

PROTOCOLO PARA LA ENTREGA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

2021

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Ciclo Vital



MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Departamento de Ciclo Vital

Programa Nacional Salud de la Mujer

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta

Resolución N° 492 del 25 de mayo de 2021

Primera Edición: 2021

Derechos reservados ISBN:

RESPONSABLES MINISTERIALES DEL DOCUMENTO

DRA. SYLVIA SANTANDER RIGOLLET

Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

ENF. BÁRBARA LEYTON CÁRDENAS

Jefa del Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

RESPONSABLE TÉCNICO

DR. JORGE NEIRA MIRANDA

Encargado Programa Nacional de Salud de la Mujer
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

EDITORES

RODRIGO NEIRA CONTRERAS

Matrón
Programa Nacional de Salud de la Mujer
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

HERMAN ALARCÓN HINOJOSA

Matrón
Programa Nacional de Salud de la Mujer
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

LAYSA GONZALEZ ORROÑO

Programa Nacional de Salud de la Mujer
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

COLABORADORES

CETTINA D'ANGELO QUEZADA

Matrona
 Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes
 Departamento de Ciclo Vital
 División de Prevención y Control de Enfermedades
 Subsecretaría de Salud Pública

EDUARDO SOTO FERNÁNDEZ

Matrón
 Programa Nacional de Salud de la Mujer (2014-2017)
 Departamento de Ciclo Vital
 División de Prevención y Control de Enfermedades
 Subsecretaría de Salud Pública

FABIOLA RIVAS MANRIQUEZ

Matrona
 CESFAM Dr. Fernando Monckeberg

FELIPE NAYIP HASEN NARVÁEZ.

Antropólogo.
 Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
 Departamento de Ciclo Vital
 División de Prevención y Control de Enfermedades
 Subsecretaría de Salud Pública

GIORGIA CARTES BRAVO

Matrona
 Coordinadora Unidad de Obstetricia y Ginecología
 Complejo Hospitalario San José

JUAN HERRERA BUROTT

Matrón
 Departamento de Gestión de los Cuidados
 División de Atención Primaria
 Subsecretaría de Redes Asistenciales

LORENA BASTÍAS BUSTOS

Matrona
 Encargada Regional Programa Nacional de Salud de la Mujer
 Secretaría Regional Ministerial de Salud Región de Bío Bío

OSCAR PONCE MUÑOZ

Matrón
 Encargado Comunal Programa Nacional de Salud de la Mujer
 Comuna De Lo Espejo

PAMELA MENESES CORDERO

Socióloga
Departamento de Gestión de los Cuidados
División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales

RODRIGO ORELLANA COLE

Matrón
Profesor Asistente
Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y el Recién Nacido
Universidad de Chile

SOLANGE BURGOS ESTRADA

Matrona
Unidad de Mujer, Salud Sexual y Salud Reproductiva-VIH/ITS
Departamento GES Redes de Alta Complejidad y Programáticos
División de Gestión de la Red Asistencial
Subsecretaría de Redes Asistenciales

YASMINA VIERA BERNAL

Abogada
División Jurídica
Gabinete Ministerial

ÍNDICE

ABREVIATURAS	7
INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVO DEL PROTOCOLO	9
ALCANCE	9
POBLACIÓN OBJETIVO	9
RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO	9
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES.	11
Definición de anticoncepción de emergencia	11
Mecanismo de acción	11
Seguridad de la pastilla anticonceptiva de emergencia	12
Efectos benéficos	12
Efectos adversos	12
Efectos secundarios	12
Criterios médicos de elegibilidad	13
Interacción con otros fármacos	14
CAPÍTULO 2: INDICACIONES.	16
Contraindicaciones	17
Anticoncepción hormonal de emergencia y algunas condiciones específicas.	18
Consideraciones al momento de la atención clínica:	20
Inicio o continuación de método anticonceptivo regular en APS	22
Reanudación o inicio de anticoncepción regular después de la administración de la Pastilla Anticonceptiva de Emergencia	22
ANEXO N° 1: FLUJOGRAMA PARA LA ENTREGA DE LA PASTILLA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA	25
ANEXOS N°2: LISTADO DE MARCO REGULATORIO NACIONAL ASOCIADO A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

ABREVIATURAS	
AE	Anticoncepción de Emergencia
APS	Atención Primaria de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
PAE	Píldora de Anticoncepción de Emergencia
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
FLASOG	Federación Latinoamericana de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.
ICEC	Consortio Internacional de Anticoncepción de Emergencia
MINSAL	Ministerio de Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
mg	Miligramos
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
UPA	Acetato de ulipristal
UNACCESS	Unidad de Atención y Control en Salud Sexual
AE-LNG	Anticoncepción de Emergencia de Levonorgestrel
DAU	Datos de atención de urgencia
µg	Microgramos

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción hormonal de emergencia, se refiere a aquellos métodos anticonceptivos utilizados para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual no protegida¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda facilitar el acceso a anticoncepción de emergencia para disminuir los embarazos no planeados y, en consecuencia, el aborto².

En este contexto, la Anticoncepción de Emergencia (AE) puede contribuir a disminuir los embarazos no planeados y sus consecuencias sociosanitarias, especialmente entre aquellas mujeres con demanda no satisfecha de anticonceptivos. También permite a las mujeres ejercer su derecho a prevenir un embarazo después de una violación⁵. Por esta razón la OMS recomienda garantizar el acceso oportuno y de calidad a información y servicios de regulación de la fertilidad, incluida la anticoncepción de emergencia³.

La AE, ha sido conocida también como “anticoncepción post-coital” y a las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia (PAE) se las ha llamado “la píldora del día después”, lo cual puede ser confundente ya que puede usarse varios días después de un coito no protegido.

La eficacia de la AE, se expresa a través del porcentaje de embarazos que se evitan gracias al uso del método. Cuando se usan píldoras de levonorgestrel solo, la eficacia es mayor que cuando se usan píldoras combinadas (método de Yuzpe). Además, existe una relación inversa entre la eficacia anticonceptiva y el tiempo que transcurre entre la relación sexual desprotegida y la administración de AE, disminuyendo su eficacia^{4,5,7,8}. Aunque la anticoncepción hormonal de emergencia es eficaz, ésta es menor que la de los métodos anticonceptivos modernos de uso regular, por lo cual se recomienda su uso solamente después de una relación sexual sin protección anticonceptiva y no como método anticonceptivo regular.

En Chile, la Ley N° 20.418²⁶, promulgada en enero de 2010, fija “Normas Sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad”. Este cuerpo legal cumple con los compromisos internacionales suscritos por el Estado que lo comprometen a entregar servicios de regulación de la fertilidad a toda la población, incluida la anticoncepción de emergencia, considerando que la evidencia científica actual descarta razonablemente el efecto abortivo de las píldoras. Del mismo modo, el año 2011, a través de la Ley N° 20.533, se modifica el Código Sanitario con el fin de permitir a profesionales matrones y matronas la prescripción de píldoras anticonceptivas, incluidas las de emergencia. Para efectos del marco jurídico actual es relevante mencionar que en enero del año 2018 se publicó la actualización de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, documento que vino a complementar la Ley N° 20.418 con el objetivo de regular el acceso y la calidad de los servicios de anticoncepción.

OBJETIVO DEL PROTOCOLO

Proporcionar a los prestadores de salud de atención pública y privada, información estandarizada para la construcción de protocolos locales de entrega de anticoncepción de emergencia.

ALCANCE

Protocolo para ser utilizado por profesionales de la red pública y privada de salud, para construir protocolos locales de atención para la entrega de anticoncepción de emergencia al menos en servicios de urgencia hospitalaria, hospitales comunitarios, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud familiar, servicios de atención primaria de urgencia y postas de salud rural.

POBLACIÓN OBJETIVO

- Personas en edad fértil que solicitan anticoncepción de emergencia para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección, o bien si existe un fallo en el método anticonceptivo utilizado o existe un uso incorrecto de ellos.
- Prestadores de salud de atención pública y privada.

RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO

Profesionales, técnicos profesionales y funcionarios administrativos de la Atención Primaria de Salud, servicios de urgencias, posta rural, Espacios Amigables de Atención para Adolescentes, en centros de salud pública o privada.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

Definición de anticoncepción de emergencia

La AE, se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección anticonceptiva. Existe una relación inversa entre la eficacia anticonceptiva y el tiempo que transcurre entre la relación sexual desprotegida y la administración de AE^{4,5,7,8}. (Tabla N°1), ante lo cual se recomienda su uso hasta 120 horas posteriores al coito⁹. La AE ha sido conocida también como “anticoncepción post-coital” y a las píldoras usadas para anticoncepción de emergencia (PAE) se las ha llamado “la píldora del día después”, lo que puede confundir ya que puede usarse varios días después de un coito no protegido. La anticoncepción de emergencia está aprobada por la OMS⁵ y su uso es recomendado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)¹⁰ y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)¹¹.

Tabla N°1: Eficacia estimada de la anticoncepción de emergencia: embarazos que se evitarían según día de uso.

Levonorgestrel		Método de Yuzpe	
Día 1 a 3	91% - 69%	Día 1 a 3	72,8% (uso correcto) 66,5% (uso típico)
Día 4	83%	Día 4 a 5	77,2% (uso correcto) 54,6% (uso típico)
Día 5	31%		

Fuente: MINSAL. Norma Nacional sobre Regulación de la Fertilidad aprobada por Decreto Supremo N° 7 del 07 de febrero de 2017.

Aunque el uso repetido no es aconsejable porque las PAE son menos efectivas que los métodos anticonceptivos de uso regular, no hay razones médicas que impidan usarla nuevamente¹². El usar píldoras de levonorgestrel varias veces por ciclo no causa efectos secundarios serios, pero sí sangrado irregular. Se debe tener en consideración que el uso repetido de PAE es un signo de alerta acerca de la necesidad de mayor asesoramiento en opciones anticonceptivas de uso regular para la mujer consultante.

Mecanismo de acción

El principal mecanismo de acción de las PAE de levonorgestrel, es la interferencia con el proceso de la ovulación^{13,14}. Si se ingieren antes del inicio del alza pre-ovulatoria de la hormona luteinizante, el levonorgestrel puede inhibir dicha alza, impidiendo el desarrollo folicular y la maduración y/o liberación del óvulo (ovocito)^{15,16,17,18}. La PAE de levonorgestrel, no altera el endometrio ni evita la implantación de un huevo fecundado en el útero y no tiene efecto alguno sobre el curso de embarazo cuando ya hay un embrión implantado^{19,20,21,22,23,24,25}.

El uso del levonorgestrel, ingerido durante un embarazo inicial, no se asocia a un aumento en las tasas de aborto espontáneo y no tiene efecto alguno sobre el peso de nacimiento o en la razón de sexos al nacer. El levonorgestrel tampoco daña a un feto en desarrollo ni causa malformaciones^{26,27}.

Hay menos información sobre el mecanismo de acción del régimen de anticoncepción de emergencia con píldoras combinadas de etinil-estradiol y levonorgestrel (Régimen de Yuzpe), pero los resultados

disponibles también indican que interfieren con el proceso ovulatorio y que no interrumpen un embarazo establecido ni causa un aborto^{28,29}.

Seguridad de la pastilla anticonceptiva de emergencia

El uso de la PAE es seguro para todas las mujeres, incluidas las adolescentes. En el levonorgestrel, el ingrediente activo es bien tolerado y no se conoce que provoque alergias, se elimina del cuerpo en pocos días, no es adictivo y se ha demostrado que no produce reacciones tóxicas^{30,31,32}.

La PAE de levonorgestrel no presenta riesgo de sobredosis y no tiene interacciones importantes con otros medicamentos ni contraindicaciones para su uso. El uso repetido no presenta riesgos conocidos para la salud y no se han reportado efectos adversos severos, en mujeres que han usado PAE más de una vez en un ciclo menstrual^{33,34,35}.

Las investigaciones actuales muestran que la anticoncepción de emergencia (usada desde hace varias décadas) no se asocia con un incremento en el riesgo de cáncer³⁶.

Anticoncepción hormonal de emergencia y embarazo ectópico

Todos los métodos anticonceptivos reducen el riesgo absoluto de embarazo ectópico al prevenir el embarazo en general. Una revisión sistemática de la literatura encontró que 1% de los embarazos que se presentaron después del uso del régimen de AE de levonorgestrel fueron embarazos ectópicos, cifra similar al riesgo de embarazo ectópico en embarazadas que no usaron AE^{37,40}.

Anticoncepción hormonal de emergencia y fertilidad futura

El uso de anticoncepción hormonal, incluyendo las PAE, no tiene efecto sobre la fertilidad futura. La PAE de levonorgestrel se eliminan del organismo en pocos días y las mujeres que han usado PAE pueden quedar embarazadas después de cualquier relación sexual subsiguiente⁴⁰.

Efectos benéficos

El uso de la PAE es el último recurso para prevenir un embarazo no planeado⁵.

Efectos adversos

No se conocen efectos médicos adversos, por lo que el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia no implica riesgos para la salud^{38,39}. No hay efectos cardiovasculares asociados y tampoco se reportan casos de enfermedad tromboembólica⁴⁰.

Efectos secundarios

Algunas mujeres experimentan efectos secundarios leves y de corta duración. El levonorgestrel produce considerablemente menos molestias que el Régimen de Yuzpe. No hay diferencia en los efectos secundarios entre el uso de una dosis única de 1,5 mg de levonorgestrel y el uso de dos dosis de 0,75 mg separadas por 12 horas⁴¹.

Tras la ingesta de levonorgestrel los ciclos menstruales suelen ser normales y aparecen en la fecha prevista, aunque algunas veces podría ocurrir un sangrado irregular durante el primer ciclo tras la ingesta de levonorgestrel, menor a una regla, a los pocos días de la toma^{5,40}.

Otros efectos secundarios reportados, incluyen fatiga, molestias abdominales, náuseas y vómitos que no duran más de 24 horas⁴⁰. En relación a las náuseas y vómitos no se recomienda el uso habitual de antieméticos antes de tomar la PAE. El tratamiento previo con ciertos antieméticos puede considerarse según la disponibilidad y el criterio del médico dados los efectos secundarios de los antieméticos⁴². Si la mujer vomita dentro de las 2 hrs. después de tomar las píldoras, deberá tomar otra dosis. Si los vómitos continúan, se puede evitar la repetición de la dosis oral, siendo reemplazada por la colocación de la pastilla profundamente a nivel vaginal. Si los vómitos se presentan después de las 2 hrs. de la ingesta de la píldora, no necesita tomar ninguna píldora adicional.

Criterios médicos de elegibilidad

Los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) son la directriz de la OMS para determinar quiénes pueden usar métodos anticonceptivos de forma segura. Las condiciones de salud consideradas, se clasifican en cuatro categorías de acuerdo a la elegibilidad según método anticonceptivo, las cuales poseen una definición operativa para orientar objetivamente el criterio clínico (Cuadro N°1).

Tabla N°1: Categorías de los criterios médicos de elegibilidad.

Categoría	Condición	Con criterio clínico <i>(Interpretación para profesional de salud especializado)</i>	Con criterio clínico limitado <i>(interpretación para profesionales de la salud no especializados)</i>
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisiblesi se utiliza el método anticonceptivo	No se debe usar el método	4
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generales superan las ventajas del uso del método	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos no estén disponibles o no sean aceptados	
2	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados	En general, use el método	Sí (Use el Método)
1	Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo	Use el método en cualquier circunstancia	

En relación a la PAE, dado que no se trata de un medicamento de uso continuo, no existen patologías médicas que contraindiquen su uso. La tabla N° 2 expone los criterios médicos de elegibilidad para el uso de PAE, detallándose las condiciones para las cuales se ha clasificado como criterio de elegibilidad categoría 1 y 2 (ver tabla N°1):

Tabla N°2 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de PAE.

CONDICIÓN	CATEGORÍA	
	Yuzpe	Levonorgestrel
Embarazo	No aplica	No aplica
Lactancia	1	1
Embarazo ectópico	1	1
Obesidad	1	1
Historia de enfermedad cardiovascular severa (enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular u otras condiciones tromboembólicas)	2	2
Migraña	2	2
Enfermedad hepática grave (incluyendo ictericia)	2	2
Uso de rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbamazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>)	1	1
Uso de PAE repetida	1	1
Violación	1	1

Fuente: MINSAL. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad aprobada por Decreto Supremo N° 7 del 07 de febrero de 2017.

Interacción con otros fármacos

La evidencia indica que la rifampicina disminuye en hasta un 90% los niveles plasmáticos de un modelador selectivo de los receptores de progesterona, conocido como acetato de ulipristal (UPA), y usado también como píldora anticonceptiva de emergencia⁴³. Si bien es cierto, el acetato de ulipristal no se encuentra disponible en el sistema público de salud chileno, la OMS establece la preocupación teórica sobre si esta interacción pudiese extenderse a las píldoras anticonceptivas de emergencia, ya sea en método Yuzpe o con levonorgestrel solo, puesto que comparten las mismas vías metabólicas¹⁰.

Un estudio demostró que el uso del antiretroviral Efavirez disminuiría en un 56% los niveles plasmáticos de levonorgestrel en mujeres que utilizan la dosis de 0,75 mg en comparación con el uso de levonorgestrel en una sola toma⁴⁴.

CAPÍTULO 2

INDICACIONES.

¿Cuándo indicar?

La PAE puede ser solicitada u ofrecida en las siguientes situaciones:

- * Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo y que no deseen un futuro embarazo.
- * Uso incorrecto o accidente con un método anticonceptivo:
 - Ruptura, desplazamiento o uso incorrecto del condón.
 - Desplazamiento del diafragma.
 - Expulsión del dispositivo intrauterino o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método.
 - Incertidumbre clínica de la presencia del dispositivo intrauterino.
 - Relaciones sexuales en el período fértil en parejas que usan métodos de abstinencia periódica.
 - Atraso en el inicio u olvido de tomar varias píldoras anticonceptivas.
 - Atraso en el inicio de una nueva dosis de un anticonceptivo inyectable o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método.
 - Atraso en el inicio de una nueva dosis de un anillo o un parche anticonceptivo o interrupción de su uso durante los días de tratamiento.
 - Atraso en el inicio del uso de un implante anticonceptivo o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método.
 - Uso de algún medicamento que puede reducir la eficacia anticonceptiva de los métodos hormonales.
- * En caso de agresión sexual, cuando la mujer no estaba protegida por un método de anticonceptivo eficaz.

¿Qué se indica?

En Chile se utilizan dos regímenes, los cuales contienen las mismas hormonas utilizadas en los métodos anticonceptivos de uso regular.

- **Régimen de levonorgestrel:** es el más usado y consiste en consumir 1,5 mg de levonorgestrel de una sola vez. Existen dos presentaciones disponibles, una que contiene una píldora de 1,5 mg de levonorgestrel y otra con dos píldoras de 0,75 mg cada una. Esta última está registrada para ser tomada con intervalo de 12 hrs, entre cada píldora, pero la recomendación es ingerir las dos píldoras al mismo tiempo para mejorar la eficacia y evitar olvidos posteriores. Si no es posible contar con las presentaciones antes señaladas, se puede reemplazar por 50 píldoras de levonorgestrel de 0,03 mg ingeridas con un intervalo de 12 horas (25 píldoras cada 12 horas).
- **Régimen de Yuzpe:** Consiste administrar 200 µg o 0,2 mg de Etinil-estradiol y 1.000 µg o 1,0 mg de Levonorgestrel. Como no existe un producto específico para esa dosis, se debe consumir 8 píldoras anticonceptivas combinadas que contengan 0,03 mg de etinil-estradiol y 0,15 mg de levonorgestrel, separadas por un intervalo de 12 hrs. (4 píldoras cada 12 horas).

Administración: Las píldoras anticonceptivas de emergencia son el último recurso para evitar un embarazo no planeado en muchas situaciones. Los prestadores de salud deben entregar de manera obligatoria la AE, a toda persona que lo solicite, siempre que no hayan transcurrido más de 120 horas o 5 días desde la relación sexual. La eficacia del método disminuye conforme pasan las horas, por tanto, es imprescindible administrarlo apenas se solicite, por lo que debe considerarse como una atención de urgencia que debe ser resuelta lo antes posible, evitando generar barreras que dificulten la atención.

Para facilitar este proceso, se entregan las siguientes recomendaciones:

- Si se cuenta con la presentación de 2 comprimidos, de 0,75 mg de levonorgestrel cada uno, se recomienda ingerir los 2 comprimidos juntos por vía oral en una sola toma, dentro de las primeras 120 horas o 5 días siguientes al coito desprotegido.
- La ingesta se realizará preferentemente en presencia del profesional sanitario que le haya atendido, aunque esta acción no es de carácter obligatorio. En el caso de adolescentes, se debe intencionar el acompañamiento y guía en la ingesta presencial del profesional proveedor de la PAE.
- Si no se cuenta con presentaciones de levonorgestrel solo, se facilitará anticoncepción de emergencia de acuerdo al método de Yuzpe, solicitando ingerir de forma inmediata las 4 primeras píldoras de anticonceptivos hormonales combinados. Se hará entrega de las 4 píldoras restantes para ser ingeridas a las 12 horas.
- En caso de vómitos dentro de las 2 horas posteriores a su administración, se deberá repetir la toma. En caso de vómitos intensos o persistentes las píldoras pueden administrarse por vía vaginal.
- En el caso de que la mujer esté utilizando, de forma concomitante, fármacos que puedan interactuar con el levonorgestrel reduciendo su eficacia, la pauta será de una toma de 1,5 mg de levonorgestrel (2 comprimidos) y a las 12 horas una segunda toma de 0,75 mg (1 comprimido).
- En el caso que la consulta se realice en APS o en un Espacio Amigable¹ de Atención para Adolescentes, además se debe ofrecer la entrega de condones de acuerdo a las necesidades y requerimientos de la persona consultante.
- Realizar consejería sobre anticonceptivos de uso regular (escrito y oral) y, en lo ideal, indicar un método en ese momento y/o entregar citación o derivación para su inicio en días posteriores.

Contraindicaciones

Según la Organización Mundial de la Salud, **no existen contraindicaciones absolutas** para el uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia combinadas o de levonorgestrel solo. En el caso de aquellas mujeres con enfermedad cardiovascular grave, migraña con aura o insuficiencia hepática grave, se debe considerar que la duración del uso de las PAE es menor en comparación con el uso de un método anticonceptivo de uso regular, por tanto, no deben esperarse efectos adversos severos para la salud de la mujer. En el mismo sentido, el beneficio de administrar la anticoncepción de emergencia es mucho mayor que las complicaciones que conllevaría un embarazo en una mujer con insuficiencia hepática o enfermedad cardiovascular grave.

1- Estos dispositivos que están instalados en la Atención Primaria de Salud, atienden a adolescentes entre los 10 a los 18 años. abordar las dificultades de acceso de la población adolescente, otorgando una atención más adecuada, pertinente y de calidad para este grupo.

Las presentes indicaciones, han sido nuevamente ratificadas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y por la Agencia para el desarrollo internacional de los Estados Unidos (USAID) en donde se explicita que todas las mujeres pueden usar PAE de manera segura y efectiva, incluidas las mujeres que no pueden usar métodos anticonceptivos hormonales en curso. Debido a la naturaleza a corto plazo de su uso, no hay condiciones médicas (por ejemplo, diabetes, hipertensión, VIH, etc.) que hagan que las PAE sean inseguras para ninguna mujer^{45,46}.

Anticoncepción hormonal de emergencia y algunas condiciones específicas.

- **Anticoncepción hormonal de emergencia en mujeres obesas:** Aunque la evidencia al respecto aún es limitada, un estudio sugiere que las píldoras anticonceptivas de urgencia podrían ser menos eficaces en las mujeres obesas (con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m²) que en las mujeres con un índice de masa corporal menor a 25 kg/m². No obstante lo anterior, las PAE no presentan toxicidad ni problemas de seguridad en mujeres obesas por tanto no debe restringirse su uso en esta población.
- **Anticoncepción hormonal de emergencia en adolescentes:** En muchos lugares la población adolescente no tiene acceso adecuado a la información y a los servicios de anticoncepción necesarios para proteger su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Es imperioso eliminar las barreras para acceder a los servicios. La edad en sí no constituye una razón médica para negar el acceso y el uso de cualquier método a personas adolescentes.

Las PAE son seguras para todas las mujeres, independientemente de la edad. Las adolescentes no presentan tasas más altas de efectos secundarios y son capaces de comprender los prospectos informativos y otras instrucciones sobre el uso del método^{47,48}. El acceso de las adolescentes a las PAE no debe estar restringido por razones clínicas o programáticas⁴⁹, lo cual siempre debe ir acompañado de una consejería pertinente y con información simplificada para favorecer la posterior utilización de métodos de regulación de la fertilidad de forma regular, si la adolescente lo desea.

Lo anterior está respaldado por la Ley N° 20.418, la cual establece que las adolescentes menores de 14 años deben tener acceso a la anticoncepción de emergencia, informando con posterioridad de este hecho al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale.

- **Anticoncepción hormonal de emergencia y lactancia:** Una mujer que tiene menos de seis meses posparto, está amamantando en forma exclusiva y no ha tenido ningún período menstrual desde el parto, tiene muy pocas probabilidades de estar ovulando. Sin perjuicio de lo anterior y en los casos que la mujer requiera de PAE y no cumpla alguno de los criterios anteriormente descritos, puede estar en riesgo de embarazo. El régimen de PAE con levonorgestrel no está contraindicado durante la lactancia. A su vez, si se utiliza PAE con Acetato de ulipistral (UPA), debe adoptarse como medida de precaución no amamantar durante una semana, se debe extraer y desechar la leche materna⁵⁰.
- * **Entrega anticipada:** El régimen de ingesta de la PAE de levonorgestrel es simple de seguir, no se necesita supervisión médica para un uso correcto⁵⁰. Los resultados de investigaciones han demostrado que tanto las mujeres jóvenes como las adultas

encuentran que las etiquetas e instrucciones son fáciles de entender^{51,52}. La evidencia es clara al indicar que facilitar el acceso a las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no aumenta las conductas sexuales o anticonceptivas de riesgo^{53,54}. Las mujeres que recibieron anticoncepción de emergencia de levonorgestrel solo, en un contexto de no emergencia (es decir, antes de necesitarla) presentaron una mayor probabilidad de usarla cuando la necesitaron y de tomarla dentro de 12 horas después de la relación sexual, período en que es más efectiva⁵⁵. También la evidencia señala que no hay correlación entre el conocimiento sobre, o el acceso a las píldoras de emergencia en adolescentes mujeres jóvenes, y la probabilidad de que se hicieran activas sexualmente. Las mujeres adolescentes y jóvenes que recibieron múltiples suministros de píldoras anticonceptivas de emergencia en una misma oportunidad, no usaron las píldoras repetidamente en vez de métodos anticonceptivos de rutina.

Finalmente, aunque no se ha demostrado que la entrega anticipada tenga un efecto significativo en la disminución del riesgo de embarazo no planeado, por los argumentos señalados anteriormente, no hay razones para oponerse a esta práctica^{56,57,58,59}. **Se recomienda a los niveles locales, diseñar e implementar estrategias de entrega de recetas anticipadas o, en la medida de lo posible entrega anticipada de píldoras, a ciertas poblaciones de riesgo o de difícil acceso, con el fin de propiciar el uso precoz, cuando la mujer necesite anticoncepción de emergencia; esto no excluye que se deba intencionar la búsqueda activa de estas mujeres para su adherencia al programa de regulación de la fertilidad.**

- * **Uso de PAE e ITS/VIH:** Estos métodos no protegen contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, lo que debe informarse a las potenciales usuarias. En el caso de mujeres que han tenido una relación sin protección, debe evaluarse el riesgo de haber estado expuesta a adquirir una ITS y recomendar estudios diagnósticos y/o profilaxis si corresponde. En casos de violencia sexual se debe ofrecer y entregar profilaxis farmacológica con consejería y seguimiento. Se debe recomendar y entregar condones como doble protección a todas las mujeres que están expuestas al riesgo de contraer o transmitir una ITS en el futuro^{60,61}.

No obstante, lo anterior las mujeres adolescentes y jóvenes que han usado píldoras anticonceptivas de emergencia no presentan un riesgo mayor de infecciones de transmisión sexual en comparación con las que nunca han usado anticoncepción de emergencia⁶².

¿Quién y dónde se indica?

La PAE puede ser entregada a las personas que lo soliciten, en servicios de urgencia hospitalaria, hospitales comunitarios, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud familiar, servicios de atención primaria de urgencia y postas de salud rural. En cada uno de estos centros, se deben generar las coordinaciones para asegurar disponibilidad de PAE.

En el caso de las Postas de Salud Rural u otro establecimiento de salud, la ausencia de un profesional de la salud habilitado para la prescripción e información, no es motivo para restringir la entrega de la anticoncepción de emergencia, dado que la dispensación de la pastilla no requiere de receta, por lo que el técnico paramédico de la Posta hará uso de los medicamentos del Arsenal Farmacológico Básico de acuerdo a los lineamientos señalados en el protocolo de atención vigente⁶³. En tal sentido, se espera que todos los Servicios de Salud posean un protocolo de entrega de anticoncepción de

emergencia en el cual el técnico paramédico, técnico nivel superior en enfermería u otro técnico o profesional, proceda a la entrega de dicho medicamento, comunicando al profesional responsable en su centro de referencia. Posteriormente se debe derivar para consejería y/o inicio de métodos de regulación de la fertilidad. Es deseable que los servicios de salud dispongan de material educativo informativo para asociada a la entrega de la PAE.

Si la PAE es entregada en un servicio de urgencia, se debe incentivar a la persona a ingresar a control de regulación de la fertilidad en atención primaria o consulta privada. Para tal fin, el profesional que realice la atención, entregará a la persona consultante un documento *ad hoc* que señale la fecha de entrega del medicamento, con el fin de facilitar el acceso a la atención primaria. En lo ideal, la mujer debiera ser atendida en atención primaria dentro de los 14 días siguientes al uso de la PAE.

Consideraciones al momento de la atención clínica:

Biomédicas:

- * No requiere receta médica para su venta o su entrega.
- * No se precisa realizar ningún tipo de exploración ginecológica o clínica antes de la administración de este medicamento.
- * No precisa firmar consentimiento informado ni ningún otro documento.
- * No altera el resultado del test de embarazo.
- * Puede utilizarse en mujeres durante la lactancia.
- * Puede repetirse la administración de levonorgestrel en un mismo ciclo si hubo otro coito de riesgo después de una toma anterior.
- * El levonorgestrel no es adecuado como método anticonceptivo habitual por su menor eficacia comparada con el resto de los métodos anticonceptivos hormonales actuales. Es menos eficaz también que el DIU e incluso que los condones.
- * En caso de que se produzca un retraso mayor de 7 días en la fecha prevista para la próxima regla, se recomienda que la mujer solicite una hora en la atención primaria de salud con la matrona/ón o con su médico ginecólogo si se atiende en el sector privado, con la finalidad de descartar un embarazo. Se sugiere facilitar el acceso a la atención dentro de este periodo.
- * No se precisa programar un seguimiento posterior al uso de anticoncepción de emergencia. Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda sugerir un control posterior con matrona/ón para consejería en métodos de regulación de la fertilidad en caso de ser pertinente y en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual derivar para sus siguientes controles en la Unidad de Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS), según realidad local.

Legales:

- * **Entrega a adolescentes menores de 14 años:** De acuerdo con lo establecido en el artículo 2 de la Ley N° 20.418, en aquellos casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años, el funcionario o

facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale. De este modo las personas menores de 14 años deben tener acceso a la anticoncepción de emergencia y con posterioridad cumplir con el deber de información consignado en la ley.

Para lo anterior, se sugiere que al momento de registrar la atención se consignen los datos mínimos necesarios para informar del hecho al adulto responsable que la menor señale en la ficha clínica, datos de atención de urgencia (DAU) o registro local para estos fines.

No corresponde poner condiciones para la entrega de la PAE tales como, solicitar en el momento la presencia o de un adulto, ni mucho menos la autorización de éstos.

- * **Entrega a adolescentes mayores de 14 años:** La ley N° 20.418 establece que las personas mayores de 14 años deben acceder a AE, en el momento en que lo soliciten, sin mediar consentimiento alguno por parte de un tercero ni informar de manera posterior a algún adulto. Esto incluye a adolescentes hombres, bajo lo mismo que estipula la ley N° 20.418.
- * **Entrega a hombres:** La ley 20.418 establece el acceso efectivo a todos los métodos anticonceptivos disponibles, para todas las personas, sin restricción de ningún tipo. En el caso de que es un hombre quien solicita la PAE, para ser usada por su pareja, se le debe entregar sin restricciones y cuestionamientos de ninguna índole, educando sobre los efectos secundarios, sobre la eficacia de la PAE y sobre la urgencia de iniciar un método anticonceptivo de uso regular.
- * **Entrega en caso de violación o sospecha de violencia sexual:** Conforme lo dispuesto en el artículo 5 de la ley N° 20.418: “Si al momento de solicitarse la prescripción médica de un método anticonceptivo de emergencia o de solicitarse su entrega en el sistema público o privado de salud fuese posible presumir la existencia de un delito sexual en la persona del solicitante o para quien se solicita, 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 [exámenes médicos y pruebas relacionadas con ciertos delitos]”.

Para los puntos anteriores, y según lo dispuesto por el artículo 48 del Código Civil, el cumplimiento de todos los plazos de días, meses o años se entenderán que han de ser completos; y correrán además hasta la medianoche del último día del plazo, es decir, se entenderá como adolescente menor de 14 años toda adolescente con una edad de 13 años, 11 meses y 29 días⁶⁴.

Económicas:

- * La píldora anticonceptiva de emergencia debe estar disponible y ser dispensada de forma gratuita en todos los establecimientos de la red pública de salud del país, para todas las personas beneficiarias del sistema público que la requieran. En el caso de que la persona consultante no sea beneficiaria del sistema de salud, podrá tener acceso a la consulta y al medicamento, para lo cual deberán arbitrarse las medidas para su debida atención pagando el respectivo costo de la atención, que conlleva la consulta profesional y la entrega del producto.
- * No requiere receta médica o profesional para la venta y entrega de la PAE⁶⁵.

Inicio o continuación de método anticonceptivo regular en APS

- * Toda mujer que consulta solicitando PAE, debe ser referida a APS para continuar o iniciar un método anticonceptivo regular. De acuerdo a las características de cada persona, al momento de la consulta debe evaluarse el inicio inmediato del método y/o entregar anticonceptivos para su inicio una vez finalizado el tratamiento con PAE. Por otro lado, siempre se debe ofrecer condones a la persona, de acuerdo a sus necesidades particulares y deseos de recibirlos, aunque no se haya hecho entrega de anticoncepción de emergencia. Para que esto sea efectivo se recomienda gestionar una hora con profesional matrona/ón lo antes posible idealmente dentro de los 14 días posteriores a la entrega de PAE.

Reanudación o inicio de anticoncepción regular después de la administración de la Pastilla Anticonceptiva de Emergencia

- * La entrega de orientación es importante, pero no debe ser un requisito para dar o prescribir la anticoncepción de emergencia. Del mismo modo, es recomendable que la mujer reciba un método anticonceptivo regular junto con la administración de PAE, pero si no existe disponibilidad de métodos regulares, no debe posponerse ni retrasarse la administración de píldoras de emergencia.
- * Tras la administración de PAE de levonorgestrel o combinadas, una mujer puede reanudar el uso o comenzar a usar anticonceptivo de forma inmediata, considerando los criterios de elegibilidad de la OMS para el método seleccionado. Si se desea un dispositivo intrauterino (DIU) o un implante subdérmico, se pueden colocar en cualquier momento en cuanto se determine que no está embarazada.
- * Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, puede empezar a usar anticonceptivos hormonales combinados, anticonceptivos con progestágeno solo o DIU, en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada (Criterios de *quick start*) y cumple con los criterios de elegibilidad de la OMS para el método seleccionado, por ejemplo, al inicio de su próximo periodo menstrual. En lo posible, debe proveérsele el método escogido en la misma consulta para facilitar el inicio oportuno de este, y entregar métodos de barrera.
- * En el caso de que el inicio del método elegido no sea al inicio del período menstrual, se debe recomendar a la mujer que se abstenga de tener relaciones sexuales o que use un método anticonceptivo de barrera durante siete días después de iniciar el uso de anticonceptivos hormonales combinados (píldoras o inyectables) o anticonceptivos con progestágeno solo (inyectables, implantes o dispositivos intrauterinos con levonorgestrel).
- * Si después de iniciar un método anticonceptivo combinado de uso regular, la mujer no presenta el sangrado por deprivación hormonal después de tres semanas, es recomendable que se realice una prueba de detección temprana del embarazo.

La consulta de las potenciales usuarias de anticoncepción hormonal de emergencia se debe considerar una prioridad, debido a que la eficacia del método disminuye mientras mayor es el intervalo entre el acto sexual no protegido y el uso de las PAE. Más aún, cuando no hay causas médicas que restrinjan el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia, y no requiriendo evaluaciones de salud como

rutina. Si a pesar de lo anterior, existen dudas razonables respecto a estado de embarazo, se puede hacer un examen clínico y una determinación de gonadotropina coriónica en sangre.

Las principales recomendaciones durante la consulta son:

- * Generar estrategias locales para garantizar que la consulta por PAE sea satisfecha de manera espontánea y en el menor tiempo de espera posible. Según la realidad local, se debe disminuir al máximo las barreras para poder acceder al medicamento.
- * Enfatizar que utilizar AE es una decisión personal que sólo corresponde a la mujer que la solicita.
- * Educar que no debe usarse como un método definitivo de regulación de fertilidad, ya que su eficacia es baja en comparación a un método de uso regular.
- * Evaluar la última menstruación y si esta fue similar a ciclos anteriores, para excluir embarazo.
- * Preguntar por la fecha del último coito sin protección anticonceptiva, para confirmar que la mujer se encuentra dentro del tiempo recomendable de uso de PAE.
- * Confirmar que la mujer no se encuentra planificando embarazo y que comprende, por medio de consejería, que existe la posibilidad de gestación aún después de usar este método.
- * Informar sobre los posibles efectos colaterales de las PAE y cómo manejarlos. Enfatizar que la dosis necesita ser repetida si se producen vómitos dentro de 2 horas después de haber tomado las píldoras. En casos puntuales es posible recomendar antiemético.
- * Ante la sospecha de explotación sexual comercial, existe el deber de denunciar independiente de la edad de la solicitante.
- * En el caso particular en que la PAE sea solicitada por una adolescente, ante la sospecha de la ocurrencia de un delito sexual, existe el deber de denunciar.
- * Si bien la entrega de la PAE no está supeditada a la realizar de una consejería, esta acción de salud es recomendable.
- * Entregar citación para el inicio del uso de un método anticonceptivo de uso regular y/o entregar inmediatamente el método seleccionado previa consejería para asegurar el inicio oportuno de este.

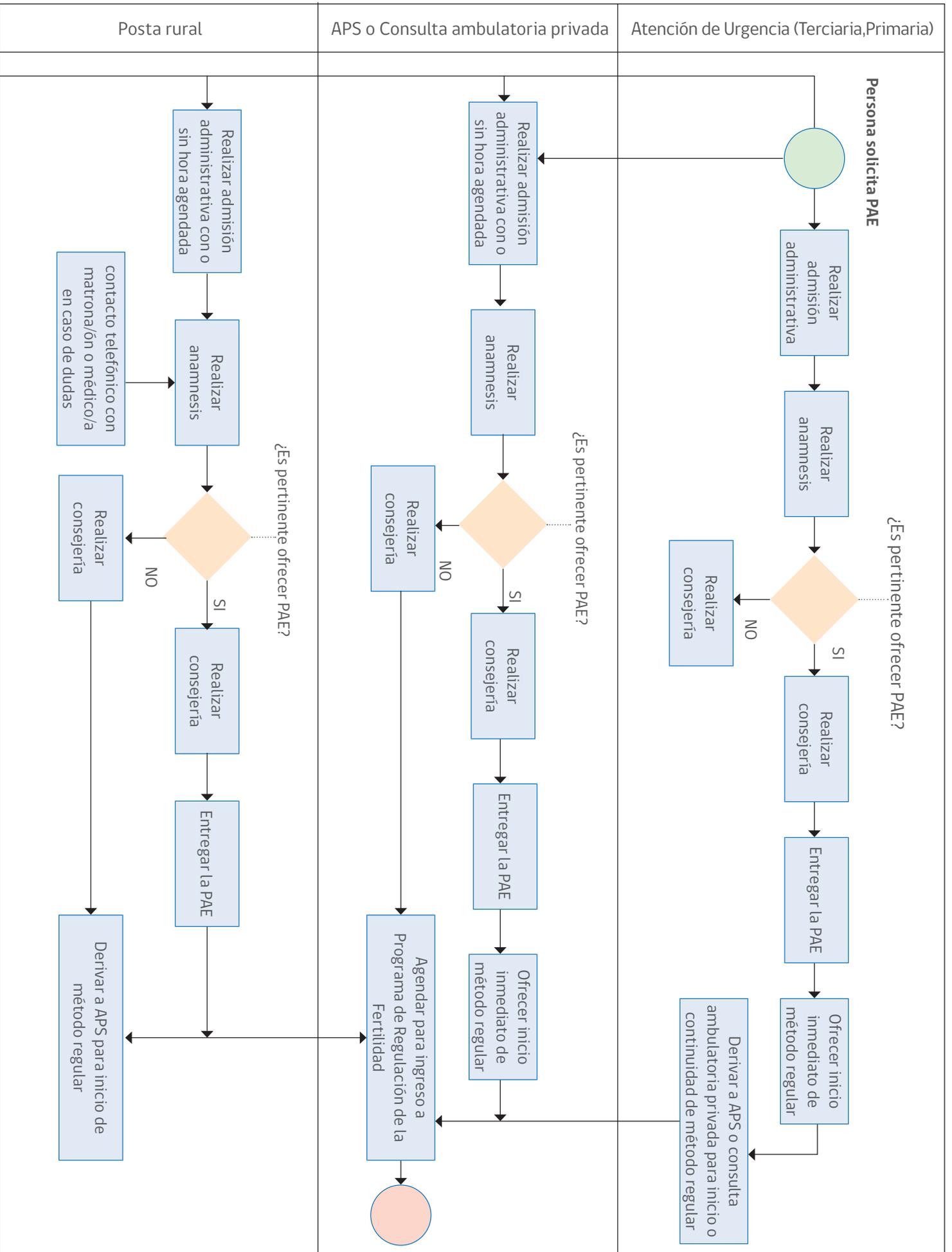
ANEXOS

ANEXO N° 1:

FLUJOGRAMA PARA LA ENTREGA DE LA PASTILLA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

Cada prestador de salud de atención pública y atención privada, debe determinar su adecuación local al presente flujograma general para la entrega de la pastilla anticonceptiva de emergencia (Figura N°1).

Figura N°1: Flujoograma General para la entrega de la Pastilla Anticonceptiva de Emergencia.



ANEXOS N°2:

LISTADO DE MARCO REGULATORIO NACIONAL ASOCIADO A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

- * Ley 20.418 que Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.
- * Decreto 49 del Ministerio de Salud: promulgado el 07 de octubre de 2011 el cual "Aprueba reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad".
- * Circular N°34 del Ministerio de Salud del 18 de octubre del 2013 sobre obligatoriedad de entrega de la PAE.
- * Resolución exenta 3094 del 2 de septiembre de 2015, del Instituto de Salud Pública, que "Modifica condición de venta de productos farmacéuticos que contengan el principio activo levonorgestrel en presentaciones de 0,75 mg y 1,5 mg"
- * Decreto Supremo N° 62 del 7 de septiembre del 2015, del Ministerio de Salud, que "Modifica el Decreto Supremo N° 49, de 2011, reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad".
- * Circular N° A15/10 del 7 de octubre del 2016, sobre la atención de adolescentes en materia de anticoncepción
- * Circular N° A15/11 del 7 de octubre del 2016, sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adulto responsable.
- * Norma Nacional sobre Regulación de la Fertilidad aprobada por Decreto Supremo N° 7 del 07 de febrero de 2017, del Ministerio de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- OMS. Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N°244. 2017.
- 2- OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud - 2ª edición. 2012.
- 3- OMS. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. 2014.
- 4- Ellertson, C., Evans, M., Ferden, S., Leadbetter, C., Spears, A., Johnstone, K., et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(6):1168-71.
- 5- Piaggio, G., Kapp, N., Von Hertzen, H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception.* 2011; 84(1):35-9.
- 6- MINSAL. Ley 20418 "Fija normas información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad." 2010.
- 7- MINSAL. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad aprobada por Decreto Supremo N° 7 del 7 de febrero de 2017.
- 8- Piaggio, G., Von Hertzen, H. Effect of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception. 2003.
- 9- OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Primera Edición. 2015.
- 10- FIGO. Ethical issues in obstetrics and gynecology. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. 2012.
- 11- IPPF. IMAP Statement on emergency contraception. 2018.
- 12- American College of Obstetricians and Gynecologists. Frequently asked questions FAQ 114 contraception. 2018. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Emergency-Contraception>
- 13- FIGO, ICEC. Mechanism of Action. How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy? .2012.
- 14- FIGO, ICEC. ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (PAE de LNG) previenen el embarazo? *Drugs of Today.* 2012;16(6):186-90.
- 15- Croxatto, HB., Devoto, L., Durand, M., Ezcurra, E., Larrea, F., Nagle, C, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception.* 2001; 63(3):111-21.
- 16- Durand, M., Del Carmen Cravioto, M., Raymond, EG., Durand-Sanchez, O., De la Luz Cruz-Hinojosa, M., Castell-Rodriguez, A., et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception.* 2001; 64(4):227-34.

- 17-Hapangama, D., Glasier, AF., Baird, DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*.2001; 63(3):123-9.
- 18-Croxatto, HB., Brache, V., Pavez, M., Cochon, L., Forcelledo, ML., Alvarez, F., et al. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation *Contraception*.2004; 70(6):442-50.
- 19-Novikova, N., Weisberg, E., Stanczyk, FZ., Croxatto, HB., Fraser, IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation--a pilot study. *Contraception*. 2007;;75(2):112-8.
- 20-Noé, G., Croxatto, HB., Salvatierra, AM., Reyes, V., Villarroel, C., Muñoz, C., et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*.2011; 84(5):486-92.
- 21-Durand, M., Seppala, M., Cravioto, M., y cols. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodeilin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. *Contraception*.2005; 71(6):451-7.
- 22-Meng, C., Marions, L., Bystr.m, B., Gemzell-Danielsson, K. Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity.2010.
- 23-Meng, C., Andersson, KL., Bentin-Ley, U., Gemzell-Danielsson, K., Lalitkumar, P. Effect of levonorgestrel and mifepristone on endometrial receptivity markers in a three-dimensional human endometrial cell culture model. *Fertil Steril*.2009; 91(1):256-64.
- 24-Palomino, WA., Kohen, P., Devoto, L. A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the L-selectin.2010.
- 25-Zhang L, et al. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 2009; 24:1605-1611.
- 26-De Santis M, et al. Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertility & Sterility*, 2005; 84:296-299.
- 27-Zhang L, et al. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reproduction*.2009; 24:1605-1611.
- 28-Swahn, ML., Westlund, P., Johannisson, E., Bygdeman, M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand*.1996; 75(8):738-44.
- 29-Croxatto, HB., Fuentealba, B., Brache, V., Salvatierra, AM., Alvarez, F., Massai, R., et al. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, on ovarian function. *Contraception*.2002; 65(2):121-8.
- 30-Sambol NC, et al. Pharmacokinetics of single dose levonorgestrel in adolescents.*Contraception*.2006; 74:104-109.
- 31-Kook K, Gabelnick H, Duncan G. Pharmacokinetics of levonorgestrel 0.75 mg tablets. *Contraception*.2002; 66:73-76.

- 32-Grimes DA, Raymond EG, Scott Jones B. Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives. *Obstetrics & Gynecology*.2001; 98:151-155.
- 33-OMS. Hoja informativa sobre la seguridad de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo (PAE-LNG).2010.
- 34-ICEC. Repeated use of emergency contraceptive pills: The facts. *Repeated Use Emerg Contracept Pills*. 2015.
- 35-Halpern V, Raymond EG, Lopez LM. Repeated use of pre- and post-coital hormonal contraception for prevention of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007595.
- 36-ACOG Practice Bulletin, Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Emergency Contraception. *Obstetrics & Gynecology*.2005; 106:1443-1452.
- 37-Cleland, K., Raymond, E., Trussell, J., Cheng, L., Zhu, H. Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol*.2010; 115(6):1263-6.
- 38-Glasier, A. Safety of emergency contraception. *J Am Med Womens Assoc*.1998; 53(5 Suppl2):219-21.
- 39-Norris Turner, A., Ellertson, C. How safe is emergency contraception? *Drug Saf Int J Med Toxicol Drug Exp*.2002; 25(10):695-706.
- 40-Vasilakis, C., Jick, SS., Jick, H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception*.1999; 59(2):79-83.
- 41-Von Hertzen, H., Piaggio, G., Ding, J., Chen, J., Song, S., Bártfai, G., et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomised trial. *The Lancet*.2002; 360(9348):1803-10.
- 42-OMS. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de Anticonceptivos. Tercera edición, 2018.
- 43-HRA Pharma. Package leaflet: Information for the user ellaOne 30 mg tablet. 2018.
- 44-Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012; 2012: 137192.
- 45-IEC, FIGO. Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidance. cuarta edición. 2018.
- 46-USAID, WHO, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs Knowledge for Health Project. Family planning a global handbook for providers. 2018.
- 47-Harper, CC., Rocca, CH., Darney, PD., Von Hertzen, H., Raine, TR. Tolerability of levonorgestrel emergency contraception in adolescents. *Am J Obstet Gynecol*.2004; 191(4):1158-63.
- 48-Raine, TR., Ricciotti, N., Sokoloff, A., Brown, BA., Hummel, A., Harper, CC. An over-the-counter simulation study of a single-tablet emergency contraceptive in young females.2012.

- 49-Gold MA, Sucato GS, Conard LAE, Adams Hillard PJ. Provision of emergency contraception to adolescents: Position paper of the society for adolescent medicine. *J Adolesc Heal.* 2004;35(1):66-70.
- 50-Weiss DC, et al. Should teens be denied equal access to emergency contraception? Bixby Center for Global Reproductive Health, University of California, San Francisco. 2008.
- 51-Cremer M, et al. Adolescent comprehension of emergency contraception in New York City. *Obstetrics & Gynecology.* 2009; 113:840-844.
- 52-Raymond EG, et al. Comprehension of a prototype emergency contraception package label by female adolescents. *Contraception.* 2009; 79:199-205.
- 53-Harper CC, et al. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstetrics & Gynecology.* 2005; 106:481-491.
- 54-Gold MA, et al. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology.* 2004; 17:87-96.
- 55-Raine TR, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association.* 2005; 293:55-62.
- 56-Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol.* 2000; 96: 1.
- 57-Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception--a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2003; 102(1): 8.
- 58-Lo SST, Fan SYS, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2004; 19:2404.
- 59-Brahmi D, Kapp N. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library.* 2010
- 60-Grohskopf, L. et al. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention (CDC, USA). 2005.
- 61-IPPF. International Medical Advisory Panel IMAP. IMAP statement on emergency contraception. *IPPF Med Bull.* 1994;28(6):1-2.
- 62-Stewart HE, Gold MA, Parker AM. The impact of using emergency contraception on reproductive health outcomes: a retrospective review in an urban adolescent clinic. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology.* 2003; 16:313-318.
- 63-MINSAL. Normas técnicas postas de Salud Rural. *Ser Cuad redes* 35. 2011;42.
- 64-MINJUV. Código Civil Chileno. *Bibl Congr Nac Chile.* 2019

65-Decreto Supremo N° 62 del 7 de septiembre del 2015 que “Modifica el Decreto Supremo N° 49, de 2011, reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad”.