 87, pp. 300 -308.
- Von Hertzen, H, Piaggio, G, Ding, J, WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (2002) Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentre randomized trial [Bajas dosis de mifepristona y dos regimenes de levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia: un ensayo aleatorio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud]. *Lancet.* 360, pp. 1803-1810.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Op. cit.
- Cameron, ST, Li, HWR, Gemzell-Danielsson, K (2017) Current controversies with oral emergency contraception [Controversias actuales de la anticoncepción oral de emergencia]. *BJOG.* 124, pp. 1948-1956.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (2017) *FSRH Guideline Emergency Contraception* [Directrices sobre la anticoncepción de emergencia de la Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare J]. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/>.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (1998) Randomized controlled trial of LNG versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception [Ensayo de control aleatorio del levonorgestrel versus el regimen Yuzpe de anticonceptivos orales combinados para la anticoncepción de emergencia]. *Lancet.* 352, pp. 428-433.
- Glasier, AF, Cameron, ST, Fine, PM, Gainer, E (2010) Ulipristal acetate versus LNG for emergency contraception: A randomised non-inferiority trial y meta-analysis [Acetato de ulipristal versus levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia: un ensayo aleatorio de no inferioridad y un metanálisis]. *Lancet.* 375, pp. 555-562.
- Gemzell-Danielsson, K, Berger, C, Lalitkumar, PGL (2013). Op. cit.
- Glasier, AF, Cameron, ST, Fine, PM, Gainer, E (2010). Op. cit.
- Shen, J, Che, Y, Showell, E, Chen, K, Cheng, L (2017) Interventions for emergency contraception [Intervenciones para la anticoncepción de emergencia]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 7, CD001324. doi 10.1002/14651858.CD001324.pub5.
- Gemzell-Danielsson, K, Berger, C, Lalitkumar, PGL (2013). Op. cit.
- Von Hertzen, H, Piaggio, G, Ding, J, WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (2002). Op. cit.
- Shen, J, Che, Y, Showell, E, Chen, K, Cheng, L (2017). Op. cit.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (1998). Op. cit.
- Shen, J, Che, Y, Showell, E, Chen, K, Cheng, L (2017). Op. cit.
- Cleland, K, Zhu, H, Goldstuck, N, Cheng, L, Trussell, J (2012). Op. cit.
- Organización Mundial de la Salud (2015) *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Quinta edición. Ginebra: OMS.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (2017). Op. cit.
- International Consortium for Emergency Contraception (2015) *Repeated Use of Contraception: The Facts* [Uso constante de la anticoncepción de emergencia: los hechos]. Nueva York, NY: ICEC.
- Raymond, EG, Halpern, V, Lopez, L (2011) Pericoital oral contraception with LNG: A systematic review [Anticoncepción oral pericoital con levonorgestrel: un examen sistemático]. *Obstetrics & Gynecology.* 117, pp. 673-681.
- International Consortium for Emergency Contraception (2015). Op. cit.
- Gemzell-Danielsson, K, Berger, C, Lalitkumar, PGL (2013). Op. cit.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Op. cit.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Op. Cit.
- Shen, J, Che, Y, Showell, E, Chen, K, Cheng, L (2017). Op. cit.
- Stewart, F, Trussell, J, y Van Look, PFA (2007) Emergency contraception [anticoncepción de emergencia]. En Hatcher, RA, Trussell, J, Nelson, AL, Cates Jr, W, Stewart, F, Kowal, D (eds) *Contraceptive Technology*. Décimo novena edición revisada. Nueva York, NY: Ardent Media Inc
- Organización Mundial de la Salud (2015). Op. Cit.
- Sääv, I, Fiala, C, Hämäläinen, JM, Heikinheimo, O, Gemzell-Danielsson, K (2011) Medical abortion in lactating women: Low levels of mifepristone in breast milk [Aborto médico en mujeres lactantes: bajos niveles de mifepristona en la leche materna]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 89, pp. 618-622.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Op. cit.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (2017). Op. cit.
- Glasier, A (2013) Emergency contraception: Clinical outcomes [Anticoncepción de emergencia: resultados clínicos]. *Contraception.* 87, pp. 309-313.
- International Consortium for Emergency Contraception (2015). Op. cit.
- Glasier, A (2013). Op. cit.
- Glasier, AF, Cameron, ST, Fine, PM, Gainer, E (2010). Op. cit.
- Stewart, F, Trussell, J y Van Look, PFA (2007). Op. cit.
- Richardson, AR, Maltz, FN (2012) Ulipristal acetate: Review of the efficacy y safety of a newly approved agent of emergency contraception [Acetato de ulipristal: examen de la eficacia y la seguridad de un agente recientemente aprobado de anticoncepción de emergencia]. *Clinical Ther.* 34 (1), pp. 24-36.
- Vasilakis, C, Jick, SS, Jick, H (1999) The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills [El riesgo de tromboembolismo venoso en usuarias de las pastillas anticonceptivas poscoitales]. *Contraception.* 59, pp. 79-83.
- International Consortium for Emergency Contraception (2015). Op. cit.
- Richardson, AR, Maltz, FN (2012). Op. cit.
- Levy, DP, Jager, M, Kapp, N, Abitbol, JL (2014) Ulipristal acetate for emergency contraception: postmarketing experience after use by more than 1 million women [Acetato de ulipristal para la anticoncepción de emergencia: experiencia posmercado después del uso de más de un millón de mujeres]. *Contraception.* 89, pp. 431-433.

48. Stewart, F, Trussell, J y Van Look, PFA (2007). Op. cit.
49. Nappi, RE, Lobo Abascal, P, Mansour, D, Rabe, T, Shojai, R, y the Emergency Contraception Study Group (2014) Use of y attitudes towards emergency contraception: A survey of women in five European countries [Uso y actitudes frente a la anticoncepción de emergencia: una encuesta a mujeres de cinco países europeos]. *European Journal of Contraception y Reproductive Health Care*. 19, pp. 93-101.
50. Wright, RL, Frost, CJ, Turok, DK (2012) A qualitative exploration of emergency contraception users' willingness to select the copper IUD [Una exploración cualitativa de la voluntad de las usuarias de anticoncepción de emergencia de seleccionar el DIU de cobre]. *Contraception*. 85, pp. 32-35.
51. Organización Mundial de la Salud (2015). Op. cit.
52. Glasier, A, Cameron, ST, Blithe D, Ulmann, A (2011) Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate y LNG [¿Podemos identificar a las mujeres en riesgo de embarazo a pesar de utilizar la AE? Datos de ensayos aleatorios de AU y LNG]. *Contraception*. 84, pp. 363-367.
53. Festin, MPR, Peregoudov, A, Seuc, A, Kiarie, J, Temmerman, M (2017) Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: analysis of four WHO HRP studies [Efecto del índice de masa corporal y el peso corporal en las tasas de embarazo cuando se utiliza el levonorgestrel como anticoncepción de emergencia: análisis de cuatro estudios de la OMS – Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo, y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana]. *Contraception*. 95, pp. 50-54.
54. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (2017). Op. cit.
55. Dawson, A, Tran, N-T, Westley, E, Mangiaterra, V, Festin, M (2014) Improving access to emergency contraception pills through strengthening service delivery y demand generation: A systematic review of current evidence in low y middle-income countries [Mejorar el acceso a las pastillas de anticoncepción de emergencia a través del fortalecimiento de la prestación de servicios y la generación de demanda: un examen sistemático de la evidencia actual en países de ingresos bajos y medios]. *PLOS ONE*. 9, e109315.
56. Stewart, F, Trussell, J y Van Look, PFA (2007). Op. cit.
57. Glasier, A (2015). Starting hormonal contraception after using emergency contraception: What should we recommend? [Iniciar la anticoncepción hormonal después del uso de la anticoncepción de emergencia: ¿Qué debemos recomendar?] *Human Reproduction*. 30, pp. 2708-2710.
58. Organización Mundial de la Salud (2016). Op. cit.
59. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (2017). Op. cit.
60. Brache, V, Cochon, L, Duijkers, IJM, Levy, DP, Kapp, N, Abitbol, JL, Klipping, C (2015). A prospective, randomized, pharmacodynamic study of quick-starting a desogestrel progestin-only pill following ulipristal acetate for emergency contraception [Un estudio prospectivo, aleatorio, farmacodinámico del inicio rápido de una única pastilla de progestina desogestrel, luego de la ingesta de acetato de ulipristal para la anticoncepción de emergencia]. *Human Reproduction*. 30, pp. 2785-2793.
61. Cameron, ST, Berger, C, Michie, L, Klipping, C, Gemzell—Danielsson, K (2015) The effects on ovarian activity of 'quick-starting' a combined oral contraceptive pill after ulipristal acetate: prospective, randomised, double-blind parallel-arm, placebo-controlled study [Los efectos sobre la actividad ovárica del 'inicio rápido' de una pastilla anticonceptiva oral combinada después del acetato de ulipristal: estudio prospectivo, aleatorio, doble ciego, paralelo, controlado con placebo]. *Human Reproduction*. 30, pp. 1566-1572.
62. Organización Mundial de la Salud (2016). Op. cit.
63. Glasier, A (2015). Op. cit.
64. Stewart, F, Trussell, J, y Van Look, PFA (2007). Op. cit.
65. Westley, E, Kapp, N, Palermo, T, Bleck, J (2013). Op. cit.
66. García, M, y Puig Borrás, C (2015) Disponible en: <<http://www.cecinfo.org/icec-publications/top-tips-advocates-working-emergency-contraception/>>.
67. Dawson, A, Tran, N-T, Westley, E, Mangiaterra, V, Festin, M (2014). Op. cit.
68. Westley, E, Kapp, N, Palermo, T, Bleck, J (2013). Op. cit.
69. García, M, y Puig Borrás, C (2015). Op. cit.
70. European Consortium for Emergency Contraception (2016) *An update on access to emergency contraception in European Union countries* [Una actualización sobre el acceso a la anticoncepción de emergencia en países de la Unión Europea]. Disponible en: <<http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2016/04/UPDATE-Access-to-EC-in-EU-countries-ECEC-April2016.pdf>>.
71. Caron, C (2017) Students look to vending machines for better access to emergency contraception [Estudiantes tras las máquinas expendedoras para un mejor acceso a la anticoncepción de emergencia]. *The New York Times*, 28/9/2017. Disponible en: <<https://nyti.ms/2fAaFPg>>.
72. Westley, E, y Shochet, T (2013) Social marketing of emergency contraception: Are we missing a valuable opportunity [Mercadeo social de la anticoncepción de emergencia: ¿nos estamos perdiendo una oportunidad valiosa?]. *Contraception*. 87, pp. 703-705.
73. García, M, y Puig Borrás, C (2015). Op. cit.
74. Organización Mundial de la Salud (2015). Op. cit.
75. Dawson, A, Tran, N-T, Westley, E, Mangiaterra, V, Festin, M (2014). Op. cit.
76. International Consortium for Emergency Contraception (2013) *Emergency Contraception for Rape Survivors: A human rights y public health imperative* [La anticoncepción de emergencia para sobrevivientes de violación: un imperativo de derechos humanos y salud pública]. Nueva York, NY: ICEC.
77. Krause, KH, Lewis-O'Connor, A, Berger, A, Votto, T, Yawetz, S, Pallin, DJ, Baden, LR (2014) Current Practice of HIV postexposure prophylaxis treatment for sexual assault patients in an emergency department [Práctica actual del tratamiento profiláctico posexposición al VIH para pacientes víctimas de agresión sexual en un departamento de urgencias]. *Women's Health Issues*. 4, e407-e412.

## Agradecimientos

Nos gustaría expresar nuestro gran agradecimiento a Charles Picavet por redactar esta declaración, a la profesora Kristina Gemzell-Danielsson, al profesor Oladapo Alabi Ladipo y la doctora Raffaella Schiavon, quienes revisaron esta declaración y proporcionaron orientaciones técnicas generales. También agradecemos a los colegas de la IPPF que examinaron el documento. Finalmente, agradecemos el apoyo del Grupo Internacional de Asesoría Médica (IMAP, por sus siglas en inglés) de la IPPF: doctor Ian Askew, doctora France Anne Donnay, doctora Kristina Gemzell-Danielsson, profesor Oladapo Alabi Ladipo, doctor Michael Mbizvo, Janet Meyers, profesora Hextan Yuen Sheung Ngan, y doctora Raffaella Schiavon, por sus orientaciones y comentarios valiosos y oportunos durante el proceso de formulación, y a la doctora Sarah Onyango por facilitar este proceso.

## ¿QUIÉNES SOMOS?

La International Planned Parenthood Federation (IPPF) es un proveedor mundial de servicios y una defensora líder de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento global de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y las personas.



IPPF  
4 Newhams Row  
London SE1 3UZ  
Reino Unido

tel: +44 20 7939 8200  
fax: +44 20 7939 8300  
correo electrónico: [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)  
[www.ippf.org](http://www.ippf.org)

Registro de la organización en el Reino Unido No. 229476

Publicado en febrero de 2018