



Resumen

Sinopsis

 La anticoncepción de emergencia se ha diseñado para evitar un embarazo no planificado. La sustancia usada para este fin es el levonorgestrel, que suprime el crecimiento folicular y el desarrollo del cuerpo lúteo. Lo que se ha pretendido con este estudio es determinar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes en cuanto a AE, sus actitudes y prácticas, respecto a esto. 300 alumnos de Medicina de la Universidad de Cuenca, fueron evaluados mediante formularios, todos ellos se encontraban en edades comprendidas entre 20-21 años. Se concluyó que la mayoría de estos, corresponden al sexo femenino y que aunque gran parte de los mismos mantienen relaciones sexuales siendo solteros, utilizan métodos anticonceptivos regulares y muy pocos recurren a AE. Casi todos los estudiantes son católicos, pero la mayoría están de acuerdo con su uso y lo recomendaría a otras personas y se observa que no tienen mayores prejuicios sociales, ni religiosos en torno a la contracepción de urgencia. Un alto porcentaje conoce que el LNG se utiliza para AE y los aspectos generales sobre ésta, pero desconocen aquello de



más complejidad. Todos los estudiantes que han utilizado la anticoncepción post hoc, han logrado evitar una gestación no deseada y coinciden la mayoría que es un método absolutamente eficaz.

***Palabras clave:** Anticoncepción de emergencia -urgencia-. Anticoncepción post hoc. AE. Levonorgestrel.

“Knoweldyes, atitudes and practices about emergency contraception between the university of Cuenca students. 2008”.

Synopsis



Emergency contraception has been designed for avoiding a not wished pregnancy. The substance used for his study is the levonorgestrel. It's a suppressor of the follicular growth and development of luteus body. The purpose of this study was determine, the level of knowledge that the students have about of EC, attitudes and practices. 300 students of University of Medicine of Cuenca were tested using formularies and interviews. The students were aged between 20 and 21 years old. The conclusion in the most of the cases were women. Al-



though the majority of the students are single, they have not sexual relations and few have used EC. Almost all the students are Catholics and they recommended the use of EC to other persons. Without religious or social prejudices. A high percentage of students know that LNG is used for EC, but they don't know the general aspects of it. Every student who has used EC, are agree that is an excellent method to prevent pregnancies and is totally effective.

***Key words:** Emergency contraception, urgency, contraception post hoc. EC. Levonorgestrel.



Índice

B

Sinopsis	10
Synopsis	11
Capítulo I	
Preludio	14
Aspectos epidemiológicos	15
Definición	16
Epidemiología	16
Historia	17
Candidatas para la anticoncepción de urgencia	18
Tipos de anticoncepción de urgencia	18
Estrógenos y progestina sintéticos	18
Levonorgestrel	19
Presentaciones comerciales del LNG en el Ecuador	19
Indicaciones	19
Mecanismo de acción	20
Efecto del LNG sobre la migración y vitalidad espermática	21
Efectos del LNG sobre la ovulación	23
Efectos sobre el endometrio	24



Dosificación del LNG	24
Efectos secundarios	24
Eficacia	25
Seguridad	26
Contraindicaciones	26
Ventajas	26
Advertencias	26
Antiprogesteronas	27
Dispositivos intrauterinos	28
Andrógenos	28
Estrógenos	29
Agonistas de GNRH	29
Acceso a la anticoncepción de urgencia	29
Autoadministración de la anticoncepción de urgencia	30
Consejería para la mujer o la pareja	31
Situación de la AE en los países en vías de desarrollo	32
Algoritmo de manejo clínico	34
Capítulo II	
Ejecución del proyecto	36
Objetivos	37
Diseño metodológico	38



Variables

.....	39
Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	
.....	40
Consideraciones éticas	40
Plan de tabulación y análisis	40

Capítulo III

Resultados	42
Discusión	61
Conclusiones	62
Recomendaciones	63

Capítulo IV

Anexos	65
Operacionalización de las variables	66
Tablas	69
Medicina basada en evidencias	82
Información a la paciente o a la pareja	91
Consentimiento informado	93
Formularios	94
Bibliografía	95



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

Anticoncepción de emergencia

"Conocimientos, actitudes y prácticas referentes a anticoncepción de emergencia entre los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2008"

Tesis previa a la obtención del título de médico general.

Autora: Lorena Briones Sigüenza

Director: Dr. Jaime Ñauta B.

Asesora: Dra. Lorena Mosquera.

Cuenca-Ecuador.

2008.





Anticoncepción de emergencia

Lorena Briones Sigüenza





Agradezco:

- 9 Al Honorable Consejo Directivo, al Comité de Bioética y al Señor Decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, por haber aceptado este proyecto y permitir que hiciera la investigación.**
- 9 Al Dr. Jaime Ñauta B., y a la Dra. Lorena Mosquera V., director y asesora de mi proyecto respectivamente; por haberme dirigido y asesorado oportunamente en el desarrollo de este trabajo investigativo.**
- 9 A los distinguidos docentes de Epidemiología que me permitieron acceder a sus aulas para encuestar a los alumnos.**



9 A los estudiantes de cuarto y quinto año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, que respondieron a mis encuestas, cuyo aporte fue el principal objetivo de este estudio.



Dedico este trabajo:

- ♥ *A todas las parejas que controlan su natalidad y se responsabilizan por el futuro de su descendencia.*
- ♥ *A mi madre Rosita que me inculcó la responsabilidad de la maternidad y con ella la importancia de planificar la familia.*
- ♥ *A todas las mujeres modernas que disfrutan su sexualidad y no la utilizan solamente para la procreación...*

Especialmente a ti, Paris.

Lorena.



Responsabilidad

Absolutamente todo el contenido de este trabajo investigativo y de sus resultados, es responsabilidad de la autora.

B

Lorena Elizabeth Briones Sigüenza



“Conocimientos, actitudes y prácticas referentes a anti-concepción de emergencia entre los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2008”.



Capítulo I





Conocimientos, actitudes y prácticas referentes a anti-concepción de emergencia entre los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2008”.





Preludio



La razón para realizar este estudio investigativo, es el gran interés y controversia que la anticoncepción de emergencia ha causado en la actualidad, entre grupos científicos, religiosos y sociales. Es de suprema trascendencia conocer lo que los jóvenes piensan y cómo actúan con referencia a este fenómeno farmacológico, sus tabúes, sus prejuicios y su visión con respecto a esto. Secundariamente, se podría evaluar un pronóstico en cuanto a la utilización o no de este método, para vislumbrar de cierta manera el índice que existe de embarazos no deseados entre universitarios y en un futuro plantear un programa de instrucción anticonceptiva, que logre disminuir esta posibilidad y los jóvenes puedan tener responsabilidad sobre la reproducción y su descendencia. A pesar de la divulgación mundial y a través de todos los medios de comunicación sobre anticoncepción y sobre la de urgencia sobre todo, existen y existirán personas que no los conozcan o que simplemente no recurran a los mismos por factores económicos, por tabúes sexuales o por imposiciones religiosas y sociales.

Lo importante sobre este trabajo y sobre muchos otros que se han hecho y que se llevarán a cabo a lo largo de la historia



de la reproducción, es lograr que los jóvenes se interesen más por este tema, investiguen, destruyan paradigmas y prejuicios sociales que se han formulado a lo largo de los años con respecto a contracepción, y obtengan un conocimiento correcto y basado en la ciencia a cerca de controlar la natalidad y decidir sobre su fertilidad. Es conveniente, sin lugar a dudas, romper la cadena machista que existen en nuestro país, acerca de que solamente la mujer debe recurrir a la anticoncepción y que deje de ser un asunto relegado o de una actuación nula masculina; sería conveniente que los hombres sean interactivos a este respecto y faciliten, recomienden o apoyen el uso de la anticoncepción de urgencia a sus parejas, pues la descendencia depende de ambos sexos.

Para mí, autora de este trabajo, será importante realizar la investigación con el objetivo de empezar a interesarme activamente con lo que será mi futura especialidad, la Ginecología, Obstetricia y la Sexología; no sólo desde la perspectiva médica y científica sino desde el contexto social y sexual que se encuentran implícitos en este tema.



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS



Cada año en Estados Unidos, casi 50% de todas las gestaciones (aproximadamente 3.5 millones) no son intencionadas, y casi 50% de estos embarazos son resultado de falla de anticonceptivos o de técnica anticonceptiva inadecuada. Otros suceden debido a la falla para usar cualquier tipo de anticoncepción, a actividad sexual no anticipada y por tanto no protegida, y como resultado de violación sexual o de coerción. Aunque no todos los embarazos no intencionados son no deseados, la anticoncepción de urgencia se utiliza en general cuando no se quiere el embarazo. Dado el gran número de gestaciones no intencionales en Estados Unidos y en otros sitios, la anticoncepción de urgencia permanece como un método muy poco utilizado de anticoncepción. Por cuando menos dos decenios la anticoncepción de urgencia segura y eficaz ha estado disponible en Estados Unidos; sin embargo, muchos médicos y pacientes tienen información inadecuada acerca de su utilización. Los estudios muestran que hasta 25 a 30% de las mujeres nunca han oído de la anticoncepción de urgencia, 10% sabe como conseguirla, pero sólo 3% la ha utilizado. **(1)- (5I)**



B

DEFINICIÓN



El American College of Obstetricians and Gynecologists ha definido a la anticoncepción de urgencia como "un tratamiento para mujeres que experimentan un acto de relación sexual no protegida". Se ha descrito también como anticoncepción poscoito y como "la píldora de la mañana siguiente". El procedimiento se describe en forma más apropiada como anticoncepción de urgencia, ya que existen otros métodos además de las tabletas. Se puede colocar un dispositivo intrauterino (DIU) hasta cinco días después de la ovulación, o bien de cinco a siete días después de la exposición, y las tabletas se pueden tomar hasta 72 horas después de la exposición. **(1)**



EPIDEMIOLOGÍA



Un embarazo no deseado es un problema frecuente. Anualmente, se interrumpen cerca de 50 millones de embarazos antes de término en el mundo. Los métodos estándar utilizados para abordar este problema han sido la prevención primaria (anticoncepción) y, en menor medida, la inducción del aborto. Durante mucho tiempo, anticoncepción sólo se refería a las medidas anticonceptivas previsoras. Por lo tanto, la definición de prevención primaria de un embarazo no deseado podría y debería expandirse para incluir también la anticoncepción post hoc.

Al evitar los embarazos no deseados, la anticoncepción de emergencia puede reducir la necesidad de practicar abortos. Un estudio reciente realizado por el Alan Guttmacher Institute acerca del uso de anticonceptivos entre mujeres estadounidenses que se habían sometido a un aborto reveló que, en gran medida, el 11% de disminución que revelan las tasas de aborto entre 1994 y 2000 se debió al uso de anticoncepción de emergencia por parte de las mujeres. En los países en desarrollo donde el aborto sigue siendo ilegal, el aborto en condiciones de riesgo es una de las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. El principio de bene-



ficencia, entendido como no causar daño y obtener el máximo beneficio posible, se logra evitando el embarazo no deseado. En el caso de la AE, el binomio riesgo/beneficio se decanta claramente hacia los beneficios al utilizar preparados que apenas tienen contraindicaciones y cuyos efectos secundarios son menores. **(1)- (1I)- (11I)- (22I)**

HISTORIA

 Durante varios siglos se han ensayado muchos métodos para anticoncepción de urgencia. Ya desde el año 1500 aC, las referencias para intentos de anticoncepción de urgencia comprendían estornudar, saltar, brincar y danzar. Algunas personas han recomendado la inserción o la utilización de duchas vaginales con varias yerbas y raíces, y otras cuando menos en el decenio de 1960, sugirieron la ducha poscoito con Coca Cola. Los métodos hormonales de anticoncepción de urgencia se han utilizado durante 40 años con base en el descubrimiento, en la mitad del decenio de 1920, que los extractos ováricos con estrógenos interferían con la fecundidad humana.

En 1960 en Yale con Morris y van Wagenen que administraron altas dosis de estrógenos a monos para impedir la im-



plantación, pero se asoció con una elevada tasa de efectos colaterales gastrointestinales. Más tarde Yuzpe en la década de los 70 desarrolló un método que utilizaba anticonceptivos orales combinados, lo que permitió una importante reducción de las dosis. Desde entonces, son múltiples los estudios realizados con diversas hormonas y pautas, sin olvidar el dispositivo intrauterino que, por presentar su acción más allá de las 72 horas postcoito, se ha propuesto, y se propone, como otra posible respuesta a la AE.

A lo largo de estos años, a pesar de otras líneas de investigación, el método de Yuzpe ha sido la pauta más extendida y utilizada, posiblemente en relación a su accesibilidad y eficacia.

El Levonorgestrel ha sido investigado durante años como posible anticonceptivo de emergencia. En la actualidad, la pauta propuesta es de eficacia superior al régimen de Yuzpe, ofreciendo una mejor tolerancia. Su reciente comercialización es, sin duda, un avance importante en la oferta actual de AE.

La anticoncepción de urgencia ha estado en uso y ha sido muy aceptada en China y Europa durante muchos años. En Estados Unidos y en otros países lo ha sido menos, debido a



desconocimiento y a la mala aceptación. En 1997, la FDA declaró que el uso de estrógenos y progesterona sintéticos en los anticonceptivos orales, es un método seguro y eficaz de anticoncepción de urgencia. **(1)- (2I)**

CANDIDATAS PARA LA ANTICONCEPCIÓN DE URGEN- CIA



Cualquier mujer que se halle en algún momento del ciclo menstrual, que haya tenido una relación sexual no protegida en las 72 horas previas (o en los cinco o siete días previos cuando se utiliza un dispositivo intrauterino) y que no desea una gestación, es una posible candidata para la anticoncepción de urgencia. **(1)- (12I)**

TIPOS DE ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

ESTRÓGENOS Y PROGESTINA SINTÉTICOS



En 1974, Yuzpe y colaboradores publicaron los resultados de un estudio piloto, que valoró una combinación de 100ug de etinilestradiol (EE), con 1mg de dl-norgestrel, en una sola dosis para AE. Concluyeron que este régimen fue



tan eficaz como el previamente utilizado de dietilestilbestrol. El método de Yuzpe, ahora está ampliamente disponible en Estados Unidos y Europa. La dosis utilizada es de 100mg de EE y de 1mg de levonorgestrel dos veces al día, la primera dosis dentro de las 72 horas que siguen a la exposición y la segunda dosis 12 horas más tarde. En Estados Unidos y Canadá la marca Ovral contiene 50µg de EE y 25mg de LNG en cada tableta. Una mujer requiere solamente tomar cuatro de estas tabletas para completar el régimen. **(1)- (6I)**

LEVONORGESTREL



 Se ha utilizado el levonorgestrel en Europa y China por muchos años como anticonceptivo de urgencia. Varios estudios realizados en todo el mundo demuestran su eficacia y seguridad. **(1)- (3I)**



PRESENTACIONES COMERCIALES DEL LNG EN EL ECUADOR

 **TACE (Corporación Farmacéutica Recalcine)**

0.75mg 2 comprimidos recubiertos.

 **GLANIQUE (Medicamenta Ecuatoriana)**

0.75mg 2 comprimidos.

 **POSTINOR (Laboratorios farmacéuticos RG)**

0.75mg 2 comprimidos. (25l)

INDICACIONES



El Levonorgestrel se lo podría utilizar, para prevenir el embarazo después de una relación sexual sin protección o de una falla conocida o sospechada del método de anticoncepción utilizado. Es decir en las siguientes situaciones:

1. Si hay una relación sexual y no se utilizó ningún método anticonceptivo.
2. Si el preservativo se rompe, se desliza, se desplaza o es removido inadecuadamente.



3. Si el hombre retira el pene demasiado tarde, cuando la pareja utiliza el método “coitus interruptus”.
4. Si la mujer es usuaria de píldoras anticonceptivas, pero olvida tomar una o más de ellas.
5. Si es forzada a tener relaciones sexuales (violación).
6. Si produce expulsión del DIU por cualquier motivo. **(25I)**

MECANISMO DE ACCIÓN



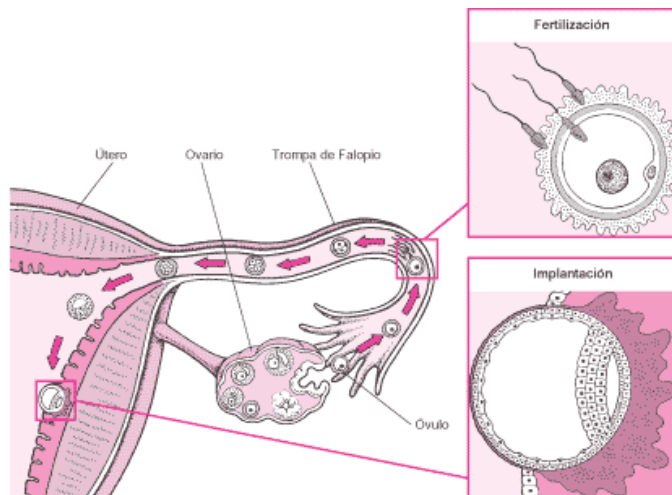
El LNG es un derivado de la 19-nortestosterona que actuando a través del receptor de la progesterona imita los efectos de la hormona natural por lo que se clasifica como agonista o progestina. Como toda progestina, mantiene el embarazo en animales ovariectomizados, convierte el endometrio proliferativo en receptivo e inhibe la ovulación cuando se administra en la fase folicular.

Se ha sugerido que el levonorgestrel suprime el crecimiento folicular y el desarrollo del cuerpo lúteo. Un estudio mostró que en las mujeres que recibieron 1.6mg de LNG en el décimo día del ciclo hubo supresión del máximo de la LH; ese efecto, no influyó sobre la formación o la función del cuerpo lúteo. Los efectos fueron variables cuando el levonorgestrel



se administró cerca del tiempo de ovulación. En algunas personas, la ovulación fue bloqueada; en otras, no hubo efecto y en otras más la actividad folicular fue seguida por función luteínica deficiente. De manera sorprendente cuando se administró levonorgestrel durante la fase luteínica, no hubo efecto sobre la duración del ciclo, ni sobre el endometrio. **(1)-(3R)- (3I)**

EFFECTO DEL LNG SOBRE LA MIGRACIÓN Y VITALIDAD ESPERMÁTICA





 Un coito único puede producir un embarazo solamente si tiene lugar en el día en que ocurre la ovulación o en los 5 días que la preceden y en cualquiera de estos días la probabilidad de que ocurra un embarazo reconocible clínicamente no supera el 27%. Estos seis días constituyen el período fértil del ciclo menstrual y su distribución asimétrica en torno al día de la ovulación se debe a dos factores. Por una parte los espermatozoides pueden conservar su viabilidad y capacidad fecundante hasta por cinco días en las criptas del cuello uterino. Allí se forma un reservorio que surte continuamente a la trompa de Falopio de nuevos espermatozoides durante varios días hasta que se produce la ovulación.

Por otra parte, el óvulo necesita ser fecundado pocas horas después de la ovulación para generar un cigoto sano que sea viable más allá de la implantación. El 83% de los días del período fértil están antes de la ovulación, y cuando el coito ocurre en alguno de estos días, los espermatozoides tienen que esperar entre 1 y 5 días en el tracto genital de la mujer hasta que ocurra la ovulación. Esta circunstancia ofrece una posibilidad real y concreta de que en



la mayoría de los casos el LNG pueda actuar sobre la migración o vitalidad de los espermatozoides o sobre el proceso ovulatorio o sobre ambos y de ese modo prevenir la fecundación.

Diversos estudios han confirmado que el LNG actúa sobre las células mucosas del cuello uterino alterando su secreción de un modo que la torna muy viscosa hasta el punto de suprimir totalmente el avance de los espermatozoides a través del moco cervical. Kesserü y cols. reportaron que la administración de 0.4mg de LNG, 3-10 horas después del coito produce una disminución del número de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina, 3 horas después del tratamiento; aumenta el pH del fluido uterino a las 5 horas lo cual inmoviliza a los espermatozoides; y aumenta la viscosidad del moco cervical a partir de las 9 horas impidiendo el paso de más espermatozoides hacia la cavidad uterina. Estas observaciones fueron hechas utilizando un 57% de la dosis que se usa actualmente, no obstante son relevantes al modo de acción del LNG usado como AE.

Los pocos datos disponibles sobre migración espermática en la mujer, muestran que ocurre como en el resto de los mamíferos. Después de una fase rápida y breve en la cual los primeros espermatozoides llegan a la trompa pocos minutos



después del coito, hay una fase sostenida en la cual los espermatozoides migran en sucesivas cohortes desde el reservorio cervical hacia la trompa en el curso de varios días. Los únicos experimentos que han evaluado la capacidad fecundante de estas dos poblaciones de espermatozoides revelan que sólo los de la fase sostenida tienen la capacidad de fecundar.

La fase sostenida mantiene en la trompa una población de espermatozoides con capacidad fecundante hasta que se produzca la ovulación. Los que llegan a la trompa no se quedan en ella ni persisten viables por mucho tiempo. En efecto, algunos pasan a la cavidad peritoneal o bien se adhieren al epitelio de la trompa por algunas horas, proceso en el cual adquieren movilidad hiperactivada, después de lo cual pierden en corto tiempo su vitalidad. Mientras se espera que ocurra la ovulación, la población de espermatozoides que se encuentra en la trompa de Falopio está en constante renovación gracias a nuevos espermatozoides que llegan desde el reservorio cervical. Por lo tanto, para que la fecundación sea posible se requiere que



la migración de nuevos espermatozoides desde el reservorio cervical hacia el sitio de fecundación persista hasta que ocurra la ovulación. **(31)**

EFFECTOS DEL LNG SOBRE LA OVULACIÓN

 La posibilidad de que LNG administrado como AE inhiba la ovulación en la mujer ha sido explorada por varios autores utilizando diversos diseños experimentales. En algunos casos, el LNG ha sido administrado en el día del pico de LH en la orina, el cual es fácil de detectar, pero tiene el inconveniente de que la ovulación suele ocurrir en ese mismo día y por lo tanto es demasiado tarde para inhibirla. De hecho, los datos indican que dado el LNG en ese día, inhibe la ruptura folicular o interfiere con la formación de un cuerpo lúteo sólo en una baja proporción de los ciclos tratados.

En el estudio de Marions y cols., el tratamiento con LNG en LH-2 suprimió el pico de LH en 5 de 5 casos, no se determinó si hubo o no ruptura folicular, pero se detectó fase lútea de características normales en los 5 casos. Posteriormente perfeccionaron el diseño del estudio, agregando evaluación



ecográfica del folículo, y confirmaron que en 7 de 7 casos el tratamiento con LNG suprimió la ovulación. En el estudio de Durand y cols, el tratamiento dado presuntamente entre LH-2 y LH-4 fue seguido de ruptura folicular y niveles significativamente disminuidos de progesterona en la fase lútea en 8 de 8 casos.

En este mismo trabajo se trató a un grupo de mujeres en el día 10 del ciclo menstrual. En 12 de 15 se inhibió la ovulación (no hubo ruptura folicular ni fase lútea), y en otras tres se postergó la ovulación más allá del límite máximo de los 6 días que pueden esperar los espermatozoides al óvulo.

Es evidente que LNG administrado durante la fase folicular tiene la capacidad de interferir con el proceso ovulatorio, ya sea suprimiendo el pico de LH, la ruptura folicular o la luteinización, lo cual parece depender del momento en que se administra. **(31)- (191)**

EFFECTOS SOBRE EL ENDOMETRIO



Durand y cols, Marions y cols, y Palomino y cols, usaron distintos diseños para examinar la posibilidad de que el LNG interfiera con el desarrollo progestacional del endome-



trio, el cual es considerado esencial para que se implante el blastocisto. Para esto compararon aspectos morfológicos y moleculares en biopsias tomadas en el período receptivo luego de administrar LNG en el período periovulatorio. Encontraron mínimas o ninguna diferencia en los parámetros examinados en comparación con los ciclos controles de las mismas mujeres. Los resultados de estos estudios confirman que, cuando no suprime la fase lútea, el LNG administrado como AE no interfiere con el desarrollo progestacional del endometrio.

Desde un punto de vista fisiológico y farmacológico, parece muy improbable que la administración de esta progestina altere el proceso que normalmente es inducido por la progesterona al actuar sobre el endometrio proliferativo. **(31)-(201)**

DOSIFICACIÓN DEL LNG

1. Tomar un comprimido de LNG, dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual, preferiblemente dentro de las 12 a 24 horas.
2. El segundo comprimido debe ser tomado 12 horas después de la primera dosis.



3. Pasadas las 72 horas el LNG no tiene la eficacia esperada para prevenir un embarazo.
4. También se puede tomar los dos comprimidos de 0.75mg al mismo tiempo dentro de las 72 horas post-coitales. (25l)

EFFECTOS SECUNDARIOS



Son de menor intensidad que los producidos por el método Yuzpe. Se describe, náuseas (30 a 70 %) y vómitos (15 a 25%). Para mejorar el cumplimiento es una buena

práctica utilizar fármacos antinauseosos una hora antes de cada dosis. Un estudio que requirió antieméticos antes de ambas dosis, informó la tasa más baja de náuseas (28%) y de vómitos (9.6%). No existen datos respecto a sobre si es necesario o no repetir las tabletas de anticoncepción de urgencia si los vómitos suceden una a tres horas después de tomarlas. Existen muchos otros posibles efectos secundarios, como cefalea, fatiga, mastodinia, mareo, dolor abdominal, irregularidades menstruales, cambios del estado de ánimo y hemorragia vaginal. **(1)**



EFICACIA

 En un amplio estudio multinacional en 21 sitios, participaron 1988 mujeres en una modalidad doble ciega, aleatoria y prospectiva, para comparar el método de Yuzpe con el uso de levonorgestrel, 0.75mg administrado dentro de las 72 horas que siguieron a la exposición y 12 horas más tarde. A cada una de las personas se les administró también una tercera dosis del fármaco del tratamiento asignado, para tomar en cuenta posible vómito en las cuatro horas siguientes a la toma de la dosis. Se realizó un análisis de intención al tratamiento. Las tasas de gestación fueron estandarizadas por día del ciclo.

Cuarenta y tres mujeres se perdieron para el seguimiento, 18 en el grupo correspondiente a Yuzpe y 25 en el de LNG. El riesgo relativo de embarazo para LNG, cuando se comparó con el régimen de Yuzpe, fue de 0.36 (95%). La proporción de embarazos que fueron prevenidos fue de 85% con el régimen de levonorgestrel y de 57% con el de Yuzpe. Las náuseas y vómitos fueron mucho menos frecuentes con el régimen de LNG. Para ambos, la eficacia se relacionó inversamente con el tiempo transcurrido desde la relación sexual no protegida. El régimen del levonorgestrel fue mejor que el mé-



todo de Yuzpe, ya que hubo menos efectos secundarios y la eficacia fue mayor. **(1)**

SEGURIDAD



La utilización a largo plazo de progestinas tiene efecto adverso sobre el perfil de lípidos; sin embargo, es muy improbable que dos dosis administradas con 12 horas de separación, durante una sola ocasión tuvieran efecto relevante. El LNG carece de efectos adversos conocidos sobre los mecanismos de coagulación. No hay datos que sugieran teratogenicidad y no se han informado complicaciones importantes. **(1)**

CONTRAINDICACIONES

La gestación conocida, o si la mujer está amamantando. **(1)**



VENTAJAS



El levonorgestrel tiene menores efectos secundarios que el régimen de Yuzpe y no hay necesidad de tomar un antiemético antes. Su eficacia es excelente. **(1)**

ADVERTENCIAS

1. Este método de anticoncepción no es eficaz una vez que el embarazo ha sido diagnosticado.
2. La evidencia clínica indica que no hay riesgo de daño del desarrollo del feto si este tratamiento falla en prevenir el embarazo.
3. Este medicamento sólo debe ser utilizado en casos de emergencia.
4. Este medicamento podría aumentar el riesgo de embarazo tubárico.
5. Los AE no provocan la menstruación inmediatamente; el período menstrual puede comenzar unos pocos días antes o después de la fecha estimada.



6. Si hay un retraso del comienzo de la menstruación de más de 1 semana, es recomendable realizar un test de embarazo.
7. Este anticonceptivo no protege del embarazo si la mujer tiene relaciones sexuales en los días o semanas posteriores al tratamiento. **(25I)**

No se debe utilizar el LNG en los siguientes casos:

- Sangrado vaginal inusual no diagnosticado.
- Enfermedad hepática.
- Problemas menstruales.
- Migraña.
- Diabetes. **(25I)**

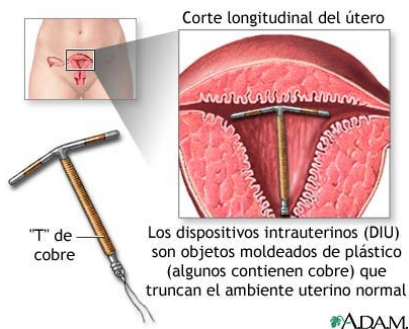
ANTIPROGESTERONAS

🌀 La mifepristona (RU 486) es un esteroide sintético, que impide que la progesterona se una a los receptores de ésta y de glucocorticoides. Se ha utilizado ampliamente en Europa como abortifaciente y varios estudios han demostrado que es anticoncepción de urgencia eficaz. **(1)- (15I)**



B

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS



El uso de DIU que contiene cobre fue informado ya desde 1976; sin embargo, estos dispositivos se volvieron impopulares en Estados Unidos poco después por razones medicolegales.

Hubo una pequeña reaparición de su empleo en años recientes. La mayor parte de los estudios publicados no compara la tasa de gestación observada, con el número esperado de embarazos. Trussell y Ellertson no observaron embarazos en las mujeres tratadas. Los tres estudios más grandes abarcaron más de 1000 mujeres. Entre 1976 y 1986 nueve estudios valoraron la eficacia de la aplicación de urgencia de un DIU, dentro de 5 a 10 días que seguían a la relación sexual no protegida. No hubo diferencia en la eficacia cuando el dispositivo se aplicó 5 o 10 días después de la relación sexual no prote-



gida. Aunque en principio, si una mujer tuvo exposición no protegida tres días antes de la ovulación, el DIU se puede aplicar hasta ocho días después de la exposición. **(1)- (71)**

ANDRÓGENOS



En 1982 se propuso al danazol como método de anticoncepción de urgencia. Este régimen fue de dos dosis de 400mg, con intervalo de 12 horas dentro de las 72 horas que siguen a una relación no protegida. En un estudio que comparó el régimen de Yuzpe, el danazol a dosis de 600mg inicialmente y repetido en 12 horas, y mifepristona en una sola dosis de 600mg, se halló que el danazol era menos eficaz. El danazol se utiliza en la actualidad sólo para investigación. **(1)- (81)**

ESTRÓGENOS



Los estrógenos a dosis altas fueron las primeras hormonas utilizadas en anticoncepción de urgencia, en 1960 y al principio de 1970. El primer estrógeno informado fue el dieti-



lestilbestrol, 50mg al día durante cuatro a seis días. Esta sustancia ya no se usa, debido a los efectos teratógenos (anomalías del aparato genital en fetos femeninos) y adenocarcinoma de la vagina en la descendencia de mujeres que lo tomaron durante el embarazo. La dosis y el fármaco utilizado en la actualidad para anticoncepción de urgencia son EE, 2.5mg, dos veces al día durante cinco días, que se debe iniciar dentro de las 72 horas que siguen a la exposición. Este régimen se conoce como el método de 5 x 5. La tasa de embarazo ectópico es tan alta como de 10%, posiblemente por alteración de la motilidad de las trompas e interrupción de embarazo uterino, más a menudo que la gestación ectópica. La eficacia del estrógeno a dosis alta es buena; sin embargo, las tasas de falla varían de 0.1 a 1 %. **(1)- (9)**

AGONISTAS DE GNRH



Dado que los agonistas de GnRH suprimen a LH y causan una baja notable en la secreción de progesterona, se han propuesto como posible anticoncepción de urgencia. Los estudios han demostrado que los valores bajos de gonadotropina coriónica humana pueden impedir la regresión del cuerpo lúteo, causado por el agonista GnR, cuando se administra después de la ovulación. Cuando está ausente hCG, la



acción del antagonista de GnRH debe continuar por cuando menos 72 horas para causar regresión irreversible del cuerpo lúteo. **(1)**

ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA



Existen varios aspectos sobre el acceso a la anticoncepción de urgencia, y uno de ellos, es el conocimiento por parte de las mujeres sobre la disponibilidad de este método. Un

poco más de una de cada tres pacientes y uno de cada dos varones, nunca han escuchado de éste y menos saben todavía cómo conseguirlo, y sólo de 1 a 3% lo ha utilizado. Para resolver este aspecto, se debe hacer una campaña de educación pública por parte de las clínicas de planificación familiar, de los fabricantes de los métodos disponibles y de la comunidad médica.

Además, las personas de esta última, que tienen la información y la pericia, deben instruir a sus colegas. El 85% de los obstetras y 50% de los médicos familiares están al tanto de los métodos de anticoncepción de urgencia, pero muy po-



cos en realidad la prescriben. La necesidad de obtener recetas para las hormonas debe ser cuestionada. Estudios realizados en Gran Bretaña y en Estados Unidos muestran que la disponibilidad sin receta es segura, e incrementa mucho su uso.

Entre las adolescentes, que es la población con mayor riesgo para embarazo no intencionado, es imperativa la disponibilidad del medicamento en los fines de semana, cuando la mayoría de los profesionales y las clínicas de planeación familiar están cerradas. **(1)- (13I)- (14I)- (24I)**

AUTOADMINISTRACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA



En el estudio más grande publicado, que evaluó la manera como se comportarían las mujeres si tuvieran un aporte de tabletas de anticoncepción de urgencia a la mano en casa, a 553 mujeres se les administró dicho aporte y a 522 mujeres del grupo testigo e les informó que para obtener las tabletas se requería consulta médica. Se les observó durante un año. Se obtuvo información acerca del uso de otras formas de anticoncepción, del número de embarazos no deseados y de la frecuencia de la utilización de anticoncepción de urgencia. Se contó con resultados de 549 mujeres en el grupo de trata-



miento, y de 522 en el grupo testigo. El 47% de las mujeres (187) en el grupo de tratamiento utilizó la anticoncepción de urgencia cuando menos una vez y 98% lo hizo de manera correcta, mientras que 27% de las

mujeres (87) del grupo testigo usó la anticoncepción de urgencia cuando menos una ocasión. Esta diferencia fue estadísticamente muy significativa ($P < 0.001$). No hubo incremento de la utilización de tabletas en el grupo de tratamiento. Hubo 25 embarazos no deseados en el grupo testigo y 18 en el grupo de tratamiento (12 de las cuales sucedieron durante un ciclo en el que se utilizó anticoncepción de urgencia), para un riesgo relativo de 0.7.

En ninguno de los grupos se experimentaron trastornos adversos. El índice de falla se calculó en 3%. La anticoncepción de urgencia se utilizó en un total de 387 ocasiones (284 en el grupo de tratamiento y 139 en el grupo testigo). Los hallazgos sugieren que disponer fácilmente de la anticoncepción de urgencia es una forma segura y eficaz, y puede reducir el número de embarazos no intencionales. **(1)- (1R)- (11I)**

CONSEJERÍA PARA LA MUJER O LA PAREJA

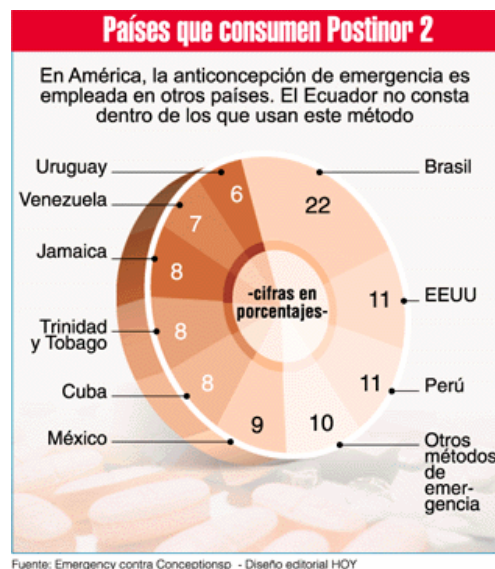


 Cuando una mujer acude para anticoncepción de urgencia, el asesoramiento debe incluir lo siguiente: precisar con certidumbre que el embarazo no es deseado, asegurar la utilización correcta del método (a la vez que se proporcionan también instrucciones escritas), y proporcionar información acerca de los efectos secundarios (como el posible retraso de las menstruaciones durante unos cuantos días). Los comentarios deben asegurar la posibilidad de falla y comprenden instrucciones para realizar una prueba de embarazo si las menstruaciones se retrasan más de tres semanas. Cuando se va a utilizar el método de Yuzpe es recomendable proporcionar a la mujer una receta para un antiemético. **(1)-(17I)- (21I)**



B

SITUACIÓN DE LA AE EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO



La falta de conocimiento de la ciudadanía acerca de los métodos de anticoncepción de emergencia se suma a la actitud de la Iglesia Católica y la de círculos conservadores y fundamentalistas que señalan que la anticoncepción de emergencia es abortiva. Todo ello ha contribuido al secreto en que se ha mantenido el tema. Estos sectores sostienen además que el uso de la AE promueve el comportamiento



promiscuo y podría propiciar que las personas abandonaran los métodos regulares de anticoncepción.

No hay información que respalde estos dos últimos argumentos, ya que la AE no es una práctica común en la región. No obstante, algunas investigaciones demuestran que no es así. Un estudio realizado en el 2001 en cinco escuelas de enseñanza media de todos los puntos cardinales de São Paulo, reveló que su uso no provocó el abandono o sustitución de otros métodos contraceptivos como el condón entre el público que la usó. Al contrario, el estudio demostró que el uso del condón continúa siendo permanente y que el uso de la PAE fue puntual. La OMS ha señalado que estudios realizados en Europa, donde se puede acceder a

la AE en servicios de salud y farmacias sin receta médica, no muestran prueba estadística alguna de que la AE o cualquier otro método anticonceptivo aumente la actividad sexual entre las usuarias. Por otra parte, de acuerdo a fuentes médicas y también a la OMS, las píldoras de la AE no podrían usarse regularmente como anticonceptivos ya que no son tan eficaces como los métodos permanentes y producen efectos secundarios molestos.

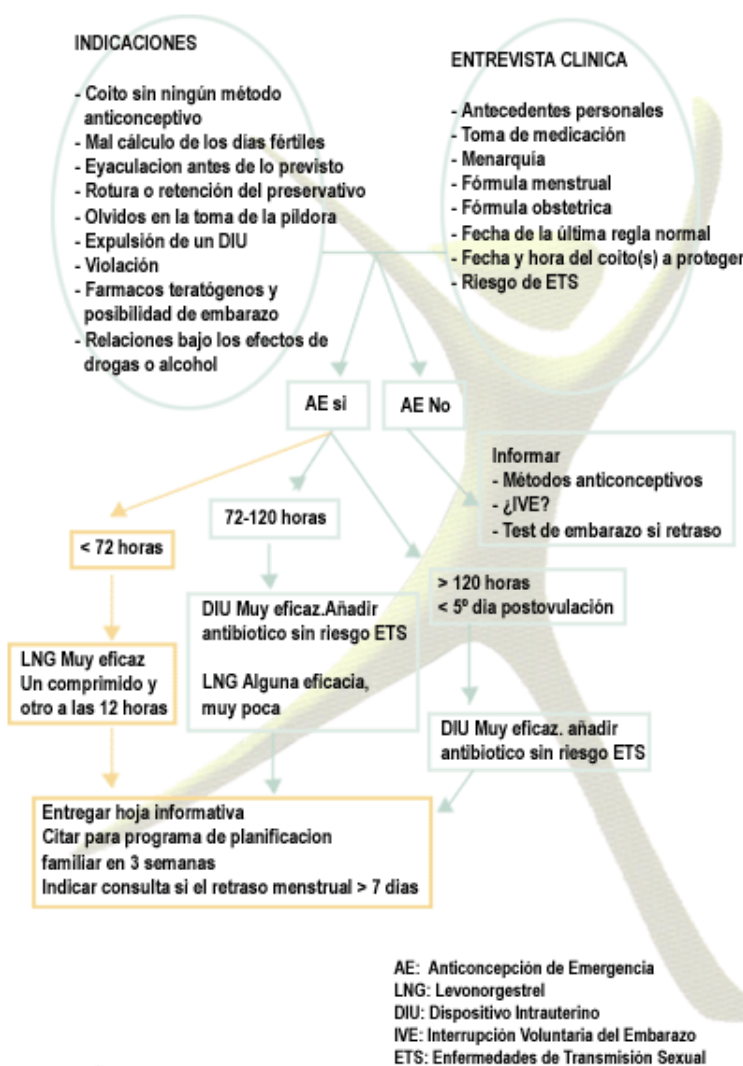


Esa falta de claridad se constata, cuando se observa que un importante número de países de América Latina y el Caribe han incorporado la AE dentro de las normas de planificación familiar y salud reproductiva. Sin embargo, ninguno de ellos la distribuye gratuitamente -excepto Cuba-, y para acceder a la AE se deben traspasar una serie de obstáculos, en primer lugar la receta retenida en las farmacias, cuando justamente se trata de un método que existe para ofrecer una respuesta a situaciones urgentes. Esto no ocurre ni en el Reino Unido, Francia, Bélgica, ni otros países europeos donde las mujeres tienen acceso a la venta sin receta médica. Esta medida ha evitado miles de embarazos no deseados y, por supuesto, abortos. **(1)- (10I)- (16I)- (18I)**

B



ALGORITMO DE MANEJO CLÍNICO





(23I)



Capítulo II



EJECUCIÓN DEL PROYECTO

B

♀ **“Conocimientos, actitudes y prácticas referentes a anticoncepción de emergencia entre los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. 2008”.**



OBJETIVOS

GENERAL

- ✚ Determinar mediante estudio CAP's sobre anticoncepción de emergencia, en estudiantes universitarios.

ESPECÍFICOS

- ✚ Determinar la edad, el sexo, la religión, la residencia, estado civil y el año en que cursan los estudiantes investigados.
- ✚ Indagar sobre los conocimientos que poseen con respecto a AE los individuos investigados, en cuanto a la sustancia, al mecanismo de acción, los efectos secundarios, las contraindicaciones y la eficacia de la misma.
- ✚ Determinar las actitudes en cuanto al uso y a los resultados que les ha dado la AE a los individuos investigados.



- Establecer si los estudiantes recomiendan el uso de esta sustancia anticonceptiva.

DISEÑO METODOLÓGICO

■ **TIPO DE ESTUDIO:** Estudio Descriptivo.

■ **ÁREA DE ESTUDIO:** La investigación se realizó en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

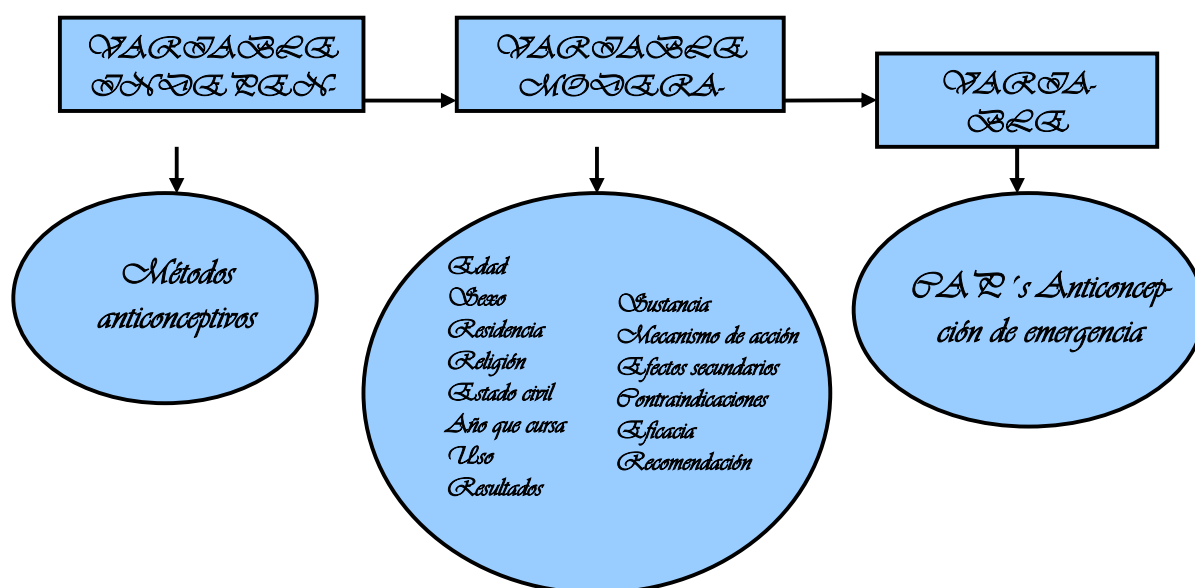
■ **UNIVERSO:** El Universo fueron todos los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca (1208 alumnos).

■ **MUESTRA:** Los estudiantes de 4to y 5to año (300) de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, pues poseen más conocimientos sobre Farmacología y mayor criterio médico-científico para contestar preguntas sobre este tema.



B

VARIABLES





B

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se procedió a elaborar los formularios con preguntas claras y concretas, que se entregaron a los estudiantes de 4to y 5to año de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, de manera oportuna y ordenada.

■ **MÉTODO:** Observación. Encuesta.

■ **INSTRUMENTO:** Formularios.

■ **TÉCNICA:** Interrogatorio y obtención de la información a través de encuestas escritas entregadas a los estudiantes.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se guardó confidencialidad en los datos personales y en los formularios de los estudiantes encuestados.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectada la información, se procedió a trabajar con el programa estadístico Excel. Se hicieron gráficos y tablas según los objetivos planteados. Se realizó cruce de variables si es que el estudio lo amerita; y para las variables cuantitativas y cualitativas se utilizaron los porcentajes.





Capítulo III





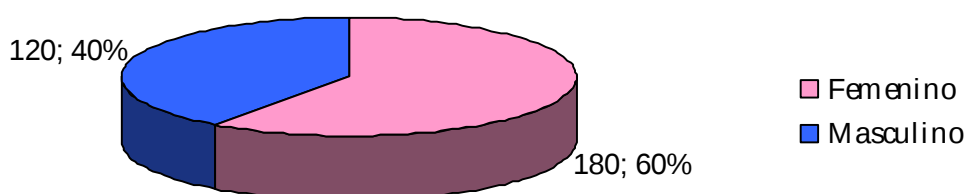
RESULTADOS

B



GRÁFICO #1

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo. Cuenca- Ecuador. 2008.



**FUENTE:* Formularios.

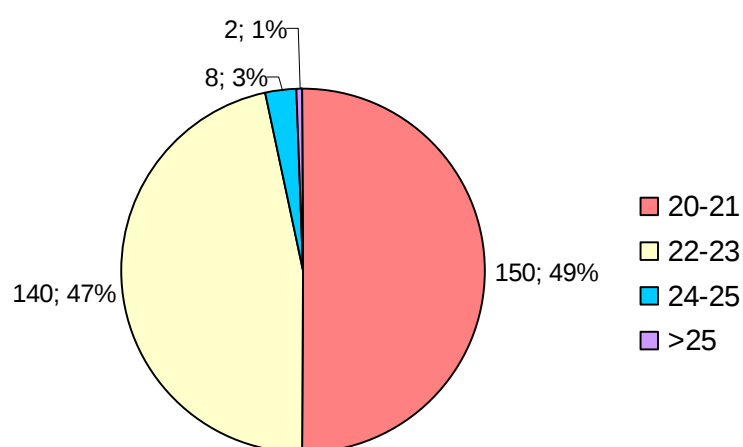
**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

π El gráfico #1 indican que 180 mujeres (60%) y 120 hombres (40%), de un total de 300 estudiantes fueron encuestados en este trabajo investigativo. Por tanto aquí predomina el sexo femenino.



GRÁFICO #2

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según edad. Cuenca- Ecuador. 2008.



**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

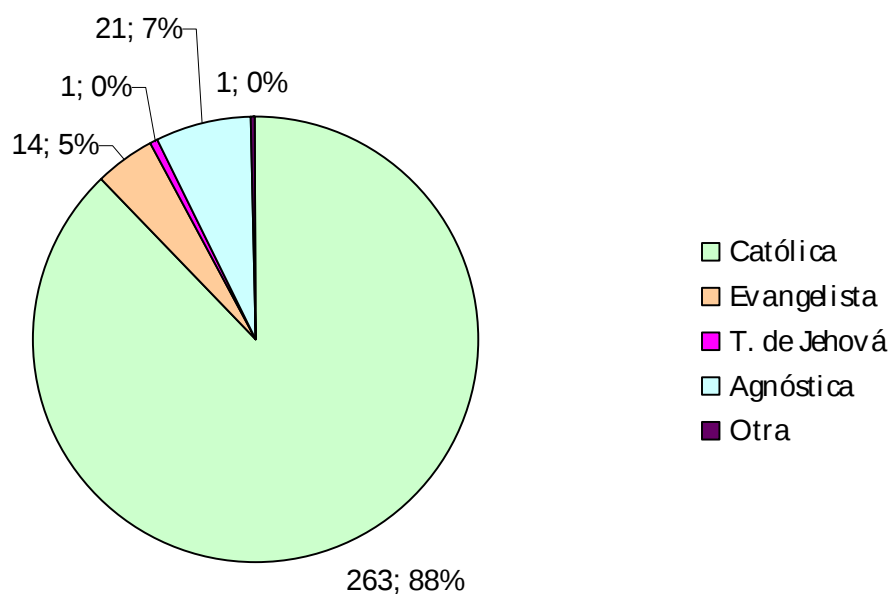
π *El gráfico #2 indican la frecuencia de edad de los individuos estudiados: 150 (50%) tienen de 20-21 años; 140 (46,7%) están entre 22-23 años; 8 (2,7) tienen entre 24-25 años y 2 (0,7%) tienen 25 años, de los 300*



estudiantes encuestados. Por tanto predominan las personas que tienen una edad comprendida entre 20-21 años.

GRÁFICO #3

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según religión. Cuenca-Ecuador. 2008.



**FUENTE:* Formularios.



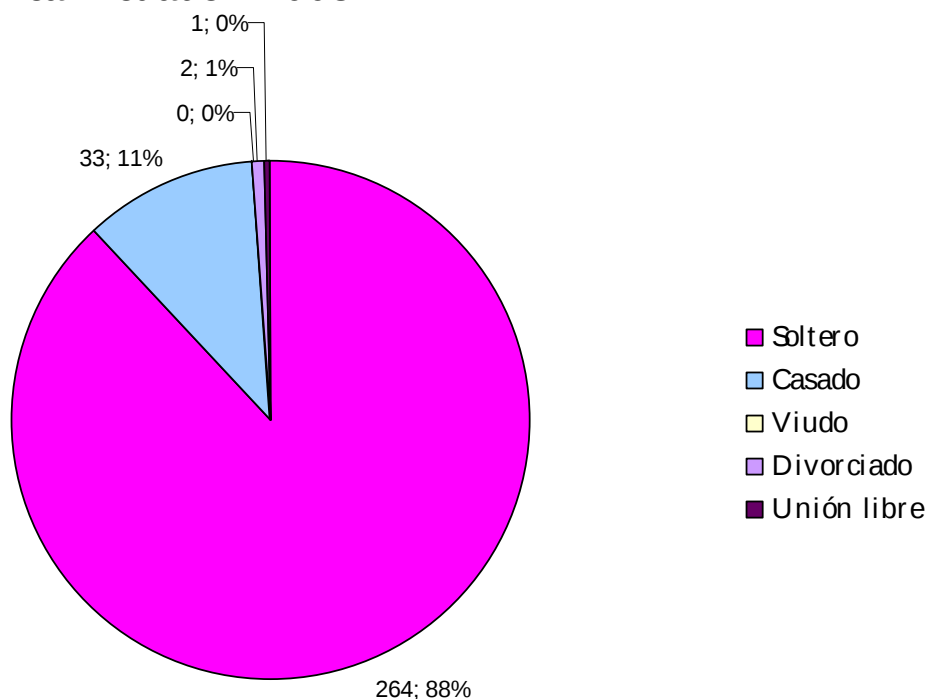
**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

π El gráfico #3 demuestran que de los 300 alumnos estudiados, 263 (87,7%) son católicos; 14 (4,7%) evangelistas; 1 (0,33%) es Testigo de Jehová; 21 (7%) agnósticos y 1 (0,33%) pertenece a otra religión. Por lo tanto en esta investigación la mayor parte de encuestados son de religión católica.



GRÁFICO #4

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según estado civil. Cuenca- Ecuador. 2008.



**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

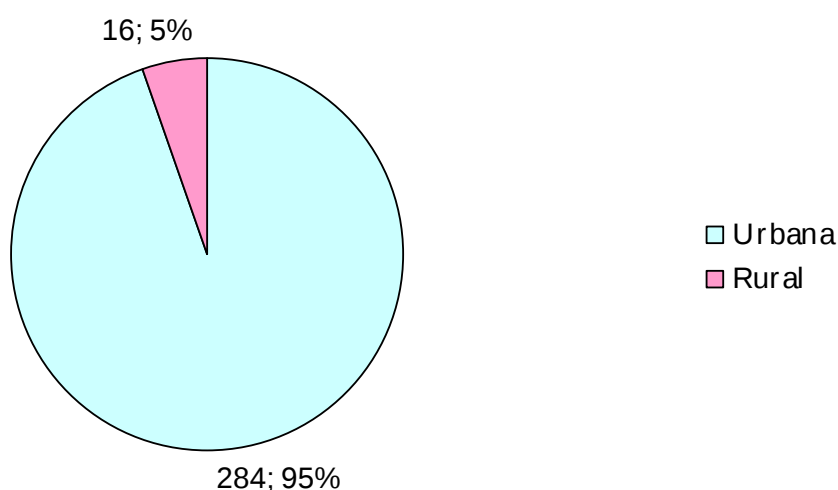
π La tabla y el gráfico #4, demuestran que de los 300 individuos encuestados, 264 (88%) son solteros; 33 (11%) casados; 0 (0%) viudos; 2 (0,7%) divorciados y



1 (0,33%) unión libre. Por lo tanto predominan los solteros en este estudio.

GRÁFICO #5

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según residencia. Cuenca- Ecuador. 2008.



**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

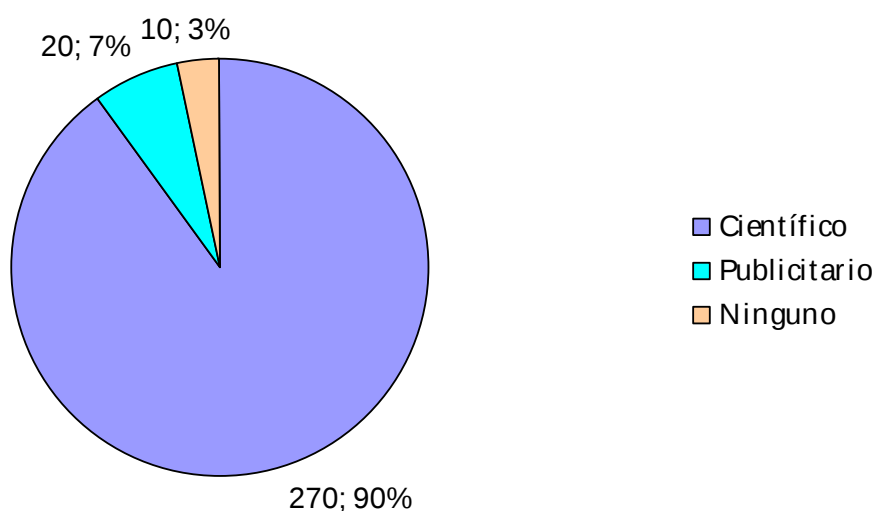
π El gráfico #5 demuestran que de los 300 estudiantes investigados, 284 (94,7%) residen en el área urbana;



mientras que 16 (5,3%) lo hacen en la rural. Por lo tanto predomina la residencia urbana de las personas encuestadas en este estudio.

GRÁFICO #6

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según conocimiento sobre AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



***FUENTE:** Formularios.

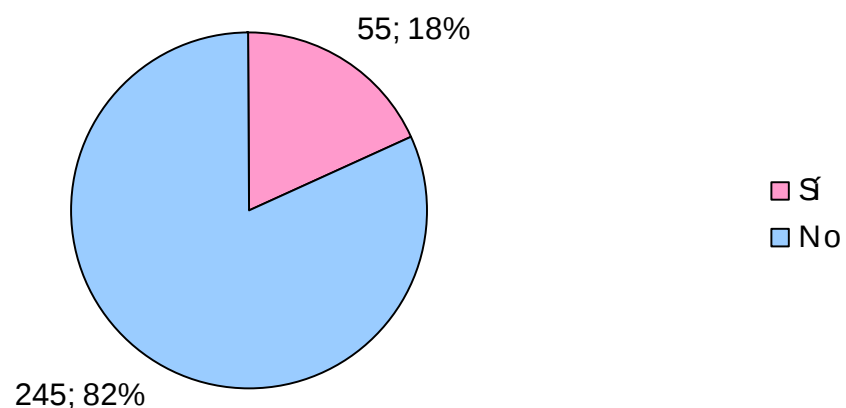
***AUTORA:** Lorena Briones Sigüenza.



π *El gráfico #6 demuestra que de los 300 encuestados 270 (90%) poseen conocimiento científico acerca de AE; mientras que 20 (6,7%) poseen conocimiento publicitario y 10 (3,3%) no poseen ningún conocimiento. Por lo tanto, la mayor parte de los estudiantes investigados tienen conocimiento científico sobre AE.*

GRÁFICO #7

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según uso de AE. Cuenca-Ecuador. 2008.



**FUENTE:* Formularios.

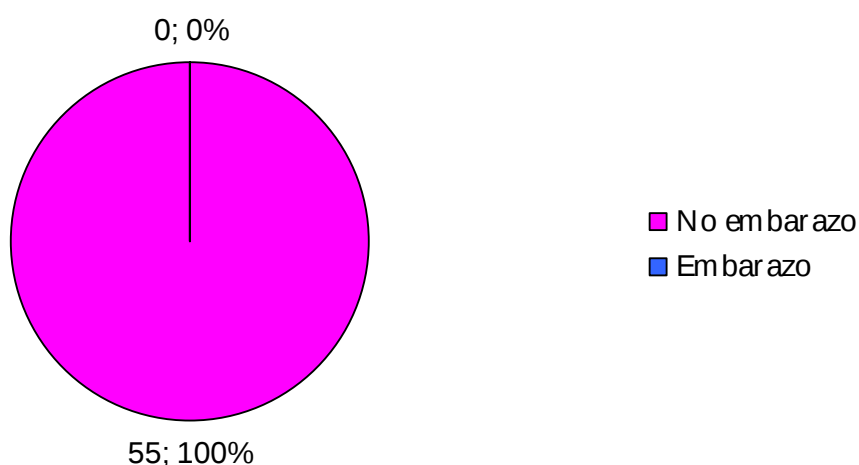
**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.



π El gráfico #7 indican que de los 300 alumnos encuestados, 55 (18,3%) han utilizado AE, mientras que 245 (81,7%) no la han usado. Por lo tanto la mayor parte de estas personas no han recurrido a este método anticonceptivo.

GRÁFICO #8

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según resultado de AE. Cuenca-Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

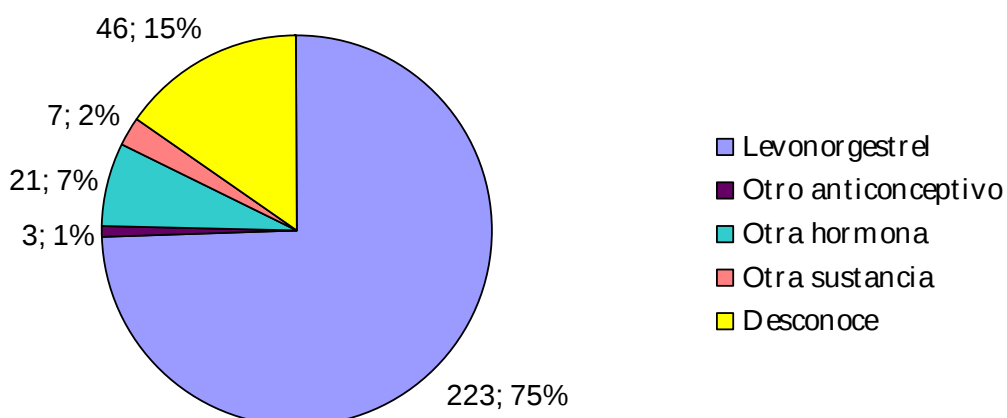
*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.



π El gráfico #8 demuestran que de las 55 (18,3%) personas que han usado AE, todas ellas han logrado prevenir un embarazo no planificado, que es lo que se espera de la AE.

GRÁFICO #9

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sustancia de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.

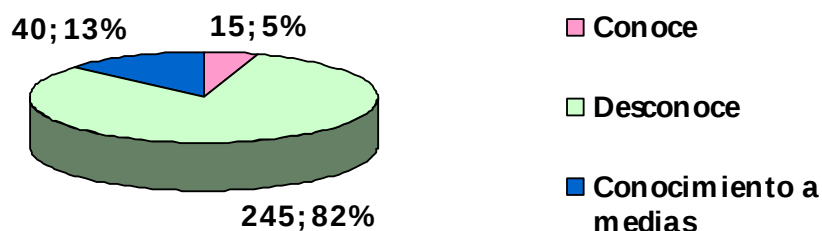


π El gráfico #9, demuestran que de los 300 alumnos estudiados, 223 (74,3%) conocen que la sustancia utilizada para AE, es el LNG; 3 (1%) dicen que se trata de otro anticonceptivo; 21 (7%), dicen que es otra hormona; 7 (2,3%) piensan que es otra sustancia y 46 (15,3) desconocen que sustancia se utiliza para este fin. Por lo tanto, la mayoría de personas incluidas en este estudio conocen que el levonorgestrel es la sustancia usada para AE.



GRÁFICO #10

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según mecanismo de acción de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.

π El gráfico #10, indican que de los 300 encuestados, 15 (5%) conocen el mecanismo de acción correcto del levonorgestrel; 245 (81,7%), lo desconocen, mientras que 40 (13,3%), poseen un conocimiento a medias o incompleto sobre esta variable estudiada. Por lo tanto,



la mayoría de personas incluidas en este estudio desconocen el mecanismo de acción de la AE.

GRÁFICO #11

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según efectos secundarios de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



**FUENTE:* Formularios.

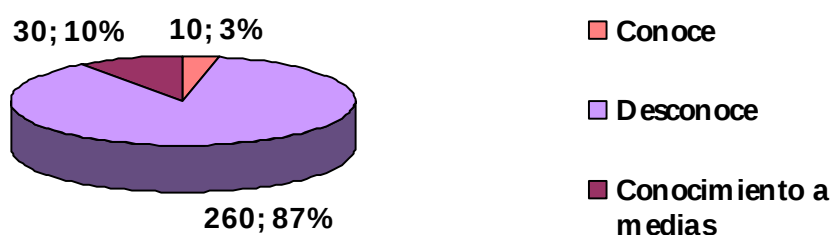
**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.



π El gráfico #11, indican que de los 300 investigados, 30 (10%) conocen los efectos secundarios del LNG; 230 (76,7%) lo desconocen y 40 (13,3%) poseen un conocimiento a medias. Por lo tanto la mayor parte de estos estudiantes no conocen lo indicado en esta variable.

GRÁFICO #12

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según efectos contraindicaciones de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.





*FUENTE: Formularios.

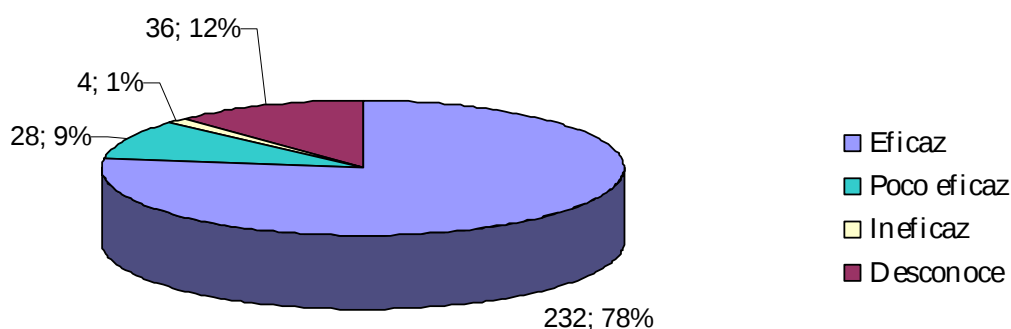
*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.

π El gráfico #12, demuestran que de las 300 personas encuestadas, 10 (3,3%) conocen las contraindicaciones precisas de la AE; 260 (86,7%), los desconocen, mientras que 30 (105%) poseen conocimientos incompletos y a medias. Por lo tanto, la mayoría de estos individuos desconocen las contraindicaciones.



GRÁFICO #13

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según eficacia de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

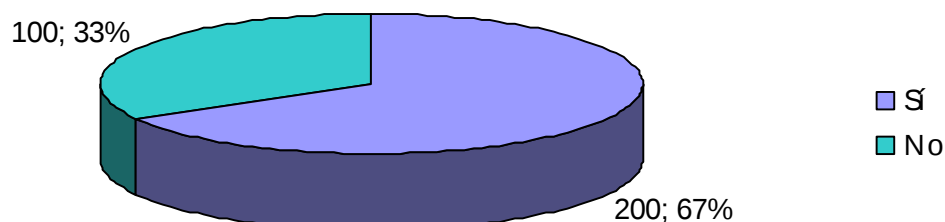
*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.

π El gráfico #13, indican que de los 300 estudiantes, 232 (77,3%) consideran que la AE es eficaz, 28 (9,3%) piensan que es poco eficaz; 4 (1,3%) dicen que es ineficaz; mientras que 36 (12%) desconocen este hecho. Por tanto la mayoría de investigados coinciden de que es un método eficaz para la AE.



GRÁFICO #14

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según recomendación sobre el uso de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

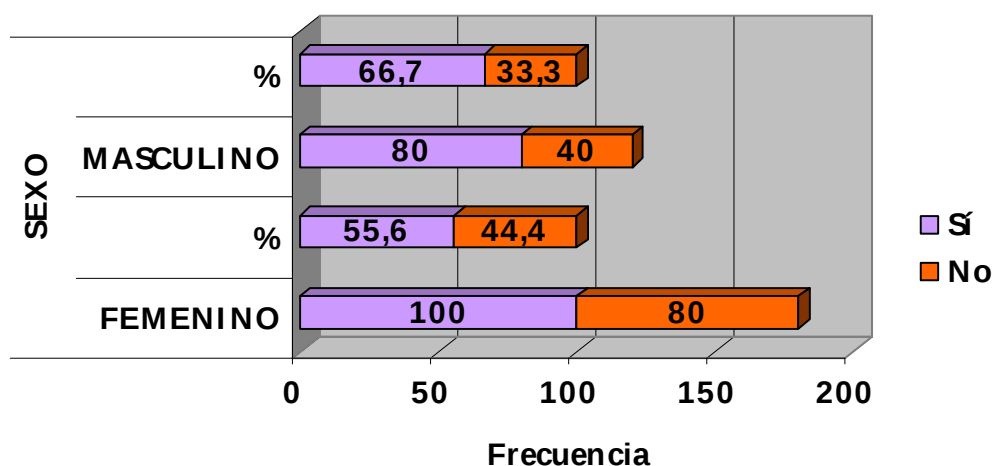
*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.

π El gráfico #14, indican que de los 300 individuos estudiados, 200 (66,7%) recomendarían su uso; mientras que 100 (33,3%) no lo harían. Por tanto la mayoría de estudiantes lo recomendarían.



GRÁFICO #15

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo y recomendación sobre el uso de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.

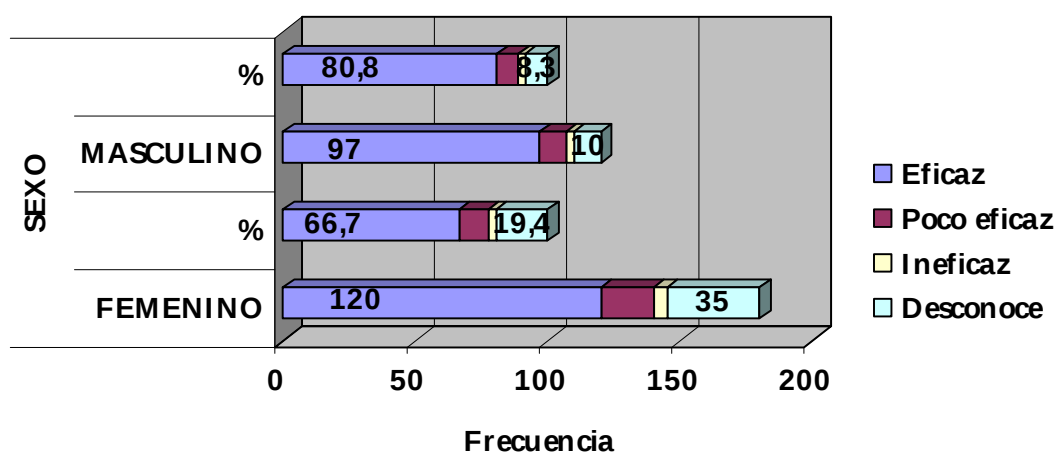
π El gráfico #15 demuestran que de las 180 mujeres investigadas, 100 (55,5%) y de los 120 hombres estudiados, 80 (66,7%), recomendarían el uso de AE; mientras que 80 (44,4%) de las mujeres y 40 (33,3%) de los hombres no lo recomendarían. Por lo tanto la



mayoría de estas personas recomendarían el uso de esta sustancia.

GRÁFICO #16

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo y eficacia de AE. Cuenca-Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.

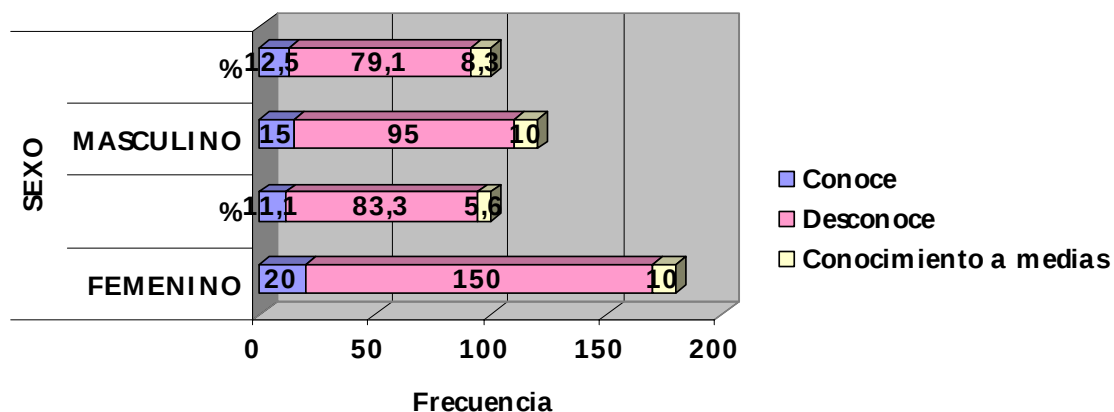
π El gráfico #16, indica que de las 180 mujeres investigadas, 120 (66,7%) consideran que la AE es eficaz; 20 (11,1%) poco eficaz; 5 (2,8%) ineficaz; 35 (19,4%) desconoce; mientras que de los 120 hombres encues-



tados, 97 (80,8%) consideran que la AE es eficaz; 10 (8,3%) poco eficaz; 3 (2,5%) ineficaz; 10 (8,3%) desconoce. Por tanto la mayoría de individuos investigados coinciden en que la AE es eficaz.

GRÁFICO #17

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo y contraindicaciones de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

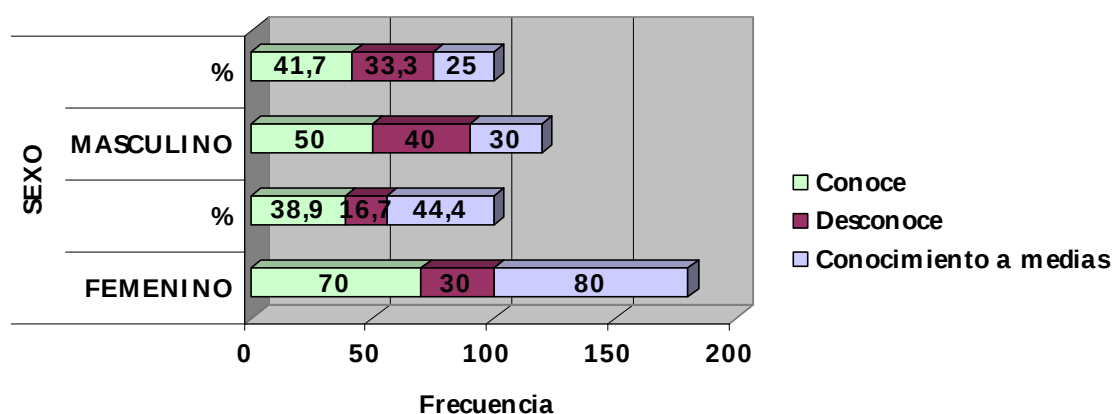
*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.



π La tabla y el gráfico #17, indican que de las 180 mujeres estudiadas, 20 (11,1%) conocen de manera precisa las contraindicaciones de la AE; 150 (83,3%) desconoce; 10 (5,6%) posee conocimiento a medias o incompleto; mientras que de los 120 hombres investigados, 15 (12,5%) las conoce; 95 (79,1%) desconoce; 10 (8,3%) tiene conocimientos a medias. Por lo tanto, la mayoría de personas incluidas en este estudio desconoce las contraindicaciones de la AE.

GRÁFICO #18

Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo y mecanismo de acción de AE. Cuenca- Ecuador. 2008.



*FUENTE: Formularios.

*AUTORA: Lorena Briones Sigüenza.



π El gráfico 18, indica que de las 180 mujeres encuestadas, 70 (38,9%) conoce el mecanismo de acción exacto del LNG; 30 (16,7%) lo desconoce; 80 (44,4%) posee conocimientos a medias; mientras que de los 120 hombres encuestados, 50 (41,7%) conoce el mecanismo de acción; 40 (33,3%) lo desconoce; 30 (25%) tiene conocimientos a medias o incompletos. Por lo tanto, la mayoría de las mujeres posee conocimiento a medias sobre el mecanismo de acción del LNG, mientras que la mayor parte de hombres conoce exactamente este hecho.



DISCUSIÓN

 Los estudios realizados en la década de los 90, muestran que hasta 25 a 30% de las mujeres nunca han oído de la anticoncepción de urgencia, 10% sabe como conseguirla, pero sólo 3% la ha utilizado. En Estados Unidos y en otros países las cifras aún son menores, debido al desconocimiento y a la mala aceptación de la misma. **(1)**. Un poco más de una de cada tres pacientes y uno de cada dos varones, nunca han escuchado de este método y no saben cómo conseguirlo, y sólo de 1 a 3% lo ha utilizado. **(9)**

Con relación a este estudio realizado, la mayor parte de los estudiantes investigados tienen conocimiento científico sobre AE. Sin embargo de las 180 mujeres estudiadas, 25 (13,9%) han utilizado LNG para AE, mientras que 155 (86,1%) no lo han hecho. De los 120 hombres estudiados, 30 (25%) han dado o han estado de acuerdo en que sus parejas utilicen LNG para AE. Por lo tanto, la mayoría de personas de este trabajo investigativo no la han usado.

Se ha utilizado el levonorgestrel en Europa y China por muchos años como anticonceptivo de urgencia. Varios estudios realizados en todo el mundo demuestran su eficacia y seguridad. **(1)- (3)**



Esta investigación demuestra que de las 55 (18,3%) personas que han usado AE, todas ellas han logrado prevenir un embarazo no planificado, que es lo que se espera de la AE. Por lo tanto, de los 300 estudiantes, 232 (77,3%) consideran que la AE es eficaz, 28 (9,3%) piensan que es poco eficaz; 4 (1,3%) dicen que es ineficaz; mientras que 36 (12%) desconocen este hecho. Por tanto la mayoría de investigados coinciden de que es un método eficaz para la AE.

B

CONCLUSIONES

Se concluye que:

- V De acuerdo a las características demográficas; predomina el sexo femenino (60%), la edad comprendida entre 20-21 años (50%), la religión católica (87,7%), pero también hay un número significativo de agnósticos (7%), 88% de los estudiantes son solteros; 94,7% de los individuos viven en el área urbana.



- V Con relación a los conocimientos sobre AE, 90% de los encuestados poseen conocimientos científicos; 74,3% coincide que el levonorgestrel es la sustancia usada para AE; 81,7% desconoce el mecanismo de acción de la AE; 76,7% no conoce los efectos secundarios de la AE; 86,7% desconoce las contraindicaciones; 77,3% coincide que es un método eficaz para la AE; el 38,9% de las mujeres posee conocimiento a medias sobre el mecanismo de acción del LNG, mientras que 41,7% de hombres conoce exactamente este hecho.
- V De acuerdo a las actitudes; el 66,7% de estudiantes recomendarían el uso de la AE.
- V En cuanto a las prácticas; el 81,7% de los estudiantes no la ha utilizado, y todos los usuarios han logrado prevenir un embarazo no planificado.



B

RECOMENDACIONES

Ø *A los estudiantes de pregrado:*

- ∞ Realizar un estudio comparativo entre los conocimientos que poseen los alumnos de primero y último año de Medicina.
- ∞ Efectuar un trabajo para evaluar el nivel de conocimientos entre los estudiantes de toda la Universidad de Cuenca.

Ø *A los docentes de la Escuela de Medicina:*

- ∞ Que se impartan conocimientos básicos sobre anti-concepción de urgencia desde primer año.

Ø *Al Ministerio de salud pública y a todo servicio público y privado de salud:*



∞ Que se distribuya gratuitamente la anticoncepción de emergencia en centros, subcentros y puestos de salud, hospitales públicos y privados, dispensarios y clínicas privadas, a toda persona que lo necesite de modo fácil y oportuno.



B



Capítulo IV





Anexos



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<i>EDAD (AÑOS)</i>	Tiempo transcurrido desde que una persona nace, hasta el momento del estudio.		Años cumplidos por una persona.	20-21 22-23 24-25 26 o más
<i>SEXO</i>	Características anatómicas, psicológicas y sociales que caracterizan al hombre y a la mujer.	-Femenino -Masculino	-Pertenece a las mujeres. -Pertenece a los hombres.	Femenino Masculino
<i>RELIGIÓN</i>	Creencias acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales.	-Católica -Evangelista -Testigos de Jehová -Agnóstica -Otra	-Que basa su fe en la doctrina de la iglesia romana. -Que basa su fe en el protestantismo. -Que basa su fe en el cristianismo y el judaísmo. -Que no basa su fe en lo divino, ni sagrado. -Otra religión.	Católica Evangelista Testigo de Jehová Agnóstica Otra
<i>ESTADO CIVIL</i>	Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma.	-Soltero -Casado -Divorciado -Viudo -Unión libre	-Libre, que no está casado. -Persona ha contraído matrimonio. -Persona cuyo vínculo matrimonial se ha disuelto jurídicamente. -Persona cuyo cónyuge ha fallecido y no ha vuelto a casarse. -Persona que está unida sentimentalmente a otra pero sin ningún documento legal entre los dos.	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre



RESIDENCIA	Lugar geográfico en el cual vive o habita una persona actualmente.	-Urbana -Rural	-Perteneiente a la ciudad. -Perteneiente a la vida de campo y sus labores.	Urbana Rural
AÑO QUE CURSA	Nivel de educación en la Escuela de Medicina	-Cuarto año -Quinto año		Cuarto año Quinto año
CONOCIMIENTO AE	Un tratamiento para mujeres que experimentan un acto sexual no protegido.	- Científico -Empírico	-Conocimiento que se basa en la ciencia. -Conocimiento que se basa en la experiencia.	Sí No
USO	Utilización de la AE.	-Adecuado -No adecuado	-De acuerdo a lo que dice la ciencia. -De acuerdo lo que dice la experiencia y observación.	Sí No
RESULTADO	Anovulación de urgencia.		Anovulación de urgencia.	Sí No
SUSTANCIA LNG	LNG es un derivado de la 19- nortestosterona.		Actúa a través del receptor de la progesterona e imita los efectos ésta por lo que se clasifica como progestina.	Conoce Desconoce
MECANISMO DE ACCIÓN	Suprime el crecimiento folicular y el desarrollo del cuerpo lúteo.		Suprime el crecimiento folicular y el desarrollo del cuerpo lúteo.	Conoce Desconoce
EFFECTOS SECUNDARIOS	Efectos farmacológicos colaterales que produce el fármaco		Náuseas, vómitos cefalea, fatiga, mastodinia, mareo, dolor abdominal, irregularidades menstruales, cambios del estado de ánimo y hemorragia vaginal.	Conoce Desconoce
CONTRAINDICACIONES	Razones para no ingerir dicho fármaco.		Gestación conocida. Lactancia materna.	Conoce Desconoce



<i>EFICACIA</i>	85-95%		Si resulta ventajoso utilizarlo o no.	Eficaz Poco eficaz Ineficaz
<i>RECOMENDACIÓN SOBRE SU USO</i>	Si recomendaría usar la AE.		Si recomendaría usar la AE.	Si No

B



TABLAS

B



1. Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo. 2008.

TABLA #1

SEXO	FRECUENCIA	%
Femenino	180	60
Masculino	120	40
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

2. Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según edad. 2008.

TABLA #2

EDAD	FRECUENCIA	%
20-21	150	50
22-23	140	46,7
24-25	8	2,7



>25	2	0,7
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

3. Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según religión. 2008.

TABLA #3

RELIGIÓN	FRECUENCIA	%
Católica	263	87,7
Evangelista	14	4,7
T. de Jehová	1	0,33
Agnóstica	21	7
Otra	1	0,33
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.



B

4. Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según estado civil. 2008.

TABLA #4

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltero	264	88
Casado	33	11
Viudo	0	0
Divorciado	2	0,7
Unión libre	1	0,33
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.



B

5. Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según residencia. En el año 2008.

TABLA #5

RESIDENCIA	FRECUENCIA	%
Urbana	284	94,7
Rural	16	5,3
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.



*6. Distribución de 300 estudiantes de
Medicina de la Universidad de Cuenca.
Según conocimiento sobre AE. 2008.*

TABLA #6

CONOCIMIENTO AE	FRECUENCIA	%
Científico	270	90
Publicitario	20	6,7
Ninguno	10	3,3
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

*7. Distribución de 300 estudiantes de Medi-
cina de la Universidad de Cuenca. Según
uso de AE. 2008.*



TABLA #7

USO	FRECUENCIA	%
Sí	55	18,3
No	245	81,7
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

8. Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según resultado de AE. 2008.

TABLA #8

RESULTADO	FRECUENCIA	%
No embarazo	55	100
Embarazo	0	0
Total	55	0

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.



9. Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sustancia de AE. 2008.

TABLA #9

SUSTANCIA	FRECUENCIA	%
Levonorgestrel	223	74,3
Otro anticonceptivo	3	1
Otra hormona	21	7
Otra sustancia	7	2,3
Desconoce	46	15,3
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

B



10. *Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según mecanismo de acción de AE. 2008.*

TABLA #10

MECANISMO AE	FRECUENCIA	%
Conoce	15	5
Desconoce	245	81,7
Conocimiento a medias	40	13,3
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.



11. *Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según efectos secundarios de AE. 2008.*

TABLA #11

EFFECTOS SE- CUNDARIOS	FRECUENCIA	%
Conoce	30	10
Desconoce	230	76,7
Conocimiento a me- dias	40	13,3
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

12. *Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según contraindicaciones de AE. 2008.*



TABLA #12

CONTRAINDICACIONES	FRECUENCIA	%
Conoce	10	3,3
Desconoce	260	86,7
Conocimiento a medias	30	10
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

*13. Distribución de 300 estudiantes de
Medicina de la Universidad de Cuenca.
Según eficacia de AE. 2008.*



TABLA #13

EFICACIA	FRECUENCIA	%
Eficaz	232	77,3
Poco eficaz	28	9,3
Ineficaz	4	1,3
Desconoce	36	12
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

14. Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según recomendaciones sobre el uso de AE. 2008.



TABLA #14

Recomendación sobre su uso	FRECUENCIA	%
Sí	200	66,7
No	100	33,3
Total	300	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

15. *Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo y recomendaciones sobre el uso de AE. 2008.*



TABLA #15

Recomendación sobre su uso	SEXO			
	FEME- NINO	%	MASCU- LINO	%
Sí	100	55,6	80	66,7
No	80	44,4	40	33,3
Total	180	100	120	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

16. *Distribución de 300 estudiantes de
Medicina de la Universidad de Cuenca.
Según sexo y eficacia de AE. 2008.*

TABLA #16



EFICACIA	SEXO			
	FEMENINO	%	MASCULINO	%
Eficaz	120	66,7	97	80,8
Poco eficaz	20	11,1	10	8,3
Ineficaz	5	2,8	3	2,5
Desconoce	35	19,4	10	8,3
Total	180	100	120	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

B

17. *Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo y contraindicaciones de AE. 2008.*



TABLA #17

CONTRAINDI- CACIONES	SEXO			
	FEME- NINO	%	MAS- CULINO	%
Conoce	20	11,1	15	12,5
Desconoce	150	83,3	95	79,1
Conocimiento a medias	10	5,6	10	8,3
Total	180	100	120	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

B



18. *Distribución de 300 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Según sexo y mecanismo de acción de AE. 2008.*

TABLA #18

MECANISMO AE	SEXO			
	FEME- NINO	%	MASCU- LINO	%
Conoce	70	38,9	50	41,7
Desconoce	30	16,7	40	33,3
Conocimiento a medias	80	44,4	30	25
Total	180	100	120	100

**FUENTE:* Formularios.

**AUTORA:* Lorena Briones Sigüenza.

B



Medicina basada en evidencias



INTERVENCIONES PARA LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

ABSTRACT

 Los DIU y los utilizados para la anticoncepción de emergencia son eficaces, no obstante, el levonorgestrel y la mifepristona son más efectivos y presentan menos efectos adversos.

Este tipo de anticoncepción consiste en la utilización de alguno de estos métodos con el fin de evitar un embarazo luego de una relación sexual sin protección. Se debe tener en cuenta que es un recurso de uso alternativo y ocasional o una opción luego de una violación, no una forma habitual de anticoncepción. La anticoncepción de emergencia debe administrarse lo antes posible (en sólo días). Un DIU puede, en cambio, utilizarse como método anticonceptivo permanente. Se pudo determinar mediante la revisión de los estudios que este tipo de dispositivos y una diversidad de fármacos son métodos anticonceptivos de emergencia muy efectivos, sin embargo, el levonorgestrel y la mifepristona mostraron un desempeño superior y una menor incidencia de efectos adversos.



Debe recordarse, no obstante, que la mifepristona provoca un retraso en el inicio de la siguiente menstruación (período), lo cual suele preocupar a las mujeres y por lo que es necesario advertirlas al respecto.

B

RESULTADOS

♀ ***Cualquier tratamiento versus ninguno:***

♀ En el estudio Askalani (1987) se comparó la inserción de un dispositivo intrauterino con ausencia de tratamiento en mujeres que solicitaban anticoncepción de emergencia. El informe es breve y sólo se proporciona información acerca del número de embarazos, desestimando los aspectos éticos. Se observó un número significativamente más elevado de embarazos en el grupo de conducta expectante.

♀ ***Tratamiento Yuzpe versus levonorgestrel:***



Dos estudios clínicos compararon el tratamiento Yuzpe con la administración de dosis de 0,75 mg en dos ocasiones con 12 horas de intervalo (Ho 1993, WHO 1998). Entre ambos estudios se presentó información sobre más de 2.500 mujeres. En los dos se informa acerca de la eficacia superior del levonorgestrel (RR: 0,51; IC 95%: 0,31 a 0,84). También se observó un índice de tolerancia mayor y una cantidad de efectos secundarios significativamente menor desde el punto de vista estadístico y clínico (RR: 0,80; IC 95%: 0,74 a 0,86). En ninguno de los casos en los que se utilizó anticoncepción de emergencia se registraron diferencias en cuanto al tiempo de aparición del siguiente período menstrual. Ambos tratamientos resultaron más efectivos en mujeres que solicitaron atención médica dentro de las 24 horas posteriores a la relación sexual sin protección y en aquellas que no habían tenido otras relaciones sexuales en el mismo ciclo.



RESUMEN DEL METANÁLISIS

02 Levonorgestrel versus Yuzpe				
Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Magnitud del efecto
01 Número de embarazos observado (todas las mujeres)	2	2.807	Odds ratio de Peto IC 95%	0,52 [0,32; 0,84]
02 Número de embarazos observado (por estado de riesgo)	4	2.777	Odds ratio de Peto IC 95%	0,51 [0,31; 0,82]
03 Número de embarazos observado (tiempo transcurrido desde la relación sexual)	5	2.632	Odds ratio de Peto IC 95%	0,49 [0,29; 0,82]

02 Levonorgestrel versus Yuzpe				
04 Necesidad de dosis adicional	1	1.956	Odds ratio de Peto IC 95%	0,52 [0,36; 0,73]
05 Cualquier efecto secundario	1	1.998	Odds ratio de Peto IC 95%	0,57 [0,48; 0,68]
06 Efectos secundarios específicos			Odds ratio de Peto IC 95%	Sólo subtotales
07 Retraso en la menstruación			Odds ratio de Peto IC 95%	Sólo subtotales

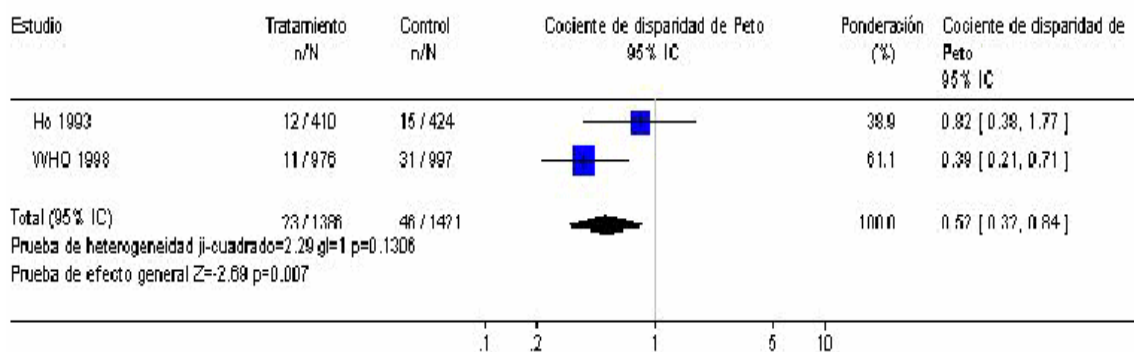


GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

♀ **LEVONORGESTREL VERSUS YUZPE**

NÚMERO DE EMBARAZOS OBSERVADO (TODAS LAS MUJERES)

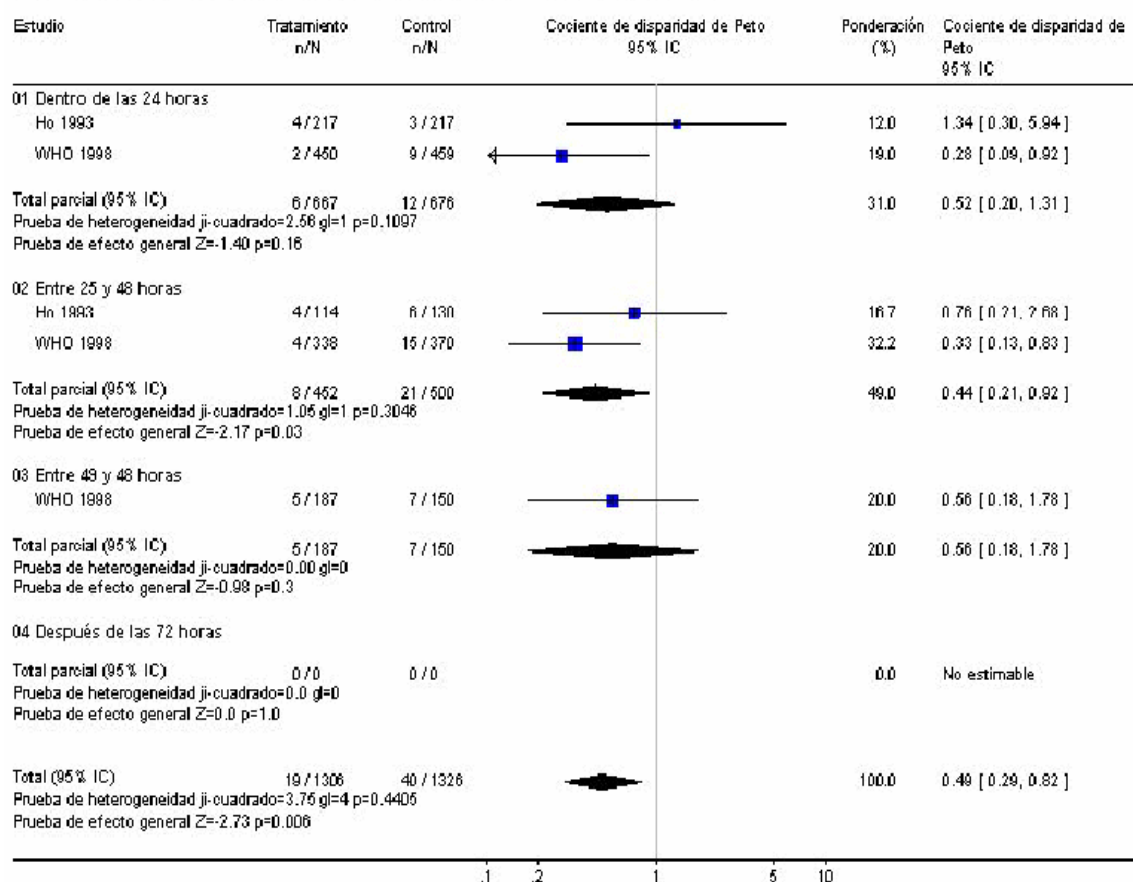
Revista: Intervenciones para la anticoncepción de emergencia
Comparación: 02 Levonorgestrel versus Yuzpe
Consecuencia: 01 Número de embarazos observado (todas las mujeres)





NÚMERO DE EMBARAZOS OBSERVADO (TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA RELACIÓN SEXUAL)

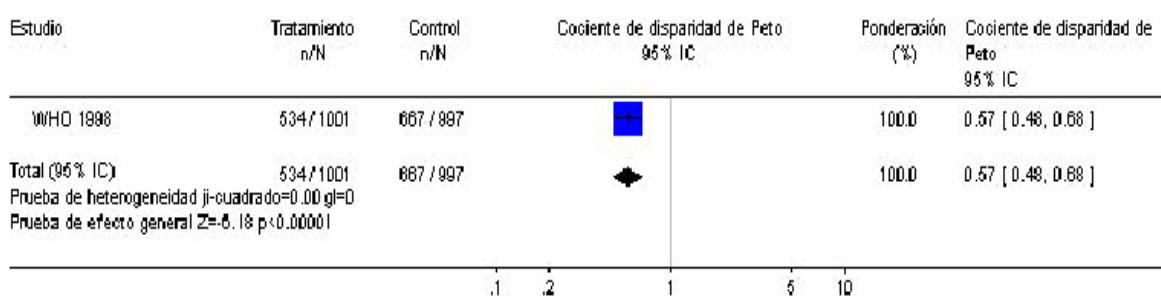
Revista: Intervenciones para la anticoncepción de emergencia
Comparación: 02 Levonorgestrel versus Yuzpe
Consecuencia: 03 Número de embarazos observado (tiempo transcurrido desde la relación sexual)





CUALQUIER EFECTO SECUNDARIO

Revista: Intervenciones para la anticoncepción de emergencia
Comparación: 02 Levonorgestrel versus Yuzpe
Consecuencia: 06 Cualquier efecto secundario





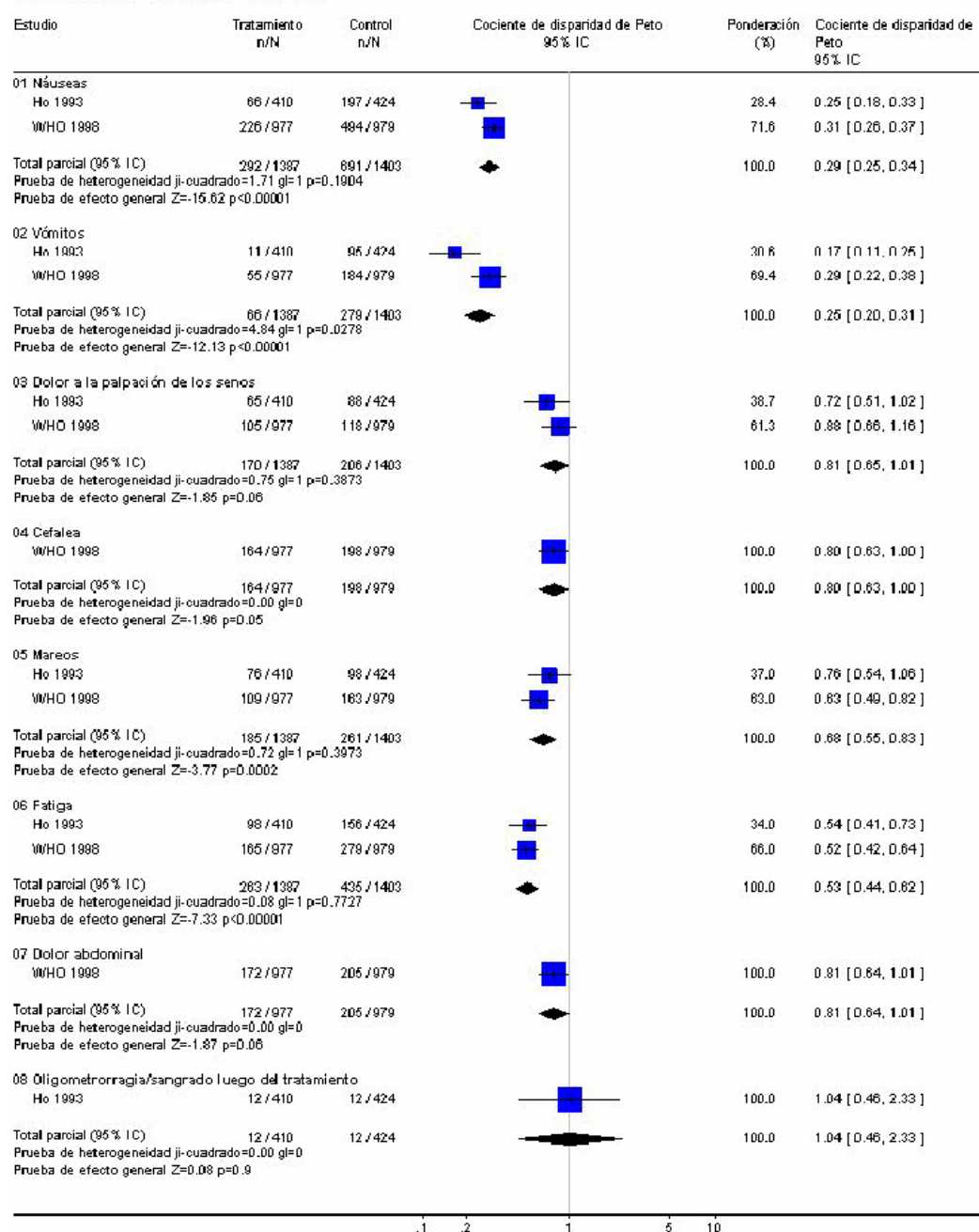
EFFECTOS SECUNDARIOS ESPECÍFICOS

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas



Revista: Intervenciones para la anticoncepción de emergencia
 Comparación: 02 Levonorgestrel versus Yuzpe
 Consecuencia: 06 Efectos secundarios específicos



(41)



ADMINISTRACIÓN DE TABLETAS ORALES DE POSTINOR PARA CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA POR UN INTERVALO DE TIEMPO EXTENDIDO

ABSTRACT

 La eficacia de la contracepción de emergencia con levonorgestrel (Postinor) después de 72 horas del coito, fue examinada. 60 mujeres voluntarias tomaron parte en un estudio, en tres grupos, con el tratamiento dentro de 0-24 horas, 24-48 horas o 48-72 horas. Las participantes estuvieron de acuerdo en usar levonorgestrel como anticoncepción en la mitad de sus períodos a través de 6 ciclos, o por otra parte el uso de condones o simplemente la anulación de protección sexual. Un total de 336 ciclos se estudió en los tres grupos, 24 ciclos se atribuyen a prevención del embarazo, o a la ocurrencia de efectos colaterales. Los cálculos estadísticos permitieron concluir que el régimen del levonorgestrel (0,75 mg en dos dosis separadas por 12 horas) aplicado 48 - 72 h después de la relación sexual, es un método eficaz de anticoncepcionismo de emergencia, y su aplicación puede extenderse por consiguiente a ese período. **(2R)**



B

INFORMACIÓN A LA PACIENTE O A LA PAREJA

TACE®

PRESENTACIÓN

*2 comprimidos recubiertos de Levonorgestrel 0.75mg.

INDICACIONES

*Para prevenir el embarazo después de una relación sexual sin protección o de una falla conocida o sospechada del método de anticoncepción utilizado.

ADVERTENCIAS

*Informe a su médico si Ud. se encuentra embarazada o amamantando.

*Este método de anticoncepción no es eficaz una vez que el embarazo ha sido diagnosticado.



*La evidencia clínica indica que no hay riesgo de daño del desarrollo del feto si este tratamiento falla en prevenir el embarazo.

*Este medicamento sólo debe ser utilizado en casos de emergencia.

*Este medicamento podría aumentar el riesgo de embarazo tubárico.

*Consulte a su médico si experimenta un dolor abdominal severo en la parte inferior del abdomen.

*Informe a su médico si Ud. tiene antecedentes o si sufre las siguientes enfermedades:

■ Sangrado vaginal inusual no diagnosticado; enfermedad hepática; problemas menstruales; migraña; diabetes.

*Los AE no provocan la menstruación inmediatamente; el período menstrual puede comenzar unos pocos días antes o después de la fecha estimada.

*Si hay un retraso del comienzo de la menstruación de más de 1 semana, es recomendable realizar un test de embarazo.

*Este anticonceptivo no protege del embarazo si Ud. tiene relaciones sexuales en los días o semanas posteriores al tratamiento.



REACCIONES ADVERSAS

■ Náuseas, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza, sangrado menstrual profuso o leve, mareos, dolor o sensibilidad de las mamas, vómitos y diarrea.

DOSIS

*Tome 1 comprimido dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual, preferiblemente dentro de las 12 a 24 horas.

*El segundo comprimido debe ser tomado 12 horas después de la primera dosis.

*Después de 72 horas, la píldora ya protege menos, peor aun se puede hacer algo. Se podría colocar un DIU, que es muy eficaz. **(25I)**

B

Consentimiento informado



 Estoy realizando un trabajo investigativo en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, a cerca de conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia, que poseen los estudiantes. Las respuestas que se den en el formulario que he entregado, me servirá como base de datos para evaluar esta situación actual sobre sexualidad, anticoncepción y planificación familiar entre ustedes, los jóvenes. Los resultados y la totalidad de esta investigación, quedarán como constancia a través de una tesis escrita, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, de modo que sirva como fuente de información presente y futura, y sobre todo para realizar estudios complementarios o relacionados a la anticoncepción de emergencia. Le agradezco que conteste con la mayor sinceridad y seriedad posible, las preguntas que aquí planteo. Las respuestas que de ustedes se obtengan, serán guardadas en total reserva y confidencialidad.

Agradezco las condiciones anteriormente mencionadas.



Nombre y firma del entrevistado



Formularios



Bibliografía

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA



(1) Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas actuales. Ronald T. Burkman, MD. Vol. 27, Número 4. **Actualización en anticoncepción: “Anticoncepción de urgencia”**. June LaValleur, MD. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Healthcare Group. Distrito Federal (México). 2000. Págs.: 775-792.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

BIBLIOGRAFÍA DE LIBROS

(1) Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas actuales. Ronald T. Burkman, MD. Vol. 27, Número 4. **Actualización en anticoncepción: “Anticoncepción de urgencia”**. June LaValleur, MD. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Healthcare Group. Distrito Federal (México). 2000. Págs.: 775-792.

BIBLIOGRAFÍA DE REVISTAS

(1R) Autoadministración de contracepción de emergencia. Glasier, D Baird. **“The effects of self-administered emergency contraception”**. New England Journal of Medicine 1998; 339:1-4.



(2R) Adminiatración de tabletas orales de Postinor para contracepción de emergencia por un intervalo de tiempo extendido. Kovacs L, Kalmar L, Nyari T. Magyar Noorvosok Lapja. 2000. Vol. 63. Número 1. Págs: 45-48. Título original: Postinorral vegzett surgossegi fogamzasgatlás 72 orara kiterjesztett alkalmazasanak vizsgalata.

(3R) Anticoncepción de emergencia. Dra. Digna Mayo Abad y Dr. Jorge Seino Valdés¹. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 30. Número 1. La Habana (Cuba). 2004.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

(1I) <http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/introduccion.html>. **Guía de actuación en anticoncepción de emergencia: “Introducción”.** Mayo-2007.

(2I)

<http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/evolucion.html>.

Guía de actuación en anticoncepción de emergencia: “Evolución de la anticoncepción de emergencia”. Mayo-2007.

(3I) <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n2/art11.pdf>. **Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción**



de emergencia. Horacio Croxatto A. María Elena Ortiz

S. Rev. Chil Obstet Ginecol 2004; 69 (2).

(4I) <http://www.update-software.com>. **Intervenciones para la anticoncepción de emergencia.** Cheng L, Gülmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1.

(5I)

[http://www.popcouncil.org/pdfs/popbriefs/PB11\(2\)EC_article_Spanish.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/popbriefs/PB11(2)EC_article_Spanish.pdf). **Se esclarece mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia.** Mayo-2005.

(6I)

http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/arch03_6/A6.430-431.Escobar.pdf. **Anticoncepción de emergencia.** Dra. María Eugenia Escobar. Arch. argent. pediatr 2003; 101(6) /430.

(7I)

<http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda29.pdf>. **Agenda salud: “Anticoncepción de emergencia”.** Marcela Ortiz B. Agenda Salud N° 29 Enero-Abril 2003 Isis Internacional. Santiago (Chile).

(8I)

<http://www.youngwomenshealth.org/spcontra.html>. **Anticoncepción de emergencia.** Center for Young Women's Health Children's Hospital Boston. Junio-2005.



(9I) <http://www.icmer.org/RHO/html/cont-ec.htm#overview>. **Anticoncepción de emergencia**. 2003.

(10I) <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/emergencycontraceptionsp.pdf>. **Anticoncepción de emergencia en las Américas**.

(11I) http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_ec.html. **La anticoncepción de emergencia es esencial para el ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer**. Center for reproductive rights. Enero-2005.

(12I) http://www.umm.edu/esp_ency/article/007014.htm. **Anticonceptivo de emergencia**. University of Maryland Medical Center. Septiembre-2006.

(13I) <http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/bioeticos.html>. **Guía de actuación en anticoncepción de emergencia: “Aspectos bioéticos”**. Mayo-2007.

(14I) <http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/juridicos.html>. **Guía de actuación en anticoncepción de emergencia: “Aspectos jurídicos”**. Mayo-2007.

(15I) http://www.salud.gob.mx/sitios_temporales/diasiguiente/03_m



etod_antic_emerg. html. **Métodos utilizados como anticoncepción de emergencia.**

(16I)

[http://www.cecinfo.org/publications/PDFs/policy/EC_MedicalAbortion_Spanish. pdf](http://www.cecinfo.org/publications/PDFs/policy/EC_MedicalAbortion_Spanish.pdf). **Consortio internacional sobre anticoncepción de emergencia.** Elizabeth Westley, Consortium Coordinator c/o Family Care Internacional. New Cork (USA). Julio-2003.

(17I) <http://www.netsalud.sa.cr/ms/estadist/anti.htm>. **Uso de anticonceptivos de emergencia.**

(18I)

[http://www.ppnyc.org/choicevoice/archives/2006_spring2/2006_spring2_SPA. pdf](http://www.ppnyc.org/choicevoice/archives/2006_spring2/2006_spring2_SPA.pdf). **La anticoncepción de emergencia.** 2006.

(19I) <http://www.who.int/reproductive-health/family-planning/es/ec.html>. **Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia.** WHO. Boletín informativo. Octubre-2005.

(20I) [http://www.per.ops-oms.org/Anticoncepci%C3%B3n%20oral%20de%20emergencia. pdf](http://www.per.ops-oms.org/Anticoncepci%C3%B3n%20oral%20de%20emergencia.pdf). **Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia.** Nota descriptiva. OMS. #244 Revisada en octubre-2005.

(21I) http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_ec.html. **Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): “Una**



manera segura y efectiva de prevenir embarazos no planificados". Center for reproductive rights. Abril-2001.

(22I)

http://www.reproductiverights.org/esp_pub_fac_titlex.html.

Planificación familiar bajo el Título X: “*Un compromiso con la salud reproductiva*”. Center for reproductive rights. Julio-2002.

(23I)

<http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/manejo.html>. **Guía de actuación en anticoncepción de emergencia: “*Manejo clínico*”**. Mayo-2007.

(24I)

<http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/situacion.html>.

Guía de actuación en anticoncepción de emergencia: “*Situación de la anticoncepción de emergencia*”. Mayo-2007.

(25I)

<http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/informacion.html>.

Guía de actuación en anticoncepción de emergencia: “*Información a la usuaria*”. Mayo-2007.

B