



AMAdA

Asociación Médica  
Argentina de  
Anticoncepción

2026

# Consenso de anticoncepción de emergencia

Manejo práctico de la anticoncepción de  
emergencia

Integrantes de AMAdA que participaron de este proyecto:

**Arribas L., Coccio E., Glassmann R., Faranna M.D., Lemos M. E., Marrone M.,  
Moltoni M.E., Pasquale J., Patroniti A., Ponce G.**

# Índice

<b>*1</b>	<b>Abreviaturas y acrónimos</b>	<b>05</b>
<b>*2</b>	<b>Objetivos</b>	<b>06</b>
	2.1 Materiales y métodos	07
<b>*3</b>	<b>Introducción</b>	<b>08</b>
<b>*4</b>	<b>Descripción general de las opciones en anticoncepción de emergencia</b>	<b>10</b>
	4.1 Levonorgestrel	12
	4.2 Acetato de Ulipristal	12
	4.3 Dispositivos intrauterinos	12
<b>*5</b>	<b>Indicaciones de la anticoncepción de emergencia</b>	<b>14</b>
<b>*6</b>	<b>Mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia</b>	<b>17</b>
	6.1 Mecanismo de acción del levonorgestrel	18
	6.2 Mecanismo de acción del acetato de ulipristal	19
	6.3 Mecanismo de acción del DIU de cobre y de levonorgestrel	20
	6.4 Mecanismo de acción de mifepristona	21

# \*7

**Eficacia de la anticoncepción de emergencia** **22**

---

# \*8

**Formas de administración** **26**

**8.1** Píldoras anticonceptivas de emergencia 27

**8.2** DIU-Cu 27

**8.3** DIU-LNG 28

---

# \*9

**Uso repetido de la anticoncepción de emergencia** **29**

---

# \*10

**Seguridad y contraindicaciones** **31**

---

# \*11

**Eventos adversos y cambios en patrón de sangrado** **34**

**11.1** Levonorgestrel 34

**11.2** Acetato de ulipristal 35

**11.3** DIU-Cu 35

**11.4** Mifepristona 36

**11.5** Método Yuzpe 36

---

# \*12

**Acceso y disponibilidad** **37**

---

# \*13

**Situaciones especiales** **40**

**13.1** Índice de masa corporal elevado y eficacia 40

**13.2** Adolescencia 42

**13.3** Perimenopausia 43

**13.4** Lactancia 44

---

<b>*14</b>	<b>Anticoncepción de emergencia en casos de abuso sexual</b>	<b>46</b>
<b>*15</b>	<b>Interacciones medicamentosas</b>	<b>48</b>
	<b>15.1 Interacciones especiales: uso de UPA y anticonceptivos hormonales</b>	<b>52</b>
<b>*16</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>54</b>
<b>*17</b>	<b>Resumen y algoritmo</b>	<b>55</b>
<b>*18</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>59</b>

# 1. Abreviaturas y acrónimos

## **ACH**

Anticoncepción hormonal

## **ACO**

Anticonceptivos orales combinados

## **ACOG**

American College of Obstetricians and Gynecologists

## **AE**

Anticoncepción de emergencia

## **AHE**

Anticoncepción hormonal de emergencia

## **AMAdA**

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

## **CDC**

Centers for Disease Control and Prevention

## **CT**

Chlamydia trachomatis

## **DIU**

Dispositivo intrauterino

## **DIU-Cu**

Dispositivo intrauterino de cobre

## **EA**

Eventos adversos

## **ECEC**

Consorcio Europeo para la Anticoncepción de Emergencia

## **EPI**

Enfermedad pélvica inflamatoria

## **EE. UU**

Estados Unidos

## **ENP**

Embarazos no planificados

## **FIGO**

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

## **IMC**

Índice de masa corporal

## **IPPF**

International Planned Parenthood Federation

## **ITS**

Infecciones de transmisión sexual

## **LH**

Hormona luteinizante

## **LNG**

Levonorgestrel

## **MAC**

Métodos anticonceptivos

## **MELA**

Método de amenorrea de la lactancia

## **NG**

Neisseria gonorrhoeae

## **OMS**

Organización Mundial de la Salud

## **OPS**

Organización Panamericana de la Salud

## **PAE**

Píldoras anticonceptivas de emergencia

## **PEP**

Profilaxis post exposición

## **RCOG**

Royal College of Obstetricians and Gynecologists

## **RP**

Receptor de progesterona

## **RSNP**

Relaciones sexuales no protegidas

## **UPA**

Acetato de ulipristal

## **VIH**

Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## **WHO**

World Health Organization



## 2. Objetivos

El trabajo que se desarrolla a continuación presenta los siguientes objetivos:

- Proporcionar un marco de referencia para los profesionales de la salud acerca de la anticoncepción de emergencia
- Sintetizar la evidencia científica nacional e internacional disponible acerca de la anticoncepción de emergencia
- Abordar la problemática actual del embarazo no intencional desde la perspectiva de la anticoncepción de emergencia (AE)

## 2.1 Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las plataformas de PubMed/MEDLINE, Cochrane Library y LILACS. También se evaluó la evidencia científica disponible en la World Health Organization (WHO), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), European Consortium for Emergency Contraception, agrupaciones y organizaciones internacionales especializadas en anticoncepción como la International Planned Parenthood Federation (IPPF) y Family Planning Association, entre otros.

A su vez se consultaron las revistas y guías de nuestro país como la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA) y Ministerio de Salud así como informantes claves y referentes en el tópico tanto internacionales como nacionales.

Las referencias de los artículos encontrados también fueron consultadas en búsqueda de información relevante.

Las palabras clave utilizadas fueron: *emergency contraception; postcoital contraception; immediate contraception; postabortion; unintended pregnancy.*

Las estrategias de búsqueda se realizaron utilizando los buscadores booleanos pertinentes aplicados a las publicaciones de los últimos 5 años de revisiones sistemáticas, revisiones, metaanálisis y ensayos controlados aleatorizados.

Debido a la alta relevancia de ciertos artículos correspondientes a un período de tiempo mayor obtenidos a través de la búsqueda de referencias se decidió añadirlos al resultado del proceso de selección para el enriquecimiento científico de este trabajo.

# 3. Introducción

A pesar de los avances científicos para el desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos (MAC), se calcula que en el mundo hay 121 millones de embarazos no planificados (ENP) por año, lo que equivale a un promedio de 331.000 por día, y esto representa un problema importante para la salud pública en todo el mundo.

Si bien el ENP puede presentarse en todas las edades, las personas más vulnerables son aquellas con enfermedades crónicas que puedan tener contraindicado un embarazo o la población adolescente, en quienes un ENP puede tener un impacto biopsicosocial significativo, interferir con la continuidad educativa, limitar las oportunidades de inserción laboral y acentuar condiciones de pobreza y exclusión social.

La anticoncepción de emergencia (AE) se define como cualquier medicación o dispositivo utilizado con el fin de evitar un ENP, ya sea en mujeres o personas con capacidad de gestar, que han tenido relaciones sexuales no protegidas (RSNP) o por error en el uso de un método anticonceptivo (MAC).<sup>1</sup> Representa la última oportunidad de evitar el embarazo y en cierta forma permite a las mujeres una gestión de autocuidado sobre todo en situaciones de coerción o violencia. En el presente documento nos referiremos a mujer y pronombres asociados para referirnos a todas las personas con capacidad gestante.

La AE está disponible en la mayoría, pero no en todos los países y territorios del mundo. Según el Consorcio Europeo de Anticoncepción de Emergencia (ECEC) en algunos países es de venta libre, “BTC” (behind the counter), lo que significa que no se precisa una prescripción médica, pero debe ser solicitada al farmacéutico. En otros es de venta “OTC”, (over the counter), es decir que se puede tomar libremente de las góndolas o también puede ser adquirida en cadenas de supermercados, por ejemplo. En otros países no está disponible ni registrada,

como Filipinas o Corea del Norte.<sup>2</sup> Aunque la disponibilidad de la AE ha mejorado, su incorporación en los sistemas de salud pública sigue siendo limitada en comparación con otros métodos. En 2010, solo el 46% de los países ofrecían métodos de AE en el sector público, cifra que aumentó al 78% en 2021. No obstante, aún se encuentra rezagada respecto de otros MAC, como los anticonceptivos orales combinados, disponibles en el 98% de los países.<sup>3</sup>



**Garantizar el acceso universal y equitativo a los métodos anticonceptivos, incluida la AE, promueve el derecho a la salud, y a la autonomía reproductiva. Resulta indispensable su inclusión en los programas nacionales de salud sexual y reproductiva, y su integración efectiva a todos los servicios de atención médica.**

# 4.

## Descripción general de las opciones en anticoncepción de emergencia



La AE comprende varios métodos que se utilizan para prevenir el ENP, ya sea después de relaciones sexuales no protegidas (RSNP), en caso de fracaso de un MAC o en caso de abuso sexual (ver cuadro 1).<sup>4,5</sup>

Método	Denominación / Presentación	Ventana de uso recomendada	Comentarios clínicos relevantes
<b>AE-LNG</b>	Levonorgestrel 1,5 mg VO dosis única	Hasta <b>72 horas</b> después de la RSNP (máxima eficacia en primeras 24 h)	Retrasa o inhibe la ovulación. <b>No afecta la implantación.</b> Puede reiniciarse anticoncepción hormonal <b>de inmediato.</b>
<b>AE-UPA</b>	Acetato de ulipristal 30 mg VO dosis única	Hasta <b>120 horas</b> después de la RSNP	Inhibe ruptura folicular incluso con aumento de LH. <b>Esperar 5 días</b> antes de iniciar anticoncepción hormonal. El uso concomitante de inductores enzimáticos podría disminuir eficacia.
<b>DIU-Cu</b>	Dispositivo intrauterino de cobre	Hasta <b>120 horas</b> después de la RSNP	<b>Método más eficaz (&gt;99%).</b> Efecto sobre movilidad espermática y también endometrial. Brinda anticoncepción continua por hasta 5-10 años.
<b>DIU-LNG*</b>	Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel	Hasta <b>120 horas</b> (estudios reportan eficacia hasta <b>14 días</b> )	<b>Uso en evaluación</b> para AE. Evidencia emergente sugiere eficacia <b>no inferior al DIU-Cu.</b> Brinda anticoncepción continua.

**Cuadro 1.** Descripción general de AE.

Los métodos utilizados en AE incluyen píldora de levonorgestrel (AE-LNG), píldora de acetato de ulipristal (AE-UPA), los dispositivos intrauterinos liberadores de iones de cobre (DIU-Cu) y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG). El DIU-LNG para AE se encuentra en evaluación, siendo posiblemente no inferior al DIU-Cu (ver sección 7.3). No está aún incluido como AE en los criterios médicos de elegibilidad de MAC de la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>6</sup>

En algunos países, la mifepristona vía oral en dosis de 10 a 25 mg está disponible comercialmente como AE.<sup>7</sup>

El método Yuzpe es una forma de AE que comprende dos dosis de píldoras anticonceptivas orales combinadas (ACO) que contienen de 100 a 120 µg de etinil estradiol (EE) y 0,5 a 0,6 mg de LNG por dosis.<sup>8</sup>

Debido a los efectos adversos y la alta dosis de EE, además de la existencia de opciones de AE más convenientes, el método Yuzpe solo se utilizaría si no hay acceso a mejores alternativas.

## 4.1 Levonorgestrel (LNG)

El LNG (D-norgestrel) es un estereoisómero del norgestrel y posee una actividad similar a la de la progesterona. Administrado antes del pico de hormona luteinizante (LH), el principal mecanismo de acción es retrasar el desarrollo folicular, e inhibir la ovulación. El LNG oral no interfiere con la implantación del óvulo fecundado. Debe administrarse lo antes posible, dentro de las 72 horas posteriores a una RSNP.<sup>9</sup>

## 4.2 Acetato de Ulipristal (UPA)

El UPA es un modulador sintético oral del receptor de progesterona (RP) con alta afinidad por el receptor, específico de tejido y parcialmente antagonista de la progesterona. Es un derivado de la 19-norprogesterona. Dependiendo de la ubicación, la presencia de co-activadores o co-inhibidores de la expresión génica y los niveles séricos de progesterona, el UPA puede actuar como agonista o antagonista de la progesterona. El UPA inhibe la ruptura folicular incluso si se administra después de que el nivel de LH haya comenzado a aumentar. La dosis recomendada de UPA como AE oral es una dosis única de 30 mg. El UPA oral debe administrarse lo antes posible después de una RSNP, dentro de las 120 h, óptimamente dentro de las 72 horas.<sup>10, 11, 12</sup>

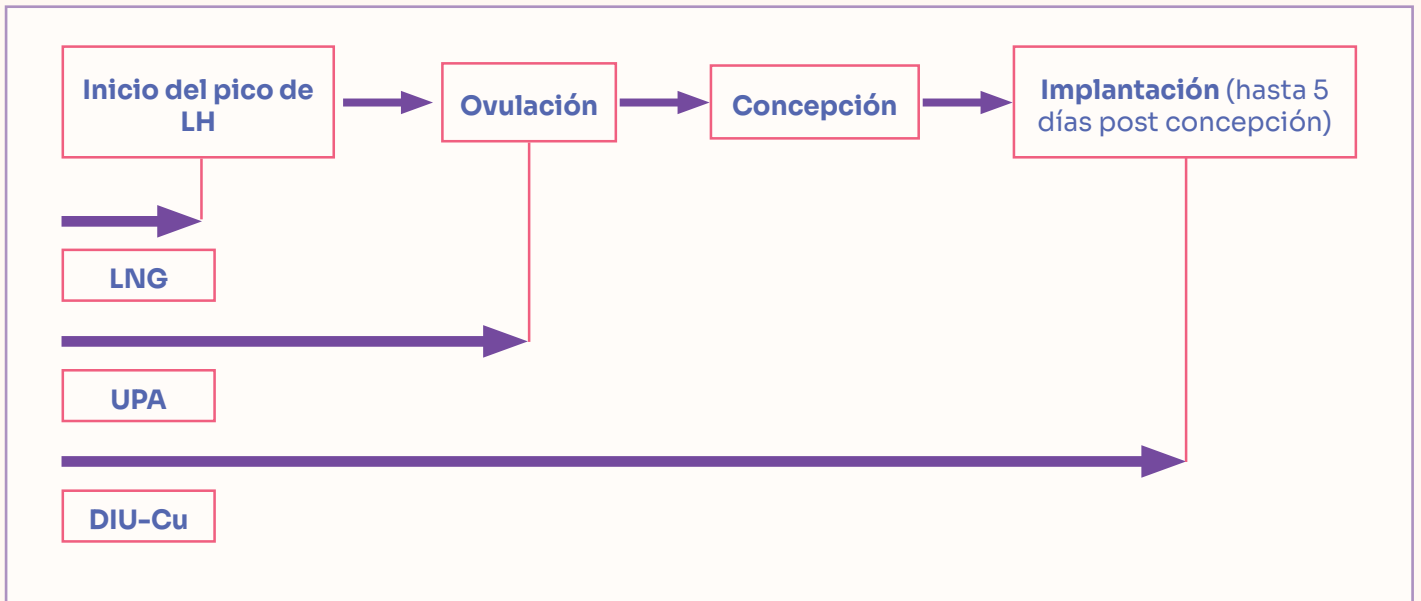
## 4.3 Dispositivos intrauterinos (DIU)

El DIU liberador de iones de cobre (DIU-Cu) afecta la actividad y función espermática, puede influir en el ovocito y modificar el perfil de citoquinas del endometrio como reacción a la inserción de un cuerpo extraño.

Según la OMS, el DIU-Cu es la AE más eficaz; sin embargo, no está registrado por la FDA para esta indicación. Insertado dentro de las 120 h posteriores a una RSNP tiene una eficacia superior al 99 % en la prevención del embarazo.

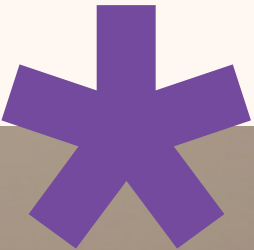
El DIU-LNG tiene un mecanismo de acción multidimensional. Debe insertarse dentro de las 120 h posteriores a una RSNP, aunque se observa eficacia incluso dentro de los 14 días. Se plantea que su eficacia no sería inferior a la del DIU-Cu. La OMS aún no lo ha incluido entre los métodos de AE en sus criterios médicos de elegibilidad.<sup>13, 14, 15</sup>

Todos los métodos de AE mencionados anteriormente presentan un alto perfil de seguridad, buena tolerancia y una baja tasa de efectos adversos.<sup>16, 17</sup>



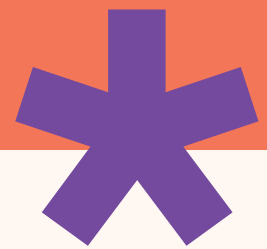
**Figura 1.** Momento de acción de los diferentes métodos de AE. Adaptado de Mierzejewskaa et al, 2024.<sup>16</sup>

La AE-LNG actualmente se recomienda en régimen de una dosis de 1,5 mg tomado por vía oral. Se indica su uso durante las 72 horas después de una RSNP. El AE-UPA se utiliza en una dosis única de 30 mg tomado por vía oral. La indicación para el uso como AE es en el transcurso de las primeras 120 horas. **Sin embargo, ambos métodos de AE oral deben usarse lo antes posible después de las relaciones sexuales sin protección para que la eficacia sea la más alta, ya que disminuye con el tiempo.**<sup>17</sup>



# 5.

## Indicaciones de la anticoncepción de emergencia



Se recomienda considerar los métodos de AE para cualquier persona con capacidad de gestar que no desee un embarazo si existe un riesgo potencial después de una RSNP. Este riesgo individual es difícil de estimar porque depende de diversos y variables factores, entre otros, la fertilidad de ambos miembros de la pareja, el momento del ciclo y el número de RSNP. Además, puede ser difícil predecir si el episodio de RSNP ha ocurrido durante el período fértil. Se ha visto en algunos estudios que la estimación del momento de la ovulación reportada por las mujeres puede ser imprecisa cuando se correlaciona con los marcadores séricos y ecográficos de la ovulación.<sup>18</sup> Por lo tanto, alineándose con las guías internacionales, recomendamos que se ofrezca AE luego de una RSNP en cualquier día del ciclo menstrual natural.

En definitiva, puede utilizarse frente al riesgo de embarazo ya sea por RSNP, situación de abuso o violencia sexual o falla/uso incorrecto del MAC de base (ej: olvido de pastillas, deslizamiento del preservativo, expulsión de DIU).

En el caso del puerperio, si hay una RSNP, puede haber indicación a partir del día 21 del nacimiento (a menos que esté realizando lactancia completa exclusiva, tenga amenorrea y esté dentro de los 6 meses posteriores al parto) (ver sección 13.4). También a partir del día 5 después de un aborto, un embarazo

ectópico o la evacuación uterina por enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). En el caso de ETG, debe tenerse en cuenta que el DIU-Cu podría tener en ese caso, una contraindicación potencial.

**Es esencial que en el momento de brindar la AE se explique que ésta no proporciona protección continua contra el embarazo.** En caso de los AE hormonales orales, el mecanismo principal de acción es retrasar la ovulación, pero la misma puede ocurrir más tarde ese ciclo, pudiendo haber riesgo adicional de embarazo frente a otras RSNP (ver sección 9).

Es esencial también **explicar que no brinda protección contra infecciones de transmisión sexual** (ITS). Según el caso, la persona podría necesitar adicionalmente profilaxis post exposición (PEP) para disminuir riesgo de contagios sumados a la prevención de embarazo o un seguimiento posterior (ver sección 14).

Se recomienda ofrecer a la persona que pueda iniciar un MAC de uso regular luego del episodio. Si lo elegido es un método hormonal, el mismo puede reiniciarse rápidamente luego de la toma de AE-LNG, con una prueba de embarazo 21 días después de la RSNP (para excluir un embarazo resultado de una falla de la AE). Si se utiliza AE-UPA se deben esperar 5 días para comenzar con la anticoncepción hormonal (ver sección 16). Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar un método de barrera por ese lapso y por el lapso que corresponda para que el método elegido sea efectivo, por ejemplo, 7 días para los anticonceptivos orales combinados, parche, anillo vaginal o inyectable mensual.

Si se estima que es poco probable que la RSNP haya ocurrido durante su período fértil, y la persona va a comenzar inmediatamente un método hormonal, puede considerarse la opción de usar AE-LNG con inicio inmediato de la anticoncepción, en lugar de AE-UPA (para evitar retrasar el inicio de la anticoncepción).

Como dijimos previamente, **los AE pueden estar indicados si el MAC de uso regular se ha utilizado incorrectamente o si su eficacia está comprometida, como por ejemplo por el uso concomitante de medicamentos inductores de enzimas o por vómitos.** Debe considerarse el uso de AE en los siguientes casos:<sup>1,18</sup>

- Retraso en el comienzo de la toma luego del intervalo libre de píldoras (si pasaron 9 días o más desde la última píldora activa tomada y hubo RSNP en el intervalo libre de 7 días).<sup>19</sup>
- Olvido de dos o más píldoras en la primera semana de toma si ha habido RSNP o falla del método de barrera durante el intervalo sin píldoras o la primera semana.
- Más de 7 días de olvido de píldoras en la semana 3 o 4 de toma.
- Según otras guías como las Recomendaciones para Prácticas Seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS, se sugiere la toma de AE con el retraso en el comienzo de la toma de 3 o más píldoras o con el olvido de 3 o más píldoras en la primera semana de toma.<sup>13, 20</sup>

- Si el intervalo sin píldoras se extiende (esto incluye omitir píldoras en la primera semana), se puede ofrecer un DIU de cobre hasta 13 días después del inicio del intervalo sin píldoras, asumiendo un uso perfecto previo.
- El condón se utilizó incorrectamente, se deslizó o se rompió.
- No se utilizó correctamente el coito interrumpido.
- Expulsión del DIU o implante anticonceptivo.
- Píldora olvidada o tardía (>27 horas desde la última píldora no anovulatoria tradicional o >36 horas desde la última píldora de solo desogestrel).
- La mujer ha tenido RSNP cuando han pasado más de 14 semanas desde su última inyección de acetato de medroxiprogesterona de uso trimestral, más de 2 semanas retrasada para su inyección de acetato de noretisterona o más de 7 días retrasada para su inyección mensual combinada. La guía del Ministerio de Salud de Argentina, en el caso de la inyección mensual combinada toma el retraso de 3 días para la toma de AE.<sup>21</sup>
- Usuaris del Standard Days Method® (SDM, método de días fijos): si la mujer tuvo RSNP en los días 8 a 19 del ciclo.
- Salida, rotura o retiro temprano de diafragma o capuchón cervical.
- Si se despega el parche o se extrae el anillo por más de 48 h en la primera semana y ha habido RSNP o falla del método de barrera durante el intervalo sin hormonas o la primera semana. El prospecto del anillo vaginal con EE y etonogestrel muestra alguna diferencia con las guías del Reino Unido ya que sugieren posibilidad de falla del anticonceptivo si el mismo se extrae de la vagina durante más de tres horas.<sup>22</sup>
- Si hay RSNP o fallo de uso de métodos de barrera durante el uso de medicamentos inductores de enzimas hepáticas, o en los 28 días siguientes a finalizar su uso. Se puede ofrecer un DIU de cobre (no afectado por medicamentos inductores de enzimas hepáticas) o una dosis doble (3 mg) de AE-LNG. No se recomienda AE-UPA en esta situación (ver sección 15).



# 6.

## Mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia

Cuando hablamos de AE es importante tener en cuenta que la concepción es posible solo durante un período limitado del ciclo. Esto es porque los espermatozoides tienen una vida limitada dentro del tracto genital (120 h) y el tiempo de sobrevivencia del ovocito luego de la ovulación es solo de 12 a 24 h. La ventana de fertilidad en una RSNP se extiende, entonces, desde los 5 días antes de la ovulación hasta un día posterior a la misma, con las mayores tasas de embarazo en las 48 horas previas.<sup>23</sup>

Existen diferentes AE pero es importante enfatizar que, independientemente de su mecanismo de acción, no inducen el aborto y no tienen efectividad una vez que ha ocurrido la implantación.<sup>16</sup>

## 6.1. Mecanismo de acción del levonorgestrel (LNG)

El mecanismo de acción principal del LNG como AE es la inhibición de la ovulación, retrasando o previniendo la ruptura folicular y provocando disfunción lútea.<sup>24</sup>

El AE-LNG ha demostrado afectar el desarrollo folicular luego de la selección del folículo dominante, pero antes de que el pico de LH haya comenzado. Cuando se administra 2 a 3 días antes de este pico, el mismo es inhibido o retrasado. En cambio, cuando el pico de LH ya ha comenzado su ascenso, el LNG no es efectivo para inhibir la ovulación.<sup>23</sup>

Si bien se ha sugerido que podría existir un efecto post ovulatorio, el tratamiento con AE-LNG 48 h previo al pico de LH no afecta la morfología endometrial ni los marcadores de receptividad durante la fase lútea.<sup>16, 23</sup> En una revisión realizada en 2022,<sup>9</sup> no se encontró evidencia de que el LNG utilizado después de la ovulación prevenga la implantación: si el mismo no llega a inhibir la ovulación, las tasas de concepción resultantes son similares a las esperadas después de una RSNP en el período de alta fertilidad.

Se han postulado otros mecanismos de acción, como el espesamiento del moco cervical, que causa retención de los espermatozoides en el cuello uterino, y alteraciones en el transporte de los mismos o del óvulo en las trompas. En cuanto al efecto sobre el moco cervical, este parece ser importante durante el uso de LNG como anticonceptivo regular pero no en su uso como AE, dado los resultados de diversos estudios donde se han rescatado espermatozoides en el tracto genital luego de la toma de LNG.<sup>23, 25, 26</sup> Cuando se analiza su efecto en las trompas uterinas se observa un efecto dosis dependiente en la contractilidad de las mismas.<sup>23</sup> Los estudios *in vitro* incluidos en una revisión realizada en 2022 respaldan que el LNG en dosis equivalentes a las utilizadas para la AE no afecta la receptividad en las trompas uterinas de manera que aumente el riesgo de implantación extrauterina.<sup>4, 9, 23</sup>

Se han realizado diversos estudios para evaluar los efectos del LNG a nivel endometrial, pero no se pudo demostrar acción sobre la maduración y receptividad que sugiera efectos directos o indirectos sobre la función endometrial.<sup>27</sup> Con esta información la FDA respaldó la conclusión de que funciona inhibiendo o retrasando la ovulación y que no tiene un efecto directo sobre los procesos postovulatorios, como la fecundación o la implantación.<sup>28</sup>

La información disponible concluye que el LNG usado como AE actúa sobre la ovulación, generando la inhibición o retraso de la ruptura del folículo y la supresión del aumento de LH. No hay evidencia sustancial de que otros efectos post ovulatorios, como la alteración del moco cervical, la función espermática, fertilización o la receptividad endometrial contribuyan a su mecanismo de acción.<sup>23, 29, 30, 31</sup>



**El AE-LNG actúa principalmente inhibiendo o retrasando la ovulación, al bloquear el pico de LH necesario para la ruptura folicular no habiendo evidencia sustancial de que otros efectos postovulatorios contribuyan a su mecanismo de acción.**

## 6.2 Mecanismo de acción del acetato de ulipristal (UPA)

El UPA es un modulador oral sintético del RP que se une selectivamente al RP intracelular. Dependiendo del tejido, la presencia de co-activadores o co-inhibidores de la expresión génica y los niveles séricos de progesterona, puede actuar como agonista o antagonista de la progesterona. **El UPA inhibe la ruptura folicular y es efectivo aún cuando se administra poco antes de la ovulación, cuando el pico de LH comienza, momento en el cual la AE-LNG no tiene efecto.** Esta capacidad del UPA es crucial porque la probabilidad de concepción en ese momento es alta. Cuando la LH alcanza su pico, es insensible al mecanismo de retroalimentación negativa de la progesterona y al UPA.<sup>32</sup> El efecto sobre el endometrio ha demostrado ser dosis dependiente. Varias revisiones concluyen que dosis bajas del UPA (30 mg) usado como AE no tienen un efecto significativo sobre el endometrio.<sup>23</sup> La progesterona es esencial para la reacción acrosomal, permitiendo la entrada de calcio al espermatozoide. El UPA suprime de forma dosis dependiente la reacción acrosomal inducida por la progesterona y modula la función espermática al actuar como antagonista de la misma. Sin embargo, la implicancia clínica de este efecto como AE es incierta.<sup>24</sup>



**El UPA es un modulador selectivo del receptor de progesterona que actúa principalmente inhibiendo o retrasando la ovulación y tiene la ventaja de ser efectivo aún cuando el pico de LH ha comenzado, momento en el que la AE-LNG ya no tiene efecto.**

## 6.3 Mecanismo de acción del DIU de cobre y de levonorgestrel (DIU-Cu y DIU-LNG)

El DIU-Cu es el único AE que es efectivo luego de que ha ocurrido la ovulación<sup>24</sup> y que, además, tiene el beneficio de poder permanecer como MAC de uso regular y de larga duración. El cobre liberado por el DIU genera una respuesta inflamatoria y alcanza concentraciones que resultan tóxicas para los espermatozoides en el tracto genital afectando su función y viabilidad, previniendo la fertilización.<sup>23</sup> El cobre se acumula notablemente en todo el epitelio de las trompas uterinas, lo que implica que el líquido tubárico se mezcla con líquido uterino y sustancias intrauterinas, teniendo así la capacidad de ejercer efectos extrauterinos. Además, el cobre aumenta la actividad del músculo liso en la trompa.

La recuperación de ovocitos de las trompas y del útero de mujeres que usan DIU-Cu es menor que en no usuarias, lo que sugiere una acción del DIU-Cu antes de que el ovocito llegue a la cavidad uterina.

El cobre en dosis similares a las del DIU ha mostrado estimular la contractilidad miometrial *in vivo e in vitro* en modelos animales y humanos, efecto que ha sido sugerido en su actividad anticonceptiva. Estudios durante el uso de DIU han mostrado que el mismo no interfiere en el desarrollo endometrial durante el ciclo pero que hay un aumento de leucocitos en la luz glandular indicando una reacción inflamatoria. El dispositivo genera una reacción de cuerpo extraño y esa inflamación es tóxica para los gametos evitando la formación de embriones viables.<sup>33, 34, 35, 36</sup>

Los primeros signos de implantación han sido investigados midiendo marcadores bioquímicos en suero durante un ciclo menstrual, comparando mujeres con DIU-Cu, y también aquellos con un DIU inerte así como controles. Los resultados mostraron una incidencia fuertemente reducida de los signos de implantación en mujeres con DIU-Cu, lo que indica su prevención en lugar de la interrupción de la implantación.<sup>23</sup>

**Respecto del uso de otros DIU como AE, el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel tiene un mecanismo de acción multidimensional.** El DIU-LNG induce una reacción endometrial a un cuerpo extraño e interfiere con el proceso de implantación. El LNG liberado aumenta el espesor del moco cervical, reduciendo su permeabilidad para los espermatozoides, afectando la maduración y la función de los espermatozoides, alterando además el transporte oviductal.<sup>14</sup> Para mantener la máxima eficacia, el DIU-LNG debería insertarse dentro de las 120 h posteriores a una relación sexual sin protección, aunque se observa eficacia incluso dentro de los 14 días.<sup>14</sup>

Un ensayo aleatorio mostró que el DIU-LNG de 52 mg no era inferior en cuanto a su efectividad al DIU de cobre T380. Se informó embarazo al mes de seguimiento en el 0,3% de las participantes del grupo del DIU-LNG y en ninguna del grupo del DIU-Cu, tanto en el análisis modificado por intención de tratar como por protocolo. Estos datos podrían respaldar la provisión de anticoncepción de inicio rápido con el

DIU-LNG de 52 mg. Si bien podría estar disponible como un método posible para uso como AE, su uso aún no es extendido y todavía no cuenta con una aprobación formal para este uso.<sup>37</sup>

**\* El DIU-Cu actúa generando una reacción inflamatoria local especialmente a través de la liberación de los iones de cobre. Es el AE más efectivo y puede ser utilizado aún cuando la ovulación ha ocurrido, con posibilidad de permanecer como método anticonceptivo de uso regular.**

## 6.4 Mecanismo de acción de mifepristona

La mifepristona es otro modulador selectivo del RP que está aprobado en muchos países para la interrupción del embarazo en el primer trimestre.<sup>38</sup> Los datos disponibles de los estudios en humanos indican que el efecto de 10 mg de mifepristona utilizada como una dosis única de AE se debe principalmente a una función ovárica alterada, ya sea bloqueando el aumento de LH o posponiéndolo. Por el contrario, dosis más altas afectarían tanto la ovulación como la implantación.<sup>39</sup>

**\* La mifepristona es un modulador selectivo de los RP aprobado en muchos países para uso en la interrupción de embarazo. En dosis bajas actúa como AE principalmente inhibiendo o retrasando la ovulación. Su aprobación para este uso se encuentra en pocos países.**



# 7.

## Eficacia de la anticoncepción de emergencia



En el caso de los AE, la eficacia se demostró inicialmente en estudios de observación no comparativos; a partir de entonces, el uso de un placebo se consideró poco ético. Por lo tanto, la posibilidad de que se produzca el embarazo en ausencia de AE se estima indirectamente a partir de datos publicados sobre la probabilidad de embarazo en cada día del ciclo menstrual.<sup>40</sup>

Esta estimación se compara con el número real de embarazos observados después de su uso en ensayos de observación del tratamiento. El cálculo de la eficacia implica muchos supuestos que son difíciles de validar. Las estimaciones precisas de la eficacia dependen de un registro exacto del momento del acto sexual y el día del ciclo (de modo que el momento de la ovulación pueda ser estimado) pero se ha demostrado que no siempre coinciden estas estimaciones de las mujeres con el día real de ovulación surgido de análisis bioquímicos y ecográficos.

Los estudios suelen diseñarse para comparar la tasa de embarazo después del uso de diferentes métodos de AE para demostrar su efectividad relativa. Se asume en tales estudios que las mujeres y sus parejas son igualmente fértiles en los grupos que reciben las diferentes intervenciones y que las mujeres en todos los grupos están igualmente en riesgo de embarazo (a pesar de que las longitudes del ciclo varían, el coito habrá ocurrido en diferentes momentos y puede haber habido múltiples episodios de coito tanto antes como después de la administración de AE).

### **La efectividad de la AE, como vemos, es difícil de estudiar.**

Se obtiene más información sobre la AE oral a partir de estudios controlados con placebo y comparativos realizados en mujeres que no están en riesgo de embarazo, evaluando el riesgo de ovulación dentro de los 5 días (la duración de la viabilidad del espermatozoide) después de la administración de la AE.

A fines de la década del 90 la OMS realizó estudios comparativos randomizados en casi 2000 mujeres en 21 centros de todo el mundo comparando el método de Yuzpe con el AE-LNG en dos dosis separadas por 12 horas. La tasa cruda de embarazo fue de 1,1% (11/976) para el grupo de LNG y de 3,2% (31/979) para el grupo de Yuzpe. La proporción de embarazos prevenidos, comparado con el número esperado teórico en mujeres sin tratamiento, fue de 85% para el régimen con LNG y de 57% para el de Yuzpe. En estos estudios también se observó que la eficacia de ambos tratamientos disminuyó con el aumento de tiempo que transcurre entre la RSNP y la toma.<sup>41</sup>

Los ensayos clínicos que involucran LNG utilizado para AE más de 72 horas después del coito no establecen concluyentemente tasas de eficacia debido al tamaño de muestra insuficiente. Sin embargo, estos estudios revelan una tendencia hacia tasas de fracaso notablemente más altas cuando el LNG se toma 48 horas o más después de la RSNP. **Por ello es que se recomienda que la toma sea lo antes posible luego de una RSNP.**<sup>38</sup>

**El UPA en dosis única de 30 mg es la opción de PAE más eficaz, con estimaciones de efectividad que fluctúan entre el 62% y el 85%.**<sup>12, 42</sup>

Dos ensayos aleatorizados compararon la eficacia del LNG con el UPA: uno, hasta 72 horas después de la RSNP; y el otro, hasta 120 horas. Este último, realizado en casi 1300 mujeres, demostró que una dosis única de 30 mg de UPA es efectiva cuando se utiliza como AE de 48 a 120 horas después de la RSNP. **La relevancia clínica de esta observación es la eficacia sostenida de UPA hasta 120 horas después de la RSNP.**

Una comparación entre el número esperado y el observado de embarazos muestra un beneficio estadísticamente significativo del tratamiento en la reducción del riesgo de embarazo entre 48 a 120 horas. Los tamaños muestrales fueron menores en los intervalos de 72 a 96 horas y 96 a 120 horas, pero también se observó una tendencia a la prevención del embarazo (ver cuadro 2).

	Total	48 a 72 h	72 a 96 h	96 a 120 h
Población expuesta	1241	693	390	158
Embarazos observados (n)	69	42	19	8
Embarazos esperados (n)	26	16	8	2
Tasa de embarazos esperada (%)	5.5	6	5	4.9
Tasa de embarazos observada (%)	2.1	2.3	2.1	1.3
Eficacia (% embarazos prevenidos)	62.3	61.9	57.9	75

**Cuadro 2.** Eficacia de UPA según el tiempo después de la RSNP (adaptado de Fine et al “Ulipristal Acetate for Emergency Contraception”).<sup>12</sup>

El UPA es más eficaz que el LNG en retrasar la ovulación cuando ésta es inminente. Para cuando el folículo dominante alcanza los 15 a 17 mm, el LNG no impide la ruptura folicular dentro de los 5 días con más frecuencia que el placebo.

Cuando se ingiere UPA con un folículo dominante de entre 18-20 mm (la ovulación es inminente en las siguientes 48 horas) y la probabilidad de concepción es alta, el UPA previene la ruptura folicular dentro de los 5 días de su administración en el 59% de los ciclos, en comparación con 0% en los ciclos con placebo. Las antiprogestinas UPA y mifepristona son probablemente igual de efectivas.<sup>11</sup>

Una forma sencilla de explicar a las potenciales usuarias su eficacia se observa en la figura 2.

## Efectividad de las píldoras anticonceptivas de emergencia (AE)

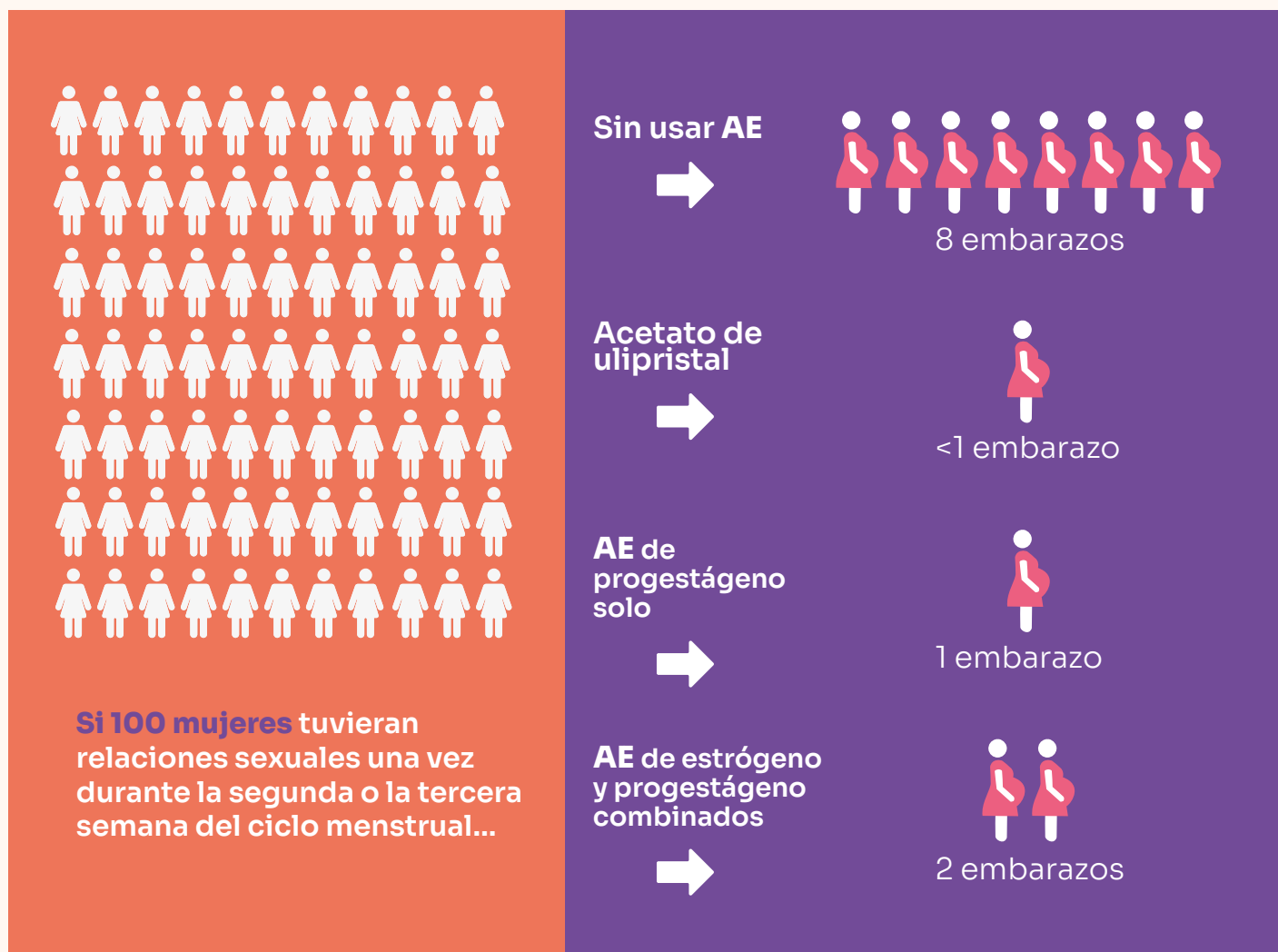


Figura 2. Eficacia de la anticoncepción de emergencia. Adaptado de “Un manual mundial para proveedores” OMS.<sup>43</sup>



# 8.

## Formas de administración

## 8.1 Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)<sup>1, 44</sup>

### a) Levonorgestrel (LNG):

- » Dosis única de 1,5 mg por vía oral (misma efectividad que 0,75 mg cada 12 h).
- » Se recomienda utilizarla lo antes posible luego de una RSNP. Es eficaz hasta 72 h después de la RSNP. Se podría utilizar hasta 120 h, aunque con menor eficacia.
- » Disponible sin receta en muchos países (ej.: Argentina).

### b) Acetato de Ulipristal (UPA):

- » Dosis única de 30 mg por vía oral.
- » Se recomienda utilizarla lo antes posible luego de una RSNP. Eficaz hasta 120 h luego de la RSNP.
- » Requiere receta médica en algunos lugares.

### c) Método Yuzpe:

- » Dos dosis de píldoras combinadas de estrógeno y progestágeno, para alcanzar en cada dosis 100 µg de EE y 0,5 mg de LNG. (Opciones: 4 comprimidos de 30 µg de EE o 5 comprimidos de 20 µg cada 12 h).
- » Una dosis se toma lo antes posible dentro de las 72 h posteriores a la RSNP y la otra 12 h después.
- » Menos eficaz y con más efectos secundarios que los métodos anteriores, por lo cual es menos usado en la actualidad.

### d) Mifepristona

- » Dosis única de 10-25 mg por vía oral.
- » No está disponible en Argentina como AE.

## 8.2 DIU-Cu<sup>1, 44, 45</sup>

- a)** Aunque sea subutilizado en nuestro medio, el DIU-Cu es el AE más efectivo. La OMS recomienda que la colocación de un DIU-Cu, cuando se utiliza como AE, se realice hasta los 5 días posteriores a la RSNP o dentro de los 5 días del día esperado de ovulación, siendo su eficacia superior al 99%.
- b)** Puede ser además apropiado para las mujeres que desean utilizar un MAC de larga duración, reversible y eficaz.

## 8.3 DIU-LNG

- a) Se recomienda que la colocación, cuando se utiliza como AE, se realice hasta los 5 días posteriores a la RSNP.
- b) Si bien es subutilizado en nuestro medio, puede ser además apropiado para las mujeres que desean utilizar un MAC de larga duración, reversible y eficaz.

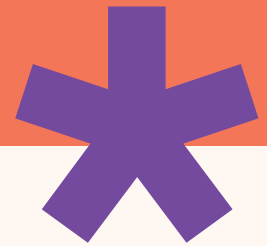
La comparación entre DIU-LNG y DIU-Cu como AE ha sido objeto de estudios recientes. Un ensayo clínico aleatorizado con más de 700 mujeres comparó ambos dispositivos dentro de los 5 días posteriores a la RSNP.<sup>46</sup> El resultado fue que el DIU-LNG no fue inferior al DIU-Cu, lo que lo convertiría en una opción válida aunque no extendida.<sup>37</sup> Como se ha mencionado anteriormente, OMS aún no incluye al DIU-LNG como opción de AE.

Método	Dosis	Forma de administración
LNG	1,5 mg (o 0,75 mg cada 12 h)	72 h post RSNP (puede utilizarse hasta los 5 días)
UPA	30 mg	Hasta 5 días post RSNP
DIU-Cu		Hasta 5 días post RSNP
DIU-LNG		Hasta 5 días post RSNP
Mifepristona	10-25 mg	Hasta 5 días post RSNP
Método Yuzpe	4 pastillas con 30µ de EE + LNG o 5 pastillas con 20µ de EE + LNG cada 12 h	Hasta 72 h post RSNP

**Cuadro 3.** Formas de administración de las opciones de AE.

# 9.

## Uso repetido de la anticoncepción de emergencia



Diversas investigaciones, estudios y datos poblacionales observaron que en la actualidad las personas utilizan la píldora de AE en múltiples ocasiones, lo cual ha suscitado inquietud sobre la seguridad, la eficacia y los efectos a largo plazo de este uso, el cual fue desarrollado e indicado inicialmente para su uso ocasional.

Actualmente no existe una definición formal ni estandarizada de “uso repetido” del AE. Esto generalmente se refiere a que una persona la tome más de una vez y puede incluir múltiples situaciones, como tomar la píldora:

- en dos o más ocasiones a lo largo de la vida.
- en dos o más ocasiones durante el mismo ciclo menstrual.
- como método anticonceptivo a demanda, por ejemplo, cada vez que se mantienen relaciones sexuales sin protección.<sup>47</sup>

Según la OMS, no existen razones médicas para evitar el uso repetido de AE. La evidencia sugiere que no pierden eficacia aunque no se distingue entre los diferentes tipos de uso repetido. A pesar de estar

etiquetadas como de un solo uso, tomarlas más de una vez no supone ningún riesgo conocido para la salud, incluso dentro del mismo ciclo menstrual. En la edición 2025 de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de MAC, la OMS toma por primera vez este apartado clasificando esta situación como categoría 1, lo que significa que se considera “seguro en cualquier circunstancia”.<sup>13</sup>

Las PAE actúan retrasando o previniendo la ovulación; por lo tanto, es muy probable que una mujer ovule unos días después de tomarla y podría quedar embarazada si vuelve a tener RSNP. Se recomienda fuertemente usar preservativo o evitar las relaciones sexuales después de tomar la PAE; sin embargo, si vuelve a tener RSNP, la mujer corre riesgo de embarazo y puede tomar otra dosis. En este caso, se sugiere seguir estas recomendaciones:

- Si una mujer tiene RSNP dentro de las 24 horas posteriores a la toma de AE-LNG o AE-UPA, no necesita volver a tomarla. Esto se debe a que el LNG y el UPA permanecen activos en el cuerpo durante este tiempo.<sup>48</sup>
- Después de 24 horas, y dentro del mismo ciclo, puede tomar una dosis repetida de la siguiente manera:
  - » Si ya ha tomado un AE-LNG, puede tomar otra píldora con LNG.
  - » Si ya ha tomado un AE-UPA, puede tomar otra píldora con UPA.<sup>24</sup>
- **En los primeros 5 a 7 días después de tomar la PAE, no deben combinarse diferentes tipos de píldoras de AE porque el LNG podría interferir con la acción del UPA para retrasar la ovulación.<sup>24</sup>**



**El uso repetido del AE es seguro y no se debe negar el acceso a las mismas. Se debe tener en cuenta que es menos efectiva que usar un MAC regular y es importante ofrecer la opción de un MAC para prevenir un ENP.<sup>47</sup>**

# 10.

## Seguridad y contraindicaciones



Las PAE no son peligrosas bajo ninguna circunstancia ni afección médica en particular. La OMS establece que no existen restricciones médicas para el uso de AE-LNG, AE-UPA, ni el método de Yuzpe, como PAE.<sup>13</sup>

Las contraindicaciones conocidas para los anticonceptivos hormonales no se aplican en esta indicación. En particular, las siguientes afecciones NO son contraindicaciones: adolescencia, obesidad, antecedentes personales o familiares de tromboembolia venosa, cáncer de mama previo o actual, embarazo ectópico previo, lactancia materna, migrañas, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática, diabetes, hipertensión y uso previo de AE en el mismo ciclo menstrual.

Según los criterios de OMS 2025 el antecedente de enfermedad cardiovascular grave, migraña y enfermedad hepática grave (incluida ictericia) no presenta contraindicación para el uso de PAE dado que su duración de uso es menor que la del uso regular de ACO y anticoncepción de solo progestágeno, lo cual traería menor riesgo de consecuencias adversas para la salud.<sup>13</sup>

Las PAE no están indicadas para mujeres con un embarazo confirmado porque no aportan ningún beneficio. Sin embargo, si no se ha realizado una evaluación de embarazo o si el estado del embarazo no está claro, se pueden utilizar, ya que no hay evidencia que sugiera daño al feto en desarrollo.

La utilización del DIU-Cu como AE conlleva las mismas contraindicaciones que la utilización rutinaria del método.<sup>49</sup> Tener en cuenta que tanto el riesgo de ITS, historia de embarazo ectópico, edad temprana como nuliparidad no son contraindicaciones para su uso.

Si una mujer tiene una infección sintomática conocida por *Chlamydia trachomatis* (CT) o una infección actual por *Neisseria gonorrhoeae* (NG), debe completarse el tratamiento antibiótico antes de la inserción del DIU-Cu. Igualmente, la inserción como AE puede considerarse en presencia de una infección asintomática por CT tras conversar sobre los riesgos y beneficios; en ese caso se debe administrar tratamiento con antibióticos adecuados en el momento de la inserción (o antes si es posible). Cuando aún no se disponga de los resultados de las pruebas de CT y NG, se podría considerar la profilaxis antibiótica para los casos en que se requiera la inserción de un DIU-Cu como AE y mientras no se presenten síntomas relevantes de infección, pero tenga una pareja actual o reciente con infección por CT o NG.<sup>50</sup> Aunque las mujeres con ITS en el momento de la colocación del DIU tienen un mayor riesgo de EPI (enfermedad pélvica inflamatoria), la tasa general de EPI entre todas las usuarias de DIU es baja.<sup>51</sup>

Con respecto al AE-UPA considerar que no debe indicarse en mujeres con asma grave controlada con corticoides orales debido a su efecto antiglucocorticoideo. A su vez, ante la falta de datos sobre su seguridad se recomienda no utilizar AE-UPA en mujeres con insuficiencia hepática. Sin embargo, el embarazo supone un riesgo significativo en mujeres con insuficiencia hepática grave y, según la opinión de expertos, el uso de una dosis única de UPA 30 mg sería aceptable.<sup>49, 52</sup>

El AE-LNG no presenta contraindicaciones pero no se recomienda en pacientes con disfunción hepática severa. Igualmente, el embarazo supone un riesgo significativo en estas mujeres, y al igual que UPA, según opinión de expertos una dosis única es aceptable.<sup>24</sup>

Contraindicaciones	AE - LNG	AE - UPA
Embarazo confirmado	Contraindicado	Contraindicado
Asma grave bajo uso de glucocorticoides orales	No contraindica	Contraindicado
Disfunción hepática severa	No recomendable. Bajo opinión de expertos, dosis única es aceptable	No recomendable, bajo opinión de expertos, dosis única es aceptable

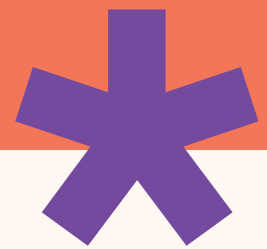
**Cuadro 4.** Contraindicaciones de las PAE.



**El uso de AE es seguro y no se debe contraindicar su utilización ante la necesidad de la usuaria. En ciertos casos en particular, como el embarazo no confirmado, asma grave, infección conocida por CT o NG; o insuficiencia hepática es importante la evaluación del profesional de la salud para indicar en caso de corresponder, el AE que debe ser utilizado.**

# 11.

## Eventos adversos (EA) y cambios en patrón de sangrado



### 11.1 Levonorgestrel

El LNG, es el AE más utilizado en el mundo. Su perfil de seguridad es ampliamente favorable, con EA predominantemente leves y autolimitados.<sup>6, 9, 18, 53</sup> Entre los síntomas más frecuentes que afectan a las usuarias se encuentran las náuseas (14-23%), los vómitos (5-6%), mareos (11%), cefalea (17-20%), fatiga (16%), dolor abdominal (10-13%) y mastalgia (8%).<sup>6, 53, 54</sup> Otros efectos menos comunes incluyen diarrea, anorexia, cambios de humor, exantema, cloasma y aumento de peso.<sup>6, 18</sup>

Los EA graves son extremadamente infrecuentes. Se han documentado casos aislados de convulsiones, reacciones anafilácticas, accidente cerebrovascular y fenómenos tromboembólicos, sin establecerse una relación causal clara.<sup>6</sup> En situaciones de embarazo posterior al uso de LNG, la incidencia de embarazo ectópico es de aproximadamente 1%, similar a la de la población general sin uso de AE.<sup>55</sup>

Las alteraciones del ciclo menstrual constituyen el efecto adverso más característico y reportado con LNG.<sup>9, 18, 54, 56</sup> La magnitud y dirección del cambio dependen del momento del ciclo en que se administra: si se administra en fase folicular temprana, puede acortar la duración del ciclo, provocando menstruaciones adelantadas.<sup>9, 56</sup>

Si se administra en fase lútea, puede prolongar el ciclo, retrasando el inicio de la menstruación.<sup>9, 56, 57</sup>

En estudios de seguimiento, aproximadamente un 30% de las mujeres presentó adelanto menstrual y un 13-15% presentó atraso, superando los 7 días en un 5-7%.<sup>6, 9, 56</sup> El sangrado intermenstrual es frecuente, más habitual que con AE-UPA, y puede aparecer pocos días después de la toma; suele ser escaso y autolimitado.<sup>18, 53, 57</sup> También pueden registrarse cambios en la duración y el volumen del sangrado en el ciclo siguiente, con menstruaciones más abundantes o prolongadas, pero que no persisten a largo plazo.<sup>6, 53, 54</sup> Estudios de seguimiento de hasta tres ciclos no han mostrado irregularidades sostenidas ni impacto sobre la fertilidad.<sup>9, 18, 56</sup>

## 11.2 Acetato de ulipristal

El UPA, en dosis única de 30 mg, es un modulador selectivo de los RP con un perfil de seguridad comparable al LNG pero con algunas diferencias en la frecuencia y el tipo de EA.<sup>8, 58</sup> Entre los síntomas más reportados se encuentran náuseas (12-18%), dolor abdominal (12-15%), cefalea (17-18%), mareos (5-7%) y fatiga (6-7%).<sup>54, 59</sup> También se han descrito dismenorrea y mastalgia, con menor frecuencia que en LNG.<sup>18, 54, 59</sup>

En cuanto a las alteraciones menstruales, UPA tiende a retrasar la menstruación en promedio entre 2 y 3 días, con menor incidencia de sangrado intermenstrual que LNG.<sup>42, 56, 59</sup> En algunos casos, el retraso puede ser mayor de 7 días, especialmente si la administración ocurre cerca de la ovulación.<sup>8, 18, 59</sup> Estos cambios no se asocian a irregularidades persistentes y desaparecen en el ciclo siguiente.<sup>42, 60</sup>

La tolerancia hepática del UPA es generalmente buena, pero se recomienda precaución en mujeres con insuficiencia hepática grave debido a su metabolismo hepático.<sup>58</sup> No se han documentado eventos adversos graves frecuentes en su uso como AE.<sup>8, 10, 61</sup>

## 11.3 DIU-Cu

El DIU-Cu utilizado como AE presenta un perfil de seguridad diferente, dado que sus efectos adversos se vinculan principalmente al procedimiento de inserción y a los cambios locales inducidos por el cobre.<sup>18, 57, 62, 63</sup> El dolor pélvico durante y después de la inserción es común y puede acompañarse de sangrado leve posinserción.<sup>18, 62</sup> El riesgo de perforación uterina es bajo y comparable al observado en inserciones electivas.<sup>54, 62</sup> No se ha evidenciado un incremento significativo del riesgo de EPI si se realiza una correcta selección de candidatas y se respetan las normas de asepsia.<sup>18</sup>

Cuando el DIU se utiliza como AE, el único efecto adverso a nivel menstrual es el sangrado posinserción, habitualmente leve y autolimitado. Si se mantiene como MAC regular, es frecuente un aumento de la duración y el volumen del sangrado menstrual, así como mayor intensidad de la dismenorrea, especialmente en los

primeros meses posteriores a la colocación. Estos cambios suelen atenuarse con el tiempo y no implican riesgos sistémicos.<sup>18, 62</sup>

## 11.4 Mifepristona

La mifepristona, utilizada en dosis bajas (10-25 mg) para AE, presenta un perfil de seguridad favorable.<sup>18, 54</sup> Los efectos adversos más reportados incluyen náuseas (9-13%), vómitos (1-3%), cefalea (11%), mareos (<10%) y fatiga.<sup>54, 62</sup> Puede provocar dolor abdominal leve y mastalgia ocasional.<sup>54, 64</sup> Su principal impacto sobre el ciclo menstrual es el retraso de la menstruación, que tiende a ser más frecuente y prolongado que con LNG o UPA. Un porcentaje significativo de mujeres presenta retrasos mayores a 7 días, y se ha demostrado que es un efecto adverso dependiente de la dosis.<sup>18, 65</sup> El sangrado intermenstrual es infrecuente, pero puede ocurrir en un pequeño número de usuarias.<sup>54</sup> Estos cambios son autolimitados y no afectan la regularidad menstrual en ciclos posteriores ni la fertilidad.<sup>62</sup>

## 11.5 Método Yuzpe

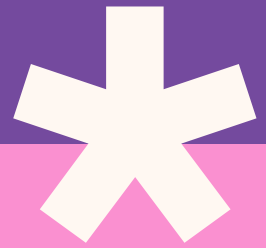
El método Yuzpe, que combina dosis altas de EE y LNG administradas en dos tomas, se asocia con una alta frecuencia de efectos adversos gastrointestinales. Las náuseas afectan a aproximadamente el 50% de las usuarias y los vómitos a una de cada cinco, requiriendo la repetición de la dosis si ocurren dentro de las dos horas posteriores a la administración.<sup>18, 54</sup> La profilaxis con antieméticos puede reducir la incidencia de náuseas.<sup>54, 62</sup>

Otros EA incluyen cefalea, fatiga y mastalgia, que suelen ser leves y autolimitados.<sup>18, 53</sup> También se han descrito mareos, dolor abdominal y cambios de humor.<sup>18, 54</sup> Las alteraciones menstruales consisten en adelantos o retrasos de pocos días y sangrados intermenstruales, todos autolimitados en el ciclo siguiente.<sup>53, 56</sup>

Los EA graves son muy raros; en grandes series se han registrado casos aislados de trombosis arterial o venosa, sin asociación causal confirmada, aunque se recomienda evitarlo en mujeres con antecedentes de enfermedad tromboembólica.<sup>8, 54, 62</sup>

# 12.

## Acceso y disponibilidad



Las PAE son esenciales para la salud y la autonomía de las personas. Tanto la AE como el aborto farmacológico son intervenciones sanitarias necesarias para la salud reproductiva y la autonomía de las personas. La confusión entre ambas, puede crear problemas de acceso y generar incertidumbre sobre qué régimen es necesario para cada intervención.<sup>66</sup>

El UPA (dosis única de 30 mg) está aprobado para su uso como AE en Europa desde 2009 y en E.E.U.U. desde 2010 donde se vende sin receta. El UPA es la PAE más eficaz disponible.<sup>11, 61</sup>

Cuando no hay disponibilidad de productos específicos para AE, se pueden utilizar ACO comunes en combinaciones especificadas como AE (método de Yuzpe).

La mifepristona también ha sido ampliamente estudiada para uso como PAE. Ha demostrado ser muy eficaz como AE con pocos efectos secundarios, pero su uso como medicamento para la terminación del embarazo, puede limitar su más amplia aceptabilidad para uso como AE, y está actualmente disponible solo en Armenia, China, Rusia y Vietnam.

La evidencia publicada parecería demostrar de manera convincente que una mayor disponibilidad de las PAEs no aumenta la toma de riesgos ni afecta negativamente el uso de MAC.<sup>8</sup>

Las PAEs de LNG están disponibles sin receta médica en Noruega (2000), Suecia (2001), los Países Bajos (2004), la India (2005), Canadá (en algunas provincias, 2008) y en Bangladesh (2012). En los E.E.U.U, las PAEs de una sola dosis son de venta sin receta médica (2013). En muchos otros países, las PAE pueden obtenerse directamente de una farmacia, sin receta médica.

En Europa, la AE-UPA puede adquirirse sin receta médica desde el año 2015. Lograr la venta sin receta de los AE en los EE. UU. tuvo dos consecuencias adversas previsibles, aunque no intencionales.<sup>67</sup> Una, es la potencial pérdida de oportunidad para que los médicos brinden consejería a las pacientes sobre el uso de MAC más eficaces y de largo plazo, cuando se presentan para solicitar AE. Otra consecuencia fue el aumento del precio, de alrededor de 25 US\$ por tratamiento hasta alrededor de 45 US\$, y la pérdida de cobertura del seguro, en muchos o la mayoría de los casos.<sup>65</sup>

Los estudios basados en modelos económicos han demostrado que los AE son casi siempre rentables. El uso de las PAE combinadas o de progesterona sola reduce los gastos en atención médica mediante la prevención de ENP, los cuales son muy costosos. La inserción de un DIU-Cu no genera ahorros en los EE.UU. cuando se utiliza únicamente como AE. Sin embargo, a diferencia de las otras dos alternativas, la inserción de un DIU-Cu puede proporcionar protección anticonceptiva continua hasta un máximo de 12 años; genera un ahorro si se sigue usando como MAC regular durante tan poco como cuatro meses, después de su inserción de emergencia.<sup>68</sup>

Hacer que los AE estén más ampliamente disponibles no solo ahorraría costos de atención médica, sino que también daría lugar a ahorros adicionales en costos sociales. Estos incluyen no sólo los costos monetarios

de los ENP y los nacimientos, sino también los considerables costos psicológicos.

En Argentina el AE-LNG está disponible de forma gratuita en centros de salud y hospitales, y también se puede adquirir sin receta en farmacias. Se encuentra incluida en la canasta de insumos de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y está incorporada al Programa Médico Obligatorio, cubierta en el 100% de su costo en obras sociales y prepagas. Su costo aproximado en farmacias es de USD 8.<sup>69, 70, 71</sup> El UPA está disponible con venta bajo receta desde el primer semestre de 2026. Por último la mifepristona se encuentra disponible para el acompañamiento de las interrupciones de embarazo, pero no como AE.

Con respecto a los demás países de Latinoamérica el UPA se encuentra disponible como AE solo en México.

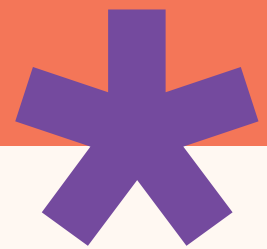
En Chile, UPA se encuentra disponible para el tratamiento de miomas. En Uruguay estuvo disponible para el tratamiento de miomas y como AE, pero actualmente ya no se comercializa.



**Los AE son esenciales para la autonomía de las personas y proporcionan una última oportunidad para prevenir el embarazo después de tener RSNP. Las mujeres deben poder gozar de esta última oportunidad, y deben eliminarse las barreras para disponer de AE.**

# 13.

## Situaciones especiales en AE



### 13.1 índice de masa corporal elevado (IMC) y eficacia

Algunas investigaciones han sugerido que tanto AE-LNG como AE-UPA podrían ser menos efectivos en mujeres con sobrepeso u obesidad.<sup>72, 73</sup>

Pero estos ensayos clínicos de los cuales se extrajeron los datos no fueron diseñados para considerar el efecto del peso o IMC: el peso y la altura fueron reportados por las mujeres y podrían ser inexactos, el número de embarazos entre mujeres obesas fue pequeño y los intervalos de confianza fueron amplios.

A pesar de estas limitaciones, los datos sugieren que UPA podría ser potencialmente menos efectivo para mujeres >85 kg o con un IMC >30 kg/m<sup>2</sup> que para mujeres <85 kg y con IMC <30 kg/m<sup>2</sup>.

Un estudio farmacocinético que comparó las concentraciones séricas de UPA en 16 mujeres con IMC de obesidad y 16 mujeres con IMC normal después de tomar UPA 30 mg, no encontró una diferencia significativa entre los dos grupos.<sup>74</sup> No hay evidencia de que administrar una dosis mayor de UPA sea más efectiva que la dosis estándar de 30 mg en estas mujeres. La dosis doble de UPA no se recomienda actualmente.

En cuanto al LNG, el análisis de datos de los brazos comparativos de LNG de los ensayos controlados aleatorizados realizados durante el desarrollo de UPA demuestra un aumento significativo en las tasas de embarazo después de la toma de LNG para mujeres que pesaban >70 kg o con IMC >26 kg/m<sup>2</sup>.<sup>42</sup>

Otro análisis de datos combinados de tres ensayos controlados aleatorizados realizados por la OMS concluyó que no hay un efecto aparente del IMC o el peso corporal en la efectividad de LNG.<sup>75</sup> Estudios farmacocinéticos han demostrado que los niveles séricos libres de LNG después de una dosis estándar de 1,5 mg son significativamente más bajos en personas con obesidad que en personas no obesas. Esto se puede corregir duplicando la dosis de LNG a 3 mg. Como se requieren niveles séricos adecuados de LNG para inhibir el pico de LH y prevenir la ovulación, se sugirió que duplicar la dosis de LNG podría mejorar potencialmente la efectividad en usuarias con un IMC/peso más alto. **En los estudios, la dosis de 3 mg de LNG fue bien tolerada y no se observaron efectos adversos significativos.**<sup>76</sup>

Un nuevo estudio farmacodinámico aleatorizado se llevó a cabo en setenta mujeres con un IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (promedio de 38 kg/m<sup>2</sup>) y un peso superior a 80 kg. Tomaron ya sea LNG 1.5 mg o LNG 3 mg cuando tenían un folículo dominante con un diámetro superior a 15 mm (promedio de 16 mm), lo que indicaba que el inicio del pico de LH era inminente. La ruptura del folículo se observó en un plazo de 5 días en el 49% del grupo de LNG 1.5 mg en comparación con el 31% del grupo de LNG 3 mg, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p = 0.21). La conclusión de este estudio farmacodinámico sugiere que, para el grupo específico de individuos con un IMC >30 kg/m<sup>2</sup> y un peso >80 kg que toman LNG muy cerca del inicio del pico de LH, duplicar la dosis de LNG a 3 mg no reduce significativamente el riesgo de ovulación en un plazo de 5 días ni aumenta la disfunción ovulatoria en comparación con LNG 1.5 mg.<sup>77</sup> Esto se suma a la base de evidencia disponible, pero se requieren más investigaciones para aclarar la efectividad de LNG tomado por personas con diferentes IMC/pesos y en diferentes momentos antes de la ovulación.



**En definitiva, dada la falta de evidencia científica contundente y debido al hecho de que duplicar la dosis de LNG no lleva un riesgo extra para la salud, es bien tolerada y podría aumentar la eficacia, algunas guías internacionales como la de Reino Unido y el Ministerio de Salud de Argentina, adoptan esta postura en personas con un peso superior a 70 kg o un índice de masa corporal (IMC) superior a 26 kg/m<sup>2</sup>.<sup>21, 24</sup>**

## 13.2. Adolescencia

El embarazo en la adolescencia constituye una problemática a nivel global. En nuestro país, se estima que el 50% de los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años y el 70% de los embarazos en menores de 15 años, son no intencionales.<sup>78</sup> Una de las herramientas más importantes que pueden ayudar a prevenirlos es el uso oportuno de la AE. Dentro de los aspectos a considerar en el uso de la AE en esta etapa, son su accesibilidad y la posibilidad de inicio rápido de un método de uso regular. Según los criterios de elegibilidad de la OMS y CDC<sup>13, 79</sup> la edad, por sí misma, no constituye una razón médica para no otorgar MACs a una persona adolescente. En cuanto al marco legal, en nuestro país el Código Civil y Comercial<sup>80</sup> establece que todas las personas adolescentes pueden acceder a una consejería integral en salud sexual y reproductiva. Además considera el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, de solicitar y consentir prácticas y/o tratamientos que no impliquen un riesgo grave para su salud o vida. Es así que, desde la adolescencia temprana, pueden acceder a MAC, incluyendo la AE.<sup>21</sup> Respecto de la provisión de AE, estudios han mostrado<sup>81</sup> que es más probable que los adolescentes utilicen la AE hormonal cuando se las han suministrado o recetado antes de que la necesiten, algo fundamental a tener en cuenta en la práctica diaria en el consultorio.<sup>21, 82</sup>

La AE-LNG es un método eficaz y quizás el más accesible en esta población. En 2013 fue aprobada la venta sin receta de AE-LNG en Estados Unidos para personas de todas las edades y en nuestro país es de venta libre desde el año 2023<sup>69</sup> (ver sección 12). Respecto al UPA, ofrece la ventaja de poder ser utilizado cuando el pico de LH ya ha iniciado (ver sección 6 y 7), pero se debe tener en cuenta su interacción con otros anticonceptivos si se quiere hacer un inicio rápido o “quick start” de un MAC (ver sección 15 y 16).

El DIU-Cu es el único método no hormonal y el método AE más eficaz. Puede estar menos disponible que la PAE por requerir de un consultorio, instrumental adecuado y profesionales de la salud con entrenamiento para su colocación. Existe creciente evidencia sobre la colocación y aceptabilidad de DIU-Cu que respalda su inserción en adolescentes, incluyendo estudios sobre su uso como AE.<sup>83, 84, 85</sup> Tiene la ventaja adicional de que puede dejarse en el útero después de su uso como AE, ofreciendo anticoncepción reversible de larga duración y muy efectiva, algo de gran valor en este grupo etario. Su colocación se rige por los mismos criterios de elegibilidad (Categoría 2 para la OMS y CDC según edad) y contraindicaciones que cuando se coloca fuera del contexto de la AE.<sup>79</sup>



**A la población adolescente se le deben ofrecer todas las alternativas de AE, basando la elección en la accesibilidad, practicabilidad, criterios de elegibilidad y contraindicaciones de cada método, considerando además el marco de derechos de este grupo etario en particular.**

## 13.3 Perimenopausia

La perimenopausia es un período de transición entre los ciclos menstruales ovulatorios normales y el cese de la función ovárica. La menopausia se identifica luego de un año de amenorrea (ausencia de menstruación). Por lo tanto, se la reconoce solamente en forma retrospectiva.<sup>21</sup> Aunque la fertilidad disminuye con los años, las personas con capacidad de gestar son potencialmente fértiles hasta alcanzar la menopausia. El riesgo anual de embarazo es menor que el de las mujeres más jóvenes: del 10- 20% entre los 40 y los 44 años, y del 2 al 3% entre los 45 y los 49 años.<sup>86</sup> Aunque el riesgo de embarazo es menor en este grupo, también lo es su aceptación. Debido a la falta de información y acceso a MAC eficaces en esta transición, hay mayor proporción de ENP. Por otro lado, un embarazo en esta etapa puede asociarse a mayores riesgos maternos y fetales. Ningún MAC está contraindicado exclusivamente por la edad.<sup>13</sup> No es necesario continuar con la anticoncepción, incluida la de emergencia, en mujeres mayores de 50 años naturalmente amenorreicas por un año. Según la FSRH las menores de 50 años pueden discontinuar la contracepción luego de dos años de amenorrea natural sin otra causa que pueda generarla. Sin embargo, la ovulación no puede ser descartada, especialmente en menores de 45 años, por lo que la necesidad de AE en este grupo debe ser individualizada. A todas las personas en perimenopausia se les debe ofrecer AE.

El DIU-Cu es un método de larga duración, sin hormonas, muy eficaz y por esto podría ser de elección en esta etapa en la que puede surgir alguna contraindicación a métodos hormonales. Sin embargo, puede estar asociado a sangrados más intensos, dolorosos o prolongados, por lo que puede no ser de elección en mujeres que estén cursando sangrados uterinos anormales en esta etapa de transición.<sup>87</sup>

El UPA es más eficaz que LNG (ver sección 7), sin embargo, el uso concomitante de anticonceptivos que contienen progestágenos o terapia hormonal, podría reducir su eficacia teniendo esto que ser considerado a la hora de la elección del método<sup>87</sup> (ver sección 15).



**En las personas cursando la perimenopausia es fundamental un asesoramiento anticonceptivo integral que incluya información sobre la posibilidad de embarazo, riesgos y MACs disponibles. Se les debe ofrecer AE en caso de RSNP. La elección de la AE estará basada en la disponibilidad, accesibilidad y en las características particulares de cada persona.**

## 13.4. Lactancia

La AE es una estrategia fundamental para evitar ENP. En mujeres en período de lactancia, la elección del método debe considerar tanto la seguridad materna como la del lactante.

El método de amenorrea de la lactancia (MELA) constituye una alternativa anticonceptiva eficaz durante los primeros seis meses posparto, siempre que se mantenga la lactancia exclusiva y la mujer no haya menstruado desde el parto. Bajo estas tres condiciones, y si se dan todas ellas, la ovulación es poco probable y no sería necesario el uso de AE.<sup>24, 63</sup>

Sin embargo, una vez que se interrumpe la lactancia exclusiva, reaparece la menstruación o se cumplen seis meses del parto, se debe ofrecer un AE frente a RSNP.<sup>24</sup>

Entre las opciones disponibles, los DIU representan una alternativa de primera línea. Al ser un método no hormonal, es seguro durante la lactancia y no presenta contraindicaciones en este contexto.<sup>24, 63, 88</sup> El DIU-LNG, por su parte, se encuentra en evaluación como AE, con creciente evidencia sobre su eficacia y su uso regular como anticonceptivo se considera compatible con la lactancia,<sup>46, 63</sup> pero no presente aún en los criterios de la OMS como AE.

Las PAE también constituyen una opción válida y segura. Entre ellas, el LNG es el fármaco más estudiado en mujeres lactantes. Se excreta en cantidades mínimas en la leche materna, sin repercusión en el crecimiento, desarrollo ni salud del lactante, y ha sido clasificado por la OMS como categoría 1 (sin restricciones de uso) durante la lactancia.<sup>89, 90, 91</sup>

El UPA es otra alternativa eficaz, especialmente en las primeras 120 horas posteriores al coito. Anteriormente se recomendaba suspender la lactancia durante una semana tras su ingesta, extrayendo y desechando la leche para mantener la producción.<sup>2, 3, 10</sup> En 2025 tras una revisión de dicha recomendación, el Grupo de Desarrollo de Directrices para la Guía de Anticoncepción de Emergencia de la Facultad de Salud Sexual y Reproductiva del Reino Unido ha acordado la recomendación de que **no es necesario evitar la lactancia materna tras la toma de una dosis única de UPA.**<sup>92</sup> Dicha recomendación se basó en un estudio farmacocinético en el cual se midieron las concentraciones de UPA en leche materna en 12 mujeres y se determinó que las cantidades eran insignificantes. Los expertos calcularon que un lactante de dos meses con lactancia materna exclusiva recibiría aproximadamente 0.03 mg a lo largo de cinco días, lo cual representa el 0.09% de la dosis total materna.

El riesgo de efectos adversos en el lactante se considera extremadamente bajo, dado que el UPA es de baja toxicidad. Además, los efectos secundarios comunes asociados con una dosis única de UPA son leves y reversibles. Hasta la fecha, no existe evidencia publicada de ningún daño al lactante tras una dosis única. Los beneficios de la lactancia materna, tanto para la mujer como para el lactante, están bien establecidos.

Suspender la lactancia durante un período prolongado puede afectar el proceso de producción de leche y suele ser poco práctico, derivando frecuentemente en el abandono de la lactancia. No existe evidencia publicada relativa al efecto de la UPA directamente en los lactantes.<sup>24, 63, 93</sup>

La mifepristona, si bien no está disponible como AE en América Latina, ha demostrado alta eficacia y niveles mínimos en leche materna.<sup>23, 67, 88</sup>

Finalmente, el método combinado de Yuzpe es menos recomendable, dada su menor eficacia y el posible impacto del estrógeno en la cantidad y calidad de la leche.<sup>88, 90</sup>

En conclusión, tanto el DIU-Cu como las PAE representan alternativas seguras y efectivas de AE en mujeres en período de lactancia.

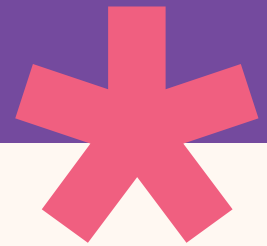
El LNG se posiciona como la opción hormonal de elección, dada su seguridad probada y amplia evidencia. El UPA constituye una alternativa eficaz, con cambios recientes en recomendaciones en la lactancia, sin necesidad de suspensión. El DIU-Cu, por su parte, combina la mayor eficacia con la ausencia de efectos en la lactancia, siendo el método preferente cuando está disponible.



**La evidencia actual respalda el uso del DIU-Cu y la AE con LNG y UPA como métodos de primera línea.**

# 14.

## Anticoncepción de emergencia en casos de abuso sexual



La AE debe ser ofrecida de manera inmediata a toda persona en riesgo de embarazo tras una agresión sexual, como parte integral del manejo inicial. El objetivo es reducir la posibilidad de un embarazo, evitando así un factor adicional de trauma físico, psicológico y social.<sup>94</sup>

Los métodos recomendados de AE son AE-LNG, AE-UPA o la colocación de un DIU-Cu. El DIU-Cu es el método más eficaz y debe priorizarse siempre que existan las condiciones para su colocación.<sup>13, 16</sup> Cuando no es posible, se debe indicar AE-LNG o AE-UPA a la brevedad, dado que su eficacia disminuye con el paso de las horas.<sup>16</sup>

En el caso de personas que inician el actual esquema recomendado de PEP para VIH (virus de inmunodeficiencia humana),<sup>95</sup> no hay drogas inductoras enzimáticas en ese esquema que pudieran afectar la acción de la AE. Si se utilizara otro esquema de drogas, debe evaluarse ese esquema en particular, como por ejemplo en la web de HIV Drug Interactions.<sup>96</sup> Esto se debe a que los AE hormonales pueden ver reducida su eficacia por interacciones con algunos antirretrovirales, como los inhibidores de la proteasa potenciados (ej. lopinavir/ritonavir) o inductores enzimáticos como efavirenz, que aceleran el metabolismo hepático y disminuyen las concentraciones plasmáticas de LNG o UPA.<sup>94</sup>

El DIU-Cu, al actuar localmente no presenta interacciones farmacológicas, manteniendo su alta efectividad incluso en pacientes bajo tratamiento concomitante. Dada su elevada eficacia y la falta de interacciones medicamentosas, algunas guías como la BASHH<sup>94</sup> lo recomiendan como método prioritario en estos casos, siempre que se disponga de condiciones clínicas y logísticas para su colocación.<sup>13</sup> Asimismo, en los casos en los que no haya riesgo de embarazo - por ejemplo, si puede excluirse la presencia de penetración vaginal - debe evitarse la sobreindicación de AE.

Es fundamental no retrasar la administración de la AE por la realización de toma de muestras forenses u otros procedimientos médicos. La eficacia de los métodos hormonales y del DIU-Cu depende en gran medida del tiempo transcurrido desde la agresión, por lo que deben indicarse de inmediato tras la evaluación clínica inicial, asegurando en paralelo la preservación de la cadena de custodia y los procedimientos forenses correspondientes.<sup>13, 94</sup>

Para garantizar una atención adecuada, los servicios de salud deben contar con protocolos que aseguren la disponibilidad de AE en todos los niveles de atención, junto con la capacitación del personal para su indicación en el marco de la atención post-abuso.<sup>97</sup>



**Debe ofrecerse AE de inmediato tras una agresión sexual si hay riesgo de embarazo y no retrasarla por procedimientos forenses. El DIU-Cu es el AE más eficaz y sin interacciones; priorizarlo si es posible. Si no se puede colocar, se debe dar UPA o LNG cuanto antes. El esquema actual de PEP VIH no reduce la eficacia de la PAE. Los servicios de salud deben contar con protocolos, capacitación y disponibilidad de AE en todos los niveles de atención.**

# 15.

## Interacciones medicamentosas



El DIU de Cobre como AE no ve su eficacia alterada por uso concomitante de drogas. Sin embargo, el LNG y el UPA, sí pueden ver afectada su eficacia por drogas que interfieran con su biodisponibilidad, como ejemplo, drogas inductoras enzimáticas (ver cuadro 5). La relevancia clínica potencial de esta interacción medicamentosa no está determinada. Frente al uso concomitante de esas drogas y necesidad de AE, puede optarse por el DIU-Cu si estuviera en posibilidad de uso. Se ha planteado también dar el doble de la dosis de AE-LNG aprobada, o sea 3 mg (en dosis fuera de prospecto u “off label”)<sup>98</sup> pero debe informarse que la eficacia de esto no está demostrada. Este concepto de duplicar la dosis no aplica al AE-UPA.

**El metabolismo tanto de LNG como UPA está incrementado durante el uso y hasta 28 días después del uso de drogas inductoras enzimáticas.**<sup>99,100</sup>

<b>Antiepilépticos</b>	Carbamazepina, Oxcarbazepina, eslicarbazepina, topiramato, fenobarbital, primidona, rufinamida
<b>Antibióticos</b>	Rifampicina, rifabutina
<b>Antirretrovirales</b>	Consultar cada droga en estas opciones <a href="https://interaccioneshiv.huesped.org.ar">https://interaccioneshiv.huesped.org.ar</a> o <a href="http://www.hiv-druginteractions.org">www.hiv-druginteractions.org</a> Criterios médicos de elegibilidad de la OMS
<b>Antidepresivos</b>	Hierba de San Juan o hipérico ( <i>Hypericum perforatum</i> )
<b>Otros</b>	Modafinilo, aprepitant, bosentan

**Cuadro 5.** Ejemplos de drogas inductoras que pueden generar interacción con la anticoncepción de emergencia

Puede darse el caso de necesidad de utilización de un esquema de PEP para VIH junto con el uso de AE. La recomendación actual de PEP incluye un régimen con tenofovir y emtricitabina (Truvada) con raltegravir.<sup>94,95</sup> En ese caso, no hay drogas inductoras enzimáticas en ese esquema que pudieran afectar la acción de la AE. Si se utilizara otro esquema de drogas, debe evaluarse ese esquema en particular, como por ejemplo en la web de HIV Drug Interactions<sup>96</sup> o el sitio de Fundación Huésped.<sup>101</sup>

Sin ser drogas inductoras debemos mencionar que las drogas que aumentan el pH gástrico, como el esomeprazol, pueden modificar la farmacocinética del UPA administrado en baja dosis para indicaciones médicas diferentes a la AE.<sup>54, 101, 102</sup> No se ha estudiado la eficacia del UPA como AE en casos de uso concomitante ni su implicancia clínica en el uso de UPA en dosis única de 30 mg.<sup>52</sup>

Otra interacción potencial a tener en cuenta es la de los progestágenos con el UPA (no con el LNG). **La eficacia de UPA podría reducirse si una mujer toma progestágenos en los 5 días posteriores a la administración**

**de UPA y en teoría, también podría reducirse si una mujer ha tomado progestágenos antes de recibir UPA como AE.** Esto se relaciona a una posible competencia sobre su acción sobre el RP, siendo el UPA<sup>103,104</sup> un modulador del mismo. La capacidad del UPA para retrasar la ovulación durante al menos 5 días se reduce significativamente con el inicio de desogestrel como ACO inmediatamente después de la administración de UPA.<sup>105</sup> No se han realizado estudios para determinar si esto reduce la eficacia de UPA en la prevención del embarazo. También se observó la reducción de su eficacia con el inicio posterior de un ACO de EE con LNG.<sup>106</sup> Se desconoce si otros fármacos que contienen progestágeno tomados inmediatamente después de UPA tendrían un efecto similar. Ante la ausencia de evidencia, el grupo de expertos que desarrolló la guía de anticoncepción de emergencia del Reino Unido<sup>24</sup> recomienda evitar todos los productos que contienen progestágeno o progesterona (ya sea con fines anticonceptivos, AE, indicaciones ginecológicas o terapia hormonal) durante 5 días después del UPA para evitar comprometer su capacidad para retrasar la ovulación. No se ha estudiado el efecto del progestágeno tomado antes de UPA sobre su eficacia como AE, pero en teoría es posible que el progestágeno residual pueda reducir su capacidad para retrasar la ovulación. A su vez, es éste un tema complejo, ya que existe gran variedad de gestágenos que administrados por diferentes vías accionan en tiempos muy variables. En la guía citada, el grupo de expertos sugiere que, como regla general, si una mujer ha tomado gestágenos en la semana previa a la AE la eficacia de UPA podría verse reducida teóricamente por el gestágeno circulante restante<sup>24</sup> (ver sección 16).

Situación clínica	AE recomendada
Uso de inductores enzimáticos	<b>DIU-Cu</b> (1º opción) o <b>AE-LNG 3 mg</b> si DIU-Cu no está disponible
Uso reciente o necesidad de progestágenos	<b>AE-LNG</b> (no usar UPA)
Se administró UPA	<b>Evitar progestágenos 5 días</b> + iniciar ACH <b>día 6</b>
PEP VIH estándar (TDF/FTC + RAL)	<b>Cualquier AE puede usarse</b>
IBP (ej. esomeprazol)	Sin ajuste de dosis para AE-UPA

**Cuadro 6.** Resumen práctico de interacciones



**AE-LNG y AE-UPA pueden ver reducida su eficacia por drogas inductoras enzimáticas. Su metabolismo puede estar incrementado hasta 28 días después de su consumo (Ej: carbamazepina, topiramato, fenobarbital, rifampicina, algunos antirretrovirales, etc). Las alternativas en caso de uso de inductores son:**

- **Usar como AE al DIU-Cu si está disponible (no afectado por interacciones medicamentosas)**
- **indicar AE-LNG en doble dosis (3 mg, *off label*) aunque su eficacia no está comprobada. No se recomienda duplicar dosis de AE-UPA.**

**El AE-UPA puede perder eficacia si se toman progestágenos en los 5 días posteriores a UPA y teóricamente, si se usaron progestágenos en la semana previa a UPA. Suele recomendarse entonces evitar gestágenos durante 5 días después de UPA. Si debe reiniciarse un ACH, hacerlo al día 6 post UPA. Si hubo uso previo reciente de progestágenos, considerar LNG en lugar de UPA.**

## 15.1 Interacciones especiales: uso de UPA y anticonceptivos hormonales

El UPA<sup>107</sup> es un derivado de la 19-norprogesterona, con una sustitución 11β-aril, similar a la mifepristona. Como hemos mencionado, desde un punto de vista farmacológico, el UPA actúa como un antagonista de los RP sin actividad agonista, es un modulador selectivo del RP y es el método más efectivo de anticoncepción de emergencia hormonal.<sup>52</sup> Debe considerarse, entonces, la importancia de la interacción entre gestágenos y UPA.

La eficacia de UPA podría reducirse si una mujer ha tomado progestágenos los 7 días previos o en los 5 días posteriores a su toma (ver sección 15). Por lo tanto, si la mujer estaba tomando gestágenos antes de recibir AE-UPA se puede considerar el uso de AE-LNG en lugar de AE-UPA. La toma de gestágenos incluye la que contienen los ACH o cualquier otro uso de los gestágenos (terapia de reemplazo, por ej.).

La capacidad del UPA para retrasar la ovulación durante al menos 5 días se reduce significativamente con el inicio de desogestrel como ACO inmediatamente después de la administración de UPA. Entonces, si una mujer ha recibido como AE al UPA, y desea comenzar luego con un método hormonal que contiene progestágeno, deberá comenzar al sexto día luego de la toma del UPA. El SIU-LNG está exceptuado en esta consideración ya que su acción es local.<sup>106, 107, 108 109</sup>

Por lo tanto, para la elección y el momento de inicio de un MAC hormonal a continuación de la AE se debe tener en cuenta el régimen de AE utilizado.

**Luego de la toma de AE-UPA se deben comenzar los anticonceptivos hormonales de forma segura cinco días después de usar AE-UPA (es decir, el sexto día después de la toma de UPA).** Si una mujer ha tomado gestágenos en la semana previa a la AE-UPA, la eficacia de UPA podría verse reducida teóricamente por el gestágeno circulante restante.<sup>24, 103-106</sup> **En esos casos, se puede considerar el uso de AE-LNG en lugar de AE-UPA.**

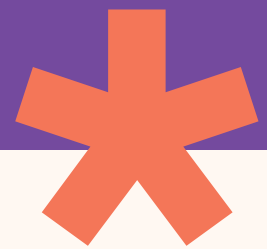
Un estudio publicado en la revista *Contraception* analizó la interacción entre la ACO y la toma de AE-UPA después de píldoras olvidadas. Si usuarias establecidas de ACO comienzan una caja nueva luego de los 7 días de descanso, toman la 4 primeras pastillas pero luego omiten la 5ª, 6ª y 7ª píldora y toma AE-UPA el día 8 es más probable que ocurra la ovulación si el reinicio de la ACO se retrasa durante 5 días versus el comienzo del ACO en forma inmediata. **Por ello solo en esta circunstancia se puede ofrecer comienzo inmediato ACO luego de la toma de UPA (sin la espera de 5 días) y uso de condones por 7 días.**<sup>110</sup>



**La eficacia del UPA puede verse reducida si la usuaria usa terapia hormonal con gestágenos los 7 días previos al uso de AE. Se recomienda LNG o DIU. La eficacia del UPA puede verse reducida con un inicio inmediato de anticoncepción hormonal. Si la usuaria desea anticoncepción hormonal luego de UPA: diferir 6 días el inicio. Hasta el 6° día se recomienda el uso de preservativo.**

# 16.

## Conclusiones



La anticoncepción de emergencia es una herramienta fundamental para prevenir embarazos no intencionales y garantizar el derecho de las personas a decidir sobre su salud reproductiva. Hoy contamos con métodos seguros, eficaces y accesibles, que permiten actuar rápidamente frente a una RSNP, un error en el uso del MAC o una situación de violencia sexual.

Aunque existen varias opciones, cada una con características particulares, todas comparten un objetivo común: ofrecer una oportunidad real de evitar un embarazo no intencional sin poner en riesgo la salud. La evidencia actual respalda su seguridad, incluso si se necesita usarla más de una vez, y destaca la importancia de integrar la AE en los servicios de salud con equipos capacitados, protocolos claros y plena disponibilidad.

A su vez, es clave seguir desmitificando su uso: la AE no es abortiva, no afecta la fertilidad futura y no debe generar barreras de acceso. Facilitar desde nuestro rol de profesionales información confiable, acompañar a las usuarias y promover métodos anticonceptivos regulares tras su uso son pilares centrales para mejorar la atención y reducir los embarazos no planificados.

# 17. Resumen

- 1. La anticoncepción de emergencia (AE) es una herramienta esencial de salud pública** para prevenir embarazos no planificados y debe estar plenamente integrada en los sistemas de atención en todos los niveles.
- 2. Debe ofrecerse AE a cualquier persona con capacidad de gestar que presente riesgo de embarazo**, independientemente del día del ciclo, dada la dificultad para estimar con precisión la ovulación.
- 3. El DIU de cobre es el método más eficaz (>99%)** y debe priorizarse siempre que existan condiciones clínicas y logísticas para su colocación. Ofrece, además, protección anticonceptiva continua.
- 4. El acetato de ulipristal (UPA) es la PAE oral más eficaz**, con eficacia sostenida hasta 120 horas después de la RSNP y adecuada capacidad de inhibir la ovulación incluso frente a un aumento de LH. Debe indicarse lo antes posible.
- 5. El levonorgestrel (LNG) es eficaz y seguro**, pero su efectividad disminuye cuando se administra más de 48–72 horas después del coito y no inhibe la ovulación cuando el pico de LH ya comenzó. Por eso debe indicarse lo antes posible.
- 6. El DIU-LNG emerge como opción válida para AE**, con evidencia que lo posiciona como no inferior al DIU-Cu en ensayos recientes, aunque aún sin uso amplio ni aprobación formal específica para esta indicación.
- 7. La AE no tiene efectos abortivos ni interfiere con la implantación.** Su acción es exclusivamente preovulatoria en el caso de métodos hormonales y espermicida/inhibitoria de fertilización en el caso de DIU-Cu.
- 8. El uso repetido de AE es seguro**, incluso dentro del mismo ciclo, y así lo reconoce la OMS en 2025 (categoría 1 de elegibilidad). Sin embargo, **es menos eficaz que un MAC regular**, por lo que debe acompañarse de consejería e inicio oportuno de un método continuo.
- 9. Los eventos adversos de la AE son leves y autolimitados.** Las alteraciones menstruales, el efecto adverso más común, se resuelven espontáneamente sin impacto en la fertilidad.
- 10. No existen contraindicaciones médicas para la mayoría de las PAE**, salvo situaciones puntuales como asma grave bajo esteroides orales (UPA) o insuficiencia hepática severa. El DIU-Cu mantiene las mismas consideraciones que su uso rutinario. Si bien la evidencia no es contundente, el peso corporal tendría influencia en la eficacia de las PAE, y podría duplicarse la dosis de LNG en caso de peso > 70 o IMC >26.

- 11. En casos de abuso sexual**, la AE forma parte del manejo inicial y no debe retrasarse por protocolos forenses. El DIU-Cu debe considerarse siempre que sea segura su inserción.
- 12. Las interacciones medicamentosas deben evaluarse.**
- Inductores enzimáticos pueden reducir la eficacia de LNG y UPA.
  - El DIU-Cu no presenta interacciones, siendo preferente en estos casos.
  - UPA: su eficacia puede verse reducida con el inicio inmediato de anticoncepción hormonal. Si se iniciará anticoncepción hormonal, diferir 6 días el inicio y sumar barrera durante 7 días.
- 13. La disponibilidad y el acceso continúan siendo una barrera**, por lo que se requiere asegurar stock, protocolos claros y capacitación del personal. La venta libre mejora el acceso, pero debe complementarse con consejería en MAC regulares y no reemplaza su uso. La consejería y provisión por adelantado son aconsejadas.
- 14. La AE es costo-efectiva y contribuye a disminuir embarazos no intencionales**, con impacto sanitario, social y económico significativo.

# Algoritmo

## Paciente solicita AE tras RSNP

Realizar una evaluación inicial para determinar el tiempo transcurrido y condiciones clínicas relevantes.  
Sujeto a disponibilidad y entrenamiento.

¿Cuánto tiempo  
ha pasado desde  
la RSNP?

### OPCIÓN A: MENOS DE 72 HS

Todas las opciones son viables.  
Priorizar máxima eficacia y preferencia.

#### 1ª ELECCIÓN: DIU-Cu

Método más eficaz.  
Anticoncepción continua.  
Sin interacciones.

#### 2ª ELECCIÓN: AE-UPA

AE hormonal más eficaz.  
Efectiva incluso si el pico de LH  
ha comenzado.

#### 3ª ELECCIÓN: AE-LNG

AE eficaz y segura.  
Pierde efectividad si el pico de LH  
ya ha comenzado.  
Puede tener mayor accesibilidad.

### OPCIÓN B: ENTRE 72 Y 120 HS

Considerar que la eficacia del AE-LNG  
se reduce.

#### 1ª ELECCIÓN: DIU-Cu

Sigue siendo el método más eficaz.  
Opción prioritaria si está  
disponible y es aceptado.

#### 2ª ELECCIÓN: AE-UPA

AE oral preferente.  
Mantiene eficacia hasta 120 hs.

### OPCIÓN C: MÁS DE 120 HS

La AE ya no es efectiva. Evaluar  
opciones limitadas.

#### Evaluar opciones limitadas:

El DIU-LNG muestra evidencia de  
efectividad hasta 14 días pero su  
uso como AE está en evaluación.

## Puntos de verificación y consideraciones especiales

Situación	Recomendación
¿Tiene un IMC > 26 kg/m <sup>2</sup> o peso > 70 kg?	Sí: Considerar DIU-Cu como primera opción, UPA o considerar duplicar dosis de LNG.
¿Usa medicamentos inductores enzimáticos?	Sí, 1era opción DIU-Cu. PAE pueden disminuir su eficacia. Si se indica AE-LNG, considerar doble dosis. <sup>9</sup>
¿Está en período de lactancia?	1era opción DIU-Cu. Puede utilizar PAE. No requiere suspender lactancia si elige UPA.
¿Ha usado progestágenos en los últimos 7 días?	Sí: eficacia de AE-UPA puede reducirse. Considerar DIU-Cu o AE-LNG.
¿Es víctima de violencia sexual?	Ofrecer AE de inmediato. Ofrecer y priorizar DIU. Considerar interacciones farmacológicas con profilaxis postexposición.

## Asesoramiento post AE y resumen de métodos

La AE no es 100% efectiva.

Realizar prueba de embarazo si en 3 - 4 semanas no presenta menstruación.

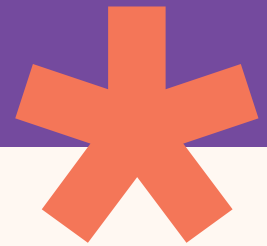
No previene infecciones de transmisión sexual: considerar la necesidad de profilaxis postexposición.

Ofrecer MAC de uso regular.

Método	Dosis	Ventana de uso recomendada	Consideraciones clave
DIU-Cu	DIU-Cu	Hasta 120 hs (5 días)	AE más eficaz. No hormonal. Sin interacciones. Ofrece anticoncepción continua.
AE-UPA	Acetato Ulipristal 30 mg	Hasta 120 hs (5 días)	PAE más eficaz. Considerar interacciones y esperar 5 días para inicio de MAC hormonal regular.
AE-LNG	Levonorgestrel 1,5 mg	Hasta 72 hs (3 días)	PAE eficaz y segura. Puede iniciar MAC de uso regular de inmediato. Mayor accesibilidad.
DIU-LNG	SIU LNG 52 mg	Hasta 120 hs (5 días)	Evidencia emergente sugiere no inferioridad a DIU-Cu. Ofrece anticoncepción continua. Uso en evaluación para AE.

# 18.

## Bibliografía



- 1 Emergency contraception. Accessed December 10, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
- 2 Emergency contraception in the world. ECEC. Accessed December 10, 2025. <https://www.ec-ec.org/emergency-contraception-in-the-world/>
- 3 USAID Global Health Supply Chain Program–Procurement and Supply Management (GHSC-PSM). *Emergency Contraception Trends from the Contraceptive Security Indicators Survey*. Technical brief. Published March 2023.
- 4 Li D, Wilcox AJ, Dunson DB. Benchmark pregnancy rates and the assessment of post-coital contraceptives: an update. *Contraception*. 2015;91(4):344-349. doi:10.1016/j.contraception.2015.01.002 .
- 5 Van Look PF, von Hertzen H. Emergency contraception. *Br Med Bull*. 1993;49(1):158-170. doi:10.1093/oxfordjournals.bmb.a072594
- 6 Leelakanok N, Methaneethorn J. A Systematic Review and Meta-analysis of the Adverse Effects of Levonorgestrel Emergency Oral Contraceptive. *Clin Drug Investig*. 2020;40(5):395-420. doi:10.1007/s40261-020-00901-x
- 7 Archive: Emergency Contraception Toolkit. Knowledge SUCCESS. Accessed September 26, 2025. <https://knowledgesuccess.org/archive-emergency-contraception-toolkit/>
- 8 Jatlaoui TC, Riley H, Curtis KM. Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimens for emergency contraception. *Contraception*. 2016;93(2):93-112. doi:10.1016/j.contraception.2015.11.001.

- 9 Endler M, Li RHW, Danielsson KG. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: A review. *Contraception*. 2022;109:8-18. doi:10.1016/j.contraception.2022.01.006
- 10 Li HWR, Lo SST, Ng EHY, Ho PC. Efficacy of ulipristal acetate for emergency contraception and its effect on the subsequent bleeding pattern when administered before or after ovulation. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2016;31(6):1200-1207. doi:10.1093/humrep/dew055
- 11 Brache V, Cochon L, Jesam C, et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2010;25(9):2256-2263. doi:10.1093/humrep/deq157
- 12 Fine P, Mathé H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal Acetate Taken 48–120 Hours After Intercourse for Emergency Contraception. *Obstet Gynecol*. 2010;115(2):257-263. doi:10.1097/AOG.0b013e3181c8e2aa
- 13 World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 6th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2025. ISBN 978-92-4-011558-3.
- 14 Salcedo J, Cleland K, Bartz D, Thompson I. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Emergency contraception. *Contraception*. 2023;121:109958. doi:10.1016/j.contraception.2023.109958
- 15 Boraas CM, Sanders JN, Schwarz EB, Thompson I, Turok DK. Risk of Pregnancy With Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System Placement 6–14 Days After Unprotected Sexual Intercourse. *Obstet Gynecol*. 2021;137(4):623-625. doi:10.1097/AOG.0000000000004118
- 16 Mierzejewska A, Wałędziak M, Merks P, Różańska-Wałędziak A. Emergency contraception – A narrative review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024;299:188-192. doi:10.1016/j.ejogrb.2024.06.015
- 17 Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception*. 2011;84(1):35-39. doi:10.1016/j.contraception.2010.11.010
- 18 Fusaro DJ, Fusaro Casellas L. *Anticoncepción de alta precisión*. 1a ed ilustrada. Lanús Oeste, Argentina: David Jorge Fusaro; 2025. ISBN 978-631-01-0037-1
- 19 FSRH CEU Guidance: Recommended actions after incorrect use of CHC (2020, amended July 2021). Accessed December 10, 2025. <https://www.cosrh.org/Public/Public/Documents/fsrh-ceu-guidance-recommended-actions-after-incorrect-use.aspx>
- 20 World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, United States Agency for International Development. *Family Planning. A Global Handbook for Providers*. 4th ed.; 2022.
- 21 Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. *Métodos anticonceptivos: guía práctica para profesionales de la salud*. Actualización 2023. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2023. ISBN 978-950-38-0332-5.
- 22 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). *Prospecto: NuvaRing 0,120 mg/0,015 mg cada 24 horas, sistema de liberación vaginal (etonogestrel/etinilestradiol)*. CIMA (Centro de Información online de Medicamentos Autorizados). Last revised September 2022. Accessed September 9, 2025. [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/64570/P\\_64570.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/64570/P_64570.html)
- 23 Gemzell-Danielsson K, Berger C, P.G.L. L. Emergency contraception — mechanisms of action. *Contraception*. 2013;87(3):300-308. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.021
- 24 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). *FSRH Guideline: Emergency Contraception*. March 2017. Amended July 2023. United Kingdom: FSRH; 2017.
- 25 Kahlenborn C, Peck R, Severs WB. Mechanism of action of levonorgestrel emergency contraception. *Linacre Q*. 2015;82(1):18-33. doi:10.1179/2050854914Y.0000000026

- 26 do Nascimento JAA, Seppala M, Perdigão A, et al. In vivo assessment of the human sperm acrosome reaction and the expression of glycodefin-A in human endometrium after levonorgestrel-emergency contraceptive pill administration. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2007;22(8):2190-2195. doi:10.1093/humrep/dem119
- 27 Palomino WA, Kohen P, Devoto L. A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the L-selectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity. *Fertil Steril*. 2010;94(5):1589-1594. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.013
- 28 Research C for DE and. Plan B One-Step (1.5 mg levonorgestrel) Information. *FDA*. Published online December 23, 2022. Accessed December 10, 2025. <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/plan-b-one-step-15-mg-levonorgestrel-information>
- 29 Croxatto HB, Ortiz ME, Müller AL. Mechanisms of action of emergency contraception. *Steroids*. 2003;68(10-13):1095-1098. doi:10.1016/j.steroids.2003.07.007
- 30 Müller AL, Lladós CM, Croxatto HB. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception*. 2003;67(5):415-419. doi:10.1016/s0010-7824(03)00021-0
- 31 Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, Parraguez VH, Croxatto HB. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2004;19(6):1352-1356. doi:10.1093/humrep/deh180
- 32 Rosato E, Farris M, Bastianelli C. Mechanism of Action of Ulipristal Acetate for Emergency Contraception: A Systematic Review. *Front Pharmacol*. 2015;6:315. doi:10.3389/fphar.2015.00315
- 33 Ortiz ME, Croxatto HB, Bardin CW. Mechanisms of action of intrauterine devices. *Obstet Gynecol Surv*. 1996;51(12 Suppl):S42-51. doi:10.1097/00006254-199612000-00014
- 34 Roblero L, Guadarrama A, Lopez T, Zegers-Hochschild F. Effect of copper ion on the motility, viability, acrosome reaction and fertilizing capacity of human spermatozoa in vitro. *Reprod Fertil Dev*. 1996;8(5):871-874. doi:10.1071/rd9960871
- 35 Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception*. 2007;75(6 Suppl):S16-30. doi:10.1016/j.contraception.2007.01.020
- 36 Stanford JB, Mikolajczyk RT. Mechanisms of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(6):1699-1708. doi:10.1067/mob.2002.12809136
- 37 Turok DK, Gero A, Simmons RG, et al. Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception. *N Engl J Med*. 2021;384(4):335-344. doi:10.1056/NEJMoa2022141
- 38 von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet Lond Engl*. 2002;360(9348):1803-1810. doi:10.1016/S0140-6736(02)11767-3
- 39 Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Hum Reprod Update*. 2004;10(4):341-348. doi:10.1093/humupd/dmh027
- 40 Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Engl J Med*. 1995;333(23):1517-1521. doi:10.1056/NEJM19951207333230
- 41 Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*. 1998;352(9126):428-433. doi:10.1016/S0140-6736(98)05145-9.
- 42 Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*. 2010;375(9714):555-562. doi:10.1016/S0140-6736(10)60101-8

- 43 Johns Hopkins Center for Communication Programs. *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores*. Capítulo 3: Píldoras anticonceptivas de emergencia. FPHandbook.org. Accessed December 10, 2025. <https://www.fphandbook.org/sites/default/files/legacy/remindersheets/Spanish-Chap3.pdf>
- 44 Anticoncepción de emergencia - Ginecología y obstetricia. Manual MSD versión para profesionales. Accessed December 10, 2025. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/planificación-familiar/anticoncepción-de-emergencia>
- 45 Arribas L, Bonsergent S, Bozza L, et al. Consenso AMAdA sobre Anticoncepción Intrauterina. Octubre 2023. Argentina: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA); 2023.
- 46 Ramanadhan S, Goldstuck N, Henderson JT, et al. Progestin intrauterine devices versus copper intrauterine devices for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;2(2):CD013744. doi:10.1002/14651858.CD013744.pub
- 47 Kilfedder C, Puig Borràs C. *Repeated use of emergency contraceptive pills: summary of current recommendations*. 1st ed. Tîrgu Mureş, Romania: European Consortium for Emergency Contraception (ECEC); 2025.
- 48 Johansson E, Brache V, Alvarez F, et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2002;17(6):1472-1476. doi:10.1093/humrep/17.6.1472
- 49 College of Sexual and Reproductive Healthcare (CoSRH). *UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC 2025)*. Published 2025. Accessed December 10, 2025. [https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/UKMEC\\_2025.pdf](https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/UKMEC_2025.pdf)
- 50 Group BMJP. FSRH Guideline (March 2023) Intrauterine contraception. *BMJ Sex Reprod Health*. 2023;49(Suppl 1):1-142. doi:10.1136/bmjsex-2023-IUC
- 51 Curtis KM. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73. doi:10.15585/mmwr.rr7303a1
- 52 Ulipristal 30mg film-coated tablets - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc). Accessed December 14, 2025. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/14200/smpc#gref>
- 53 Haeger KO, Lamme J, Cleland K. State of emergency contraception in the U.S., 2018. *Contracept Reprod Med*. 2018;3(1):20. doi:10.1186/s40834-018-0067-8
- 54 Thomin A, Keller V, Daraï E, Chabbert-Buffet N. Consequences of emergency contraceptives: the adverse effects. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(7):893-902. doi:10.1517/14740338.2014.921678
- 55 Zhang J, Li C, Zhao WH, et al. Association between levonorgestrel emergency contraception and the risk of ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. *Sci Rep*. 2015;5(1):8487. doi:10.1038/srep08487
- 56 Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MMN, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):54. doi:10.1186/1472-6874-14-54
- 57 Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency Contraception Review: Evidence-based Recommendations for Clinicians. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):741-750. doi:10.1097/GRF.0000000000000056
- 58 Semmler A, De Lange M, Drenth J, et al. Hepatic Safety Considerations in the Use of Ulipristal Acetate for Symptomatic Uterine Fibroids. *Ther Clin Risk Manag*. 2025;Volume 21:367-382. doi:10.2147/TCRM.S273358
- 59 Levy DP, Jager M, Kapp N, Abitbol JL. Ulipristal acetate for emergency contraception: postmarketing experience after use by more than 1 million women. *Contraception*. 2014;89(5):431-433. doi:10.1016/j.contraception.2014.01.003
- 60 Seales S, Seales P. Emergency Contraception: Safety and Effectiveness. *Am Fam Physician*. 2020;101(11):651-652.

- 61 Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, et al. Progesterone Receptor Modulator for Emergency Contraception: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108(5):1089-1097. doi:10.1097/01.AOG.0000239440.02284.45
- 62 Glasier A. Emergency contraception: clinical outcomes. *Contraception*. 2013;87(3):309-313. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.027
- 63 Trussell J, Raymond E, HU H. Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy. *Contemp Read Law Soc Justice*. 2014;6.
- 64 Rodriguez MI, Gülmezoglu AM. Mifepristone for emergency contraception: Case for recommendation in practice guidelines. *Contraception*. 2020;102(6):383-384. doi:10.1016/j.contraception.2020.08.005
- 65 Sarkar NN. The potential of mifepristone (RU-486) as an emergency contraceptive drug. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(4):309-316. doi:10.1111/j.0001-6349.2005.00418.x
- 66 European Consortium for Emergency Contraception (ECEC); American Society for Emergency Contraception (ASEC). *Nuevos usos del acetato de ulipristal (UPA): avances científicos y acceso a anticoncepción de emergencia: resumen (edición global)*. 1st ed. Published January 2025.
- 67 Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD001324. doi:10.1002/14651858.CD001324.pub4
- 68 Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health*. 1995;85(4):494-503. doi:10.2105/ajph.85.4.494
- 69 Ministerio de Salud (Argentina). *Resolución 1062/2023 (RESOL-2023-1062-APN-MS)*. Boletín Oficial de la República Argentina. Published May 31, 2023. Accessed December 14, 2025. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/287480/20230531>
- 70 Ley 25.673 (2002). Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 25.673: Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Published November 22, 2002. Accessed December 19, 2025. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25673-79831>
- 71 Resolución 232/2007 (MSAL). Ministerio de Salud (Argentina). Resolución 232/2007: Programa Médico Obligatorio. Incorporase la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), como método anticonceptivo hormonal. Published March 9, 2007.
- 72 Moreau C, Trussell J. Results from pooled Phase III studies of ulipristal acetate for emergency contraception. *Contraception*. 2012;86(6):673-680. doi:10.1016/j.contraception.2012.05.012
- 73 Glasier A, Cameron ST, Bliithe D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*. 2011;84(4):363-367. doi:10.1016/j.contraception.2011.02.009
- 74 Praditpan P, Hamouie A, Basaraba CN, et al. Pharmacokinetics of levonorgestrel and ulipristal acetate emergency contraception in women with normal and obese body mass index. *Contraception*. 2017;95(5):464-469. doi:10.1016/j.contraception.2017.01.004
- 75 Gemzell-Danielsson K, Kardos L, von Hertzen H. Impact of bodyweight/body mass index on the effectiveness of emergency contraception with levonorgestrel: a pooled-analysis of three randomized controlled trials. *Curr Med Res Opin*. 2015;31(12):2241-2248. doi:10.1185/03007995.2015.1094455
- 76 Edelman AB, Cherala G, Blue SW, Erikson DW, Jensen JT. Impact of obesity on the pharmacokinetics of levonorgestrel-based emergency contraception: single and double dosing. *Contraception*. 2016;94(1):52-57. doi:10.1016/j.contraception.2016.03.006
- 77 Edelman AB, Hennebold JD, Bond K, et al. Double Dosing Levonorgestrel-Based Emergency Contraception for Individuals With Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2022;140(1):48-54. doi:10.1097/AOG.00000000000004717

- 78 Ramos S, Isla V. *Embarazo en la adolescencia en Argentina y el Plan ENIA como respuesta*. CEDES; January 2024.
- 79 Nguyen AT. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73. doi:10.15585/mmwr.rr7304a1
- 80 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Argentina). InfoLEG—Información Legislativa: *Código Civil y Comercial de la Nación*. Available at <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/>
- 81 Meyer JL, Gold MA, Haggerty CL. Advance provision of emergency contraception among adolescent and young adult women: a systematic review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(1):2-9. doi:10.1016/j.jpag.2010.06.002
- 82 Upadhyia KK, COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Emergency Contraception. *Pediatrics*. 2019;144(6):e20193149. doi:10.1542/peds.2019-3149
- 83 Usinger KM, Gola SB, Weis M, Smaldone A. Intrauterine Contraception Continuation in Adolescents and Young Women: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(6):659-667. doi:10.1016/j.jpag.2016.06.007
- 84 Krashin J, Tang JH, Mody S, Lopez LM. Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(8):CD009805. doi:10.1002/14651858.CD009805.pub3
- 85 Deans EI, Grimes DA. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. *Contraception*. 2009;79(6):418-423. doi:10.1016/j.contraception.2008.12.009
- 86 Grandi G, Di Vinci P, Sgandurra A, Feliciello L, Monari F, Facchinetti F. Contraception During Perimenopause: Practical Guidance. *Int J Womens Health*. 2022;14:913-929. doi:10.2147/IJWH.S288070
- 87 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). *FSRH Guideline: Contraception for Women Aged Over 40 Years*. August 2017. Amended May 2025. United Kingdom: FSRH; 2017.
- 88 Zamberlin N, Vázquez S, Real P, Calandra N, Corral A, Medina V, et al. Guía de procedimientos para la atención de mujeres en situación de embarazo no planificado. FUSA; 2012. Accessed December 22, 2025. <https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Guia%20de%20procedimientospara%20la%20Atenci%C3%B3n%20de%20Mujeres%20en%20situaci%C3%B3n.pdf>
- 89 Om S, Sg H, Sa N, Ma K, Em Y. Emergency contraceptive pills as a backup for lactational amenorrhea method (LAM) of contraception: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2013;87(3). doi:10.1016/j.contraception.2012.07.013
- 90 Shaaban OM, Abbas AM, Mahmoud HR, Yones EM, Mahmoud A, Zakherah MS. Levonorgestrel emergency contraceptive pills use during breastfeeding; effect on infants' health and development. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2019;32(15):2524-2528. doi:10.1080/14767058.2018.1439470
- 91 Gainer E, Massai R, Lillo S, et al. Levonorgestrel pharmacokinetics in plasma and milk of lactating women who take 1.5 mg for emergency contraception. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2007;22(6):1578-1584. doi:10.1093/humrep/dem034
- 92 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). *FSRH Statement: Ulipristal Acetate and Breastfeeding*. Published January 2025. Accessed December 22, 2025.
- 93 Consortium for Emergency Contraception (ICEC); International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). Statement on Mechanism of Action. Published October 2008. Accessed December 18, 2025. <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-02/International%20consortium%20for%20emergency%20contraception%20statement.pdf>
- 94 British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). *National guidelines for the management of individuals disclosing sexual violence in sexual health services*. BASHH; 2022. Accessed December 22, 2025.
- 95 Chejter S, Messina A, Massari NA, et al. *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales: actualización 2021*. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina); 2021. Accessed December 22, 2025. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-08/Protocolo\\_VVS\\_2021.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-08/Protocolo_VVS_2021.pdf)

- 96 Liverpool HIV Interactions. Accessed December 18, 2025. [https://www.hiv-druginteractions.org/drug\\_queries/new](https://www.hiv-druginteractions.org/drug_queries/new)
- 97 Wang MJ, Khodadadi AB, Turan JM, White K. Scoping Review of Access to Emergency Contraception for Sexual Assault Victims in Emergency Departments in the United States. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(2):413-421. doi:10.1177/1524838019882023
- 98 Drug Safety Update. GOV.UK. December 17, 2025. Accessed December 18, 2025. <https://www.gov.uk/drug-safety-update>
- 99 Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Levonorgestrel-containing emergency hormonal contraception: advice on interactions with hepatic enzyme inducers and contraceptive efficacy. Drug Safety Update. Published September 15, 2016. Accessed December 18, 2025. <https://www.gov.uk/drug-safety-update/levonorgestrel-containing-emergency-hormonal-contraception-advice-on-interactions-with-hepatic-enzyme-inducers-and-contraceptive-efficacy>
- 100 Gedeon Richter Plc. Levonelle 1500 microgram tablet: Summary of Product Characteristics (SmPC). Electronic Medicines Compendium (emc). Updated July 28, 2021. Accessed December 18, 2025. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/133/smpc>
- 101 Interactions Checker. Accessed December 18, 2025. <https://interaccionesshiv.huesped.org.ar/>
- 102 Pohl O, Osterloh I, Lecomte V, Gotteland JP. Changes in gastric pH and in pharmacokinetics of ulipristal acetate - A drug-drug interaction study using the proton pump inhibitor esomeprazole. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2012;51. doi:10.5414/CP201789
- 103 Nallasamy S, Kim J, Sitruk-Ware R, Bagchi M, Bagchi I. Ulipristal blocks ovulation by inhibiting progesterone receptor-dependent pathways intrinsic to the ovary. *Reprod Sci Thousand Oaks Calif*. 2013;20(4):371-381. doi:10.1177/1933719112459239
- 104 Conneely OM. Progesterone receptors and ovulation. *Handb Exp Pharmacol*. 2010;(198):37-44. doi:10.1007/978-3-642-02062-9\_3
- 105 Brache V, Cochon L, Duijkers IJM, et al. A prospective, randomized, pharmacodynamic study of quick-starting a desogestrel progestin-only pill following ulipristal acetate for emergency contraception. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2015;30(12):2785-2793. doi:10.1093/humrep/dev241
- 106 Edelman AB, Jensen JT, McCrimmon S, Messerle-Forbes M, O'Donnell A, Hennebold JD. Combined oral contraceptive interference with the ability of ulipristal acetate to delay ovulation: A prospective cohort study. *Contraception*. 2018;98(6):463-466. doi:10.1016/j.contraception.2018.08.003
- 107 Ebersole AM, Liberty A, Edelman A, Lyman E, Cleland K. Uses of ulipristal acetate beyond emergency contraception: A narrative review. *Contraception*. 2025;146:110862. doi:10.1016/j.contraception.2025.110862
- 108 National Library of Medicine (US). DailyMed: ELLA (ulipristal acetate) tablet [drug label]. Updated August 7, 2024. Accessed December 18, 2025. <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=f4c302dd-4e71-b51e-e053-2995a90aaf2a>
- 109 Snyder EM, Curtis KM, Nguyen AT, et al. Hormonal contraception after use of ulipristal acetate as emergency contraception: A systematic review. *Contraception*. Published online April 3, 2025:110898. doi:10.1016/j.contraception.2025.110898
- 110 Banh C, Rautenberg T, Duijkers I, et al. The effects on ovarian activity of delaying versus immediately restarting combined oral contraception after missing three pills and taking ulipristal acetate 30 mg. *Contraception*. 2020;102(3):145-151. doi:10.1016/j.contraception.2020.05.013

## © 2026 Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA).

*El presente documento constituye un posicionamiento institucional oficial de AMAdA.*

*Se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).*

*Se autoriza su reproducción y distribución total o parcial con fines educativos, académicos y científicos, siempre que se cite adecuadamente la fuente. No se permite su utilización con fines comerciales ni la realización de obras derivadas, adaptaciones o modificaciones sin autorización expresa y por escrito de AMAdA.*

*AMAdA no se responsabiliza por interpretaciones parciales o modificaciones no autorizadas del contenido.*

*El presente consenso ha sido elaborado de manera independiente, sobre la base de la mejor evidencia científica disponible al momento de su redacción.*

*Los contenidos y recomendaciones aquí expresados no responden a intereses comerciales, industriales ni de otra índole ajenos a los objetivos científicos y académicos de AMAdA.*

*Los integrantes participantes han declarado sus potenciales conflictos de interés, los cuales no han influido en el desarrollo ni en las conclusiones del presente documento.*



# AMAdA

Asociación Médica  
Argentina de  
Anticoncepción

[www.amada.org.ar](http://www.amada.org.ar)



@amada\_saludreproductiva



@AMAdAnticoncepcion