



XXXIII Curso de actualización

Ginecología y obstetricia 2025



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Anticoncepción en mujeres con condiciones clínicas especiales: ¿Decisión difícil o estrategia clara?

Laura Camila Molina Barrera
Residente de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia

Anticoncepción en mujeres con condiciones clínicas especiales: ¿Decisión difícil o estrategia clara?

“Para hacerme poderosa solo necesito una cosa: educación”
Malala Yousafzai

Introducción

La elección de un método anticonceptivo depende de factores personales, sociales y de salud. Aunque las preferencias de la paciente son el punto de partida, la decisión final debe considerar elementos como el estado de salud, la edad, la frecuencia de actividad sexual, el deseo reproductivo futuro, los antecedentes médicos y las barreras sociales para acceder a servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables o desplazadas (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado los Criterios de Médicos de Elegibilidad (CME), una herramienta que guía la elección de métodos anticonceptivos en situaciones específicas (Tabla 1) (2). En 2024, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU, actualizaron los CME incorporando evidencia reciente en condiciones particulares como obesidad, lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedad renal crónica. Aunque las categorías de la OMS y los CDC son similares, la guía de los CDC está enfocada en las necesidades de la población estadounidense, lo que subraya la importancia de un asesoramiento anticonceptivo individualizado (3).

Tabla 1. Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

Categoría	Condición o característica médica
1	Situación para la no existen restricciones. Use el método en cualquier circunstancia
2	Situación en la que las ventajas superan los riesgos. En general use el método anticonceptivo
3	Situación en la que los riesgos superan a las ventajas. Habitualmente no se recomienda el método anticonceptivo, salvo si otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptados
4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo representa un riesgo inaceptable para la salud. NO se debe usar el método

OMS 2015 (2)

Aunque se han logrado avances hacia el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, persisten barreras que limitan la toma de decisiones informadas (4). Garantizar este acceso no sólo mejora la salud, sino que también promueve derechos fundamentales como la autonomía, la libertad de expresión y el acceso a la educación y el trabajo, contribuyendo al empoderamiento de las mujeres (5).

Este capítulo busca ofrecer algunas recomendaciones clínicas

para la asesoría anticonceptiva en los escenarios clínicos más comunes que representan un desafío en la consulta médica.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA), es un factor de riesgo importante para la enfermedad cardiovascular (ECV). En mujeres con esta afección, la selección de métodos anticonceptivos debe ser cuidadosa para minimizar los riesgos cardiovasculares.

La Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomiendan evitar los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (estrógeno-progestina) en mujeres con HTA, considerando un aumento de las cifras de presión arterial (PA) y del riesgo de accidente cerebrovascular (6).

Los CME de la OMS y de los CDC apoyan esta recomendación, clasificando los AHC en categoría 3, independientemente de la vía de administración, incluso si la enfermedad está controlada. Ante cifras de PA superiores a 160/100 mmHg, estos métodos se contraindican absolutamente (categoría 4). Estas recomendaciones se aplican a formulaciones con dosis de etinilestradiol (EE) de hasta 35 µg, valerato de estradiol o estetrol y no distinguen entre los tipos de progestina (7,8).

Los métodos anticonceptivos que contienen solo progestinas son opciones adecuadas en este contexto (categoría 1 o 2). Sin embargo, el acetato de medroxiprogesterona (DMPA) está desaconsejado en mujeres con cifras de PA superiores a 160/100 mmHg y/o que tengan otros factores para ECV (categoría 3). Por su parte, el DIU de cobre (DIU-Cu) y el DIU de levonorgestrel (DIU-LNG) tienen un perfil particularmente favorable, y es el DIU-Cu el método clasificado en categoría 1

en cualquier grado de esta enfermedad (9).

Epilepsia

En mujeres con epilepsia, la elección del método anticonceptivo debe considerar las interacciones con los fármacos antiepilépticos (FAE). Los FAE inductores de enzimas hepáticas P450, como la carbamazepina, fenitoína y topiramato, aceleran el metabolismo de los estrógenos y progestinas, reduciendo su eficacia anticonceptiva (10). Otros medicamentos, como la lamotrigina, disminuyen su biodisponibilidad al combinarse con AHC, lo que incrementa el riesgo de convulsiones (11).

Según los CME de la OMS y de los CDC, los AHC están desaconsejados en mujeres que toman FAE (categoría 3). Las píldoras de sólo progestina no se aconsejan en mujeres que ingieren FAE inductores enzimáticos, pero son una alternativa adecuada en aquellas que reciben lamotrigina. El DMPA es seguro en mujeres que toman cualquier medicamento antiepiléptico, mientras que los implantes subdérmicos de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG) son una opción aceptable (categoría 2) (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de las recomendaciones para mujeres con epilepsia

Fármacos antiepilépticos	AHC (píldora, parche y anillo vaginal)	Píldora de solo progestina	Implante LNG/ETG	DMPA	DIU-Cu DIU-LNG
Inductores enzimáticos: Fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, topiramato, oxcarbazepina	3 / 2 (inyectable combinado)	3	2	1	1
Lamotrigina	3	1	1	1	1

(2,3)

Anticoncepción en mujeres con condiciones clínicas especiales: ¿Decisión difícil o estrategia clara?

Los DIU de cobre y de LNG son considerados los métodos anticonceptivos de elección debido a que ofrecen una alta eficacia anticonceptiva y no interactúan con los medicamentos antiepilépticos. El asesoramiento por parte de un neurólogo sobre el uso del DIU puede influir significativamente en la decisión de la paciente, resaltando la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de estas mujeres (12).

Obesidad y síndrome metabólico

La obesidad, definida por la OMS como un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kg/m², aumenta el riesgo de complicaciones trombóticas, hipertensión y enfermedades metabólicas, factores que influyen significativamente en la elección del método anticonceptivo (13).

Los AHC deben usarse con precaución debido al mayor riesgo de tromboembolia venosa (TEV) y complicaciones cardiovasculares, particularmente en obesidad grado 3 (IMC >35 kg/m²) o con comorbilidades como hipertensión, tabaquismo o diabetes, edad mayor de 40 años o dislipidemia (7,14). Los CME OMS y CDC los clasifica como categoría 2 en mujeres obesas sin otras condiciones para ECV, pero los desaconseja (categorías 3 y 4) en presencia de las comorbilidades mencionadas.

Respecto al DMPA, tanto la OMS como los CDC lo consideran una opción segura en mujeres obesas sin comorbilidades (categoría 1), pero cambia a categoría 3 en presencia de otros factores de riesgo de ECV.

Los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), como el implante subdérmico, son altamente eficaces y seguros, sin afectar el riesgo de TEV ni la eficacia en mujeres obesas. El Proyecto Anticonceptivo CHOICE (15), demostró que, a pesar de que las usuarias obesas del implante presentaban niveles séricos más bajos de ENG, estos seguían siendo suficientes para prevenir la ovulación, con tasas de eficacia similares a mujeres con peso normal. Además, no se observaron diferencias significativas en el aumento de peso entre las usuarias del implante ENG y del DIU-Cu, sugiriendo que las variaciones en el peso podrían estar más relacionado con factores como la edad y el estilo de vida que con los métodos anticonceptivos en sí.

El DIU-Cu y de LNG son métodos altamente eficaces y seguros en mujeres con obesidad. El DIU-LNG ofrece, además, beneficios adicionales, como la reducción del riesgo de hiperplasia endometrial y adenocarcinoma en mujeres con patrones ovulatorios alterados, lo que lo convierte en una opción ideal en este grupo (16) (Figura 1).

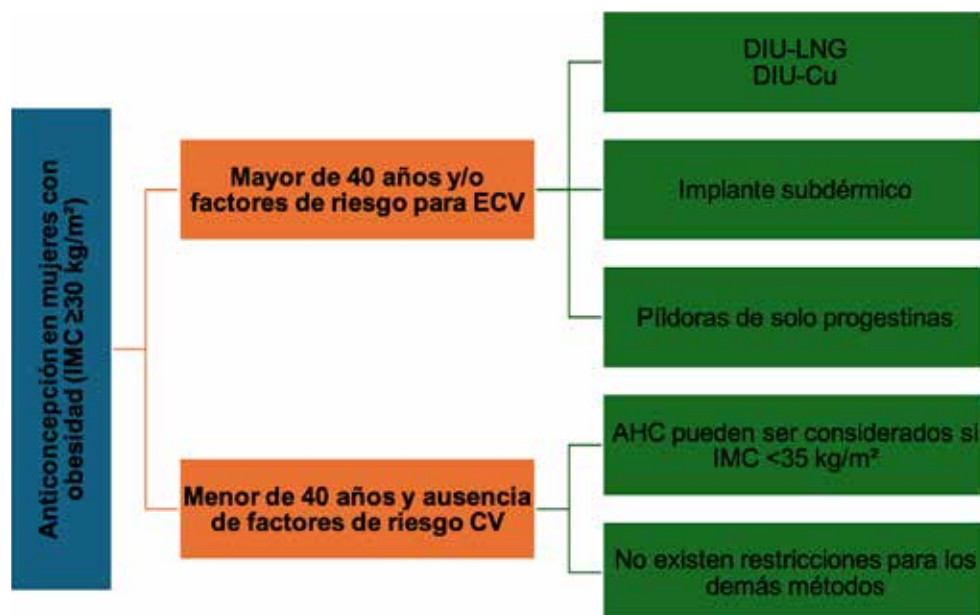


Figura 1. Opciones anticonceptivas en mujeres con obesidad

Enfermedades autoinmunes

En mujeres en edad fértil con enfermedades autoinmunes (EAI), la anticoncepción es esencial para prevenir embarazos no planificados que podrían conllevar complicaciones maternas y fetales graves. Las EAI a menudo responden a estímulos hormonales como los esteroides sexuales, y su curso puede verse afectado tanto por el embarazo como por el uso de métodos anticonceptivos (17).

Los principales factores médicos que influyen en la elección del método anticonceptivo en mujeres con EAI son:

1. Actividad de la EAI: En pacientes con LES estable, los AHC no incrementan los brotes de la enfermedad. Sin embargo, se desaconseja su uso en casos de enfermedad activa, nefritis lúpica o anticuerpos antifosfolípidos positivos (aPL). En general, las progestinas (DIU LNG, implantes subdérmicos, DMPA) no afectan la actividad de las EAI (18,19).

2. Riesgo tromboembólico: Los AHC aumentan el riesgo de trombosis, especialmente en mujeres con factores de riesgo trombóticos, como aquellas que tienen aPL positivos. Para estas pacientes, los métodos sólo con progestina (píldoras, implantes, DIU-LNG) son más seguros, aunque el DMPA debe usarse con precaución debido a su posible relación con trombosis (20,21).

3. Interacciones medicamentosas: Medicamentos usados en el tratamiento de EAI, como micofenolato, ciclosporina y anticonvulsivos, pueden reducir la eficacia de los AHC. En estos casos, los DIU-Cu y de LNG son preferidos, ya que no se ven afectados por estas interacciones y ofrecen una alta seguridad, incluso en pacientes inmunosuprimidas (Tabla 3) (18).

Recomendaciones de la OMS y CDC según el perfil clínico:

- **Pacientes con EAI y aPL negativos:**

- o Los LARC, como el DIU-Cu, el DIU-LNG y los implantes subdérmicos, son la primera línea debido a su alta eficacia y seguridad.

- o Si la enfermedad está estable, también pueden usarse AHC, aunque con precaución, ya que el estrógeno puede

aumentar el riesgo trombótico en pacientes con otros factores de ECV.

- **Pacientes con aPL positivos o riesgo trombótico elevado:**

- o Los AHC están absolutamente contraindicados.

- o Los métodos LARC, especialmente el DIU-Cu, son los métodos preferidos debido a su nulo impacto sobre la enfermedad. El DIU-LNG es una alternativa favorable en pacientes anticoaguladas, ya que ayuda a reducir el sangrado menstrual.

- o La píldora de progestina sola y los implantes subdérmicos también son opciones seguras.

- **Pacientes con trombocitopenia asociada:**

- o En trombocitopenia grave, el DIU de cobre puede no ser recomendable debido al riesgo de hemorragia uterina.

- o El DIU-LNG es la opción más favorable en estos casos, ya que reduce significativamente el sangrado menstrual y es seguro en pacientes con trastornos hematológicos concomitantes (17).

Anticoncepción en mujeres con condiciones clínicas especiales: ¿Decisión difícil o estrategia clara?

Tabla 3. Resumen de las recomendaciones para las mujeres con enfermedades autoinmunes.

Perfil clínico de la EAI	AHC (píldora, inyectable, parche y anillo vaginal)	Píldora de solo progestina	DMPA	Implante LNG/ETG	DIU-LNG	DIU-Cu
Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	4	2	3	2	2	1
Trombocitopenia grave	2	2	3	2	2	3
Terapia inmunosupresora	2	2	2	2	2	2
Ninguna de las anteriores	2	2	2	2	2	1

CME-OMS y CDC

Migraña

La migraña es más prevalente en mujeres que en hombres y está estrechamente relacionada con las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual. El manejo anticonceptivo debe ajustarse al tipo de migraña y a los factores de riesgo de ECV. La presencia de aura, además de complicar el abordaje clínico, también aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), particularmente en mujeres que utilizan AHC y presentan factores de riesgo adicionales como tabaquismo, hipertensión o diabetes (22).

En este contexto, la OMS y los CDC categorizan de los métodos anticonceptivos según la presencia de aura (2,3):

Migraña sin aura:

- En mujeres sin factores de riesgo adicionales para ACV, los AHC pueden usarse con seguimiento clínico adecuado (categoría 2).
- Se prefieren los métodos de solo progestina, siendo efectivos para reducir la migraña menstrual mediante esquemas continuos o prolongados que minimizan las fluctuaciones hormonales.

Migraña con aura:

- Los AHC están contraindicados debido a su asociación con un riesgo aumentado de ACV (categoría 4).
- Se recomienda la monoterapia con progestágenos (píldoras, implantes o DMPA), clasificada como categoría 2/3 por la OMS y categoría 1 por los CDC. Estos métodos no incrementan significativamente el riesgo de ACV, aunque pueden estar contraindicados en presencia de factores de riesgo adicionales.

Es importante señalar que los DIU son alternativas seguras y efectivas en ambos espectros de la enfermedad. El DIU-Cu es ideal para mujeres con factores de riesgo cardiovascular, mientras que el DIU-LNG es de elección en pacientes que requieren amenorrea para disminuir episodios de cefalea relacionados con el ciclo menstrual (23).

Trastornos depresivos

El impacto de los anticonceptivos hormonales (AH) en la salud mental es debatido con evidencia mixta sobre su posible relación con trastornos del estado de ánimo, como depresión y ansiedad (24). Los posibles mecanismos incluyen la supresión

del estradiol, conocido por sus efectos antidepresivos, y la interacción de las hormonas sintéticas con áreas cerebrales clave. No obstante, los beneficios de los AH superan los riesgos, especialmente cuando un embarazo no deseado podría empeorar los síntomas depresivos (25). Según los CME de la OMS y los CDC, todos los métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales son seguros (categoría 1), siempre considerando interacciones medicamentosas, como las asociadas a la Hierba de San Juan, que podría inducir un mayor metabolismo de estrógeno y progestina, reduciendo la eficacia de los AH (3).

Es fundamental que los médicos consideren y validen la posible relación entre el inicio de los AH y los síntomas depresivos, adoptando un enfoque individualizado en la atención anticonceptiva, con un adecuado asesoramiento y toma de decisiones compartida.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE) es una estrategia destinada a prevenir el embarazo tras relaciones sexuales sin protección o fallos en los métodos anticonceptivos. Entre las opciones disponibles se encuentran (26):

- **Levonorgestrel (LNG):** Una dosis única de 1,5 mg, aprobado por la FDA dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual (27). Varios estudios han demostrado que su eficacia anticonceptiva se mantiene hasta las 96 horas, siendo ésta una recomendación *off label* (26,28,29).
- **Acetato de Ulipristal (AU):** Una dosis única de 30 mg, con eficacia comprobada hasta las 120 horas después del contacto sexual.
- **Método Yuzpe:** Dosis altas de ACOs (100 µg de etinilestradiol y 0,5 mg de levonorgestrel), seguidas de una segunda dosis 12 horas después, dentro de las primeras 72 horas posterior al coito. Su uso ha disminuido debido a sus efectos secundarios, y a la disponibilidad de opciones más prácticas.
- **DIU-Cu:** Es altamente efectivo hasta 120 horas después de una relación sexual sin protección, además, ofrece anticoncepción de larga duración, con un efecto que puede extenderse hasta por 10 años (30).

- **DIU-LNG:** Su seguridad como método AE ha sido objeto de investigación reciente. Un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine* (31) demostró que el DIU-LNG es no inferior al DIU-Cu para la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, la evidencia aún es limitada y no ha llevado a una aprobación formal para este uso específico. En el 2023 la Sociedad de Planificación Familiar emitió nuevas guías que sugieren ofrecer el DIU-LNG como una opción de primera línea en AE (26).

La eficacia de la AE depende del tiempo transcurrido desde la relación sexual sin protección. Según una revisión de Cochrane (32), el DIU-Cu es el método más eficaz, con una tasa de prevención de más del 99 %, seguida por el acetato de ulipristal (AU), que es más efectivo que la píldora de LNG y mantiene su efectividad hasta 120 horas. Aunque el método Yuzpe tiene una eficacia similar a la píldora de LNG, es menos recomendado debido a mayores efectos secundarios (Tabla 4).

Anticoncepción en mujeres con condiciones clínicas especiales: ¿Decisión difícil o estrategia clara?

Tabla 4. Resumen de los esquemas y características de los métodos de anticoncepción de emergencia

Método AE	Dosis	Momento de uso recomendado	Eficacia (tasa de embarazo)	Efectos adversos
Píldora LNG	1,5 mg VO × 1 dosis ó 0,75 mg VO seguido de una segunda dosis 12 h después	Hasta 72 horas (96 horas sin licencia)	1,2–2,2 %	Náuseas, spotting, irregularidad menstrual
Píldora AU	30 mg por vía oral × 1 dosis	Hasta 120 horas	1,4-1,9 %	Náuseas, spotting, irregularidad menstrual
Yuzpe	100 µg de EE/0,5 mg de LNG, seguido de una segunda dosis 12 horas después	Hasta 72 horas	2.9 a 3,2 %	Náuseas, vómito, cefalea, irregularidad menstrual
DIU-CU	No aplica	Hasta 120 horas	1-2 %	Sangrado vaginal, dolor pélvico, infección pélvica

Tomado y modificado de (33)

El vómito en las primeras 3 horas después de la ingesta del AE puede reducir su eficacia, por lo que se recomienda administrar una nueva dosis junto con un medicamento antiemético. Los fármacos inductores del citocromo P450 pueden reducir la eficacia de las píldoras de AE, siendo preferible la inserción de un DIU-Cu en estos casos. La obesidad reduce la eficacia de la píldora de LNG, pero no afecta significativamente al AU ni al DIU-Cu, por lo que se recomienda priorizar estos métodos en este contexto (3,34).

En cuanto a los efectos secundarios, las píldoras de AU y de LNG tienen perfiles similares, los más frecuentes son la cefalea, náuseas y alteraciones menstruales. Estas últimas dependen del momento del ciclo en que se administra la AE: puede retrasar la menstruación si se toma antes de la ovulación, o adelantarla si es después (26).

Aunque no se recomienda el uso repetido de AE oral en un

mismo ciclo, no existe evidencia de que su eficacia disminuya, sin embargo, se debe advertir a las mujeres que la AE no protege contra infecciones de transmisión sexual (ITS) y fomentar la adopción de métodos anticonceptivos regulares con mejor perfil de seguridad y menores efectos secundarios (34).

Conclusión

Adaptar la anticoncepción a las características clínicas de cada paciente es esencial para equilibrar los riesgos y beneficios. El médico debe considerar tanto los deseos de la paciente como su historial clínico, evaluando continuamente los factores de riesgo y siguiendo las pautas de los CME de la OMS y los CDC.

Cambios en la salud de la paciente, como aumento de edad, obesidad, tabaquismo, diabetes o migraña, pueden requerir

ajustes en el método anticonceptivo para garantizar su seguridad. En situaciones que requieran anticoncepción de emergencia, es fundamental informar a las pacientes que estos métodos no protegen ITS y deben considerarse solo como una solución puntual.

Bibliografía

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method [Internet]. New York; 2022. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf
2. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use [Internet]. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/>
3. Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK, Kortsmi K, Brittain AW, Snyder EM, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recomm Rep. 8 de agosto de 2024;73(4):1-126.
4. Asamblea General de la ONU. Resolución A/RES/70/1 — Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible [Internet]. Naciones Unidas, Nueva York; 2015. (Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015). Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/70/1>
5. Naciones Unidas. The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition [Internet]. Estados Unidos; 2023 sep. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023.pdf>
6. Brown HL, Warner JJ, Gianos E, Gulati M, Hill AJ, Hollier LM, et al. Promoting Risk Identification and Reduction of Cardiovascular Disease in Women Through Collaboration With Obstetricians and Gynecologists: A Presidential Advisory From the American Heart Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Circulation. 12 de junio de 2018;137(24):e843-52.
7. Römer T. Medical Eligibility for Contraception in Women at Increased Risk. Dtsch Arzteblatt Int. 8 de noviembre de 2019;116(45):764-74.
8. Shufelt C, LeVee A. Hormonal Contraception in Women with Hypertension. JAMA. 13 de octubre de 2020;324(14):1451-2.
9. Perol S, Hugon-Rodin J, Plu-Bureau G. Hypertension artérielle et contraception. Presse Médicale. 1 de noviembre de 2019;48(11, Part 1):1269-83.
10. Gaffield ME, Culwell KR, Lee CR. The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. Contraception. 1 de enero de 2011;83(1):16-29.
11. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl Estradiol, Not Progestogens, Reduces Lamotrigine Serum Concentrations. Epilepsia. 2005;46(9):1414-7.
12. Espinera AR, Gawala J, Bellinski I, Kennedy J, Macken MP, Narechania A, et al. Counseling by epileptologists affects contraceptive choices of women with epilepsy. Epilepsy Behav. 1 de diciembre de 2016;65:1-6.
13. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-xii, 1-253.
14. Belail Hammad WA, Gupta N, Konje JC. An overview of contraception in women with obesity. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1 de diciembre de 2023;91:102408.
15. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. 1 de agosto de 2010;203(2):115.e1-115.e7.
16. Carlson MJ, Thiel KW, Yang S, Leslie KK. Catch It Before It Kills: Progesterone, Obesity, and the Prevention of Endometrial Cancer. Discov Med. 27 de septiembre de 2012;14(76):215-22.
17. Benagiano G, Benagiano M, Bianchi P, D'Elios MM, Brosens I. Contraception in autoimmune diseases. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1 de octubre de 2019;60:111-23.

Anticoncepción en mujeres con condiciones clínicas especiales: ¿Decisión difícil o estrategia clara?

- 18.** Sammaritano LR. Contraception and preconception counseling in women with autoimmune disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 de abril de 2020;64:11-23.
- 19.** Sánchez-Guerrero J, Uribe AG, Jiménez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A Trial of Contraceptive Methods in Women with Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med.* 15 de diciembre de 2005;353(24):2539-49.
- 20.** Danowski A, Azevedo MNL de, Papi JA de S, Petri M. Determinants of Risk for Venous and Arterial Thrombosis in Primary Antiphospholipid Syndrome and in Antiphospholipid Syndrome with Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol.* 1 de junio de 2009;36(6):1195-9.
- 21.** Le Moigne E, Tromeur C, Delluc A, Gouillou M, Alavi Z, Lacut K, et al. Risk of recurrent venous thromboembolism on progestin-only contraception: a cohort study. *Haematologica.* enero de 2016;101(1):e12-4.
- 22.** Cappy H, Lucas C, Catteau-Jonard S, Robin G. Migraine et contraception. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 de marzo de 2015;43(3):234-41.
- 23.** Ng CHM, Fraser IS, Berbic M. Contraception for women with medical disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 de agosto de 2014;28(6):917-30.
- 24.** Soares CN. Contraception, Intrauterine Systems, and Depression: Can We Spot the Real Perpetrator? *Am J Psychiatry.* 1 de septiembre de 2024;181(9):789-92.
- 25.** Fruzzetti F, Fidecicchi T. Hormonal Contraception and Depression: Updated Evidence and Implications in Clinical Practice. *Clin Drug Investig.* diciembre de 2020;40(12):1097-106.
- 26.** Salcedo J, Cleland K, Bartz D, Thompson I. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Emergency contraception. *Contraception.* mayo de 2023;121:109958.
- 27.** Vrettakos C, Bajaj T. Levonorgestrel. En: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025*
- 28.** 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.* 1 de julio de 2011;84(1):35-9.
- 29.** Chao YS, Frey N. Ulipristal versus Levonorgestrel for Emergency Contraception: A Review of Comparative Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018
- 30.** Ramanadhan S, Goldstuck N, Henderson JT, Che Y, Cleland K, Dodge LE, et al. Progestin intrauterine devices versus copper intrauterine devices for emergency contraception - Ramanadhan, S - 2023 Cochrane Library.
- 31.** Turok DK, Gero A, Simmons RG, Kaiser JE, Stoddard GJ, Sexsmith CD, et al. Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception. *N Engl J Med.* 27 de enero de 2021;384(4):335-44.
- 32.** Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception - Shen, J - 2019. Cochrane Library.
- 33.** Rudzinski P, Lopuszynska I, Pazik D, Adamowicz D, Jargielo A, Cieslik A, et al. Emergency contraception - A review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* diciembre de 2023;291:213-8.
- 34.** Mierzejewska A, Walędziak M, Merks P, Różańska-Walędziak A. Emergency contraception – A narrative review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 de agosto de 2024;299:188-92.