



Artículos

- [Anticoncepción de emergencia](#)
- [Introducción](#)
- [Métodos de anticoncepción de emergencia \(1,4,8\).](#)
- [Mecanismos de acción](#)
- [Barreras de acceso](#)
- [Controversias](#)
- [Conclusiones y recomendaciones](#)
- [Referencias](#)

[Magdalena Suleiman Al Esper](#)

Coordinadora de la Sección de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Profesora de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina Universidad Central de Venezuela
ORCID: 0009-0006-4481-6820

Obstetricia**Anticoncepción de emergencia**

Fecha de recepción: 06/10/2024

Fecha de aceptación: 11/10/2024

El objetivo de este artículo es revisar los mecanismos, tipos, eficacia, y desafíos de acceso asociados a la anticoncepción de emergencia. La anticoncepción de emergencia es una herramienta esencial para prevenir embarazos no planificados después de relaciones sexuales sin protección, fallos en métodos anticonceptivos o violencia sexual. Los métodos más comunes incluyen la píldora de levonorgestrel, el acetato de ulipristal y el dispositivo intrauterino de cobre. A nivel global, la AE enfrenta barreras como el acceso restringido, el estigma social y la desinformación, lo que limita su integración en políticas de salud pública y su aceptación entre profesionales y pacientes, siendo por antonomasia un derecho sexual y reproductivo. La eficacia y seguridad de estos métodos están ampliamente respaldadas, pero persisten controversias éticas y culturales, especialmente en países con visiones restrictivas hacia el control reproductivo. La educación y la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia son claves para reducir embarazos no planeados y mejorar la salud reproductiva.

Palabras Claves: Anticoncepción de emergencia, Levonorgestrel, Ulipristal, Dispositivo intrauterino de cobre, Prevención de embarazos.

Title

Emergency contraception

Abstract

The objective of this article is to review the mechanisms, types, effectiveness, and access challenges associated with emergency contraception. Emergency contraception is an essential tool to prevent unplanned pregnancies after unprotected sex, contraceptive failure, or sexual violence. The most common methods include the levonorgestrel pill, ulipristal acetate, and the copper intrauterine device. At a global level, EC faces barriers such as restricted access, social stigma and misinformation, which limits its integration into public health policies and its acceptance among professionals and patients, being par excellence a sexual and reproductive right. The efficacy and safety of these methods are widely supported, but ethical and cultural controversies persist, especially in countries with restrictive views towards reproductive control. Education and availability of emergency contraception are key to reducing unplanned pregnancies and improving reproductive health.

Key Word

Emergency contraception, Levonorgestrel, Ulipristal, Copper intrauterine device, Pregnancy

prevention.

Introducción

La anticoncepción de emergencia (AE), según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a los métodos anticonceptivos disponibles que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección. Se ha consolidado como una herramienta crucial en la prevención de embarazos no deseados, particularmente en situaciones imprevistas, como fallos de métodos anticonceptivos regulares o relaciones sexuales no consensuadas (1,2).

A nivel global, se estima que aproximadamente 6 de cada 10 embarazos no planeados terminan en abortos inducidos, de los cuales, el 45 % son inseguros (OMS) (1). Esta cifra asciende a 45,5 millones cada año, de los cuales, 20 millones ocurren en situaciones de riesgo, ocasionando 68.000 muertes y millones de complicaciones relacionadas con hemorragias, infertilidad e infecciones (2). Estos embarazos no deseados así como los abortos inseguros constituyen 2 problemas susceptibles de prevención y que representan un desafío significativo para la salud pública, ya que se asocian con una variedad de consecuencias negativas para la mujer, incluido un mayor riesgo de complicaciones maternas, impacto negativo en el bienestar psicológico y en su situación socioeconómica y familiar. También, tienen consecuencias financieras significativas para los sistemas de atención de la salud y se ha estimado el costo a los servicios de salud en 5 millones de dólares en los Estados Unidos en el 2002 y más de 1000 millones de libras en el Reino Unido en el 2011 (2,3). Esto subraya la importancia de tener métodos de emergencia disponibles que ofrezcan una última oportunidad de prevención.

La anticoncepción de emergencia no protege de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Si existe riesgo de infección de transmisión sexual-VIH se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales comparados con los preservativos masculinos (2).

La anticoncepción hormonal de emergencia es un método de respaldo ocasional y no para uso rutinario o continuo. En cualquiera de sus presentaciones y compuestos, debe administrarse lo antes posible después del coito sin protección, en un plazo no mayor a 120 horas. Sin embargo, debe informársele a la mujer que la eficacia se reduce cuanto más se prolongue el intervalo entre el coito y la ingesta del anticonceptivo. La mayor eficacia se registra cuando se toma en las primeras 24 – 72 horas (2,5).

El primer anticonceptivo oral de emergencia introducido en la década de los 60 del siglo pasado, que consistía en altas dosis orales de estrógenos, fue eliminado gradualmente por la alta incidencia de efectos adversos relacionados con los estrógenos (6). Posteriormente, en el año 1977 es descrita la anticoncepción postcoital que consistía en una combinación de etinilestradiol (200 µg) y DL – norgestrel (2 mg) que se administraban en las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección con una dosis repetida 12 horas después, conocido como método Yuzpe (7). A lo largo de los años, se han desarrollado alternativas más seguras y eficaces, como las píldoras de levonorgestrel (LNG) y el acetato de ulipristal (UPA), así como el dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu), que no solo han ampliado la ventana de uso, sino que también han mejorado los perfiles de seguridad y tolerabilidad para las mujeres que lo utilizan.

A pesar de su disponibilidad y eficacia comprobada, el acceso a la anticoncepción de emergencia sigue enfrentando barreras significativas. Estas incluyen, la falta de educación adecuada tanto para el público como para los profesionales de la salud, restricciones en la distribución y la persistente estigmatización social en torno a su uso. En muchos países, la anticoncepción de emergencia todavía se percibe erróneamente como una forma de aborto, lo que ha limitado su integración en políticas de salud pública.

El objetivo de esta revisión es proporcionar una evaluación de los métodos actuales de anticoncepción de emergencia, sus mecanismos de acción, eficacia, seguridad y el papel que desempeñan en la reducción de embarazos no deseados, contribuyendo así a mejorar la información al respecto y por lo tanto el acceso a estos métodos.

Métodos de anticoncepción de emergencia (1,4,8).

1. El régimen anticonceptivo de emergencia oral más comúnmente utilizado es la píldora de progestina sola que consiste en 1,5 mg de levonorgestrel en una dosis única, o dos dosis de levonorgestrel de 0,75 mg separadas por 12 horas.
2. En 2010, la *Food and Drug Administration, de Estados Unidos de Norteamérica (FDA)* aprobó un segundo anticonceptivo de emergencia específica, una píldora que contiene 30 mg de acetato de ulipristal.
3. Píldoras anticonceptivas orales combinadas, divididas en dos tomas: una toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,5 mg de LNG, seguida de una segunda toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG 12 horas después (método Yuzpe). No se venden como un producto específico, sin embargo, se pueden formular a partir de una variedad de anticonceptivos orales.
4. Dispositivo intrauterino de cobre, aunque la FDA no lo ha aprobado para esta indicación. Actualmente se están investigando los DIU que contienen Levonorgestrel para su uso como anticonceptivo de emergencia.

Existen otras opciones de anticoncepción de emergencia, como la mifepristona, disponible en un pequeño número de países como AE en dosis de 10 a 25 mg, las cuales son dosis bajas comparadas a las usadas para interrupción del embarazo (8).

Indicaciones para el uso de anticoncepción de emergencia

Según la OMS la anticoncepción de emergencia está indicada en todo caso de prevención de embarazo no deseado/no planificado, lo que incluye (9,10):

1. Relaciones sexuales cuando no se está utilizando ningún anticonceptivo
2. Violencia sexual, cuando la mujer no usa un método anticonceptivo regular
3. Relaciones sexuales en las que existe preocupación por la falla o el mal uso de los anticonceptivos, que incluye:

3.1. Condón: rotura, deslizamiento o uso incorrecto.

3.2. Píldoras anticonceptivas hormonal combinadas: olvido durante tres o más días consecutivos o retraso de tres días para iniciarlas durante la primera semana del ciclo.

3.3. Píldoras anticonceptivas de solo progestina: tres o más horas de retraso respecto al horario habitual de uso de la píldora o más de 27 h después de la pastilla anterior.

3.4. Píldora anticonceptiva de solo desogestrel: doce o más horas desde el momento habitual de uso de la píldora o más de 36 h después de la pastilla anterior.

3.5. Inyección de enantato de noretisterona: dos o más semanas de retraso en la inyección.

3.6. Inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito: cuatro o más semanas de retraso en la inyección.

3.7. Anticonceptivo inyectable combinado: siete o más días de retraso en la inyección.

3.8. Uso de métodos tales como: tableta espermicida no se ha derretido antes de la relación sexual, error de cálculo del período de abstinencia o falta de abstinencia, falla en el coito interrumpido.

3.9. El parche transdérmico o el anillo vaginal se han desplazado, ha habido un retraso en su colocación o se ha extraído antes de lo debido.

3.10. Expulsión de dispositivo intrauterino.

Seguridad en el uso de anticoncepción de emergencia.

Los anticonceptivos de emergencia según los criterios de elegibilidad de la OMS son ampliamente seguros y accesibles para la mayoría de las mujeres, independientemente de condiciones clínicas previas (10). El uso frecuente y repetido de la píldora anticonceptiva de urgencia puede ser perjudicial para mujeres con afecciones clasificadas en las categorías 2, 3 o 4 de los criterios médicos de elegibilidad, en estos casos es necesario el asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos que puedan ser usados de manera regular (1). Durante la lactancia no existe restricción para el uso de anticoncepción de emergencia. La anticoncepción

de hormonal de emergencia puede ser menos eficaz en mujeres con IMC > 30 kg/m², a pesar de ello no existen problemas de seguridad (10).

Mecanismos de acción

Píldoras de levonorgestrel (LNG)

El levonorgestrel tiene una acción agonista en los receptores de progesterona. Su vida media es de 43 horas. Si se toma antes del inicio de la elevación preovulatoria de la LH, actúa en el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, disminuyendo la LH por un mecanismo de *feed-back* negativo, previniendo ese pico preovulatorio de LH, impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo. El levonorgestrel no actúa una vez ya iniciada esa elevación de LH (9).

El levonorgestrel como AE tomado después de la ovulación, no afecta la implantación y produce tasas de concepción similares en comparación con las que no usan este método. No hay evidencia de que la exposición a levonorgestrel en AE afecte el desarrollo fetal, produzca aborto espontáneo o muerte fetal y no altera las menstruaciones posteriores (9,15).

Acetato de ulipristal

Ulipristal es un modulador del receptor de progesterona. Al unirse al receptor de progesterona, detiene el aumento de la hormona luteinizante que se produce antes de la ovulación. Por tanto, ulipristal inhibirá o retrasará la ovulación. Se ha demostrado que previene la ovulación tanto antes como después de que haya empezado el pico de LH (pero antes de alcanzar el pico) retrasando la ruptura folicular al menos por 5 días, esto podría explicar su mayor eficacia respecto al Levonorgestrel. El comprimido de 30 mg se absorbe rápidamente. Ulipristal tiene una vida media de 32 horas. Su metabolismo involucra al citocromo P450 3A4. El uso concomitante de inductores de esta enzima, como la fenitoína y la carbamazepina, debe evitarse pues estos medicamentos reducirán la concentración plasmática de ulipristal y puede reducir su eficacia (8,9).

Eficacia de los métodos hormonales de emergencia

El acetato de ulipristal es más eficaz que el régimen de levonorgestrel solo y mantiene su eficacia hasta por 5 días. Con una tasa de embarazo más baja entre las usuarias de acetato de ulipristal (1,4 %) en comparación con las usuarias del régimen de levonorgestrel solo (2,2 %). En cuanto al régimen combinado de estrógenos y progesterona, revelaron tasas de prevención que oscilaron entre el 56 % y el 89 %, promedio 74 % de los embarazos esperados. El régimen de levonorgestrel solo como anticoncepción de emergencia es más efectivo que el régimen hormonal combinado y se asocia con menos náuseas y vómitos. Por tanto, se prefiere el régimen de levonorgestrel solo al régimen combinado de estrógenos y progestágeno (9). Se debe destacar que en Venezuela no se dispone de este fármaco.

Efectos adversos de la anticoncepción hormonal de emergencia

No se han descritos complicaciones graves con el uso de este método. Los efectos a corto plazo incluyen:

- Cefalea y náuseas moderadas con el levonorgestrel y el acetato de ulipristal (AUP) y con mayor intensidad si se utiliza régimen combinado de estrógenos y progestágenos.
- Sangrado anormal: algunas mujeres experimentan un sangrado irregular o *spotting* la semana después del tratamiento el cual puede extenderse hasta un mes tras su uso. La siguiente menstruación puede retrasarse o adelantarse.
- Otros efectos que se han reportado con el régimen oral son: sensibilidad mamaria, dolor abdominal, mareos, fatiga y vómitos (9,11, 12)

Si se experimentan vómitos dentro de las 2 horas posteriores a la toma del medicamento, se debe administrar una nueva dosis. Las píldoras de LNG o de AU son preferibles a los AOC porque provocan menos náuseas. No se recomienda el uso sistemático de antieméticos antes de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (1).

Dispositivo intrauterino de cobre.

El dispositivo intrauterino de cobre es el anticonceptivo más utilizado a nivel mundial, siendo el único método no hormonal que puede usarse de emergencia, siendo más eficaz (evita 99 % de

embarazos) que las píldoras, además de poder mantenerse 10 años, puede considerarse como primera opción para anticoncepción poscoital, incluso en pacientes obesas (5,13).

La inhibición de la fecundación es el principal mecanismo de acción de los dispositivos intrauterinos de emergencia, el cobre ejerce un efecto tóxico sobre los espermatozoides, afectando su movilidad, si se llega a producir la fecundación, el cobre genera una respuesta inflamatoria a nivel endometrial que impide la implantación, pero el mismo debe ser colocado los primeros 7 días de la relación sexual, ya que, el objetivo es colocarlo antes de la implantación del cigoto, porque no se utiliza como método abortivo, es por eso que, con una prueba de embarazo negativa, el dispositivo puede colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual (5,13,14).

Cuadro 1. Resumen métodos anticonceptivos de emergencia (5)

Anticonceptivo	Dosis	Eficacia	Tasa de embarazos	Tiempo límite para el uso*
Anticonceptivos Combinados (método Yuzpe)	100 µg etinilestradiol + 1 mg de <u>levonorgestrel</u> cada 12 horas por 2 dosis	57 %	43 %	72 HORAS
<u>Levonorgestrel</u>	<u>Opción 1</u> : 1,5 mg en una dosis <u>Opción 2</u> : 0,75 mg cada 12 horas/2dosis	89 % Primeras 72 horas	2,2 %	72 HORAS
Acetato de <u>ulipristal</u>	30 mg VO una dosis	5 días post <u>relación sexual</u>	1,4 %	120 HORAS
Dispositivo intrauterino	<u>Inserción poscoital</u> por personal entrenado	99 %	0,1 %	120 HORAS

*Después de la relación sexual sin protección

Disponibilidad en Venezuela.

En Venezuela, la AE no está mencionada en la Constitución Nacional de 1999, sin embargo en el Artículo 76 relativo a la maternidad y la paternidad se incluye la planificación familiar. Desde entonces, la provisión incluye una amplia variedad de anticonceptivos orales, inyectables, dispositivos intrauterinos, preservativos y la anticoncepción de emergencia, incidiendo en un incremento de la cobertura de planificación familiar a 43 % para el año 2000 (19).

La anticoncepción de emergencia se incluyó en la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva, y en los Lineamientos Estratégicos de Prevención Integral en Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Emergencia, que la indica para casos de violación, relaciones sexuales sin protección y discontinuidad en ciclos orales (19,20).

Los métodos de anticoncepción de emergencia disponibles en Venezuela, se limitan principalmente a la píldora de levonorgestrel (LNG), que es la opción más común, pero su distribución en instituciones públicas es escasa, y el dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu). Actualmente, en Venezuela no está disponible el acetato de ulipristal (UPA).

Barreras de acceso

Estas barreras son variadas desde restricciones legales y normativas, estigmas sociales y culturales, desinformación y falta de educación que no solo involucra al paciente sino también al proveedor de salud y disponibilidad en zonas rurales.

La anticoncepción de emergencia a veces se confunde con el aborto inducido por medicamentos. El aborto inducido por medicamentos se utiliza para interrumpir un embarazo existente y los AE son eficaces solo antes de que se establezca un embarazo. Otro error es creer que la AE promueve conductas sexuales de riesgo, el fácil acceso a los AE no está asociado con un menor uso de anticonceptivos hormonales, un menor uso de preservativos o un mayor número de relaciones sexuales sin protección (4,16,17).

Aunque el uso de la anticoncepción de emergencia ha aumentado, muchas mujeres y médicos siguen sin estar familiarizados con el método o no saben que no es necesario un examen físico

o una prueba antes de proporcionar la anticoncepción oral de emergencia. Los profesionales de la salud proporcionan AE solo cuando se lo solicitan y algunos creen que el asesoramiento de rutina consume tiempo, tienen actitudes negativas contra los métodos o tienen la percepción errónea de que la paciente no será capaz de usar el método correctamente (17,18).

Las mujeres en comunidades desatendidas pueden enfrentar desafíos adicionales. Algunas comunidades simplemente carecen de un centro o de un médico dispuesto a proporcionar o informar sobre la anticoncepción de emergencia. Las farmacias también pueden imponer barreras a las mujeres que buscan píldoras anticonceptivas de emergencia de diversas maneras, como negar la venta o hacerle preguntas innecesarias o embarazosas a la solicitante (17).

El acceso a la AE sigue siendo difícil para las adolescentes, las sobrevivientes de agresión sexual y las mujeres que viven en zonas rurales, las privadas de libertad o con bajos recursos económicos. Las barreras más citadas por las adolescentes son las preocupaciones por la confidencialidad, la vergüenza y la falta de transporte para llegar a un proveedor de atención médica o una farmacia (17,18).

La falta de acceso a la anticoncepción de emergencia afecta directamente a los adolescentes y jóvenes, quienes tienen mayor riesgo de embarazos no planificados y sus consecuencias, como la deserción escolar, el desempleo, la exclusión social y el riesgo de un aborto en condiciones de inseguridad. En Venezuela, la tasa de embarazo adolescente es una de las más altas de la región (5), y el limitado acceso a métodos anticonceptivos agrava esta problemática, generando un ciclo de vulnerabilidad y pobreza para muchas jóvenes y sus familias.

Controversias

Sin lugar a dudas, la anticoncepción oral de emergencia es el método anticonceptivo que más controversias judiciales ha originado en América Latina. Casi todas las demandas judiciales se han planteado con el propósito de impedir que sea distribuido gratuitamente o comercializado (21).

Una de las controversias más significativas es sobre cómo funcionan los anticonceptivos de emergencia, en especial la píldora de levonorgestrel (LNG) y el acetato de ulipristal (UPA). Aunque ambos métodos actúan principalmente inhibiendo o retrasando la ovulación y no afectan un embarazo ya implantado, en algunos contextos se interpretan erróneamente como abortivos. Este malentendido ha generado resistencia cultural y legal hacia su uso, especialmente en países con fuertes convicciones religiosas o culturales contra el aborto.

En muchos países de América Latina, el estatus legal de la producción y distribución de los anticonceptivos de emergencia ha sido discutido en los tribunales. Básicamente, la forma en que se presente y discuta el mecanismo de acción de la AE es fundamental para el resultado final en las cortes. Los argumentos se basan en la diferencia entre productos abortivos y anticonceptivos y el estatus científico de la investigación disponible sobre AE (19).

Conclusiones y recomendaciones

Los anticonceptivos de emergencia forman parte de los medicamentos esenciales según la OMS. La indicación de estos métodos es amplia y generalmente segura para la mayoría de las mujeres, independientemente de condiciones de salud preexistentes, según los Criterios de Elegibilidad Médica de la OMS. Sin embargo, persisten controversias que impactan el acceso a la AE, desde desinformación sobre su mecanismo de acción y debates éticos y culturales, hasta limitaciones en su disponibilidad en ciertos sistemas de salud.

El conocimiento sobre anticoncepción es insuficiente, investigaciones han demostrado conocimientos inadecuados y actitudes negativas contra estos métodos, incluso en personal de salud, por lo cual, resulta vital promover la educación médica, la información sobre

anticonceptivos y planificación familiar e identificar las barreras para eliminarlas. Abordar las controversias con base en la evidencia científica permitirá avanzar en políticas de salud que garanticen la autonomía reproductiva y el acceso seguro para todas las mujeres.

Recomendaciones

1. Insertar el DIU-TCu tan pronto como sea posible en los siguientes 7 días después del coito no protegido; deberá ser la primera elección anticonceptiva de emergencia en países donde su uso esté regulado.
2. Administración de 30 mg de ulipristal tan pronto como sea posible en las siguientes 120 horas después del coito no protegido; deberá ser la primera elección de anticoncepción de emergencia hormonal.
3. Si las opciones más efectivas no están disponibles, la dosis única de 1,5 mg de levonorgestrel debe administrarse tan pronto como sea posible durante las 72 horas después del coito no protegido.
4. Levonorgestrel deberá ser la primera opción de anticoncepción de emergencia hormonal en mujeres que están lactando.
5. La anticoncepción de emergencia puede repetirse las veces que sea necesaria, pero debe recomendarse un método anticonceptivo regular como primera opción, debido a la mayor efectividad.
6. El principal mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia, tanto con levonorgestrel como con ulipristal, es inhibir o retrasar la ovulación.
7. Después de aplicar alguna dosis de anticoncepción de emergencia debe recomendarse abstinencia sexual o uso de métodos de barrera, debido a que la dosis utilizada solo protege de embarazo en ese coito y no en posteriores.
8. Debe recomendarse el uso de métodos de barrera por 1 semana, después de la aplicación de levonorgestrel y 2 semanas después de ulipristal.
9. Debe aconsejarse el uso de un método regular posterior a la dosis de anticoncepción de emergencia.

Referencias

1. World Health Organization. Emergency Contraception [Internet]. 2021 nov 09. [Consultado el 27 de sep del 2024]. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
2. Durand M. Anticoncepción de emergencia en la práctica clínica. *Ginecol Obstet Mex.* 2020; 88(1): S121-S130.
3. Michie L, Cameron ST. Emergency contraception and impact on abortion rates. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;63:111-119. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2019.06.008.
4. Practice Bulletin No. 152: Emergency Contraception. *Obstet Gynecol* 2015;126:e1–11. DOI: [10.1097/AOG.0000000000001047](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001047).
5. Escalante MR, Bermúdez DG, Villavicencio AJ. Anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios. ¿Qué tanto usan y conocen este método los jóvenes? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 83(4): 425-437. DOI: 10.51288/00830409.
6. Cameron ST, Li HWR, Gemzell K. Current controversies with oral emergency contraception. *BJOG* 2017; 124: 1948–1956. DOI:10.1111/1471-0528.14773.
7. Yuzpe A, Lancee W. Ethinylestradiol and dl-Norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertility and Sterility* 1977; 28 (9):932-936. DOI: [10.1016/S0015-0282\(16\)42793-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)42793-7).
8. Cleland K, Raymond E, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: evidence based recommendations for clinicians. *Clin Obstet Gynecol.* 2014; 57(4): 741–750. DOI:10.1097/GRF.0000000000000056.
9. Toro J, Pérez MM. Situaciones especiales en obstetricia y ginecología. Consenso Venezolano de Anticoncepción Hormonal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2024; 84 (sup 1): 61-83. DOI: [org/10.51288/0084S104](https://doi.org/10.51288/0084S104).
10. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. [Consultado 03 oct 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9
11. Salcedo J, Cleland K, Bartz D, Thompson I. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Emergency contraception. *Contraception.* 2023; 121: 109958. DOI: 10.1016/j.contraception.2023.109958.
12. World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update) [Internet]. Baltimore and Geneva: CCP and

- WHO;2022. [Consultado 2024 oct 03]. Disponible en: <https://fp handbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221115a.pdf>
13. Thomin A, Keller V, Darai E, Chabbert N. Consequences of emergency contraceptives: the adverse effects. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(7):893- 902. DOI: 10.1517/14740338.2014.921678.
 14. Turok DK, Godfrey EM, Wojdyla D, Dermish A, Torres L, Wu SC. Copper T380 intrauterine device for emergency contraception: highly effective at any time in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* 2013;28(10):2672- 6. DOI: 10.1093/humrep/det330.
 15. Mazer M, Ye P. Emergency contraception in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 2023; 63: 102-105. DOI: 10.1016/j.ajem.2022.10.034.
 16. Prine L. Emergency contraception, myths and facts. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34: 127–36, ix-x. DOI: 10.1016/j.ogc.2007.01.004.
 17. Committee Opinion No 707: Access to Emergency Contraception. *Obstet Gynecol* 2017; 130: e48–52. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002162
 18. Sampson O, Navarro SK, Khan A, Hearst N, Raine TR, Gold M, et al. Barriers to adolescents' getting emergency contraception through pharmacy access in California: differences by language and region. *Perspect Sex Reprod Health* 2009; 41: 110–8. DOI: 10.1363/4111009.
 19. Pérez R. La anticoncepción de emergencia en América Latina. Escenarios visibles. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2013; 73 (3): 145-148.
 20. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela. Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva [Internet]. Venezuela; 2004 [Consultado 03 oct 2024] Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ssr_norma_inicio.pdf
 21. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. La anticoncepción oral de emergencia. El debate legal en América Latina [Internet]. Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 2008. [Consultado 05 oct 2024]. Disponible en: <https://www.iidh.ed.cr/images/Publicaciones/PersonasColect/la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-el-debate-legal-en-america-latina.pdf>

NOTA: Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.