



Anticoncepción de Emergencia

en Zonas de Conflicto



Un módulo de enseñanza a distancia del
Reproductive Health Response in Conflict Consortium

The Reproductive Health Response in Conflict Consortium

▶ ▶ ▶ ▶ www.rhrc.org

Miembros: American Refugee Committee

CARE

Departamento Heilbrunn de Salud de la Población y la Familia,
Escuela de Salud Pública

International Rescue Committee

JSI Research and Training Institute

Marie Stopes International

Women's Commission for Refugee Women and Children



Misión

El Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium [*Consortio para la Intervención en Salud Reproductiva en Situaciones de Conflicto (Consortio RHRC)*] se dedica a la promoción de la salud reproductiva entre las personas afectadas por conflictos armados. El Consorcio RHRC promueve un acceso sostenido a programas de salud reproductiva integrales y de alta calidad en situaciones de emergencia, y propugna políticas que apoyan la salud reproductiva de las personas afectadas por conflictos armados.

El Consorcio RHRC cree que todas las personas tienen derecho a servicios de salud reproductiva de calidad y que la programación en esa materia debe fomentar derechos, respeto y responsabilidad para todos. Con ese fin, el Consorcio RHRC adhiere a tres principios fundamentales: utilización de enfoques participativos para implicar a la comunidad en todas las etapas de la programación; estímulo de la programación en materia de salud reproductiva durante todas las fases de las situaciones de emergencia, desde la crisis inicial hasta la reconstrucción y el desarrollo; y empleo de un enfoque basado en los derechos aplicable a todas las tareas, tal y como se expresa en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994.

Agradecimientos

Este módulo de enseñanza a distancia sobre anticoncepción de emergencia fue elaborado principalmente por Connie Lee, una consultora independiente de la Women's Commission for Refugee Women and Children. Sandra Krause, Julia Matthews, Diana Quick y Sarah Chynoweth de la Women's Commission for Refugee Women and Children se ocuparon de supervisar el proyecto y la redacción. Este módulo está basado fundamentalmente en la publicación "*Módulo 5: Anticoncepción oral de emergencia*" en *Currículos de Capacitación en Salud Reproductiva y Planificación Familiar* de Pathfinder International, y en *Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios*, de la Organización Mundial de la Salud, pero adaptado a las zonas de conflicto. Por su ayuda en la edición del texto, deseamos dar las gracias también a Doris Bartel de CARE, Susan Purdin de la Universidad de Columbia, Rachel Jones y Mary Otieno, dos antiguas colaboradoras de International Rescue Committee, Meriwether Beatty de JSI Research and Training Institute, Samantha Guy de Marie Stopes International y Wilma Doedens del Fondo de Población de las Naciones Unidas. También queremos expresar nuestro agradecimiento a muchos trabajadores humanitarios que utilizaron sobre el terreno el documento y facilitaron comentarios perspicaces para mejorar el módulo y facilitar al máximo su utilización.

Este módulo pudo elaborarse gracias al apoyo generoso de la Fundación Compton y de un donante anónimo.



Índice

El módulo de enseñanza a distancia	2
Introducción	4
Capítulo 1 Anticoncepción de emergencia (AE)	6
Capítulo 2 Píldoras AE	9
Capítulo 3 DIU para AE	13
Capítulo 4 Prestación de servicios de AE en zonas de conflicto	16
Preguntas más frecuentes	21
Test	23
Escenarios de prestación de servicios de AE	25
Recursos	28
Gráficos y lista de verificación para la prestación de servicios de AE	31

Siglas y abreviaturas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	ONG	Organización no gubernamental
AE	Anticoncepción de emergencia	PAE	Píldora anticonceptiva de emergencia
AOC	Anticonceptivo oral combinado	PDIP	Persona desplazada en el interior del país
DIU	Dispositivo intrauterino	PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas	RHRC	Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium
ITS	Infección transmitida sexualmente	VS	Violencia sexista
OMS	Organización Mundial de la Salud		



El módulo de enseñanza a distancia

Anticoncepción de Emergencia en Zonas de Conflicto: Un módulo de enseñanza a distancia del Reproductive Health Response in Conflict Consortium ha sido elaborado para satisfacer la necesidad de incrementar la concienciación y los conocimientos sobre anticoncepción de emergencia (AE) entre los profesionales sanitarios que trabajan con personas refugiadas y desplazadas en el interior del país (PDIP)¹. Un método de enseñanza a distancia contribuye a aumentar el acceso a la información sobre la AE, incrementa la flexibilidad, garantiza una información de calidad, capacita a quienes reciben la enseñanza y es rentable². Teniendo en cuenta estas ventajas, The Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium elige este método para facilitar información práctica sobre AE en proyectos locales de países en vías de desarrollo. El Consorcio RHRC está trabajando para integrar la AE mediante el aumento de la concienciación y los conocimientos, así como a través de la mejora del acceso a la AE y la demanda en lugares adecuados para la implantación de los programas. (Si desea saber más sobre las actividades del Consorcio RHRC en todo el mundo, visite nuestro sitio Web: www.rhrc.org).

¿Quién debe usar el módulo de enseñanza a distancia de la AE?

El módulo es ideal para los profesionales que trabajan en situaciones conflictivas y desean conocer la AE o necesitan poner al día sus conocimientos, o bien les gustaría incluir la AE en sus programas de servicios de salud reproductiva. Entre los usuarios apropiados de este módulo pueden citarse los siguientes: empleados en planificación familiar, trabajadores de salud de las comunidades, educadores sanitarios, consejeros, formadores, administradores de programas, enfermeros, doctores, comadronas y otro personal de asistencia sanitaria en zonas de conflicto. El módulo también resulta útil para facilitar información y entrenamiento a equipos de intervención multisectorial, en los que puede haber agentes de protección, autoridades gubernamentales y no gubernamentales, y otros socios en el trabajo humanitario de los sectores educativo y de servicios comunitarios. La sección de Recursos al final de este módulo facilita una lista de materiales de aprendizaje muy práctica para quienes necesiten una información general más completa sobre temas básicos de salud reproductiva.

¿Cuáles son los objetivos de aprendizaje del módulo de enseñanza a distancia de la AE?

El módulo es una herramienta de aprendizaje diseñada para facilitar información básica sobre la AE, que ayudará a los profesionales a aumentar sus conocimientos en relación con la AE, a evaluar mejor las necesidades de los beneficiarios, a ser más sensibles a las cuestiones que subyacen detrás de las necesidades y decisiones de estos últimos, y a fomentar la concienciación sobre la AE en las comunidades afectadas por conflictos. Los principales objetivos del módulo son hacer que los estudiantes puedan:

¹ Los refugiados son aquellos que han cruzado una frontera internacional, mientras que los desplazados en el interior todavía están en su propio país. En este documento, la palabra "refugiado" se refiere a ambas categorías.

² Long P, Kiplinger N. *Making It Happen: Using Distance Learning to Improve Reproductive Health Provider Performance*. INTRAH, the PRIME II project, 1999.

- ▣ Definir la AE.
- ▣ Explicar cómo funcionan los dos métodos de AE y la diferencia entre AE y aborto.
- ▣ Enumerar las razones por las que las mujeres y jóvenes desplazadas en edad reproductiva pueden necesitar la AE.
- ▣ Describir los usos apropiados de la AE y cómo usar los métodos correctamente.
- ▣ Enumerar los efectos secundarios posibles de la AE e indicar cómo tratarlos.
- ▣ Enunciar las precauciones y consideraciones respecto al uso de la AE.
- ▣ Explicar las ventajas, las desventajas y la eficacia de la AE.
- ▣ Discutir el papel importante de los proveedores de servicios en el acceso a la AE por parte de las poblaciones desplazadas.
- ▣ Describir algunos de los asuntos específicos de la provisión de servicios a las mujeres y adolescentes desplazadas.
- ▣ Describir el papel que tiene la orientación en los temas de planificación familiar, violencia sexista e infecciones transmitidas sexualmente (ITS)/VIH.
- ▣ Saber cómo encontrar otros recursos sobre AE.

¿Cómo usar el módulo de enseñanza a distancia de la AE?

Esta herramienta es un módulo de aprendizaje autodidáctico con versiones en inglés, francés, español y portugués, y posiblemente en otros idiomas en el futuro. La versión del módulo en línea es interactiva y comprende un test, estudios de casos y enlaces a recursos adicionales en Internet. El módulo en línea puede descargarse o imprimirse para estudiarlo sin necesidad de estar conectado.

Cada sección del módulo contiene información que deben conocer los trabajadores sanitarios antes de facilitar servicios de AE. Las secciones deben leerse y completarse en secuencia para conseguir la más completa comprensión de la AE. También es importante compartir esa información con los beneficiarios o usuarios potenciales de la AE, durante las sesiones de orientación o formación. Después de haber completado el módulo, los estudiantes pueden hacer el test para verificar sus conocimientos y recorrer las preguntas más frecuentes (PMF) que pueden ayudarles a clarificar puntos esenciales acerca de la AE. Los estudios de casos dan unos cuantos ejemplos de cómo integrar los servicios de AE en los programas de salud reproductiva. Los estudiantes pueden utilizar la lista de recursos adicionales que aparece al final del módulo para ampliar sus conocimientos y obtener especímenes de documentos y fichas de información para dar a sus beneficiarios.

¿En qué formatos está disponible el módulo de enseñanza a distancia de AE?

El módulo está disponible en línea en: www.rhrc.org, y en texto impreso. Para hacer un pedido de ejemplares impresos, envíe un mensaje electrónico a info@rhrc.org.

¿Hay alguna vía para transmitir comentarios que permitan mejorar el módulo de enseñanza a distancia de AE?

En nuestro esfuerzo continuo por mejorar el módulo, nos gustaría recibir sus sugerencias para hacer de él una experiencia de aprendizaje más útil y agradable. Le agradeceríamos que enviara sus comentarios por correo electrónico a info@rhrc.org.

¡Gracias!



Introducción

Las mujeres refugiadas y necesitan y tienen

Para las mujeres forzadas a desplazarse debido a los conflictos, el acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) no sólo es un derecho, sino también una necesidad fundamental que puede ayudarles a mantener y mejorar su salud reproductiva. Las mujeres refugiadas y desplazadas que no pueden acceder a la AE están privadas del derecho a la salud reproductiva, ya que pueden tener que soportar un embarazo no deseado y, en consecuencia, sufrir o morir por complicaciones debidas al parto o al aborto.

Además de que la mortalidad materna es una causa común de fallecimiento en mujeres que viven en situaciones de falta de recursos, las condiciones de vida penosas de las mujeres desplazadas hacen que para ellas dar a luz sea todavía más difícil y peligroso. Ofreciendo una “segunda oportunidad” a las que les ha fallado el método anticonceptivo habitual, la AE da a la mujer o a la adolescente la oportunidad de evitar un embarazo imprevisto o forzoso y puede reducir el riesgo de fallecimiento o enfermedad debidos a las complicaciones derivadas de un parto o un aborto en condiciones insalubres.

La guerra y los conflictos aumentan las violaciones y otras formas de violencia sexista (VS); esta cruel realidad aparece reflejada en un número cada vez mayor de investigaciones e informes documentados. Las mujeres y las adolescentes son especialmente vulnerables a los abusos sexuales cometidos por combatientes. El uso de la violación como arma en las guerras se ha documentado en conflictos tales como los de Bosnia-Herzegovina, Ruanda y Sierra Leona. De conformidad con un estudio reciente efectuado en Sierra Leona, la violencia sexual relacionada con la guerra era generalizada entre las mujeres desplazadas en el interior del país con motivo del conflicto. La frecuencia de la violencia sexual ejercida por los combatientes durante los últimos 10 años de guerra, incluida la violación, se estableció en el 9 por ciento, igualando la frecuencia durante toda la vida de las agresiones sexuales no relacionadas con la guerra en Sierra Leona. En 1997, una investigación en Tanzania desveló que casi un 28 por ciento de refugiadas burundesas en edad reproductiva habían sido violadas desde que se convirtieron en refugiados. Un estudio de 1982 sobre mujeres refugiadas guatemaltecas indicó que el temor más grande que tenían era el de ser violadas.

desplazadas en el interior del país derecho a la anticoncepción de emergencia.

Las mujeres desplazadas también son víctimas de otro tipo de abuso sexista o explotación sexual, cuando hombres con poder en las comunidades de refugiados, en las anfitrionas o incluso en las dedicadas al trabajo humanitario solicitan tener relaciones sexuales a cambio de seguridad, comida u otras cosas. Como consecuencia de la guerra, las mujeres pueden verse obligadas a intercambiar sexo por los recursos que necesitan para ellas y sus familias. Para empeorar todavía más las cosas, muchas veces las mujeres en zonas de conflicto no tienen acceso a métodos de planificación familiar habituales para protegerse contra embarazos no deseados. Esas circunstancias hacen que sea aún más importante poner la AE a disposición de las mujeres refugiadas y desplazadas.

Para ocuparse adecuadamente de las necesidades y los derechos en salud reproductiva de las mujeres refugiadas, debe disponerse de la AE desde el principio de la respuesta a una crisis humana. El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM), que describe brevemente una serie de acciones prioritarias necesarias para responder a las necesidades en salud reproductiva de las poblaciones en los primeros momentos de las crisis humanas, incluye la AE como un componente de los servicios que deben facilitarse a las víctimas de VS. El PSIM aparece en el nuevo manual de 2004 del proyecto ESFERA como una norma de respuesta humanitaria. La formación del personal es especialmente importante en esas zonas de conflicto, y los refugiados, las PDIP y otros afectados deben recibir inmediatamente a la llegada al lugar de acogida una información clara sobre los servicios disponibles, ya que pueden ignorar que tienen la posibilidad de acceder a la AE.





Capítulo 1

Anticoncepción de emergencia³

1. ¿Qué es la anticoncepción de emergencia?

La anticoncepción de emergencia (AE) es un método anticonceptivo utilizado por la mujer después de una relación sexual sin protección, para impedir un embarazo no deseado.

Actualmente hay dos métodos de anticoncepción de emergencia: las **píldoras anticonceptivas de emergencia** y el **dispositivo intrauterino (DIU) de cobre**.

Las **píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)** son conocidas a veces como píldoras del “día siguiente” o “postcoitales”, pero como esos términos no expresan adecuadamente el momento óptimo para el uso de AE, la denominación preferida es “píldoras anticonceptivas de emergencia”. Las PAE deben tomarse dentro de las 120 horas (5 días) siguientes a la relación sexual sin protección⁴. Los tipos disponibles de PAE son:

- ▣ Anticonceptivos orales que contienen solamente progestina (levonorgestrel).
- ▣ Anticonceptivos orales combinados con un estrógeno (etinil estradiol) y una progestina (levonorgestrel) – también conocido como el método Yuzpe–.

Ambos tipos están disponibles como productos especializados de AE –píldoras de dosis más altas especialmente preparadas para su uso como anticoncepción de emergencia–. Si no se dispone de PAE especializadas, entonces se utilizan como AE dosis mayores de anticonceptivos orales de uso regular.

Las PAE no sustituyen a la planificación familiar corriente; en el *Capítulo 2* se describe cómo utilizar las PAE.

También puede utilizarse como AE un **DIU de cobre (la T de cobre “TCu380A” o el Multiload “MLCu-375”)** si se inserta durante el intervalo de siete días posterior a la relación sexual sin protección⁵. El DIU puede dejarse en su sitio como anticonceptivo de uso regular por un periodo de hasta 5 o 10 años; cuando la beneficiaria lo desee, puede extraerlo un profesional sanitario con la formación adecuada. En el *Capítulo 3* se explica cómo usar un DIU de cobre como AE.

³ Adaptado del “Módulo 5: Anticoncepción oral de emergencia”, Pathfinder International, versión de septiembre de 2000; y de “Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios”, OMS, 1998.

⁴ Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, segunda edición, 2003.

⁵ Ibid.



¿Quién puede necesitar la AE y cuáles son sus usos apropiados?

Tal y como se indica seguidamente, hay diversas situaciones en las que la mujer o la joven en edad reproductiva puede necesitar la AE para evitar un embarazo no deseado:

- ▣ Está poco o nada sensibilizada al tema de la anticoncepción y ha tenido relaciones sexuales sin protección.
- ▣ Quiere usar un método de anticoncepción, ha tenido relaciones sexuales y actualmente no está utilizando ningún método anticonceptivo de uso regular.
- ▣ Quiere usar un método de anticoncepción, ha tenido relaciones sexuales, pero no ha utilizado correctamente o con regularidad sus anticonceptivos habituales.
- ▣ Quiere usar un método de anticoncepción, pero su método anticonceptivo ha fallado:
 - ▣ Ruptura o deslizamiento del condón.
 - ▣ No ha habido abstinencia sexual durante los días fértiles.
 - ▣ Expulsión del DIU.
 - ▣ Fallo del coitus interruptus (o método de la marcha atrás), con eyaculación en la vagina o en los genitales externos.
 - ▣ Olvido de tomar los anticonceptivos orales durante 2 o más días.
 - ▣ Retraso en la administración de una inyección anticonceptiva.
- ▣ Ha sufrido una agresión sexual y no tenía protección anticonceptiva.

Aunque todas las mujeres en situaciones conflictivas son vulnerables a la violencia sexual, probablemente el grupo más necesitado de servicios de anticoncepción de emergencia es el de las adolescentes. Las refugiadas adolescentes están sujetas a menudo a la explotación sexual y a la violación, y sin embargo hay relativamente pocos programas que satisfagan las necesidades específicas en salud reproductiva de las jóvenes y aún menos que proporcionen la AE.

Como todas las intervenciones en materia de salud, la AE debe implementarse de conformidad con los valores culturales de las comunidades de refugiados y los protocolos de los países de acogida. La AE es un componente de los servicios de salud reproductiva y, en ese sentido, las comunidades necesitan recibir una información y un asesoramiento completos e imparciales como es el caso para los otros servicios de salud reproductiva. Es posible que los trabajadores sanitarios necesiten una formación complementaria en AE si no están familiarizados con su uso, con el fin de garantizar que ofrecen una respuesta sensible y culturalmente apropiada a las necesidades de las mujeres. Además, los proveedores de servicios que no conozcan suficientemente los protocolos de la AE del país de acogida deberán contactar el ministerio de Salud local para asegurarse de que los servicios de AE respetan las leyes y políticas nacionales.

El cuadro de la página siguiente presenta una lista de todos los países en los que se puede obtener productos especializados de AE; no se distingue entre países afectados por conflictos y los que no lo están. En la lista no aparecen los países en los que los productos especializados de AE todavía no se han registrado y no están disponibles, ni aquellos en los que se puede utilizar el DIU de cobre como AE o en los que la AE está prohibida. Si desea más información sobre la disponibilidad de productos de AE en un país concreto, visite el sitio Web: <http://ec.princeton.edu/worldwide/default.asp>.

Lista de países con productos especializados de AE

África		Américas (del Norte, Central y del Sur)		Asia (Este, Central, Sudeste, Oceanía)		Europa (Este, Central, Oeste)	
Argelia	Marruecos	Argentina	Martinica	Australia	Mongolia	Albania	Letonia
Benín	Namibia	Bolivia	México	Azerbaiyán	Myanmar	Alemania	Lituania
Camerún	Nigeria	Brasil	Nicaragua	Bangladesh	Nueva Zelanda	Armenia	Luxemburgo
Egipto	República Democrática del Congo	Canadá	Paraguay	China	Pakistán	Austria	Moldavia
Gabón	Reunión	Chile	Perú	Corea del Sur	Polinesia Francesa	Belarús	Montenegro
Ghana	Senegal	Colombia	República Dominicana	Fiyi	Singapur	Bélgica	Noruega
Guinea-Bissau	Seychelles	Cuba	Trinidad y Tobago	Hong Kong	Sri Lanka	Bulgaria	Países Bajos
Costa de Marfil	Sierra Leona	El Salvador	Uruguay	India	Tailandia	Eslovaquia	Polonia
Kenia	Sudáfrica	Estados Unidos	Venezuela	Indonesia	Taiwán	España	Portugal
Madagascar	Túnez	Guadalupe		Israel	Tayikistán	Estonia	República
Malí	Uganda	Jamaica		Japón	Turkmenistán	Finlandia	Checa
Mauritania	Zimbabue			Kazajstán	Uzbekistán	Francia	Reino Unido
Mauricio				Kirguistán	Vietnam	Georgia	Rumanía
				Líbano	Yemen	Grecia	Rusia
				Malasia		Hungría	Serbia
						Islandia	Suecia
						Italia	Ucrania

Fuente: Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia: www.cecinfo.org/html/res-product-issues.htm, y el servidor de Anticoncepción de Emergencia de la World Wide Web: www.not-2-late.com. Última actualización: 2003.



3. ¿Cuáles son las consecuencias posibles de no utilizar la AE?

Sin AE, las mujeres obligadas a desplazarse por los conflictos pueden tener que enfrentarse a embarazos imprevistos o forzosos, abortos en condiciones insalubres y complicaciones obstétricas –todo lo cual aumenta el riesgo de enfermedad o muerte para las mujeres–. Las mujeres jóvenes tienen un riesgo más alto de sufrir efectos negativos porque sus cuerpos todavía no se han desarrollado completamente. Además, las mujeres y las jóvenes pueden padecer consecuencias psicológicas y emocionales si no pueden utilizar la AE.



Capítulo 2

Píldoras anticonceptivas de emergencia⁶

1. ¿Cómo actúan las píldoras anticonceptivas de emergencia?

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) son esencialmente píldoras anticonceptivas de uso regular que contienen dosis más grandes, aunque las PAE se diferencian en muchos aspectos importantes de las píldoras normales. Aunque no se conoce con exactitud cómo actúan las PAE, la investigación ha sugerido que los modos de acción pueden depender del momento del ciclo menstrual en el que la mujer tuvo la relación sexual sin protección y de cuándo se tomen las PAE. Probablemente, actúan de uno o de varios de los modos siguientes:

- ▣ Inhibiendo o retrasando la ovulación, mediante la reducción del nivel de hormonas
- ▣ Impidiendo la fecundación, al interferir en el movimiento del semen o del óvulo
- ▣ Inhibiendo el transporte del óvulo fecundado al útero
- ▣ Impidiendo la implantación, al hacer que el endometrio no sea receptivo

Los cuatro modos de acción demuestran que los anticonceptivos de emergencia actúan antes de la implantación del óvulo fecundado. Las PAE no interrumpen o destruyen un embarazo iniciado y por ello los organismos acreditados, como la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷, no las consideran abortivas.

2. ¿Cuál es la eficacia de las PAE?

Los dos tipos de PAE son eficaces, tanto el que contiene sólo progestina, como el anticonceptivo oral combinado, aunque en comparaciones directas se ha visto que el régimen de progestina era mucho más eficaz que el régimen combinado⁸. La tasa de embarazo después de un único coito no protegido practicado en la segunda o tercera semana del ciclo menstrual es del 8 por ciento. Tomando las PAE, las posibilidades de embarazo se reducen a menos del 2 por ciento. Las investigaciones han mostrado que el régimen de progestina reduce el riesgo de embarazo entre el 60 y el 93 por ciento o más después de una sola relación sexual, mientras que el régimen combinado lo reduce entre el 56 y el 89 por ciento⁹. Las PAE son más eficaces cuanto antes se utilicen y tienen que tomarse a más tardar 120 horas después de la relación sexual sin protección.

Aunque las PAE son eficaces en situaciones de emergencia, no son apropiadas para uso regular. La tasa de embarazo de las PAE utilizadas frecuentemente como sustitutas de la anticoncepción regular sería mucho más alta que la tasa de embarazo de las píldoras de anticoncepción hormonal de uso regular en dosis normal.

⁶ Adaptado del "Módulo 5: Anticoncepción oral de emergencia" en *Currículos de Capacitación en Salud Reproductiva y Planificación Familiar*, Pathfinder International, edición revisada en septiembre de 2000; y de *Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios*, OMS, 1998.

⁷ *Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios*, OMS, 1998.

⁸ Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, segunda edición, 2003.

⁹ *Ibid.*



3. ¿Cuáles son los efectos secundarios de las PAE? ¿Cómo se tratan los efectos secundarios?

Efectos secundarios	Tratamiento de los efectos secundarios
Nauseas: El efecto secundario más común de las PAE son las náuseas. Aproximadamente, el 50 por ciento de las mujeres que utilizan AOC y el 20 por ciento de las que usan píldoras que contienen sólo progestina tienen náuseas. Normalmente, las náuseas no duran más de 24 horas.	Para reducir el riesgo de náuseas y vómitos, puede administrarse una dosis única de 50 mg de meclizina una hora antes de la primera dosis de PAE. Debe advertirse a las beneficiarias que la meclizina puede causar somnolencia. No se ha estudiado la eficacia de dosis más pequeñas de meclizina y otros antieméticos. Tomar las PAE con comida no parece que modifique el riesgo de náuseas ¹⁰ .
Vómitos: Los vómitos afectan al 20 por ciento de las mujeres que utilizan AOC y al 5 por ciento de las que usan píldoras que contienen sólo progestina. Los vómitos durante las 2 horas posteriores a la toma de PAE pueden reducir la eficacia de las píldoras.	Repetir la dosis si hay vómitos durante las 2 horas posteriores a la toma de las píldoras. Si los vómitos son importantes, la dosis repetida puede administrarse vaginalmente ¹¹ .
Sangrado uterino irregular: Algunas mujeres pueden tener ligeras pérdidas (manchado); las menstruaciones se producen normalmente en los días habituales o un poco antes.	Si la menstruación se retrasa más de una semana, hay que efectuar una prueba de embarazo.
Otros efectos secundarios: Se han detectado otros efectos secundarios con la AE, tales como: hipersensibilidad mamaria, cefalea, vértigo y fatiga. Normalmente, estos efectos secundarios no duran más de 24 horas.	Para reducir el malestar pueden utilizarse analgésicos sin receta, como la aspirina o el paracetamol.

Para obtener una información más detallada de la administración de las PAE, incluyendo el tratamiento de problemas o efectos secundarios, véanse los Capítulos 5 y 6 de *The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff* o el Capítulo 12 de *Contraceptive Technology*.



4. ¿Cuáles son las precauciones y consideraciones a tener en cuenta en el uso de las PAE?

Las PAE están consideradas como muy seguras. La dosis hormonal en las PAE es pequeña y no parece alterar los mecanismos de coagulación de la sangre con su ligera exposición a estrógenos y progestinas. La AE mediante el uso de AOC no se ha asociado a malformaciones fetales o congénitas, ni parece aumentar la posibilidad de que un embarazo posterior al uso de AE sea ectópico (extrauterino). Finalmente, nunca se han constatado complicaciones médicas serias o fallecimientos debidos a las PAE, a pesar de que se vienen usando desde hace más de 20 años. La AE no está indicada para su administración como método anticonceptivo de uso regular.

En lo que respecta al embarazo:

- ☐ Cuando una mujer está considerando tomar las PAE, no es necesario que se haga una prueba de embarazo.
- ☐ Una mujer puede tomar las PAE aunque tenga dudas de si está embarazada, ya que no hay pruebas que indiquen que haya peligro para ella o para el embarazo.
- ☐ Si una mujer tiene un embarazo confirmado no debe tomar las PAE, ya que éstas no tendrán ningún efecto.

¹⁰ Consorcio de Anticoncepción de Emergencia. *Expansión de la Anticoncepción de Emergencia hacia el Acceso Global*. Octubre de 2000, pág. 42.

¹¹ Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, segunda edición, 2003.



5. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas del uso de PAE?

Las ventajas y desventajas de las PAE son:

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">Seguras y eficaces.Fáciles de usar.Efectos secundarios limitados o temporales.Más seguras y menos invasivas que la interrupción quirúrgica del embarazo, en caso de que se produzca un embarazo no deseado después de unas relaciones sexuales no protegidas.Es una opción para las mujeres que dan el pecho.No están asociadas a malformaciones congénitas.Reducen la necesidad de recurrir al aborto.	<ul style="list-style-type: none">Tienen que tomarse dentro de las 120 horas siguientes a haber mantenido relaciones sexuales no protegidas.Pueden causar efectos secundarios menores.No proporcionan una protección continua contra el embarazo.No protegen contra las ITS y el VIH.En algunos países y estados sólo se dispensan con receta.Puede ser problemático para mujeres que no saben tragar píldoras fácilmente.

Aunque los trabajadores sanitarios pueden tener la ventaja de servir a una comunidad bien definida, abierta a la orientación y el apoyo durante una situación de emergencia, hay varios problemas específicos que resolver cuando se facilitan PAE en zonas de conflicto:

Problemas para la administración de las PAE en zonas de conflicto

- Dificultad para la implementación del PSIM, debido a las restricciones logísticas, financieras o administrativas.
- Ignorancia de la posibilidad de utilizar la AE, tanto por parte del personal encargado de la ayuda de urgencia, como por la población desplazada.
- Falta de tiempo para educar al personal encargado de la ayuda de urgencia y a la población desplazada sobre la posibilidad de utilizar la AE.
- Ignorancia sobre la cuestión del suministro de AE por parte de los trabajadores sanitarios (tanto de los encargados de la ayuda de urgencia como de los que actúan con la población desplazada).
- Falta de tiempo para formar a los trabajadores sanitarios en el suministro de AE.
- Dificultad para identificar a los trabajadores sanitarios entre la población desplazada en los primeros días de una situación de emergencia.
- Dificultades para dispensar las dosis de píldoras por parte de los trabajadores sanitarios sin experiencia en suministro de AE, si no se dispone de un producto especializado de PAE (un producto especialmente preparado para la AE).



6. ¿Cuáles son los diferentes regímenes de PAE?

Tal y como se mencionó en el capítulo anterior, hay dos tipos de PAE:

- Anticonceptivos orales que contienen sólo progestina (levonorgestrel)
- Anticonceptivos orales combinados (AOC) que contienen un estrógeno (etinil estradiol) y una progestina (levonorgestrel) –conocido también como el método Yuzpe–.

Los productos especializados de PAE están especialmente preparados con las dosis más grandes apropiadas de los dos tipos antes enumerados. Aunque ambos tipos de PAE son eficaces, el método preferido es el del anticonceptivo que contienen sólo progestina, debido a su mayor tasa de eficacia y menor riesgo de náuseas y vómitos.

Cada tipo de anticonceptivo tiene regímenes diferentes, tanto con dosis grandes como pequeñas. Los gráficos y descripciones que vienen a continuación indican los regímenes para cada tipo de PAE. Las PAE tienen que tomarse lo más rápidamente posible después del coito con todos los regímenes, y lo óptimo es tomarlas durante las 120 horas¹¹ siguientes.

Píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen sólo progestina	Primera dosis = A más tardar, 120 horas después del coito no protegido	Segunda dosis = 12 horas después de la primera
DOSIS GRANDE¹²: píldoras con 750 µg (0,75 mg) de levonorgestrel	2 píldoras solamente	- -
DOSIS GRANDE: píldoras con 750 µg (0,75 mg) de levonorgestrel	1 píldora	1 píldora
DOSIS PEQUEÑA: píldoras con 30 µg de levonorgestrel	25 píldoras	25 píldoras

Píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen sólo progestina

DOSIS GRANDE: Cuando se dispone de AE con sólo progestina en píldoras que contienen 750 µg de levonorgestrel, pueden tomarse dos píldoras en una dosis a más tardar 120 horas (5 días) después de las relaciones sexuales no protegidas. Como alternativa, tiene que tomarse la primera dosis de una píldora a más tardar 120 horas después de las relaciones sexuales no protegidas y la segunda dosis de una píldora 12 horas después de la primera.

DOSIS PEQUEÑA (mini): Cuando solamente se dispone del anticonceptivo con sólo progestina en minipíldoras que contienen 30 µg de levonorgestrel, la primera dosis de 25 píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después de las relaciones sexuales no protegidas. La segunda dosis de otras 25 píldoras debe tomarse 12 horas después de la primera. *Nota: Se trata de minipíldoras anticonceptivas estándar que contienen sólo progestina.*

Anticonceptivos orales combinados en píldoras	Primera dosis = A más tardar, 120 horas después del coito no protegido	Segunda dosis = 12 horas después de la primera
DOSIS GRANDE: píldoras con 50 µg de etinilestradiol y 250 µg de levonorgestrel (o 500 µg de norgestrel)	2 píldoras	2 píldoras
DOSIS PEQUEÑA: píldoras con 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel (o 300 µg de norgestrel)	4 píldoras	4 píldoras
DOSIS PEQUEÑA: píldoras con 20 µg de etinilestradiol y 100 µg de levonorgestrel	5 píldoras	5 píldoras

Anticonceptivo oral combinado (AOC)

DOSIS GRANDE: Cuando se dispone de AOC de 50 µg de etinilestradiol y 250 µg de levonorgestrel (o 500 µg de norgestrel), la primera dosis de dos píldoras debe tomarse a más tardar 120 horas después del coito no protegido. La segunda dosis de dos píldoras debe tomarse 12 horas después de la primera.

DOSIS PEQUEÑA: Cuando se dispone solamente de AOC de 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel (o 300 µg de norgestrel), la primera dosis de cuatro píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después del coito no protegido. La segunda dosis de cuatro píldoras debe tomarse 12 horas después de la primera. Como alternativa, cuando sólo se dispone de AOC de 20 µg etinilestradiol y 100 µg de levonorgestrel, la primera dosis de cinco píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después del coito no protegido y la segunda dosis de cinco píldoras 12 horas después de la primera. *Nota: Son AOC estándar en píldoras. Utilice 4 o 5 de las 21 píldoras hormonales para cada dosis de AE. Las últimas 7 píldoras de un estuche de 28 no pueden utilizarse, ya que no contienen hormonas.* Para información sobre PAE, visite la Web del Consorcio de AE: www.cecinfo.org/html/fea-ecpformulations.htm.

¹¹ Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*, segunda edición, 2003.

¹² Un estudio reciente descubrió que una única dosis de 1,5 mg de levonorgestrel puede sustituir a dos dosis de 0,75 mg tomadas con 12 horas de intervalo. Véase Von Hertzen H. y otros "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial", *The Lancet*, 7 de diciembre de 2002; 360:1803-1810.

Capítulo 3

Dispositivos intrauterinos de anticoncepción de emergencia¹³

1. ¿Cómo funciona el dispositivo

intrauterino de cobre?

No se sabe exactamente cómo actúa el dispositivo intrauterino (DIU) para impedir el embarazo y su eficacia puede depender del momento en el que se inserta durante el ciclo menstrual. Algunas investigaciones indican que el DIU de cobre interviene principalmente impidiendo la fecundación, probablemente interfiriendo en el movimiento del óvulo y el espermatozoide, y también reduciendo la cantidad de espermatozoides que llega a la trompa de Falopio¹⁴. Sin embargo, como los resultados de la investigación no han sido concluyentes¹⁵, es posible que el DIU actúe también impidiendo la implantación del óvulo fecundado en el endometrio.

2. ¿Cuál es la eficacia del DIU?

El DIU es un método muy eficaz para la anticoncepción de emergencia cuando se usa en el periodo de siete días posterior a la relación sexual sin protección¹⁶. La tasa de embarazo constatada entre mujeres que utilizan el DIU de cobre como anticonceptivo de emergencia está en torno al 1 por ciento. A diferencia de las PAE, que deben tomarse durante las 120 horas posteriores a las relaciones sexuales no protegidas, el DIU es eficaz si se inserta en el periodo de siete días posterior a la relación sexual sin protección. Su eficacia para impedir el embarazo disminuye si se coloca después de ese periodo de siete días. Una vez insertado, el DIU debe permanecer en su sitio hasta que empiece la menstruación de la beneficiaria, indicando que no se ha quedado embarazada, o hasta que muestre síntomas de embarazo. El DIU puede dejarse en su sitio como anticonceptivo de uso regular por un periodo de hasta 5 o 10 años; asimismo, cuando la beneficiaria lo desee puede extraerlo un profesional sanitario con la formación adecuada.

Si la mujer tiene un retraso de una semana en la menstruación o presenta sangrado irregular o dolores en el bajo vientre, o bien sospecha que puede estar embarazada, debe pedir que se le haga un seguimiento médico. En este caso, se recomienda que la beneficiaria se haga una prueba de embarazo y que sea examinada para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico. Si está embarazada y no desea abortar, un profesional sanitario con la formación adecuada debe extraerle el DIU. Hay que advertirle que existe un pequeño riesgo de aborto, pero que ese riesgo es mucho mayor si no se quita el DIU.



¹³ Adaptado de *Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios*, OMS, 1998; y Stewart GK.

¹⁴ *Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios*, OMS, 1998.

¹⁵ Rivera R, y otros. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(5):1263-1269.

¹⁶ Planned Parenthood. *Anticoncepción de Emergencia*.



3. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los DIU? ¿Cómo se tratan los efectos secundarios?

Efectos secundarios	Tratamiento de los efectos secundarios
Calambres: Los calambres pueden aparecer durante las primeras 24 a 48 horas después de la inserción del DIU.	La beneficiaria debe tomarse un analgésico en tabletas como la aspirina o el paracetamol. Si el dolor persiste más de 3 a 5 días, la beneficiaria tiene que contactar al profesional sanitario para que le haga un seguimiento médico.
Flujo, manchado, sangrado intensos: El manchado o el sangrado intensos es habitual durante los primeros tres meses posteriores a la inserción del DIU. Un sangrado intenso prolongado puede causar anemia.	La beneficiaria tiene que contactar al profesional sanitario para que le haga un seguimiento médico.
Secreción vaginal: Puede haber secreción vaginal durante las primeras semanas posteriores a la inserción del DIU.	Si la secreción es intensa o viene acompañada de dolores pélvicos o fiebre, la beneficiaria debe contactar inmediatamente al profesional sanitario.
Otros signos o síntomas: Puede haber otros problemas como fiebre o escalofríos; dolores pélvicos o sensibilidad a la presión; sangrado anormal excesivo; desaparición de los hilos del DIU.	Si la beneficiaria padece alguno de esos efectos secundarios, debe contactar al profesional sanitario. Esos síntomas pueden indicar una posible complicación.

Para una información más detallada sobre la colocación de DIU, incluyendo el tratamiento de los problemas o de los efectos secundarios, véase el Capítulo 12 de *The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff* o el Capítulo 21 de *Contraceptive Technology*.



4. ¿Cuáles son las precauciones y consideraciones a tener en cuenta para el uso del DIU?

Antes de ofrecer el DIU a las mujeres refugiadas y desplazadas como método de AE, es indispensable que los proveedores de servicios sean capaces de garantizar un establecimiento médico con condiciones higiénicas y de solucionar las restricciones prácticas inherentes a las condiciones de emergencia. Además, los clínicos que ofrezcan los DIU deben haber recibido una formación específica sobre la inserción de esos dispositivos debido a las complicaciones potenciales.

De acuerdo con los criterios de admisibilidad de la OMS para la inserción del DIU, las mujeres que presenten uno de los estados siguientes no pueden utilizar el DIU como AE:

- ☐ Embarazo iniciado (antes de insertar el DIU es importante comprobar si la mujer está embarazada)
- ☐ Septicemia puerperal o postaborto (actualmente o en los últimos 3 meses)
- ☐ Enfermedad inflamatoria pélvica (actualmente o en los últimos 3 meses)
- ☐ Infección transmitida sexualmente (ITS) (actualmente o en los últimos 3 meses)
- ☐ Cervicitis purulenta
- ☐ Malignidad confirmada o sospecha de la misma en el tracto genital
- ☐ Anomalías uterinas congénitas o fibrogénicas que distorsionan la cavidad impidiendo la colocación adecuada del DIU
- ☐ Enfermedad trofoblástica gestacional maligna
- ☐ Tuberculosis pélvica conocida
- ☐ Sangrado vaginal no explicado (que puede indicar una afección grave)

Aunque en todas las circunstancias es necesario emitir un juicio clínico sobre la utilización del DIU como AE, hay dos condiciones en concreto que merecen una consideración suplementaria antes de insertar un DIU. Se trata de condiciones muy extendidas en zonas de conflicto:

- ▣ **Riesgo de ITS:** Cuando una mujer tiene un riesgo alto de padecer una ITS, las PAE pueden ser una opción más adecuada que el DIU. Si es posible, deben facilitarse otras intervenciones al mismo tiempo que la inserción del DIU, como la detección de ITS y el tratamiento profiláctico con antibióticos.
- ▣ **Violación:** Para las víctimas de abuso sexual, la inserción del DIU puede resultar traumática desde el punto de vista emocional. Además, existe la posibilidad de que hayan contraído una ITS. En consecuencia, la opción preferida puede ser las PAE.

Se puede considerar la inserción del DIU a mujeres con riesgo alto de ITS o víctimas de violación, cuando no se dispone de PAE o su utilización no es aceptable o eficaz porque han pasado más de 120 horas desde la relación sexual sin protección. Sin embargo, hay que aconsejar a la beneficiaria que elija el DIU que utilice otro método anticonceptivo a partir de la siguiente menstruación.



5. ¿Cuáles son algunas de las ventajas y desventajas de la utilización del DIU?

Algunas de las ventajas y desventajas asociadas a la inserción del DIU como AE son:

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ▣ Seguro y eficaz. ▣ Una opción útil para las mujeres que se presentan pasadas las 120 horas y es demasiado tarde para las PAE. ▣ Se puede seguir usando como método anticonceptivo habitual. ▣ Fácil de utilizar y con una duración de 10 años si se mantiene como método anticonceptivo continuo. ▣ Asequible para las mujeres que no pueden tragar las píldoras fácilmente. ▣ Una opción para las mujeres que dan el pecho. ▣ Reduce la necesidad de recurrir al aborto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Exige que la inserción y la extracción la haga un clínico formado adecuadamente. ▣ Exige que la inserción se haga en condiciones higiénicas. ▣ Puede causar efectos secundarios. ▣ Puede causar problemas de salud importantes que provoquen enfermedades o esterilidad a la mujer. ▣ No protege contra las ITS y el VIH. ▣ Debe insertarse en el periodo de 7 días posterior a las relaciones sexuales no protegidas. ▣ No puede usarse si la mujer padece una ITS.

Aunque los trabajadores sanitarios pueden tener la ventaja de servir a una comunidad bien definida, abierta a la orientación y el apoyo durante una situación de emergencia, hay varios problemas específicos que resolver cuando se facilitan DIU en zonas de conflicto:

Problemas para la administración de los DIU en zonas de conflicto
<ul style="list-style-type: none"> ▣ Ignorancia de la posibilidad de utilizar los DIU como AE, tanto por parte del personal encargado de la ayuda de urgencia, como por la población desplazada. ▣ Falta de tiempo para educar al personal encargado de la ayuda de urgencia y a la población desplazada sobre la posibilidad de utilizar los DIU como AE. ▣ Ignorancia sobre la cuestión del suministro de AE por parte de los trabajadores sanitarios (tanto de los encargados de la ayuda de urgencia como de los que actúan con la población desplazada). ▣ Falta de tiempo para formar a los trabajadores sanitarios en el suministro de AE. ▣ Dificultad para identificar a los trabajadores sanitarios entre la población desplazada en los primeros días de una situación de emergencia. ▣ Dificultad para garantizar condiciones estables e higiénicas durante situaciones de emergencia. ▣ Dificultad para garantizar la extracción de los DIU por parte de profesionales sanitarios con la formación necesaria, cuando se repatrian las poblaciones.



Capítulo 4

Prestación de servicios de anticoncepción de emergencia en zonas de conflicto¹⁷

La prestación de servicios de AE en zonas de conflicto exige el conocimiento y la comprensión de una serie de cuestiones importantes. Los componentes de la prestación de servicios de AE enunciados en las secciones siguientes se refieren especialmente a las necesidades particulares de las mujeres y jóvenes desplazadas.

El trabajador sanitario desempeña un papel importante en la puesta a disposición de la AE en asentamientos de desplazados. Para poder elegir con conocimiento de causa sobre la AE, las mujeres refugiadas y desplazadas deben disponer de información clara y acrítica, orientación de apoyo, profesionales médicos bien formados, abastecimiento fiable de PAE y de DIU, y seguimiento médico.

1. Información, defensa de derechos e intereses y difusión

Las mujeres y adolescentes refugiadas necesitan tener acceso a documentación informativa y educativa sobre la AE que sea exacta, objetiva y adaptada a su cultura. Ya existen diversas fichas de información y folletos para comunidades tanto de países desarrollados como de menos desarrollados, que pueden adaptarse fácilmente a los contextos de refugiados y de PDIP. Para ver ejemplos de documentos sobre la AE, vaya a la sección *Recursos* y consulte la lista de fuentes en línea que ofrecen la posibilidad de descargar documentación para las beneficiarias. El Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia facilita una guía llamada *Adapting Resource Materials for Local Use* que puede ser muy útil para la adaptación de documentos existentes a un contexto local (www.cecinfo.org/files/Adapting-materials.rtf).

Además, Northwest Emergency Contraception Coalition ha elaborado *Emergency contraception: Client materials for diverse audiences*, disponible en 13 lenguas (www.path.org/resources/ec_client-mtrls.htm). Hay otros recursos disponibles en organizaciones no gubernamentales locales (ONG) y en organismos de planificación familiar, que tienen información y documentación en los idiomas del asentamiento concreto.

Para aumentar la sensibilización a la AE y la disponibilidad de los servicios para las mujeres refugiadas, la documentación y las sesiones educativas deberían transmitir claramente los siguientes puntos:

- ▣ Qué es la AE y por qué puede necesitarla una mujer
- ▣ Cómo funciona la AE, su seguridad y eficacia
- ▣ Efectos secundarios posibles de la AE
- ▣ Qué es lo que no hace la AE
- ▣ Dónde pueden conseguir las mujeres AE y otros servicios conexos de salud reproductiva rápidamente, tales como servicios de orientación referidos a la planificación familiar, la VS, las ITS y el VIH
- ▣ Cómo pueden evitar la AE en el futuro

¹⁷ Adaptado del "Módulo 5: Anticoncepción oral de emergencia", Pathfinder International, revisión de septiembre de 2000; y de *Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios*, OMS, 1998.

La información sobre AE debe formar parte del resto de la información sanitaria ofrecida en las sesiones de orientación para mujeres refugiadas y desplazadas recién llegadas. En los días y semanas iniciales de una situación de emergencia, es útil localizar a las comadronas y parteras tradicionales para hablar con ellas de la violencia sexual y la AE. Cuando se les solicita que indiquen sus necesidades de emergencia (por ejemplo, qué materiales necesitan para la prestación de servicios), también se les puede informar sobre la AE y darles suministros para las víctimas de violencia sexual. Los esfuerzos en el terreno educativo y de defensa de derechos e intereses deben ser constantes, con objeto de mejorar los conocimientos sobre AE, a la vez de los profesionales sanitarios y de la comunidad, intentando que la población seleccionada tenga un alto nivel de sensibilización a la AE y a los servicios disponibles. Todo el personal de asistencia humanitaria debe disponer de información sobre AE (qué es y dónde puede obtenerse), para que, a su vez, puedan informar apropiadamente a las mujeres.

2. Evaluación

El objetivo de la evaluación de la beneficiaria es determinar lo que necesita, lo que desea y si es admisible a la AE. La beneficiaria puede utilizar las PAE si sabe que no está embarazada y si su primer coito sin protección durante el actual ciclo menstrual lo realizó en las últimas 120 horas. Si han pasado más de 120 horas, también se puede evaluar si es admisible a una posible inserción del DIU como AE.

Debido a los desplazamientos forzados, los incidentes violentos y otras experiencias muy penosas, una mujer refugiada o perteneciente a un grupo de PDIP puede que tenga dificultades para recordar la fecha de su última menstruación o que no haya tenido un ciclo menstrual regular durante las últimas semanas. En estos casos, la beneficiaria tiene que hacerse una prueba para determinar si ya está embarazada y por tanto no es admisible a la AE. Sin embargo, si no es posible efectuar una prueba de embarazo, puede ofrecérsele las PAE (no el DIU) siempre que ella sea consciente de que existe la posibilidad de embarazo y comprenda que las PAE pueden ser ineficaces.

Seguidamente, se presenta un ejemplo de protocolo de evaluación para guiar a los proveedores de servicios de salud en la selección de beneficiarias potenciales de AE.

Ejemplo de protocolo de evaluación para la anticoncepción de emergencia

Si una mujer solicita la anticoncepción de emergencia, pregúntele lo siguiente:

1. ¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?

Fecha: _____ - ¿Hace menos de 4 semanas? Sí No

2. ¿Esta regla fue normal, tanto en la duración como en la fecha en que empezó?

Sí No

3. ¿Ha tenido relaciones sexuales no protegidas en los últimos 5 días?

Sí Fecha: _____ Hora: _____

No Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 4.

Si la respuesta es Sí a las 3 preguntas, puede ofrecerle la PAE.

4. ¿Ha tenido relaciones sexuales no protegidas en los últimos 7 días?

Sí Fecha: _____ Hora: _____

Si usted está **seguro** de que la mujer no está embarazada, también puede ofrecerle la inserción de un DIU de cobre como anticoncepción de emergencia, siempre que haya un clínico con los conocimientos apropiados disponible y que las condiciones higiénicas estén garantizadas.

No Si la respuesta es No, es que hace más de 7 días y ya puede estar embarazada.

Proporciónele orientación y apoyo.

3. Orientación

La orientación es un componente fundamental de los servicios de salud reproductiva y la calidad de los servicios de orientación puede mejorarse si los profesionales médicos reciben una formación en técnicas de comunicación y asesoramiento. Los proveedores de servicios de salud que orientan a beneficiarias sobre la AE deben abstenerse de hacerles comentarios críticos y de expresar su desaprobación ante las decisiones de las beneficiarias. Las claves para facilitar una orientación de calidad respecto a la AE son, entre otras:

- ▣ Disponer de profesionales médicos bien formados, con buenas capacidades de comunicación y asesoramiento
- ▣ Mostrar respeto y sensibilidad por las necesidades y preocupaciones de las beneficiarias
- ▣ Ofrecer información clara, exacta y equilibrada para que la beneficiaria pueda elegir con conocimiento de causa
- ▣ Garantizar la confidencialidad de la situación de la beneficiaria y de las opciones que haya elegido.

La utilización de AE en asentamientos de desplazados lleva consigo una serie de temas conexos que deben ser tratados cuando se orienta a una usuaria potencial de AE. Las consideraciones especiales a tener en cuenta para el uso de AE con mujeres desplazadas y refugiadas se enumeran más abajo.

Planificación familiar

Como la AE solamente es apropiada para emergencias, hay que ofrecer información sobre otros métodos anticonceptivos de uso regular a las beneficiarias. Sin embargo, es importante indicarles que aunque la AE no tiene que usarse como método anticonceptivo habitual, su uso recurrente no comporta riesgo para la salud.

Las mujeres que han optado por el DIU como anticonceptivo de emergencia (cuando sea apropiado y posible) deben saber que su DIU puede servirles como método de planificación familiar corriente durante un periodo máximo de 5 o 10 años (la T de cobre está homologada para un máximo de 10 años y el Multiload para 5 años; en muchos asentamientos, el único DIU disponible es el Multiload).

Algunos recursos sobre planificación familiar que serían útiles para los trabajadores sanitarios son:

- ▣ “Chapter 6: Family Planning.” *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*. The Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, 1999.
- ▣ *The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff*. Johns Hopkins Population Information Program, enero de 2001.

Violencia sexista

La violencia sexista, en la que se incluye la violencia sexual, es una experiencia traumática que sufren muchas mujeres y adolescentes durante las guerras. Las consecuencias de la VS tienen que tratarse con servicios médicos, sicosociales y jurídicos apropiados. Los proveedores de servicios de salud deben tratar a las víctimas con sensibilidad y respeto, garantizando la privacidad y la confidencialidad.

Para consultar directrices y protocolos actuales sobre el tratamiento de la VS en zonas de conflicto, véanse los siguientes recursos:

- ▣ “Chapter 4: Sexual and Gender-based Violence.” *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*. The Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, 1999.
- ▣ *Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. OMS/ACNUR Ginebra, 2002.
- ▣ *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. ACNUR Ginebra, julio de 1991.

- ▣ *Sexual and Gender-based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*. ACNUR Ginebra, mayo de 2003.
- ▣ *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Program Design, Monitoring & Evaluation in Conflict-Affected Settings*, Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004.
- ▣ *Gender-Based Violence: Emerging Issues in Programs Serving Displaced Populations*. JSI Research and Training Institute en representación de Reproductive Health for Refugees Consortium, septiembre de 2002.

ITS/VIH/SIDA

Las beneficiarias tienen que recibir información y orientación sobre los riesgos de contraer ITS/VIH/SIDA y las maneras de impedir infecciones. Cuando se disponga de ello, hay que ofrecer a las beneficiarias condones, y servicios o reenvíos para la detección y el tratamiento de ITS/VIH/SIDA. Los profesionales médicos tienen también que dejar claro que los métodos de AE, igual las píldoras que el DIU, no protegen contra las ITS y el VIH/SIDA.

Si desea más información sobre la prestación de servicios contra ITS/VIH/SIDA a las poblaciones desplazadas, los recursos siguientes pueden resultarle útiles:

- ▣ *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-Affected Settings*. The Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004.
- ▣ *A Short Course on HIV/AIDS Prevention and Control for Humanitarian Workers: A Companion to the International Rescue Committee's Manual, Protecting the Future*. Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004
- ▣ *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support among Displaced and War-affected Populations*. International Rescue Committee, Kumarian Press, 2003.
- ▣ *Refugees and AIDS: What should the humanitarian community do?* Women's Commission for Refugee Women and Children, 2002.
- ▣ "Chapter 5: Sexually Transmitted Diseases, including HIV/AIDS." *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*. The Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, 1999.
- ▣ *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. ACNUR/OMS/ONUSIDA Ginebra, 1995.

Estrés, ansiedad, depresión y otras cuestiones sicosociales

Las beneficiarias pueden padecer estrés, ansiedad y depresión debido a una serie de factores tales como el miedo a quedarse embarazadas, la incertidumbre en cuanto a una posible infección por el VIH, el sentimiento de vergüenza al tratar temas sexuales, el trauma debido a la guerra, la pérdida de miembros de la familia y amigos, así como otras tensiones vitales inherentes a las situaciones conflictivas. Si es posible, los proveedores de servicios de salud tienen que enviar a las beneficiarias con problemas sicosociales a los servicios de orientación.

4. Productos

Los productos especializados para la AE son los más fáciles de usar y prescribir, ya que tienen dosis exactas e instrucciones para un uso correcto. Estos productos especialmente preparados están disponibles en *The New Emergency Health Kit 98* (Nuevo estuche sanitario de urgencia 98) y el *Reproductive Health Kit for Emergency Situations* (Estuche de salud reproductiva para situaciones de emergencia). La información para hacer pedidos de cada estuche se facilita seguidamente.

▣ *The New Emergency Health Kit 98*

Para pedir el estuche:

IDA Foundation
P.O. Box 37098
1030 AB Amsterdam, Países Bajos
Tel.: (31 20) 403.30.51
Fax: (31 20) 403.18.54
Correo electrónico: info@ida.nl
Sitio Web: www.ida.nl/en-us/

Para pedir el folleto NEHK 98:

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Acción Humanitaria y de Emergencia
20 avenue Appia, 1211 Geneva, SUIZA
Tel.: (41 22) 791.22.05
Fax: (41 22) 791.48.44
Correo electrónico: guittonc@who.int
Sitio Web: www.who.int/disasters/tg.cfm?doctypeID=12

▣ *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*

Para pedir el estuche de salud reproductiva o si desea más información:

UNFPA Procurement Service Section
220 East 42nd Street, New York NY 10017 EE.UU.
Tel.: (1-212) 297.5398
Fax: (1-212) 297.4916
Correo electrónico: hru@unfpa.org

Sin embargo, si no se dispone de PAE especializadas, se pueden utilizar las píldoras anticonceptivas de uso regular como AE. Consulte el *Capítulo 2: Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)* para ver los regímenes específicos de las píldoras.

También hay DIU en los estuches *The New Emergency Health Kit 98* y *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*.

5. Seguimiento sanitario

Los profesionales sanitarios deben controlar el seguimiento médico de las beneficiarias de AE y, si es necesario, reenviarlas a otros profesionales para que les efectúen más pruebas o les prescriban otros tratamientos, como en los casos de ITS/VIH. El seguimiento sanitario de mujeres que no están embarazadas no siempre es necesario, pero se recomienda hacerlo para responder a las preocupaciones de las beneficiarias respecto a la salud reproductiva.

Los proveedores de servicios de salud tienen que ofrecer a las mujeres planificación familiar e información sobre la prevención del VIH, así como productos que les ayuden a elaborar estrategias que reduzcan los riesgos de embarazo y de contraer ITS y VIH. Las mujeres que elijan el DIU como AE y deseen guardarlo como método anticonceptivo de uso regular, tienen que visitar periódicamente la clínica para hacerse pruebas. Si desea más información sobre los servicios de provisión de DIU, incluyendo la gestión de los problemas o de los efectos secundarios, vea el *Capítulo 12 de The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff* o el *Capítulo 21 de Contraceptive Technology*.

También se recomienda encarecidamente que se realice el seguimiento de las beneficiarias que necesitan más orientación o atención sicosocial, especialmente en casos de VS. Cuando una beneficiaria desea denunciar una agresión sexual, los profesionales médicos deben dirigirla al personal apropiado para que le facilite asistencia jurídica o protección seguras. Si desea más información sobre provisión de servicios médicos y sicosociales para víctimas de violación, consulte la publicación *Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*.

Preguntas más frecuentes

1. ¿En qué se diferencia la anticoncepción de emergencia del aborto?

La AE actúa impidiendo la fecundación o la implantación de un óvulo fecundado, mientras que un aborto interrumpe el desarrollo de un óvulo fecundado que ya está implantado en el endometrio, dañándolo. La AE impide el embarazo y contribuye a evitar los abortos.

2. ¿La anticoncepción de emergencia es perjudicial para el feto?

Las PAE no son perjudiciales para el embarazo ni provocan abortos. Por ello, pueden utilizarlas las mujeres que no están seguras de si están embarazadas. Si una mujer ya está embarazada, el uso de las PAE no afectará al feto.

Sin embargo, la utilización del DIU para la AE puede ser perjudicial para un embarazo. En consecuencia, una mujer con un embarazo iniciado no es admisible a la inserción de DIU.

3. ¿Se puede iniciar un método de anticoncepción regular después de haber utilizado las PAE?

Los condones y otros métodos barrera pueden usarse inmediatamente después de haber tomado las PAE. Los métodos anticonceptivos hormonales de uso regular pueden iniciarse inmediatamente o con el siguiente ciclo menstrual. Una beneficiaria de AE interesada en iniciar o continuar un método anticonceptivo habitual debe recibir una orientación de planificación familiar y se le debe aconsejar que utilice condones o que no tenga relaciones sexuales hasta que empiece a utilizar el método anticonceptivo habitual.

4. ¿Son eficaces las PAE para impedir el embarazo si se toman después de haber pasado más de cinco días (120 horas) desde que se mantuvieron las relaciones sexuales sin protección?

Los estudios sobre la eficacia de las PAE tomadas en el intervalo de 120 horas muestran que el riesgo de embarazo aumenta conforme van transcurriendo las 120 horas. La eficacia de las PAE tomadas después de 5 días no se ha investigado. Es importante pues que la mujer comprenda que las posibilidades de embarazo serán menores cuanto más pronto se tome las PAE. Una opción más eficaz sería insertar un DIU si la mujer es admisible.

5. ¿Hay muchas mujeres que dan el pecho y usan las PAE?

Sí. Una mujer que ya ha tenido su menstruación desde que parió y que no está lactando exclusivamente puede utilizar las PAE sin problemas. Una mujer que no ha tenido todavía su menstruación desde que parió y que está lactando exclusivamente al recién nacido no tiene riesgo de embarazo hasta seis meses después de haber dado a luz y puede que no necesita la AE.

6. ¿Qué puede hacer un profesional sanitario si no dispone de un producto especializado de PAE?

En caso de emergencia, cuando no se dispone de un producto especializado de PAE, los proveedores de servicios de salud pueden administrar dosis más grandes de píldoras anticonceptivas de uso regular. Para conocer las dosis de los anticonceptivos que contienen solamente progestina o de los anticonceptivos orales combinados (AOC), consulte las tablas de posología para las PAE que encontrará al final de este documento, en la sección “[Gráficos y lista de verificación para la prestación de servicios de AE](#)”.

Utilización de píldoras anticonceptivas estándar que contienen sólo progestina:

- ▣ Cuando solamente se dispone del anticonceptivo con sólo progestina en minipíldoras que contienen 30 µg de levonorgestrel, la primera dosis de 25 píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después de las relaciones sexuales no protegidas. La segunda dosis de otras 25 píldoras debe tomarse 12 horas después de la primera.

Utilización de AOC estándar:

- ▣ Cuando se dispone solamente de AOC de dosis pequeña en píldoras que contienen 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel (o 300 µg de norgestrel), la primera dosis de cuatro píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después de las relaciones sexuales no protegidas. La segunda dosis de cuatro píldoras debe tomarse 12 horas después de la primera.
- ▣ Como alternativa, cuando sólo se dispone de AOC de dosis pequeña en píldoras que contienen 20 µg etinilestradiol y 100 µg de levonorgestrel, la primera dosis de cinco píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después de las relaciones sexuales no protegidas y la segunda dosis de cinco píldoras 12 horas después de la primera.

Cuando se usan píldoras anticonceptivas de uso regular, las últimas 7 píldoras de un estuche de 28 no pueden utilizarse como AE, ya que esas píldoras no contienen hormonas.

El DIU de cobre también puede ser una opción para las mujeres que no pueden acceder a las PAE. Sin embargo, los profesionales médicos deben examinar a las beneficiarias para descartar a las mujeres que ya estén embarazadas o que tienen infecciones del tracto reproductivo, como el VIH/SIDA.

7. ¿En qué se diferencian las PAE y las píldoras normales?

Aunque las PAE son esencialmente píldoras anticonceptivas de uso regular con dosis más grandes, las PAE difieren de las píldoras normales en muchos aspectos importantes. Los proveedores de servicios de salud deben ser conscientes de esas diferencias significativas y tener directivas claras respecto a cómo y cuándo ofrecer las PAE.

- ▣ Las PAE son píldoras de uso regular en dosis altas que contienen sólo progestina (levonorgestrel), o bien dosis más grandes de anticonceptivos orales combinados conteniendo etinilestradiol y levonorgestrel.
- ▣ Las píldoras normales pueden utilizarse como anticoncepción de emergencia si no se dispone de preparados específicos de PAE. Cuando se usan las píldoras anticonceptivas de uso regular como AE, las dosis son más altas.
- ▣ Las PAE deben tomarse a más tardar 120 horas después de las relaciones sexuales no protegidas, mientras que los anticonceptivos orales en píldoras para la planificación familiar continua se toman normalmente una vez al día.

8. ¿Se puede administrar las PAE junto con un tratamiento profiláctico contra las ITS?

De conformidad con la publicación de la OMS “[Clinical Management of Survivors of Rape](#)”, no se conocen contraindicaciones por tomar las PAE al mismo tiempo que los antibióticos. Si desea más información sobre la prescripción de tratamiento profiláctico contra las ITS, consulte la publicación antes citada.

9. La inserción de un DIU, ¿puede dañar un embarazo iniciado?
- Sí
 - No
10. Una mujer que padece una infección transmitida sexualmente (ITS) no es admisible para la inserción de emergencia de un DIU.
- Verdadero
 - Falso
11. ¿Cuáles son algunos de los efectos secundarios esperados de la inserción del DIU? (Indique todos los que haya).
- Náuseas
 - Vómitos
 - Calambres
 - Manchado o sangrado menstrual más abundante
12. ¿Cuánto tiempo puede dejarse colocado un DIU para que sirva como método anticonceptivo habitual de la beneficiaria?
- 0 años – Hay que extraer el DIU en cuanto empiece la menstruación
 - 1-2 años
 - 3-4 años
 - 5-10 años
13. ¿Qué debe hacer un profesional sanitario si sospecha que ha habido violación o abuso sexual?
- Informar a la beneficiaria de que le ayudará si desea denunciar el asunto a las autoridades, pero dejarle que tome su propia decisión
 - Mantenerlo confidencial
 - Ofrecer a la beneficiaria o dirigirla a servicios de orientación y de tratamiento de las ITS y el VIH
 - Todo lo anterior
14. Durante el seguimiento de una beneficiaria de la AE que descubre que está embarazada, ¿qué servicios adicionales hay que ofrecerle (o hacia qué servicios hay que dirigirla)?
- Servicios clínicos
 - Prevención y cuidados relativos a ITS/VIH
 - Cuidados y orientación sicosociales
 - Todo lo anterior
15. ¿Cuál es el momento adecuado para poner en marcha servicios de AE en una zona de conflicto?
- Desde el principio de la intervención en un caso de emergencia
 - Después de que las tasas de mortalidad iniciales se hayan estabilizado
 - Después de que todos los demás servicios médicos estén funcionando
 - Después de haber instalado a los refugiados en campos



Escenarios de prestación de servicios de AE

- 1. Ana, una mujer de 31 años que forma parte de un grupo de PDIP, le dice que ha tenido relaciones sexuales con su marido hace 6 noches, pero que el condón se rompió. La pareja tiene tres hijos y no desea más. Debido a problemas de transporte, Ana no pudo llegar antes a la clínica. Quiere saber si puede hacer algo para impedir un posible embarazo. ¿Cómo se ocuparía usted de esta beneficiaria?**

Como Ana y su marido tuvieron una relación sexual sin protección hace más de 120 horas, en principio las PAE no serían el método más eficaz para impedir el embarazo. Hasta ahora no ha habido estudios sobre la eficacia de las PAE después del periodo de 120 horas.

En consecuencia, si usted hace inserciones de DIU en su instalación sanitaria, informe a Ana de que podría ponerse un DIU, otro método de AE que puede ser más eficaz en este momento, si se cumplen ciertas condiciones. Explíquelo cómo se utiliza un DIU para la AE, su eficacia y sus posibles efectos secundarios. Infórmele además de que el DIU puede dejarse colocado para que sirva como método anticonceptivo habitual.

Si Ana desea ponerse un DIU, usted puede ofrecerle el método si se cumplen las siguientes condiciones:

- Ana no está embarazada
- Usted es un profesional sanitario con la formación adecuada para insertar correctamente un DIU.
- Ni Ana ni su marido tienen una ITS o el VIH.
- Ana tiene acceso a una instalación sanitaria para la extracción del DIU (si lo desea).
- Usted puede tomar las precauciones usuales y dispone de DIU en el establecimiento médico.

Recomiende a Ana que si se le retrasa la regla, sospecha que puede estar embarazada o tiene otras inquietudes vuelva para hacerle un seguimiento.

- 2. María le ha traído a su hermana de 14 años, Carmen, que ayer violaron cuando venía de la escuela en el campo de refugiados. La familia todavía no ha denunciado el incidente. María quiere saber si se puede hacer algo para impedir que Carmen se quede embarazada. ¿Cómo trataría usted la situación de esta beneficiaria?**

Asegure a Carmen y a María que se puede hacer algo para impedir un embarazo no deseado. Explíquelo a Carmen cómo funcionan las PAE, su eficacia y sus efectos secundarios posibles. Si Carmen decide utilizar las PAE, explíquelo el uso correcto del método, repase el prospecto con ella y dele una copia. Si ella lo desea, ayúdele a elegir un método anticonceptivo habitual que pueda convenirle.

Según las recomendaciones de la OMS, la inserción de un DIU puede ser una experiencia traumática para las víctimas de violación. Sin embargo, si usted proporciona DIU en su instalación sanitaria y no dispone de PAE o éstas no son aceptables, debe considerar la inserción del DIU como AE. Si Carmen decide utilizar el DIU, indíquelo que debe pasar a otro método anticonceptivo en su próxima menstruación.

Asimismo, explíquelo con delicadeza que, como la violaron, puede haber sufrido lesiones corporales o haber estado expuesta a una ITS, o incluso al VIH. Ofrézcale la posibilidad de hacerse un reconocimiento médico, con examen de las lesiones asociadas y detección o tratamiento de ITS, bien en su instalación sanitaria, o bien en otra a la que le enviaría. Aconseje a Carmen que vuelva para hacerle un seguimiento si tiene retraso en su regla, sospecha que puede estar embarazada, necesita o quiere más pruebas o tratamiento para las ITS, o tiene otras inquietudes. Pregunte a Carmen y a María si desean que las dirija a un servicio social.

- 3.** Ming es una refugiada de 25 años que tomó su primera dosis de PAE hace seis horas. Tiene muchas náuseas y piensa que vomitará la segunda dosis. Preocupada, vuelve al establecimiento médico del campo y le pide consejo. ¿Cómo trataría usted la situación de esta beneficiaria?

Si tiene, puede ofrecer a Ming una dosis única de 50 mg de meclizina para ayudarle a disminuir el riesgo de náuseas y vómitos cuando tome la segunda dosis de PAE. La meclizina ha demostrado su eficacia en la reducción de náuseas y vómitos, pero hay que advertir a Ming que puede causar somnolencia. Aunque dosis más pequeñas de meclizina y de otros antieméticos también pueden impedir las náuseas y los vómitos, no ha habido estudios sobre ello¹⁸.

Si Ming vomita la segunda dosis durante la primera hora posterior a la toma, puede repetirla colocando las píldoras bien dentro de su vagina, donde el medicamento será absorbido a través de la pared vaginal.

- 4.** Fatmeh tiene 18 años y ha venido a verle para preguntarle sobre la AE. Dice que ha oído hablar de ella a unos amigos y piensa que podría necesitarla. Le explica que practicó el coito la pasada noche con un hombre más mayor que ella, con quien tiene relaciones últimamente a cambio de comida y dinero. Hasta ahora siempre habían usado el condón, pero esta vez el hombre no quiso y le ofreció más dinero para no utilizarlo. Fatmeh no quiere quedarse embarazada pero tiene miedo de la AE porque piensa que es peligrosa. ¿Cómo se ocuparía usted de esta beneficiaria?

Asegure a Fatmeh que se puede hacer algo para impedir un embarazo no deseado. Explíquelo cómo funcionan las PAE, su eficacia y sus efectos secundarios posibles. Si Fatmeh decide utilizar las PAE, explíquelo el uso correcto del método, repase el prospecto con ella y dele una copia. Si ella lo desea, ayúdele a elegir un método anticonceptivo habitual que pueda convenirle.

Explíquelo también que, como su compañero no quiere usar condones, se arriesga a contraer ITS e incluso el VIH/SIDA. Indíquelo dónde y cómo puede hacerse una prueba y recibir orientación sobre ITS (como, por ejemplo, el VIH) y cómo puede protegerse para evitar infecciones futuras.

Si usted hace inserciones de DIU en su clínica, también puede explicarle a Fatmeh el uso del DIU para la AE —cómo funciona, su eficacia y sus efectos secundarios posibles—. Si Fatmeh decide utilizarlo, infórmele de que el DIU puede dejarse colocado para que sirva como método anticonceptivo habitual; sin embargo, el dispositivo no le protegerá de las ITS como el VIH. Si no desea seguir usando el DIU, hay que indicarle que vuelva durante su próxima menstruación o inmediatamente después para extraérselo.

Aconseje a Fatmeh que vuelva para hacerle un seguimiento si tiene retraso en su regla, sospecha que puede estar embarazada o tiene otras inquietudes. Diríjala a un servicio social para que se ocupen de su problema de intercambiar favores sexuales para asegurar su supervivencia cotidiana.

¹⁸ Consorcio de Anticoncepción de Emergencia. *Expansión de la Anticoncepción de Emergencia hacia el Acceso Global*. Octubre 2000, pág. 42.

- 5** ● **Florence es una refugiada de 45 años que sufrió una violación en grupo junto con su hija y dos amigas cuando buscaba combustible fuera del campo de refugiados. Cinco días después, se presenta en el centro de salud para que le curen la herida que se hizo en la cadera durante la terrible experiencia y le cuenta a usted todo lo que le pasó. ¿Cómo trataría usted la situación de esta beneficiaria?**

En primer lugar, escúchela con calma y tranquilícela. Siga un protocolo establecido para el tratamiento clínico de víctimas de violación y rellene el formulario de incidencias correspondiente. Durante la sesión de orientación médica, evalúe el riesgo de embarazo no deseado que tiene Florence. Si Florence quiere impedir el embarazo, explíquese claramente las opciones que tiene. Dígale que las PAE serían eficaces para impedir el embarazo y ayúdele a elegir con conocimiento de causa si desea usarlas en este momento. Explíquese cómo funcionan las PAE, su eficacia y sus efectos secundarios posibles. Indíquese el uso correcto del método, repase el prospecto con ella y dele una copia. Si ella lo desea, ayúdele a elegir un método anticonceptivo habitual que pueda convenirle.

Según las recomendaciones de la OMS, la inserción de un DIU puede ser una experiencia traumática para las víctimas de violación. Sin embargo, si usted proporciona DIU en su instalación sanitaria y no dispone de PAE o éstas no son aceptables, informe a Florence de que puede ser admisible a recibir un DIU, un método de AE que puede ser más eficaz para ella en este momento. Si Florence decide utilizar el DIU, indíquese que debe pasar a otro método anticonceptivo en su próxima menstruación.

Asimismo, explíquese con delicadeza que, como la violaron, puede haber estado expuesta a una ITS, o incluso al VIH. Como parte de un protocolo establecido para el tratamiento clínico de víctimas de violación, ofrézcale la posibilidad de hacerse un reconocimiento médico, con examen de las lesiones asociadas y detección o tratamiento de ITS, bien en su instalación sanitaria, o bien en otra a la que le enviaría. Aconseje a Florence que vuelva para hacerle un seguimiento si tiene retraso en su regla, sospecha que puede estar embarazada, necesita o quiere más pruebas o tratamiento para las ITS, o tiene otras inquietudes. Envíe a Florence a un servicio especializado en VS. Pregúntele si querría sugerir a su hija y a sus amigas que vengan hoy para recibir también cuidados médicos y ayuda de los servicios sociales, ya que ellas corren igualmente el riesgo de quedarse embarazadas y todavía están a tiempo de recibir AE.

- 6** ● **Joyce es una mujer de 21 años que vive en un campo de refugiados. Tuvo relaciones sexuales con su novio de 23 años por primera vez hace dos días. Aunque está contenta con el noviazgo, le preocupa quedarse embarazada. Le ponía nerviosa pensar en acudir al centro de salud del campo, pero finalmente decidió ir para hacer algunas preguntas sobre cómo impedir los embarazos. ¿Cómo trataría usted las inquietudes de Joyce?**

Asegure a Joyce que se puede hacer algo para impedir el embarazo. Explíquese cómo funcionan las PAE, su eficacia y sus efectos secundarios. Si decide utilizarlas, explíquese el método, repase el prospecto con ella y dele una copia. Si Joyce lo desea, ayúdele a elegir un método anticonceptivo habitual. Recuérdele que solamente los condones protegen de las ITS. Explíquese que si no usan condón siempre, hay peligro de ITS y de VIH. Indíquese cómo puede protegerse.

Si usted hace inserciones de DIU, también puede explicarle su uso para AE –funcionamiento, eficacia y efectos secundarios–. Si decide utilizarlo, infórmele de que el DIU puede servir como método anticonceptivo habitual, pero no protege de las ITS como el VIH. Si no desea seguir usándolo, dígale que vuelva durante su próxima menstruación o inmediatamente después para extraérselo.

Aconseje a Joyce que vuelva si tiene retraso en la regla, sospecha un embarazo o tiene otras inquietudes.



Recursos

Herramientas:

- Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (CAE):
 - *Recursos para programas*. www.cecinfo.org/html/resources.htm. Comprende:
 - Productos especializados y su disponibilidad
 - Documentación para la planificación de programas
 - Adaptación de recursos documentales para uso local
 - *Expansión de la Anticoncepción de Emergencia hacia el Acceso Global: Una estrategia colaborativa para satisfacer las necesidades de las mujeres*. Octubre de 2000.
- Family Health International (FHI) :
 - *Checklist for clients who want to initiate COCs in community-based services*. www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/cocchecklists/index.htm
 - *Quick reference chart for the medical eligibility criteria of the WHO to initiate the use of COCs, NET-EN, DMPA or copper IUDs*. www.fhi.org/en/rh/pubs/servdelivery/quickreferencechart.htm

Módulos de formación/Currículos:

- Family Health International. *Serie de actualización de tecnología anticonceptiva: Píldoras de anticoncepción de emergencia*. Disponible en inglés, francés y español. www.fhi.org/en/ctu/ctu.html
- Pathfinder International. “Módulo 5: Anticoncepción oral de emergencia”. *Currículos de Capacitación en Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. Revisión de septiembre de 2000. www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Publications_Training_Modules

Guías médicas y de prestación de servicios:

- Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (CEC). *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*. Segunda edición, 2003. www.cecinfo.org/files/Guidelines%20nd%20editione.pdf
- Hatcher R, y otros. *Contraceptive Technology*, 17 edición revisada. New York: Ardent Media, Inc., 1998.
- Hatcher R, y otros. *The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff*. Johns Hopkins Population Information Program. Enero de 2001.
- The Pacific Institute for Women's Health. *A Clinician's Guide to Providing Emergency Contraceptive Pills*. Abril de 2000. www.piwh.org/pdfs/EC_guide.pdf

Recursos para orientación:

- Family Health International. *Client-Provider Interaction: Family Planning Counseling, Contraceptive Technology and Reproductive Health Series*, septiembre 1999. www.fhi.org/training/en/modules/CPI/intro.htm
- Population Reports. *Gather Guide to Counseling*, volumen XXVI, número 4, diciembre de 1998. www.infoforhealth.org/pr/j48/skills.shtml

Estuches sanitarios para situaciones de emergencia:

- FNUAP. *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*, 2ª edición, septiembre de 2002. Pedidos a: UNFPA, Procurement Service Section, 220 East 42nd Street, New York, NY 10017, EE.UU. Tel.: + (1-212) 297 5398, Fax: + (1-212) 297 4916, Correo electrónico: dsmith@unfpa.org
- Organización Mundial de la Salud. *The New Emergency Health Kit 98*. 1998. Pedidos a: IDA Foundation, P.O. Box 37098, 1030 AB Amsterdam. Países Bajos. Tel.: + (31 20) 403.30.51, Fax: + (31 20) 403.18.54, Correo electrónico: info@ida.nl, sitio Web: www.ida.nl/en-us/

AE/Documentación para las beneficiarias sobre AE:

- Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia:
 - Adapting Resource Materials for Local Use. www.cecinfo.org/files/Adapting-materials.rtf
 - Materials for EC Advocacy – Questions and Answers for Decision Makers. www.cecinfo.org/files/QA-for-Decision-Makers.rtf
 - Materials for EC Clients. www.cecinfo.org/files/Sample-Mtrls-for-Clients.rtf
- Servidor de Anticoncepción de Emergencia de la World Wide Web (Not-2-Late). Gestionado por la Universidad Princeton. Búsqueda de documentación relacionada con la AE – Contiene una extensa base de datos de documentación de AE, en la que se pueden hacer búsquedas por tipo de documento, idioma, audiencia seleccionada, lugar y autor o productor de la documentación. <http://ec.princeton.edu/ecmaterials/default.asp>
- International Planned Parenthood Federation. Emergency Contraception Fact Card No. 7. Disponible en inglés, español y francés. www.ippf.org/resource/contracards/index.htm
- The Northwest Emergency Contraception Coalition. Emergency Contraception: *Client Materials for Diverse Audiences*. Diciembre de 1997. Disponible en 13 idiomas. www.path.org/resources/ec_client-mtrls.htm
- Planned Parenthood. Emergency Contraception: Patient Information. www.plannedparenthood.org/library/BIRTHCONTROL/EmergContra.htm

Recursos para zonas de conflicto:

- The Inter-agency Working Group on *Reproductive Health in Refugee Situations*. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*. 1999. Disponible en inglés, francés, ruso y portugués. www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/iafm_menu.htm
- International Rescue Committee. *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-affected Populations*, Kumarian Press, 2003. http://intranet.theirc.org/docs/Protecting_the_future.pdf
- The Reproductive Health Response in Conflict Consortium. *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Program Design, Monitoring & Evaluation in Conflict-Affected Settings*, 2004.
- The Reproductive Health Response in Conflict Consortium. *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-Affected Settings*, 2004.
- The Reproductive Health Response in Conflict Consortium. *A Short Course on HIV/AIDS Prevention and Control for Humanitarian Workers: A Companion to the International Rescue Committee's Manual, Protecting the Future*, 2004.
- FNUAP. *Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*. 2001.
- ACNUR. *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. Ginebra, julio de 1991.
- ACNUR. *Sexual and Gender-based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*. Ginebra, mayo de 2003. www.rhrc.org/pdf/gl_sgbv03.pdf
- ACNUR/OMS/ONUSIDA. *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. Ginebra, septiembre de 1995. www.rhrc.org/pdf/hivguide.pdf
- OMS/ACNUR. *Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. 2002. www.rhrc.org/pdf/cmrs.pdf
- Women's Commission for Refugee Women and Children. *Refugees and AIDS: What should the humanitarian community do?* 2002. www.rhrc.org/pdf/aids_refugees.pdf

Artículos e informes:

- Amowitz LL, et al. "Prevalence of war-related sexual violence and other human rights abuses among internally displaced persons in Sierra Leone." *JAMA (Journal of the American Medical Association)* 23/30 de enero de 2002 287(4): 513-521.
- Blanchard K. "Improving women's access to emergency contraception: innovative information and service delivery strategies." *JAMWA (Journal of the American Medical Women's Association)* 1998, 53(5) Suplemento 2 : 238-241.
- Goodyear L, McGinn T. "Emergency contraception among refugees and the displaced." *JAMWA* 1998, 53(5) Suplemento 2 : 266-270.
- Krause SK, Jones RK, Purdin SJ. "Programmatic responses to refugees' reproductive health needs." *International Family Planning Perspectives* 26(4): 181-187. www.rhrc.org/pdf/agi-usa-org2618100.pdf
- Morrison V. "Contraceptive need among Cambodian refugees in Khao Phlu Camp." *International Family Planning Perspectives* 26(4): 188-192.
- Nduna S, Goodyear L. *Pain Too Deep for Tears: Assessing the Prevalence of Sexual and Gender Violence Among Burundian Refugees in Tanzania*. International Rescue Committee, revisión de septiembre de 1997.
- *Gender-based Violence: Emerging Issues in Programs Serving Displaced Populations*, JSI Research and Training Institute on behalf of Reproductive Health for Refugees Consortium, septiembre de 2002.
- Ward J. *Si ce n'est pas maintenant, quand donc? Examiner la violence sexuelle à l'égard des réfugiés, des personnes déplacées et dans les situations après les conflits. Une vision d'ensemble*. The Reproductive Health for Refugees Consortium, abril de 2002. www.rhrc.org/resources/gbv/ifnotnow.html

Sitios Web

Consortio Internacional de Anticoncepción de Emergencia
www.cecinfo.org

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)
www.unfpa.org

Reproductive Health Response in Conflict Consortium
www.rhrc.org

Organización Mundial de la Salud (OMS)
www.who.int/reproductive-health

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) www.unhcr.ch



RESPUESTAS AL TEST DE LA PÁG. 23

1. b. Falso – La AE actúa antes de la implantación del óvulo fecundado y por lo tanto no interrumpe o daña un embarazo iniciado. La AE no es una forma de aborto.
2. a. Verdadero – Las PAE no dañarán un embarazo.
3. b. Falso – La AE es apropiada no sólo para las víctimas de violación, sino también para una mujer que ha tenido relaciones sexuales y que: 1) en la actualidad no usa anticoncepción regular; o 2) no utilizó su anticonceptivo de uso regular correctamente o constantemente, o bien que 3) utilizó un método anticonceptivo que falló.
4. d. 120 horas
5. a. 12 horas
6. b. Falso – Las PAE no son apropiadas para uso regular, ya que el uso periódico de las PAE es menos eficaz que el uso correcto de píldoras anticonceptivas de uso regular.
7. a. Náuseas b. Vómitos
8. d. 7 días
9. a. Sí
10. b. Falso – Según las recomendaciones de la OMS, se puede considerar la inserción del DIU a una beneficiaria con riesgo de ITS cuando no se dispone de PAE o éstas no son aceptables, o bien si han pasado más de 120 horas desde el primer episodio de relaciones sexuales no protegidas. Sin embargo, hay que advertir a la beneficiaria de que deben extraerle el DIU e indicarle que tiene que pasar a otro método anticonceptivo en su próxima menstruación.
11. c. Calambres d. Manchado o sangrado menstrual más abundante.
12. d. 5 o 10 años
13. d. Todo lo anterior
14. d. Todo lo anterior
15. a. Desde el inicio de una intervención de emergencia.

Gráficos y lista de verificación para la prestación de servicios de AE

Ejemplo de protocolo de evaluación para la anticoncepción de emergencia

La lista de verificación siguiente es un ejemplo de protocolo que puede usarse o adaptarse para la evaluación de beneficiarias potenciales.

Si una mujer solicita la anticoncepción de emergencia, pregúntele lo siguiente:

1. ¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?

Fecha: _____ - ¿Hace menos de 4 semanas? Sí No

2. ¿Esta regla fue normal, tanto en la duración como en la fecha en que empezó?

Sí No

3. ¿Ha tenido relaciones sexuales no protegidas en los últimos 5 días?

Sí Fecha: _____ Hora: _____

No Si la respuesta es No, vaya a la pregunta 4.

Si la respuesta es Sí a las 3 preguntas, puede ofrecerle la PAE.

4. ¿Ha tenido relaciones sexuales no protegidas en los últimos 7 días?

Sí Fecha: _____ Hora: _____

Si usted está **seguro** de que la mujer no está embarazada, también puede ofrecerle la inserción de un DIU de cobre como anticoncepción de emergencia, siempre que haya un clínico con los conocimientos apropiados disponible y que las condiciones higiénicas estén garantizadas.

No Si la respuesta es No, es que hace más de 7 días y ya puede estar embarazada.

Proporcione orientación y apoyo.



Tablas de posología para las PAE

Cada tipo de anticonceptivo tiene regímenes diferentes, tanto con dosis grandes como pequeñas. Los gráficos y descripciones que vienen a continuación indican los regímenes para cada tipo de PAE. Las PAE tienen que tomarse lo más rápidamente posible después del coito con todos los regímenes, y lo óptimo es tomarlas durante las 120 horas siguientes.

Píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen sólo progestina	Primera dosis =	Segunda dosis =
	A más tardar, 120 horas después del coito no protegido	12 horas después de la primera
DOSIS GRANDE: píldoras con 750 µg (0,75 mg) de levonorgestrel	2 píldoras solamente	- -
DOSIS GRANDE*: píldoras con 750 µg (0,75 mg) de levonorgestrel	1 píldora	1 píldora
DOSIS PEQUEÑA : (mini) píldoras con 30 µg de levonorgestrel	25 píldoras	25 píldoras

Píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen sólo progestina

DOSIS GRANDE: Cuando se dispone de AE con sólo progestina en píldoras que contienen 750 µg de levonorgestrel, pueden tomarse dos píldoras en una dosis a más tardar 120 horas (5 días) después de las relaciones sexuales no protegidas. Como alternativa, tiene que tomarse la primera dosis de una píldora a más tardar 120 horas después de las relaciones sexuales no protegidas y la segunda dosis de una píldora 12 horas después de la primera.

DOSIS PEQUEÑA (mini) : Cuando solamente se dispone del anticonceptivo con sólo progestina en minipíldoras que contienen 30 µg de levonorgestrel, la primera dosis de 25 píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después de las relaciones sexuales no protegidas. La segunda dosis de otras 25 píldoras debe tomarse 12 horas después de la primera. *Nota: Se trata de minipíldoras anticonceptivas estándar que contienen sólo progestina.*

Anticonceptivos orales combinados en píldoras	Primera dosis =	Segunda dosis =
	A más tardar, 120 horas después del coito no protegido	12 horas después de la primera
DOSIS GRANDE: píldoras con 50 µg de etinilestradiol y 250 µg de levonorgestrel (o 500 µg de norgestrel)	2 píldoras	2 píldoras
DOSIS PEQUEÑA: píldoras con 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel (o 300 µg de norgestrel)	4 píldoras	4 píldoras
DOSIS PEQUEÑA: píldoras con 20 µg de etinilestradiol y 100 µg de levonorgestrel	5 píldoras	5 píldoras

Anticonceptivo oral combinado (AOC)

DOSIS GRANDE: Cuando se dispone de AOC de 50 µg de etinilestradiol y 250 µg de levonorgestrel (o 500 µg de norgestrel), la primera dosis de dos píldoras debe tomarse a más tardar 120 horas después del coito no protegido. La segunda dosis de dos píldoras debe tomarse 12 horas después de la primera.

DOSIS PEQUEÑA: Cuando se dispone solamente de AOC de 30 µg de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel (o 300 µg de norgestrel), la primera dosis de cuatro píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después del coito no protegido. La segunda dosis de cuatro píldoras debe tomarse 12 horas después de la primera. Como alternativa, cuando sólo se dispone de AOC de 20 µg etinilestradiol y 100 µg de levonorgestrel, la primera dosis de cinco píldoras tiene que tomarse a más tardar 120 horas después del coito no protegido y la segunda dosis de cinco píldoras 12 horas después de la primera. *Nota: Son AOC estándar en píldoras. Utilice 4 o 5 de las 21 píldoras hormonales para cada dosis de AE. Las últimas 7 píldoras de un estuche de 28 no pueden utilizarse, ya que no contienen hormonas.* Para información sobre PAE, visite la Web del Consorcio de AE: www.cecinfo.org/html/fea-ecpformulations.htm.

* Un estudio reciente descubrió que una única dosis de 1,5 mg de levonorgestrel puede sustituir a dos dosis de 0,75 mg tomadas con 12 horas de intervalo. Véase Von Hertzen H. y otros "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial", *The Lancet*, 7 de diciembre de 2002; 360:1803-1810.





Fotografías:

Portada, pág. 5:
S. Colvey, CRDI

Pág. 4
R. Charbonneau, CRDI

Pág. 6, 25 y 31
D. Marchand, CRDI

Pág. 6, 25 y 31
C. Mayo, CRDI

Contáctenos

Cómo entrar en contacto con el Consorcio RHRC:

Si desea más información sobre The Reproductive Health Response in Conflict Consortium, visite nuestro sitio Web: www.rhrc.org.

Todas las consultas deben dirigirse a: info@rhrc.org

Cómo pedir ejemplares:

El módulo de enseñanza a distancia sobre AE está disponible en línea en la dirección: www.rhrc.org, en CD-ROM y en ejemplar impreso.

- Para pedir ejemplares impresos, envíe un mensaje electrónico a info@rhrc.org.

www.rhrc.org ◀◀◀◀



Columbia University
MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH



MARIE STOPES
INTERNATIONAL

