

# Anticoncepción de Emergencia

Autoras: Paula Fernández L., Belén Martín C., Valeria Montenegro T.

Revisado por docente Bielka Carvajal G.

*“Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial.”*  
(Ley N° 20.418, artículo 1, 2010)

A pesar de la disponibilidad de anticonceptivos modernos y servicios de planificación familiar, los embarazos no deseados, y los abortos en condiciones de riesgo continúan presentándose con elevada frecuencia.

Según el *White Ribbon Alliance on Maternal Mortality*, en el mundo se embarazan 380 mujeres cada minuto, embarazos de los cuales 50% no son planificados. Esto no solo representa un grave problema para la mujer, sino también para la salud pública del país <sup>[1]</sup>.

Un claro ejemplo de esto es que, según los datos entregados por el Ministerio de Educación (MINEDUC) el año 2008, cerca del 17% de los embarazos no deseados son de mujeres adolescentes, y se estima que un 40% de ellas desertaría los estudios de enseñanza media y básica <sup>[2]</sup>.

Por otro lado, el embarazo no deseado tiene la posibilidad terminar en un aborto inducido, lo cual en nuestro país representa un gran riesgo para la salud, dado que este debe ser llevado a cabo en situaciones clandestinas y muchas veces precarias.

Según cifras del Ministerio de Salud (MINSAL), se habrían realizado más de 33.000 abortos durante el año 2015, es decir, 90 abortos diarios en promedio. Estas cifras son difíciles de estimar debido a que en Chile el aborto está prohibido en todas sus formas. No obstante, para ese mismo año hay estudios que proponen cifras que duplican y hasta triplican el número de abortos estimados por el MINSAL <sup>[3]</sup>.

El aborto en condiciones clandestinas repercute directamente en la salud de la mujer, ya que se asocia generalmente con mayores complicaciones inmediatas como hemorragia, infección y perforación del útero. Se propone que el aborto inducido es una de las principales causas de enfermedad y muerte en las mujeres de América Latina.

En Brasil se estima que en el año 2002, un 50% de los abortos fueron realizados por la misma mujer o bien por personal sin conocimientos en el rubro, y sólo un 20% de ellos fueron realizados por médicos de forma clandestina pero bajo técnica estéril.

## **Anticoncepción de emergencia:**

En Chile, durante el año 2007, la anticoncepción de emergencia generó grandes controversias, ya que no se había podido establecer si la píldora era o no abortiva. Ante la posibilidad de que el método lo fuese, el Tribunal Constitucional decidió proteger al embrión por sobre las preferencias de la mujer, por lo que se decretó retirarla de todos los servicios públicos del país y su distribución quedó únicamente a decisión de las municipalidades <sup>[4]</sup>.

En el año 2010, una vez establecido el mecanismo de acción de la píldora, y habiéndose descartado que fuese abortiva, se aprobó la ley N°. 20.418, la cual “fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad” <sup>[5]</sup>. Esta ley establece la anticoncepción de emergencia como un derecho y, por ende, se vuelve a instaurar la entrega de la píldora de anticoncepción de emergencia (PAE), popularmente conocida como “píldora del día de después” en todos los servicios de salud pública del país.

Se estima que el fácil acceso y correcto uso de la anticoncepción de emergencia (AE) puede prevenir desde un 52 al 94% de embarazos no deseados y, por ende, puede reducir considerablemente la tasa de abortos. Lamentablemente, en el país la anticoncepción de emergencia aún no está bien establecida, donde la tasa media de consultas por este tipo de anticoncepción en mujeres en edad fértil alcanzó apenas, para el año 2010, un 2,53 consultas por

cada mil mujeres (4). De estas consultas, solo en un 73,57% se entregó anticoncepción de emergencia, desconociéndose los motivos de la no entrega de esta en el resto de los casos <sup>[6]</sup>.

## **Descripción del método:**

La anticoncepción de emergencia actualmente se encuentra aprobada para su uso por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y además tiene registro sanitario en la mayoría de los países <sup>[7]</sup>.

Se trata de un método anticonceptivo que las mujeres pueden utilizar después de un coito de riesgo para prevenir el embarazo. El coito de riesgo es aquel que ocurre sin protección anticonceptiva, o bien ocurre cuando existe fallo o uso incorrecto de un método (rotura de preservativo, olvido de anticonceptivos orales, entre otros). También se considera coito de riesgo las relaciones sexuales forzadas, como en el caso de una violación, que ocurran sin protección anticonceptiva.

La AE puede ser utilizada inmediatamente después del coito de riesgo hasta cinco días después de este, siendo su eficacia más alta cuanto antes sea su uso (preferentemente las primeras 72 horas). Solo debe usarse como método de emergencia y no en forma regular.

## Mecanismos de Acción:

La gran controversia sobre el cómo funciona la PAE logró explicarse a través de 2 mecanismos de acción:

### 1. Anovulación:

El primer y principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación femenina. Fisiológicamente, el ciclo menstrual de la mujer se basa en un eje hormonal que conlleva a la liberación mensual de un ovocito. Estos ciclos en la mayoría de las mujeres tienen una duración de 28 días aproximadamente.

Todo comienza en el hipotálamo, donde se secreta la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la cual actúa sobre la adenohipófisis, produciendo la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH). Posteriormente estas estimulan al ovario para que se produzcan cambios en este, específicamente en el folículo, para preparar al ovocito para la ovulación.

La FSH es la hormona encargada de la maduración del folículo. Mientras el folículo madura, aumenta progresivamente la producción de estrógenos.

El estrógeno estimula al hipotálamo, quien aumenta la producción de GnRH; lo que conlleva a un alza brusca de LH.

Alrededor de dos días después del alza de LH ocurre la ruptura del folículo y con ello la ovulación. La ovulación generalmente

ocurre 14 días antes de la próxima menstruación.

Ahora bien, en la AE se administra una alta carga de levonorgestrel (progestina), la cual es capaz de realizar una retroalimentación negativa hacia el hipotálamo y consecuentemente disminuye la frecuencia de pulsos de la hormona GnRH (imagen 1). Debido a esto, no se alcanzan las concentraciones necesarias de LH ni de FSH, dando como resultado que el eje hipotálamo-hipófisis-gónada se frene. Sin el alza de FSH y LH el folículo no madura y la ovulación no ocurre.

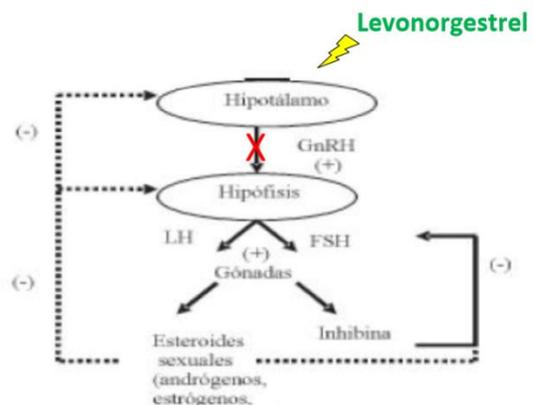


Imagen 1: Eje Hipotálamo, Hipófisis y Ovario

El logro de la anovulación va a depender mayoritariamente de la etapa del ciclo menstrual en que la mujer se encuentre al momento de la ingesta de la AE.

Si la pastilla se toma antes de que ocurra el alza preovulatoria de LH (en la etapa folicular), se logra la inhibición de esta; impidiendo el desarrollo folicular, la maduración y/o liberación del ovocito [7].

Esta situación se demostró en un estudio realizado en primates *Cebus Apellas* en el año 2004, donde sólo se frenó la ovulación cuando el folículo presentaba menos de 5 mm de tamaño (18 mm en humanos) y un desarrollo incompleto. Mientras más inminente y cercana es la ovulación, y por ende mayor sea el crecimiento del folículo, la efectividad anovulatoria disminuye en un gran porcentaje, siendo casi nulo <sup>[8]</sup>.

## 2. Cambios en el moco cervical:

Además del mecanismo anterior, también se ha demostrado que la PAE actúa en las células de la mucosa del cuello uterino, cambiando su secreción y las características fisicoquímicas del moco.

El moco cervical es “*un complejo de agua, sales y glicoproteínas, que tiene una consistencia variable durante el ciclo menstrual(...)*”. Durante la fase pre-ovulatoria (estrogénica), las células de la mucosa cervical presentan un incremento de la producción de moco, el cual es de predominio líquido y con muy baja actividad enzimática, generando condiciones favorables para permitir la entrada de los espermatozoides. Físicamente, el moco pre-ovulatorio adquiere una consistencia de clara de huevo, elástica, transparente y acuosa, siendo indicio de fertilidad <sup>[9]</sup> <sup>[10]</sup>.

En cambio, el moco de la etapa post-ovulatoria, por predominio de la progesterona, aumenta las glicoproteínas, la enzima fosfatasa alcalina y la guaiacol peroxidasa, así mismo, disminuye su contenido líquido. Es un moco más ácido y

posee un gran número de leucocitos. Físicamente este se presenta con una textura densa, opaca y pegajosa, considerándose poco favorable para la penetración espermática <sup>[11]</sup>.

Al administrarse una alta dosis de progesterona, como en el caso de la PAE, se generan cambios en la secreción de las células de la mucosa cervical, donde se logra que el moco adquiera las características post-ovulatorias (infértil), tanto así que es capaz de suprimir totalmente el avance de los espermios, impidiendo que estos lleguen a la cavidad uterina y/o a las tubas para encontrarse con un ovocito.

## **Administración:**

La administración de la anticoncepción de emergencia es por vía oral. Para obtener una mayor eficacia, se recomienda que la ingesta de la PAE sea lo antes posible.

Hasta hace poco tiempo se recomendaba el uso de la PAE solo dentro de 72 horas posteriores del coito desprotegido, no obstante, se ha demostrado que la AE puede prevenir embarazos hasta el 4to-5to día después de la relación sexual no protegida, teniendo mayor eficacia anticonceptiva si se usa en las primeras 72 horas.

Es importante recordar que la utilización de AE no contraindica la continuación o reinicio de la anticoncepción hormonal regular.

## Regímenes usados:

Los métodos más usados como anticoncepción hormonal de emergencia en América Latina son las píldoras de levonorgestrel solo o píldoras combinadas de etinil- estradiol y levonorgestrel. En ambos regímenes se utilizan las mismas hormonas que contienen algunos anticonceptivos hormonales orales de uso regular, pero en dosis más elevadas y en un plazo de tiempo menor. El régimen de levonorgestrel es el método hormonal de anticoncepción de emergencia recomendado por la OMS.

Si bien ambos regímenes cumplen con las mismas características mencionadas anteriormente, difieren en su eficacia <sup>[7]</sup>.

### 1) Pastilla de progestina pura:

En el sistema público del país está disponible la PAE en dos presentaciones: un comprimido de 1.5 mg de levonorgestrel o 2 comprimidos con 0.75 mg de levonorgestrel cada uno.

Este método consiste en ingerir un total de 1.5 mg de levonorgestrel, lo cual se puede lograr de distintas maneras:

- Tomando un comprimido de 1.5 mg de levonorgestrel lo antes posible post coito de riesgo.
- Tomando un comprimido de 0.75 mg lo antes posible post- coito de riesgo y tomar una segunda dosis doce horas después de la primera.
- Tomar dos comprimidos de 0.75 mg juntas, sin el intervalo de 12 horas.

Esta última es la más recomendada porque elimina el potencial olvido de la segunda dosis y mantiene la eficacia anticonceptiva.

- Tomar 25 comprimidos de 30 mcg de levonorgestrel, y repetirlo 12 horas después (tomar 50 comprimidos en total). Se recomienda únicamente cuando no está disponible la PAE por posible intolerancia oral.

Desde el año 2015, tras decreto del Instituto de Salud Pública, la PAE se puede comprar en farmacias sin receta médica.

Dentro de los efectos colaterales de la PAE se encuentra: náuseas, dolor abdominal, fatiga, cefalea, sensibilidad mamaria, vómitos y mareos. No se han registrado reacciones adversas por sobredosificación del anticonceptivo.

### 2) Método yuzpe:

Este método consiste en ingerir un total de 200 mcg de etinilestradiol y 1 mg de levonorgestrel. Actualmente no existen pastillas con esta exacta dosificación, pero se pueden utilizar anticonceptivos orales combinados.

La dosificación se alcanza tomando 4 comprimidos orales combinados de 30 mcg de etinil-estradiol y 0.15 mg de levonorgestrel cada uno; se debe repetir el esquema 12 horas después. En total se ingieren 8 comprimidos.

Este método puede provocar vómitos, ante lo cual se debe repetir la dosis en caso de que este ocurra durante las primeras 3 horas de haberlas ingerido.

Método Yuzpe (nombre comercial de píldora)	Primera dosis antes de las 72 hrs.	Segunda dosis 12 horas después de la primera dosis
Anulette <sup>®</sup>	4	4
Nordette <sup>®</sup>	4	4
Norvetal <sup>®</sup>	4	4
Microgynon CD <sup>®</sup>	4	4
Anovulatorios microdosis <sup>®</sup>	4	4
Nordiol <sup>®</sup>	2	2

### Eficacia Anticonceptiva:

Una forma de expresar la eficacia anticonceptiva de la AE es la proporción de mujeres que se embaraza a pesar de usar el método. Otra manera de expresar la eficacia anticonceptiva de la anticoncepción de emergencia es la proporción de embarazos que se evitan gracias al uso del método, proporción que se ha calculado a partir de la probabilidad de embarazo de mujeres sanas que desean embarazarse.

El primer estudio multicéntrico comparativo de la OMS estimó que, cuando las PAE se usan dentro de las 72 horas, la tasa estimada de embarazo es de 1.1% a 1.3% para el levonorgestrel y alrededor de 3.2% para el régimen de Yuzpe. En este estudio, el régimen de Yuzpe solamente redujo el

riesgo de embarazo entre el 57% y el 75% de los casos, mientras que el régimen de levonorgestrel solamente evitó alrededor del 85% de los embarazos estimados.

Doce estudios sobre el régimen con levonorgestrel, que incluyeron un total de más de 13.500 mujeres, concluyeron que este método reducía la probabilidad de embarazo en una mujer después de una relación sexual única entre un 52% y un 100%.

Aunque la anticoncepción hormonal de emergencia es eficaz, es menos efectiva que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular. Su eficacia contrasta notoriamente con la eficacia de la anticoncepción hormonal de uso regular que, usada correctamente, previene el embarazo hasta en el 99% de las mujeres que tienen relaciones sexuales frecuentes a lo largo de todo un año. Además, es posible que se haya sobrestimado la eficacia de las PAE ya que, en muchos estudios, la fecha ovulatoria asignada para la estimación de la probabilidad de embarazo en cada mujer no es precisa. Por esto, solamente se recomienda usarla después de una relación sexual no protegida o en el caso de que no existan otras alternativas anticonceptivas <sup>[7]</sup>.

Los estudios muestran que ambos regímenes pueden prevenir el embarazo si se usan hasta el cuarto o quinto día después de la relación, aunque su eficacia anticonceptiva es mayor que si se usa en las primeras 72 horas, por lo que se recomienda ingerir la PAE lo antes posible .

## Seguridad Anticonceptiva:

Las píldoras anticonceptivas orales combinadas que se utilizan como AE pueden ser utilizadas con seguridad por las mujeres. Los efectos secundarios son más frecuentes que en el régimen de progestina sola y la mayoría desaparecen en menos de 24 horas. Dada la breve exposición al fármaco, utilizar píldoras anticonceptivas orales como AE es seguro incluso para mujeres a las que se recomienda no utilizar anticonceptivos orales combinados como anticonceptivo regular <sup>[12]</sup>.

## Criterios de elegibilidad:

Los criterios de elegibilidad determinan la seguridad de cada método anticonceptivo, tomando en cuenta características médicas relevantes y el contexto de la condición médica de cada usuaria. Estos se clasifican en cuatro categorías que se definen a en la siguiente imagen <sup>[13]</sup>:

Clasificación de los CME para el uso de anticonceptivos:	
<b>Categoría 1:</b>	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
<b>Categoría 2:</b>	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
<b>Categoría 3:</b>	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
<b>Categoría 4:</b>	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

La PAE al ser un anticonceptivo de emergencia oral está en una categoría

distinta de los criterios de elegibilidad antes mencionados.

Según las Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad de año 2014 realizado por MINSAL, el uso de este método anticonceptivo ante cualquier situación es categoría 1 o 2, dependiendo de los criterios estudiados. En cualquier caso, ambas categorías sugieren que este método es seguro para cualquier situación, por lo que no existen restricciones para el uso de este método.

## Conducta del profesional de salud:

Ante una consulta por anticoncepción de emergencia, el profesional de salud debe realizar distintas acciones asociadas a la conducta de riesgo:

- Indagar sobre la fecha de última menstruación para descartar sospecha de embarazo.
- Indagar sobre la fecha del coito no protegido, para evaluar la efectividad de la AE y el riesgo de embarazo.
- Clarificar a la usuaria que con este método aún quedan posibilidades de embarazo, junto a lo cual se debe sugerir una nueva cita en caso de amenorrea.
- Explicar que en caso de embarazo, este método es seguro para el embrión ya que no posee efectos teratogénicos comprobados.
- Informar a la usuaria sobre el modo de uso de la PAE y posibles efectos secundarios. (7)
- Si la mujer así lo desea, se debe iniciar método anticonceptivo de

inmediato, asociado a una consejería en salud sexual y reproductiva. Si la solicitud de la PAE fue por mala adherencia al método, como el olvido regular de comprimidos orales, se debe realizar consejería y evaluar si usuaria desea cambiar a un método de larga duración. Si bien lo mencionado antes es importante, no condiciona la entrega de la PAE.

- Realizar consejería sobre infecciones de transmisión sexual e iniciar un tratamiento en caso de sospecha durante el examen ginecológico, solicitar exámenes de VIH y VDRL, así como cualquiera otro que se considere pertinente y citar nuevamente a la usuaria para seguimiento.

### **Consideraciones:**

- La entrega de la PAE no está supeditada al inicio de método anticonceptivo.
- La PAE puede ser solicitada por cualquier persona, independiente de su edad o sexo.
- Bajo el marco legal, si la usuaria es menor a 14 años se debe entregar de igual forma la AE, pero se debe informar posteriormente a la madre, padre o tutor que la menor señale, acorde a lo que señala la ley.
- En caso de sospecha de abuso sexual, y según la ley N. 20.418, *“(…) el facultativo o funcionario que corresponda deberá poner los antecedentes a disposición del*

*Ministerio Público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 198 del Código Procesal Penal”.* (6)

### **Seguimiento:**

Después de la utilización del anticonceptivo de emergencia, se recomienda que las mujeres opten por la utilización de un método anticonceptivo regular para prevenir futuros embarazos.

Para comenzar a utilizar un nuevo método anticonceptivo después del AE, no es necesario esperar al inicio de un nuevo ciclo. La OMS recomienda iniciar un método inmediatamente después de la utilización de la anticoncepción de emergencia (quick start).

Si se decide esperar hasta la siguiente menstruación se deberá promover la utilización de un método de barrera durante el intervalo y los primeros 2-7 días del nuevo anticonceptivo (esto dependerá del método).

### **Conclusión:**

La anticoncepción de emergencia en Chile sigue presentando dificultades para su entrega ya que, aunque existan leyes que aprueben su venta sin receta y/o entrega gratuita en los servicios públicos de salud, aún hay profesionales que se resisten a su entrega impidiendo que hoy en día las personas ejerzan con toda libertad sus derechos reproductivos.

Nuestro trabajo como matronas y matrones, es respetar los derechos sexuales y

reproductivos de todas las personas, sin prejuicios ni juicios de valor.

La PAE es un instrumento útil para prevenir embarazos no deseados si es que se utiliza de la forma correcta, ya sea el régimen con levonorgestrel o yuzpe, este método puede llegar a prevenir del 50-100% de los embarazos no deseados, por lo que su entrega libre y sin obstáculos puede llegar a reducir en gran medida este problema de salud pública.

Como matronas, nuestro deber es mejorar el conocimiento de los/as usuarios/as frente a los métodos de anticonceptivos de emergencia, enseñar su correcta utilización, indagar posibles riesgos asociados y por sobre todo acompañar a todas las personas en el ejercicio pleno de derechos.

### Bibliografía:

1. Silva, M., Pujado, Y.. (2003). Proyecto de intervención social en salud: embarazo no deseado. 29/05/2017, de Diplomado de Salud pública y salud familiar, universidad austral Sitio web: [http://medicinpa.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/4/Vi%20F1a%20del%20Mar%202003/Embarazos\\_no\\_deseados.pdf](http://medicinpa.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/4/Vi%20F1a%20del%20Mar%202003/Embarazos_no_deseados.pdf)
2. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (julio, 2013). Situación actual del embarazo adolescente en Chile. 29/05/2017, de Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Sitio web: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7d4fe040010164010db3.pdf>
3. Datos del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva en Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, Santiago, 2013. La estimación se efectúa a partir de la tasa global de fecundidad, mujeres en edad fértil y mujeres que usan anticoncepción. <http://amnistia.cl/wp-content/uploads/2015/08/PRINCIPAL-ES-DATOS-Y-CIFRAS-SOBRE-ABORTO-EN-CHILE.pdf>
4. Martínez, A. (2008). La píldora del día de después: *sentenci de tribunal constitucional 11 de enero de 2007*. 29 mayo 2017, de Rev. chil. derecho v.35 n.3 Santiago Sitio web: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-34372008000300009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372008000300009)
5. Ministerio de salud; Subsecretaría de salud pública. Ley 20418 . 30 mayo 2017, de Biblioteca del Congreso nacional de Chile Sitio web: <http://bcn.cl/1v4fe>
6. Morán, J.. (junio 2015). La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. 29/05/2017, de R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 125-144, jan./jun. 2013 Sitio web: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n1/v30n1a07>
7. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2014). Normas nacionales sobre la regulación de la fertilidad.



- 28/mayo/2017, de Programa Nacional Salud de la Mujer Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) Asociación Chilena de Protección de la Familia Sitio web: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NR%20edición%202014%20FINAL%2002.pdf>
8. M.E. Ortiz R.E. Ortiz M.A. Fuentes V.H. Parraguez H.B. Croxatto. (Junio 2004). Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. 29/05/2017, de Oxford academy, human reproduction Sitio web: <https://academic.oup.com/humrep>
  9. Durand M, Larrea F, Schiavon R. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. *Salud Publica Mex* 2009;51:255-261 Sitio web: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51n3/17.pdf>
  10. Croxatto, H., Ortiz, M.. (2004). Mecanismo de acción del levonogestrel en la anticoncepción de emergencia. 30/05/2017, de revista chilena de obstetricia y ginecología 2004, 69 (2): 157- 162 Sitio web: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n2/art11.pdf>
  11. Menarguez, M; Odeblad, E; Barbas, C. *Las enzimas cervico-vaginales como parámetros preovulatorios*. Sitio web: [http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/5\\_menargez\(enzimas\\_cervix\).pdf](http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/5_menargez(enzimas_cervix).pdf)
  12. International Consortium for Emergency Contraception and International Federation of Gynecology and Obstetrics.(2015) *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*. Sitio web: [http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2015/02/Yuzpe\\_FactSheet\\_2015\\_Spanish.pdf](http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2015/02/Yuzpe_FactSheet_2015_Spanish.pdf)
  13. Organización Mundial de la Salud (2015) *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 5ta edición*. Sitio web: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO\\_RHR\\_15.07\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1)

Junio 2017