



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE GRADO
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

***“CONOCIMIENTOS Y USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA
DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO
DANIEL ÁLVAREZ BURNEO DE LOJA”.***

**Tesis previa a la obtención
de Título de Médico.**

AUTOR:

DIEGO FERNANDO CARRION ORTEGA

DIRECTOR

DR. COLÓN ORTEGA GUTIÉRREZ

LOJA – ECUADOR

2014

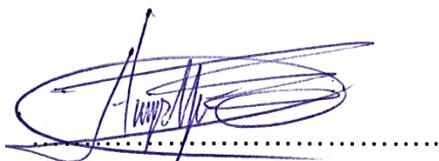
Doctor
Colón Ortega Gutiérrez
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber orientado y revisado prolijamente el presente trabajo de Investigación titulado: **“CONOCIMIENTOS Y USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO DE LOJA”**, de autoría de Diego Fernando Carrión Ortega, la misma que se ajusta a las normas de graduación establecidas por la Universidad Nacional de Loja; por tanto, autoriza su presentación y posterior defensa.

Loja, octubre de 2014.

Atentamente;

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned above a dotted line.

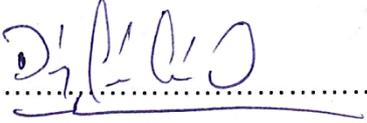
Dr. Colón Ortega Gutiérrez
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Diego Fernando Carrión Ortega declaro ser autor del presente trabajo de tesis y por tanto eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-biblioteca virtual

AUTOR: Diego Fernando Carrión Ortega

FIRMA: .....

CÉDULA: 1104404700

FECHA: Loja, Octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Diego Fernando Carrión Ortega declaro ser autor de la tesis titulada "CONOCIMIENTOS Y USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO DE LOJA", como requisito para optar por el grado de Médico; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los Usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 14 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:

.....

Autor:

Diego Fernando Carrión Ortega

Cédula:

1104404700

Dirección:

Juan María Riofrío 03-29 y José María Riofrío

Correo electrónico:

diferco_9@hotmail.com

Teléfono:

072713191

Celular: 0998814631

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis Dr. Colón Ortega Gutiérrez

Tribunal de Grado:

Dra. María Esther Reyes

Dra. Elvia Ruiz

Dr. Guillermo Coronel

Dr. Guillermo Coronel

AGRADECIMIENTO

En el presente trabajo de investigación, quiero dejar plasmado mi sincero reconocimiento y gratitud a la Universidad Nacional de Loja, a las autoridades y docentes del Área de la salud Humana, quienes me brindaron la posibilidad de forjar en mi formación y desarrollo profesional, la misma que sin duda alguna será retribuida en la sociedad del país.

Al Dr. Colón Ortega Gutiérrez, Catedrático de la Universidad Nacional de Loja y Director de Tesis, quien con sus conocimientos y experiencia profesional me orientó y asesoró para culminar la presente investigación.

El Autor

DEDICATORIA

A mi madre.

Abogada Miryam Ortega

*Reliquia maravillosa en mi alma,
cantar primoroso de mi sueño
pedestal de valor que ha podido
con la energía fecunda del empeño,
con la luz palpitante de su amor,
llevarme por la ruta de su anhelo,
hacia logros y conquistas tan soñadas.
gracias madre mía por esos sacrificios,
por tus consejos a diarios inculcados
no te he fallado madre, aquí te entrego
el tributo a tu grandeza y a tu sublime corazón.*

**A mi abuelita
Bertha Ortega**

*A ti te debo un cielo de ternura,
por todo ese caudal de amor,
por todas tus caricias y desvelos,
por cada beso cuando me arrullabas
en la cálida estancia de tus brazos;
por esa entrega ferviente y constante
en el caminar de mi existencia
dichoso yo, con mis dos amores
tú y mi madre mis tesoros
a quienes amo indescifrablemente
y para quienes dedico dulcemente
mi lucha, mis esfuerzos y mi trabajo*

Diego Fernando

ÍNDICE

DESCRIPCIÓN	PÁG.
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Índice	vii
Título	1
Resumen (traducido al Inglés)	2
Introducción	4
Revisión de Literatura	6
Materiales y Métodos	31
Resultados	35
Discusión	43
Conclusiones	48
Recomendaciones	49
Bibliografía	50
Anexos	54

a. TÍTULO

“CONOCIMIENTOS Y USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO DE LOJA”

b. RESUMEN

La vida sexual y reproductiva de los adolescentes, requiere de información y prevención para prevenir riesgos y evitar embarazos no deseados, para ello en los últimos años surgen los anticonceptivos de emergencia, constituidas por hormonas que pueden tomarse dentro de las 72 horas posteriores como tiempo máximo de haber mantenido relación sexual sin protección; o en caso de actos sexuales violentos y sin consentimiento.

El estudio es descriptivo, transversal, mismos que permitieron conocer la realidad de la problemática planteada, obtener la información respectiva sobre el tema; la técnica utilizada fue una encuesta aplicada a las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo de la ciudad de Loja” teniendo una población de 566 alumnas del primero y segundo de bachillerato, a quienes mediante fórmula estadística se tomó una muestra; constituyendo la población encuestada 233 estudiantes del sexo femenino.

La investigación tuvo como Objetivo General, Establecer los conocimientos y el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de Loja.

Los resultados obtenidos permitieron concluir que el las relaciones sexuales se inician a edades tempranas 31.33%; el preservativo es el anticonceptivo más utilizado, el 15.88% de la población ha ingerido la PAE; las complicaciones biológicas presentados en las adolescente al consumir la PEA, son nausea, cefalea, vómito, mismos que se encuentran dentro de los rangos médicos; determinados por la comunidad científica; en el ámbito de las complicaciones socioculturales se encuentra el desconocimiento al considerarla abortiva y que atenta contra la vida de un nuevo ser.

ABSTRACTS

Sexual and reproductive life of teenagers, requires information and prevention to prevent risks and avoid unwanted pregnancies, so why in recent years the emergency contraceptive, consisting of hormones that can be taken within 72 hours of having kept arise unprotected sex; or in case of violent sexual acts without consent.

The study is descriptive, transversal, which allowed them to know the reality of the issues raised, get the relevant information on the subject; the technique was applied to adolescents Superior "Daniel Álvarez Burnet city of Loja" Institute Technologic having a population of 566 students of the first and second high school, who by statistical formula surveys a sample was taken; constituting the population surveyed 233 female students.

The research was General Purpose, Set the knowledge and use of the emergency contraceptive pill in adolescents Superior "Daniel Álvarez Burner" Loja Institute of Technology.

The results led to the conclusion that sex is initiated at an early age 31.33%; the condom is the most used contraceptive, the 15.88% of the population has ingested the PAE; biological complications presented in the PEA teen consume are nausea, vomiting, headache, found themselves within the medical ranks; determined by the scientific community; in the field of socio-cultural complications is ignorance to consider abortion and that threatens the life of a new being.

c. INTRODUCCIÓN

A nivel global, gran cantidad de adolescentes son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría (alrededor del 60%) no utiliza ninguna protección para evitar el embarazo, el porcentaje es mayor en las zonas rurales, con menos educación y entre la población más joven. (1)

En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva los principales riesgos de la población joven son sobre todo el embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, el mismo que supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven.

Ante ello la sociedad científica puso a disposición de la población los métodos anticonceptivos tradicionalmente conocidos y últimamente los de emergencia, mismos que constituyen forma de evitar el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección. Los anticonceptivos de emergencia, a menudo llamados “píldora del día después”, que pueden tomarse dentro de las 72 horas posteriores de haber mantenido relación sexual sin protección.

Los resultados obtenidos permitieron concluir que el las relaciones sexuales se inician a edades tempranas 31.33%; el preservativo es el anticonceptivo más utilizado, el 15.88% de la población ha ingerido la PAE; las complicaciones biológicas presentados en las adolescente al consumir la PEA, son nausea, cefalea, vómito, mismos que se encuentran dentro de los rangos médicos; determinados por la comunidad científica; en el ámbito de las complicaciones socioculturales se encuentra el desconocimiento al considerarla abortiva y que atenta contra la vida de un nuevo ser.

Los objetivos de la investigación fueron: Establecer los conocimientos y el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de Loja.”, para contribuir al ejercicio de la sexualidad responsable.

Como objetivos específicos se plantearon: Determinar el nivel de conocimientos sobre uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en los estudiantes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”; Diseñar un programa de información sobre educación sexual para adolescentes y la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia

Los métodos utilizados fueron el Descriptivo y transversal, que permitieron conocer la realidad de la problemática planteada, obtener la información respectiva, la técnica utilizada fue encuestas aplicadas a las alumnas del segundo año de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”

REVISIÓN DE LITERATURA

Generalidades

La adolescencia

La palabra adolescencia proviene de "adolece" que significa "carencia o falta de madurez". (2)

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. (3).

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial, Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "la adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (4).

La adolescencia es la etapa más difícil de los seres humanos, ya que es un estado donde se busca una madurez, en la que se corre el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en la vida futura.

Es en esta etapa que ocurren las mayores situaciones de desventaja y marginación mediante la protección de sus derechos en todo tipo de situaciones, entre ellas los conflictos, la etapa que transcurre después de los conflictos y las emergencias.

Salud reproductiva

Se considera como: "...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (5, 6)

Derechos reproductivos

Es "el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, (5, 6).

Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

El Ecuador es un Estado que se base en los preceptos constitucionales, es un Estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, propicia a través de la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. (7)

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos reconocidos internacionalmente por la Constitución Política vigente en nuestro país. Su finalidad es que todas/os las mujeres y hombres, de cualquier edad, como pareja o como individuos, tengan una vida sexual sana, segura, placentera, libre de prejuicios, falsas creencias, por lo tanto su aplicación es universal, indivisible, interdependiente, interrelacionados y además irrenunciables; sin embargo de ello en el país y aún influyen algunos aspectos como son las características socioeconómicas y culturales que determinan la calidad de vida y el estado de salud individual y colectiva de los y las ecuatorianos.

Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos para las mujeres es un derecho clave mejor salud reproductiva para millones de mujeres. Para ejercer ese derecho es preciso contar con información, educación y servicios de planificación de la familia, inclusive provisión de anticonceptivos, atención prenatal y prevención de enfermedades de transmisión sexual, Estos factores, y otros, ponen en peligro la salud y limitan el potencial de las mujeres y sus familias. (8)

En el ámbito de la Salud a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública, aún no se han alcanzado las metas propuestas, es evidente la necesidad de incrementar acciones y, sobre todo, recursos, para incrementar la cobertura de atención, por lo tanto los servicios de salud sexual y salud reproductiva requieren mejoras en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad y sistemas de referencia así como la humanización de los servicios, desarrollando habilidades en el recurso humano para la comunicación y trato con perspectiva de género, generacional; respeto intercultural y confidencialidad que permitan a los usuarios la toma de decisiones informadas y el acceso a servicios de calidad.

Embarazo en las Adolescentes

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, Ambiente y comunidad que los rodea.

Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de Sexualidad en las escuelas, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo se considera que el número de embarazos no deseados en adolescentes sigue siendo elevado.

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". (9)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, se pueden clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. **Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. **Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad

prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

- c. **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d. **Sociedad Alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico. (10)

El embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- 1.- Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
- 2.- Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Factores Predisponentes

- 1. **Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- 2. **Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- 3. **Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de la familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no

sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. **Mayor tolerancia del medio a la maternidad** adolescente y/o sola
5. **Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte prevención efectiva del embarazo.
6. **Migraciones:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. **Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. **Fantasías de Esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. **Falta o Distorsión de la Información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. (11)

Factores Determinantes

Los principales factores determinantes en el embarazo en las adolescentes se citan los siguientes:

1. Relaciones Sin Anticoncepción

2. Abuso Sexual

3. Violación

Estos aspectos influyen en el aspecto psicológico y social de las adolescentes, lo que hacen tomar la determinación de abortar y en la actualidad de proceder a tomar la píldora anticonceptiva de emergencia.

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Por lo general las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; se da con modelos familiares de iniciación sexual precoz; inician a muy corta edad sus relaciones sexuales, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (12)

Generalmente el embarazo no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada

A las adolescentes gestantes se las considera en grupos de acuerdo a un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

a. Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal

1. Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
2. Antecedente de abuso sexual.
3. Enflaquecimiento (desnutrición).
4. Estatura de 1,50 m o menor.
5. Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
6. Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

b. Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

1. Menarca a los 11 años o menos.
2. Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
3. Ser la mayor de los hermanos.

c. Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable

Incorpora a todas las demás adolescentes poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.

Por estas razones la interrupción del embarazo en condiciones de riesgo en el Ecuador, se constituye en un problema de salud pública y de justicia social ya que contribuyen a la mortalidad materna y a la morbilidad femenina. (13)

Definición de anticoncepción de emergencia

El término anticoncepción de emergencia, o anticoncepción poscoital, se refiere a métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. Se estableció para

situaciones de emergencia creadas por una relación sexual sin protección, la falla o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de la píldora anticonceptiva o la rotura de un preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas.

La Anticoncepción de Emergencia, también llamada contracepción poscoital, son alternativas que pueden ser utilizadas para evitar un embarazo no deseado en mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección, si han tenido un accidente con su método anticonceptivo, o en pacientes que han sido víctimas de abuso sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la anticoncepción hormonal de emergencia (AE) como "métodos hormonales que pueden ser usados para prevenir un embarazo luego de una relación sexual sin protección. (3)

"La anticoncepción oral de emergencia se refiere a todos los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de la relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no deseado". (15)

La anticoncepción de emergencia solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual, antes de la salida del óvulo del ovario y antes de que ocurra la fertilización por un espermatozoide. Las píldoras anticonceptivas de emergencia no pueden interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo. (16)

La anticoncepción de emergencia (AE) se refiere a los métodos que puede usar las mujeres para impedir el embarazo luego de una relación sexual sin protección (acto sexual en el que no se ha usado un método anticonceptivo o en el que el uso del método ha experimentado un accidente). Existen varios tipos de anticoncepción de emergencia que se usan en todo el mundo, incluyendo diversos regímenes hormonales y la inserción post-coital del DIU-T de cobre. Todos deben utilizarse dentro de algunos días después de la relación sexual desprotegida y previenen el embarazo en la mayoría de las usuarias.

La anticoncepción de emergencia a veces es llamada «anticoncepción poscoito» y también «píldora del día siguiente». Estos términos pueden crear cierta confusión, fundamentalmente en las usuarias, ya que puede ser utilizada dentro de los primeros 3 días en cualquier momento, sin tener necesidad de esperar «el día siguiente» y, en el caso de los dispositivos intrauterinos, se pueden usar hasta dentro de los primeros 5 días. Por tanto, el concepto lo que trata de reflejar es que requiere un uso emergente, sin especificar el momento exacto en que debe ser utilizado. (17)

Efectividad de los Anticonceptivos de Emergencia

La efectividad anticonceptiva de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia puede ser expresada en dos formas diferentes: una de ellas es el índice de falla (o índice de Pearl), que expresa el número de embarazos por cada 100 usuarias, el que para este método en particular es de aproximadamente 2%. Sin embargo, este índice se refiere de manera general a métodos anticonceptivos que se utilizan por periodos mínimos de un año. Por lo tanto, para el caso de los Anticonceptivos de Emergencia es más correcto utilizar el llamado índice de efectividad, el que indica el número de embarazos prevenidos por cada episodio coital. Este índice en estudios multicéntricos se ha calculado en 75%.(18) Expresado de otra forma, por cada relación sexual no protegida que tenga lugar entre la segunda y tercera semana del ciclo, ocho de cada 100 mujeres llegarían a embarazarse; sin embargo, con el uso de las PAE, este porcentaje se reduciría a sólo dos mujeres, representando falla del 2%, equivalente a 75% de efectividad.

Recientemente, la OMS, en un estudio multicéntrico, informó que la efectividad anticonceptiva de la 4 AE disminuye significativamente conforme transcurre el intervalo de tiempo desde la relación sexual no protegida y el tratamiento. (19) Por este motivo, se sugiere en la actualidad iniciar el tratamiento tan pronto como sea posible dentro de la ventana de intervención ya señalada. Sin embargo, es fisiológicamente poco plausible pensar que la efectividad disminuya abruptamente una vez transcurridas las 72 horas. Por este motivo, esta opción anticonceptiva

debería ofrecerse aún fuera del intervalo señalado sobre todo si no se encuentra disponible otra alternativa de emergencia como el DIU. (20)

La Píldora de Emergencia en la adolescencia

Este método tiene particular importancia en la adolescencia, en esta etapa son frecuentes las conductas sexuales de riesgo en este grupo existen porcentajes más altos de quedar embarazadas, debido a la no utilización adecuadamente o no se utilizan de ninguna forma los diferentes métodos anticonceptivos.; el inicio precoz y sin protección de las relaciones sexuales es una realidad evidente en la mayoría de los adolescentes; dese esta perspectiva la píldora de emergencia, es la mejor alternativa, siempre que la conozcan para evitar el embarazo no deseado y sus complicaciones. Son píldoras anticonceptivas en dosis especiales, que pueden ser usadas por mujeres, en condiciones de emergencia, para evitar un embarazo no deseado. (21)

Es un método anticonceptivo para usarse después de relaciones sexuales sin protección. Está compuesta de las mismas hormonas de las píldoras anticonceptivas (estrógeno y progestina), pero en mayores dosis, y en otros casos solo Levonorgestrel.

Pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) combinadas

El uso de diversas combinaciones hormonales para la prevención poscoital del embarazo es relativamente antiguo; sin embargo, desde hace más de 30 años, ha sido relegado al secreto del consultorio y a la asesoría semi-clandestina sin adquirir legitimidad. En años recientes esta metodología ha despertado el interés en el medio médico y conducido a la amplia difusión en el público en general, dejando de ser "el secreto mejor guardado de la anticoncepción". (22)

Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) combinadas son pastillas de uso normal y ampliamente aceptado en anticoncepción. Estas contienen estrógenos y una progestina sintética, las que se administran en dosis mayores y

por tiempos cortos, siempre después de la relación sexual no protegida. Este método se conoce como "el método de Yuzpe" por el médico canadiense Albert Yuzpe que inició los estudios clínicos de efectividad en los años setenta.

Las pastillas mejor estudiadas desde el punto de vista de su eficacia incluyen aquellas que contienen una combinación de etinilestradiol (a una dosis total de 200 µg) y dlnorgestrel o l-norgestrel (por una dosis total de 2 y 1 mg respectivamente), siendo éstas las que constituyen el esquema (combinado o de Yuzpe) mejor aceptado en la actualidad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversas autoridades internacionales. (24)

En nuestro país, se pueden utilizar diferentes marcas de pastillas anticonceptivas. En caso de recurrir a pastillas de "dosis alta" se indicarán 2 grageas juntas tan pronto como sea posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito no protegido, y 2 grageas juntas 12 horas más tarde. En caso de pastillas de "dosis baja", o "microdosis", como se han llegado a denominar, se utilizarán 4 grageas juntas en cada dosis. (23)

Pastillas anticonceptivas de emergencia (pae) de progestina sola

El esquema anticonceptivo a base de progestina sola consiste en una dosis total de 1.5 mg de levonorgestrel, en dos dosis divididas de 0.75mg cada una. (25) De la misma forma que para las PAE combinadas, la primera dosis deberá tomarse tan pronto como sea posible, dentro de las primeras 72 horas poscoito y la segunda, 12 horas después. Los posibles mecanismos de acción son similares a los propuestos para las PAE combinadas, aun cuando los efectos a nivel del endometrio parece ser más pronunciados. (26)

La ventaja teórica de este esquema se basa en la ausencia del componente estrogénico y por lo tanto de los efectos colaterales y contraindicaciones o precauciones relacionadas con el uso de los mismos. Estas ventajas teóricas han sido evaluadas en estudios clínicos desde los años 70 y 80 y más recientemente confirmadas en un estudio multicéntrico coordinado por la OMS. (27)

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, es el método más recomendado en la actualidad.

Composición de la píldora Anticonceptiva de Emergencia. (28)

FORMULACIONES Y DOSIS DE LAS PILDORAS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA				
FORMULACION	NOMBRES Y MARCAS COMUNES	TABLETAS POR DOSIS	DOSIS REQUERIDA	CALENDARIO DE ADMINISTRACION
LNG 0,75 mg	POSTINOR2	1	2	Primera dosis dentro de las 72 horas después de un acto sexual desprotegido. Segunda dosis 12 después
LNG* 0,25mg+EE** 50mcg O Ng* 0,50mg + EE50 mcg	Neogynon, Nordiol, Noral, Ovidon, Ovran Ovral, Eugynon 50,	2 2	2 2	Primera dosis dentro de las 72 horas después de un acto sexual desprotegido. Segunda dosis 12 después
LNG 0,15mg+ EE30mg O NG 0,30mg + EE 30 mcg	Nordette, Microgynon 30, Rigevidon. Lo/Femenal, Ovral L	4 4	2 2	Primera dosis dentro de las 72 horas después de un acto sexual desprotegido. Segunda dosis 12 después
LNG 0,03 O NG 0,0075 mg	Microlut, Microval, Mikro-30, Norgeston. Neogest, Ovrette	2 2	2 2	Primera dosis dentro de las 72 horas después de un acto sexual desprotegido. Segunda dosis 12 después
*LNG=levonorgestrel **EE=etinil estradiol * Ng=norgestrel				

El levonorgestrel

Es un progestágeno utilizado en diferentes formas en la ginecología, bien como el componente progestágeno en los anticonceptivos orales y en la terapia de sustitución hormonal, bien solamente para la anticoncepción en preparados con progestágeno solo e implantes subcutáneos, cada Tableta contiene 0,75 mg de levonorgestrel.

Levonorgestrel también puede administrarse en la cavidad uterina mediante un inserto intrauterino (sistema de liberación intrauterino como el DIU moderno) que permite una dosificación diaria muy baja, ya que la hormona es liberada directamente dentro del órgano blanco.

Se usa para evitar el embarazo después de una relación sexual sin protección (tener relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo o con un método anticonceptivo que falló o que no se usó de manera correcta).

No debe usarse el levonorgestrel para evitar el embarazo de manera regular. Este medicamento se usa como método anticonceptivo de emergencia o apoyo en caso de que un método anticonceptivo regular falle o se use de manera incorrecta.

El levonorgestrel pertenece a una clase de medicamentos llamados progestinas. Actúa evitando la liberación de un óvulo de los ovarios o evitando la fecundación por parte de los espermatozoides (células reproductivas masculinas). También puede actuar modificando el recubrimiento interno del útero (matriz) para evitar el desarrollo de un embarazo.

El levonorgestrel se encuentra disponible como medicamento de venta sin receta para mujeres de 17 años o más, y como medicamento de venta con receta únicamente para mujeres de menos de 17 años, siempre se deberá consultar a un médico.

Eficacia anticonceptiva del levonorgestrel

Hasta ahora no se ha podido determinar la eficacia anticonceptiva del levonorgestrel (LNG) usado como AE con una precisión comparable a la del resto de los métodos anticonceptivos debido a que no es posible contar con un grupo control que permita establecer cuantos embarazos se producirían si no se usara el método. Existen estimaciones de su eficacia. Se estiman que cuando se usa LNG en los primeros 4 días que siguen a la relación sexual, se previene 79-85% de los embarazos esperados y cuando se usa en el 5º día previene sólo el 31%. (29)

La relación significativa entre la eficacia anticonceptiva y el tiempo que transcurre entre el acto sexual no protegido y la ingestión de las píldoras de AE, disminuyendo la eficacia paulatinamente a lo largo de las 72 horas recomendadas para su uso. En el estudio de la OMS, la tasa de embarazos fue 0.5% (2 de 386 mujeres) cuando el método se usó en las primeras 12 horas después de la relación, y subió a 4.1% (6 de 146 mujeres) cuando se usó entre 61 y 72 horas después de la relación. El retraso en la ingestión de la primera dosis incrementa el riesgo de embarazo en un 50% cada 12 horas. Por eso se recomienda tomar las píldoras de AE lo antes posible después de la relación sexual sin protección anticonceptiva. Las píldoras de AE no son efectivas si existe un embarazo y no alteran su curso

Mecanismo de acción

Se han propuesto diferentes mecanismos de acción, todos teóricamente posibles para un anticonceptivo poscoital y con ventana de eficacia promedio de 72 h. Éstos incluyen aquellos que interfieren con los procesos de desarrollo folicular, ovulación, transporte y capacitación espermática, fecundación, desarrollo y transporte del cigoto, receptividad uterina y los procesos de adhesión endometrial y función del cuerpo lúteo en etapas tempranas del embarazo. (30)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo impidiendo o retrasando la ovulación. También pueden impedir la fertilización de un óvulo por su efecto sobre el moco cervical o la capacidad del espermatozoide de unirse al óvulo.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no son eficaces una vez que ha comenzado el proceso de implantación, y no pueden provocar un aborto.

Como premisa general es importante subrayar que el mecanismo de acción de la AE difiere substancialmente, dependiendo del momento del ciclo en el que se administre (fase folicular, preovulatoria inmediata, o post-ovulatoria).

Diferentes estudios han demostrado que las PAE pueden alterar el desarrollo folicular, así como inhibir o retrasar la ovulación, ofreciendo, de esta manera, explicación de su acción anticonceptiva cuando se administran durante la primera fase del ciclo. (31)

Otros estudios han evidenciado modificaciones endometriales, así como histológicas y bioquímicas posteriores a la administración de las PAE, sugiriendo a éstas como responsables de la acción anticonceptiva postovulatoria, a través de interferir con los procesos de implantación. (32), Sin embargo, estudios más recientes no han sido confirmatorios de estas evidencias. (33)

Entre otros posibles mecanismos de acción, teóricamente posibles, y cuyas evidencias experimentales no siempre han sido definitivas se incluyen: (34)

- 1) Modificación del moco cervical; este mecanismo de acción debería implicar la toma de las PAE en el poscoito inmediato;
- 2) Alteraciones en el transporte tubárico de ambos gametos o del óvulo fertilizado;
- 3) Efectos directos sobre la fertilización;

- 4) Efectos luteolíticos, con deficiencia funcional del cuerpo lúteo, posteriores a la administración de las PAE.

En un análisis reciente sobre las evidencias hasta aquí publicadas se subraya, además, que los mecanismos de acción anticonceptiva de la AE son análogos a los observados en la infertilidad inducida de manera natural durante la lactancia materna. (35) Estas observaciones indican que independientemente de los mecanismos de acción de los anticonceptivos utilizados en la AE, éstos siempre se localizan previos al fenómeno de la implantación.

Efectos sobre la ovulación

La posibilidad de que la AE interfiera con la ovulación se ha explorado desde los primeros estudios clínicos mediante la combinación de estrógenos y progestina. Estos estudios mostraron que la inhibición de la ovulación dependió de la fase del ciclo en que se instituyó el tratamiento. Estudios posteriores con Levonorgestrel (LNG) confirmaron esta observación. (36)

Su mecanismo de acción está relacionado con la reducción de los niveles séricos de LH y FSH antes de la ovulación causando ausencia de ovulación o su postergación. La efectividad en evitar la ruptura folicular también está relacionada con el tamaño del folículo. En el mono *Cebus apella*, cuyo apareamiento se produce naturalmente muy próximo a la ovulación, se halló que la administración de LNG posterior al coito solamente impide el embarazo cuando el tamaño folicular es inferior a 5 mm. Al parecer, en este primate el LNG interfiere con la ovulación, pero no con la fertilización ni la implantación. (37)

En la mayoría de los casos, los efectos inhibitorios se observan cuando el folículo no alcanza todavía un desarrollo completo (<18 mm); pero, en algunos casos estos efectos se acompañan de cambios en la disminución de la funcionalidad del cuerpo lúteo. (38)

Efectos sobre la migración espermática

La migración de espermatozoides en el tracto genital femenino ocurre en dos fases con diferente curso temporal: Una rápida y breve y otra más lenta y persistente. Ambas dependen de las contracciones del útero no grávido más que de la velocidad de migración intrínseca de los espermatozoides. Luego del coito, un pequeño número de espermatozoides alcanzan el istmo de la trompa de Falopio en pocos minutos. Posteriormente, y a lo largo de varios días, oleadas de espermatozoides retenidos en las criptas cervicales recorren el mismo trayecto. (38)

Solamente los espermatozoides transportados en la segunda fase pueden fertilizar. La intensidad de las contracciones uterinas responsables del transporte espermático se incrementa durante la fase folicular del ciclo y alcanza su máximo para el tiempo de la ovulación.

Durante la fase lútea, la motilidad uterina espontánea decrece debido al efecto relajante de la progesterona sobre el miometrio. Aunque no se ha explorado directamente *IN VIVO*, es concebible que el enlentecimiento del transporte de espermatozoides hacia las trompas contribuya al efecto contraceptivo del LNG. (38)

La mayor parte de los estudios *IN VITRO* diseñados para evaluar los efectos del LNG sobre el espermatozoide no ha mostrado alteraciones significativas sobre la funcionalidad de los gametos masculinos. Sin embargo, de acuerdo con dos protocolos, el LNG ha mostrado cambios en las propiedades físico-químicas del moco cervical y afectación de la penetración espermática. (39)

Fertilización

Para que el espermatozoide pueda fertilizar el óvulo, debe primero sobrellevar un proceso llamado capacitación, que le habilita para penetrar la corona radiada, ligarse a la zona pelúcida, sufrir la reacción acrosómica y finalmente penetrar en el óvulo. Respecto al papel que juega la progesterona sobre la reacción

acrosómica el estudio de Suárez y cols. Sobre efectos del Levonorgestrel (26) refiere que no hay diferencias significativas en la cantidad de espermatozoides recuperados del útero en las 24 y 48 horas después del uso de LNG y no se evidencian cambios en la reacción acrosómica (capacidad del espermatozoide en penetrar al óvulo). Otra revisión (39) indica que la progesterona podría tener un efecto facilitador sobre la capacitación por acciones no genómicas mediadas por receptores presentes en la membrana del espermatozoide y puede inducir la reacción acrosómica. El efecto del LNG sobre la fertilización no se ha estudiado en el humano IN VIVO, pero los estudios en roedores y primates indican que, en estas especies, no interfiere con la fertilización. (39)

Los estudios con espermatozoides humanos IN VITRO mostraron que el LNG, en las concentraciones que se alcanzan tras su administración como AE no afecta la capacitación, la reacción acrosomal ni la capacidad de ligarse a la zona pelúcida.

Sin embargo, el LNG podría tener efectos indirectos sobre la fertilización. (39)

Implantación

La posibilidad de que el LNG interfiera con la implantación del blastocisto se ha postulado reiteradamente, y es quizá el aspecto del empleo de este fármaco para AE que genera más controversia, pues la interferencia con la implantación es considerada por muchos como un aborto precoz.

Para el éxito de la implantación, es necesario un desarrollo sincrónico del concepto y del endometrio. Se denomina receptividad uterina al estado fisiológico del endometrio que posibilita la implantación. En cada ciclo, este estado es transitorio, y se extiende entre los días 7 a 11 luego de producido el pico de LH, que corresponden aproximadamente a los días 20 a 24 del ciclo estándar de 28 días. Este período receptivo se denomina ventana de implantación. La receptividad se evalúa en biopsias de endometrio obtenidas durante la ventana de implantación, mediante el examen histológico, y más recientemente con marcadores moleculares.

Un presunto efecto anti-implantatorio del LNG se ha mencionado reiteradamente en folletos de la industria farmacéutica, trabajos científicos e incluso libros de texto. El estudio in vivo en el ser humano de este mecanismo de acción es limitado, por las repercusiones bioéticas que acarrea, pero se están desarrollando nuevos métodos de estudio, de manera que hasta el momento dicho efecto jamás ha sido demostrado. (40)

Otras evidencias indirectas se derivan del análisis de las fallas anticonceptivas en casos de coitos únicos y repetidos. A este respecto, la eficacia resultó ser significativamente menor en los casos de coitos repetidos. Esta observación descarta los efectos sobre la implantación, dado que de lo contrario la eficacia anticonceptiva se mantendría elevada a lo largo de toda la fase posovulatoria al margen del número de coitos. (30)

Indicaciones

Como su nombre lo indica, sólo debe usarse como método de emergencia y no como método anticonceptivo regular (24), después de la relación sexual no protegida o protegida de manera inadecuada. (28)

Algunos autores destacan situaciones específicas: Su indicación se limita a las siguientes situaciones: violación, violencia sexual familiar, relación sexual sin protección, si no usa regularmente un método anticonceptivo, se rompió o se deslizó el condón, se le olvidó de tomar más de dos días la píldora de uso regular, no se aplicó el inyectable en su fecha, se expulsó la T de cobre, usaron el coito interrumpido, usaron el método del ritmo y si tienen dudas sobre su efectividad. (41)

Algunos estados recomiendan en sus normativas técnicas sobre planificación familiar establece cuando usar Anticoncepción de Emergencia:

- Cuando hubo relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo.

- Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente (se rompe un preservativo, el diafragma se cae, el DIU se expulsa, se olvida tomar el anticonceptivo oral, no se aplica en la fecha que corresponde el anticonceptivo inyectable).
- En el caso de que la mujer haya sido víctima de violación.

Dentro de los hormonales, pueden usarse estrógenos solos o con progestágenos, progestágenos solos, danazol o mifepristona (RU-486). El método más conocido, sin duda, es el de Yuzpe: 200 µg etinilestradiol (EE) + 1 mg levonorgestrel (LNG), administrados en 2 dosis separadas por 12 horas, o el uso de un preparado específico para AE con 0,75 mg de levonorgestrel, sin estrógenos. (29)

Todos deben emplearse y actuar antes de la implantación del óvulo, que se acepta tiene lugar entre el 5º y el 7º día después del coito, siendo por lo general más eficaces cuanto más precoz es el tratamiento. Habitualmente se recomienda no sobrepasar las 72 horas. (29)

Contraindicaciones

Se imputan a la pauta de Yuzpe las mismas contraindicaciones de la anticoncepción hormonal clásica (dosis más bajas pero mucho más prolongadas). La OMS ni el Consorcio para la Contracepción de Emergencia han establecido ninguna contraindicación al uso de esta pauta, salvo el embarazo. En la bibliografía consultada, algunos autores incluyen también la historia de migraña con aura como contraindicación absoluta o relativa. Un estudio reciente de Vasilakis no encuentra mayor riesgo de tromboembolismo por el uso de AOE.. (29)

Efectos adversos

Los principales efectos secundarios de las píldoras de AE son náuseas y vómitos.

Aproximadamente la mitad de las mujeres que utilizan el régimen de Yuzpe experimentan dichos efectos, de cada 5 vomita luego de la primera o segunda dosis. En las que usan solo el régimen de progestina, la tasa de náusea y vómito es de 20 y 5%, respectivamente. Por lo general estos efectos secundarios no duran más de 24 horas y pueden ser eliminados en muchos casos con la ingestión de antieméticos antes del tratamiento. (36)

Los efectos secundarios más frecuentemente reportados con el uso de PAE combinadas son náusea (40-50%) y vómito (15-20%). Algunos estudios observacionales han reportado menor incidencia de náusea posterior a la ingesta de PAE combinadas con levonorgestrel comparadas con dlnorgestrel.

En general se sugiere, como medida preventiva contra la náusea y el vómito, administrar las pastillas junto con alimentos, aun cuando investigaciones controladas no han demostrado que esta medida sea realmente efectiva. (43) La administración de medicamentos anti-eméticos aproximadamente una hora antes de la toma de las PAE, por su parte, es capaz de reducir la náusea en una cuarta parte y el vómito en más de la mitad de los casos. (43)

Si el vómito se presenta dentro de las dos horas después de la administración de las PAE, se recomienda repetir la dosis. En caso de vómito repetido e incoercible, excelente alternativa sería su administración por la vía vaginal, que limita la severidad del síntoma y, sobre todo, garantiza la adecuada adsorción del principio activo a pesar del vómito mismo. (44)

Otros efectos secundarios descritos, pero con menor frecuencia, incluyen: cefalea, vértigo y mastodinia. Por lo general, los síntomas son de corta duración y auto-limitantes, es decir ceden aún sin tratamiento

Perfil de seguridad y contraindicaciones

Prácticamente todas las mujeres, aún aquellas que no deberían tomar pastillas anticonceptivas de rutina, pueden recurrir a los métodos hormonales de emergencia, sin que existan contraindicaciones para su uso ocasional. (45)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no tienen contraindicaciones médicas.

La OMS afirma que la única contraindicación absoluta a las PAE combinadas (categoría 4) está representada por "un embarazo confirmado", ya que no tendrían ninguna indicación terapéutica en este caso; sin embargo, aclara que no existen riesgos para la salud de la madre o del producto (vide infra) en caso de toma de las PAE durante un embarazo. (46)

Otras condiciones médicas, como antecedentes de tromboembolia, de accidente vascular cerebral o episodios activos de migraña severa, son clasificadas por la OMS como categoría 2, es decir se consideran precautorias. (46) En estas condiciones se optará por otra alternativa anticonceptiva de emergencia, como son las PAE de progestina sola o la inserción de un DIU. Sin embargo, es importante recordar que el embarazo representa un riesgo significativamente mayor, en mujeres con estas condiciones médicas, que los ocasionados con las PAE (47)

Hay que señalar, por otra parte, que todas las condiciones que representen contraindicación y/o precaución (presencia de un retraso menstrual, de crisis migrañosa severa y/o antecedentes personales tromboembólicos) son eventos que pueden ser descartados a través de un simple interrogatorio. Por lo tanto, la provisión de la AE no debe estar condicionada a estudios o exploraciones innecesarias. (48)

La seguridad relacionada con el uso de las PAE reside en el tiempo muy corto del tratamiento y la baja dosis total administrada (20% y 35% caja de pastillas anticonceptivas de "alta" y "baja" dosis respectivamente).

Además de la plausibilidad biológica, existen estudios clínicos que confirman la ausencia de efectos en el sistema de la coagulación sanguínea, (49) así como evidencias epidemiológicas que apoyan el excelente perfil de seguridad de estos métodos.

Desde el punto de vista epidemiológico y en especial desde el registro del PC4, con más de cuatro millones de dosis utilizadas en un período de 13 años, no se han documentado efectos colaterales severos. En 1996, por ejemplo, en aproximadamente medio millón de usuarias de PAE, se describieron únicamente tres casos de accidentes cardiovasculares. En ninguno de estos casos se encontraba claramente establecida la relación temporal causa-efecto entre la toma de las PAE y el evento patológico. (47) En otro estudio retrospectivo, entre 73,302 usuarias de AE de todas las edades, no se registró ningún caso de tromboembolismo venoso. (50)

La OMS reafirma, además, sobre la ausencia de efectos teratogénicos de las PAE en casos de fallas del método. (46) La plausibilidad biológica radica en el hecho de que el tratamiento se administra mucho antes de que inicie la organogénesis. Paralelamente, la información clínica, aún la obtenida de muestras relativamente reducidas, no evidencia, en caso de falla del método, el aumento en la incidencia de malformaciones en el producto. Por otra parte, existen evidencias epidemiológicas derivadas de estudios con muestras mucho mayores de mujeres inadvertidamente expuestas a anticonceptivos orales de rutina en el curso del embarazo. En estos estudios, a pesar de que la exposición fue a dosis mayores y más sostenidas de hormonas, no fue posible evidenciar el aumento en la incidencia de malformaciones en los recién nacidos. (51)

MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo y transversal.

Unidad de análisis

El Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” se encuentra ubicado en las calles José Félix de Valdivieso y Av. Orillas del Zamora en Loja Ecuador.

Universo y muestra

El universo lo constituyen las 556 alumnas del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja Ecuador, de primero y segundo de bachillerato.

La muestra se obtuvo mediante la fórmula

$$n = \frac{N}{1 + e^2 N}$$

Simbología:

n = Tamaño de muestra

N = Población total del alumnas del primero y segundo de bachillerato

e = Margen de error del 5% = 0.05

1 = valor constante

$$N = \frac{556}{1 + 0,5^2 (556)} = \frac{556}{2,39} = 233 \text{ Total de estudiantes encuestados}$$

Siendo la muestra 233 alumnas del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de la ciudad de Loja, de primero y segundo de bachillerato.

Criterios de exclusión

Alumnos del género masculino que están cursando el 1° y 2° de bachillerato en el Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”

Técnicas e instrumentos

En la presente investigación se aplicó como técnica de investigación una encuesta diseñada por el autor, basado en los objetivos de la investigación destinada a obtener datos de las alumnas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador.

Para ello se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregaron a los a las alumnas del 1o y 2° de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”, a objeto de recopilar información referente al conocimiento y uso de la píldora anticonceptiva de emergencia; que se encuentra en el anexo uno.

Desarrollo del proyecto

Para desarrollar el proyecto se efectuó lo siguiente:

- ✓ Firma de consentimiento informado
- ✓ Una encuesta que incluye 6 preguntas acerca del conocimiento y uso de la píldora anticonceptiva del día después
- ✓ 1 entrevistador.
- ✓ Obtención de datos por medio de la fórmula de muestreo consecutivo simple.

Límite de tiempo y espacio

El estudio se realizará entre mayo de 2013 – a julio de 2013

Diseño de análisis

La recolección de información se realizó mediante encuesta directa con los estudiantes del colegio, posterior a su consentimiento informado, firmado por escrito.

Los datos consignados en la encuesta de recolección y el resultado fueron ingresados a una base de datos posteriormente para su presentación se empleó el programa Microsoft® Excel 2010®. Se utilizó medidas de estadística descriptiva.

Los resultados obtenidos se tabularon, procesaron e interpretaron en cuadros y gráficas estadísticas mediante el programa Microsoft Office Excel 2010.

Se presentaron los resultados obtenidos en frecuencias y porcentajes, a partir de los cuales se emitieron las conclusiones y recomendaciones pertinentes al tema.

Aspectos bioéticos

- Es un estudio en el cual la intervención de las estudiantes, se realizó mediante consentimiento informado, por escrito.
- No implica riesgo para la integridad de las alumnas, es una información personal y académica
- La información recibida fue manejada con absoluta reserva.
- Las personas que intervinieron en el estudio, estarán en libertad de abandonar el mismo en cualquier etapa de su desarrollo.
- Los fines del estudio, fueron académicos, contribuyeron para el beneficio del conocimiento y uso de la píldora anticonceptiva.

Categorización

La encuesta consta de 22 preguntas, para la medición se basa en 9 preguntas sobre el conocimiento y uso de la píldora anticonceptiva del día después; cuya medición es medida en una escala de 6 puntos, en un rango que va desde:

0 a 2 Poco grado de conocimiento

3 a 4 Moderadamente grado de conocimiento

4 a 6 Alto grado de conocimiento

RESULTADOS

EDAD DE LAS ESTUDIANTES DE PRIMERO Y SEGUNDO DE BACHILLERATO. DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO, “DANIEL ÁLVAREZ BURNEO” (ITSDAB)¹. LOJA 2013.

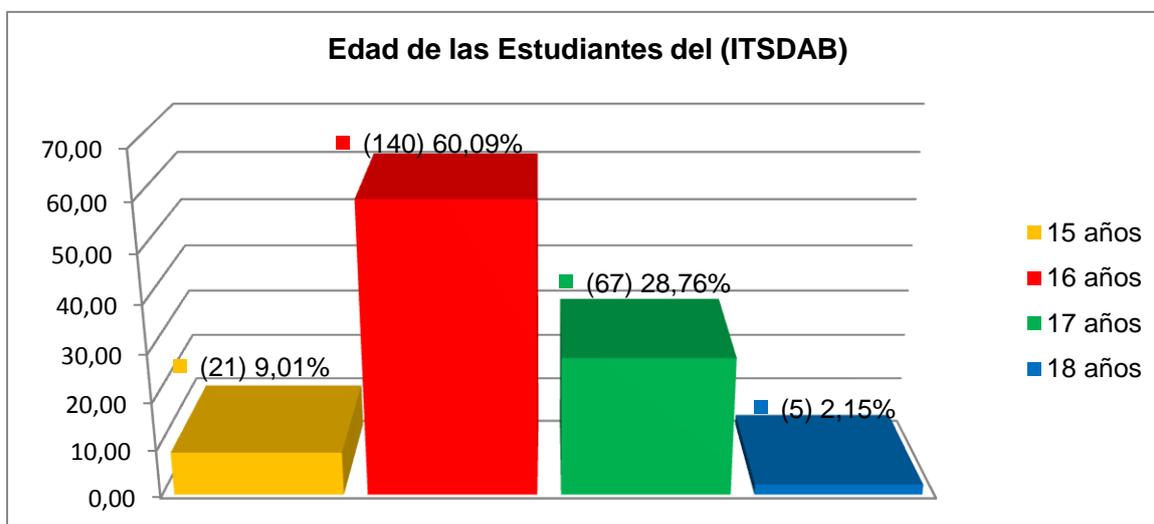
TABLA Nº 1

Edad	F	%
15 años	21	9,01
16 años	140	60,09
17 años	67	28,76
18 años	5	2,15
Total	233	100,00

FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

GRÁFICO Nº 1



FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

Análisis de Resultados

La edad de las estudiantes del primero y segundo de bachillerato de (ITSDAB) se encuentra comprendida con el 60.09% en los 16 años de edad que corresponde a

¹ (ITSDAB), siglas de: Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”

140 alumnas; 67 alumnas se ubica en la edad de 17 años lo que equivale al 28.76%; el 9,01% tienen quince años, con un número de 21 alumnas; y el 2,15% 18 años correspondiente a 5 estudiantes

CONOCIMIENTO DE LA PILDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LAS ESTUDIANTES DE PRIMERO Y SEGUNDO DE BACHILLERATO. “ITSDAB”. LOJA 2013

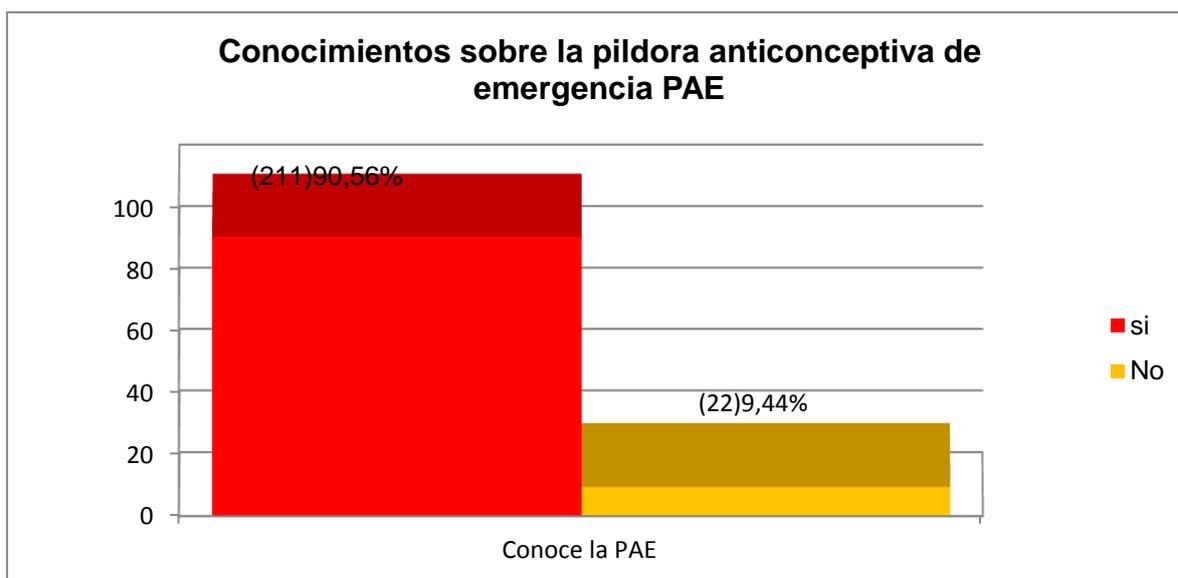
TABLA Nº 2

Conocimiento de la PAE	f	%
Si	211	90,56
No	22	9,44
Total	233	100

FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

GRÁFICO Nº 2



FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

Análisis de Resultados

De los 233 estudiantes del primero y segundo de bachillerato de (ITSDAB) 211 correspondiente al 90,56% tienen conocimiento sobre la PAE; mientras que 22 de ellas el 9,44% indicaron no conocer sobre la píldora anticonceptiva de emergencia.

FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LAS ESTUDIANTES DE PRIMERO Y SEGUNDO DE BACHILLERATO. (ITSDAB). LOJA 2013

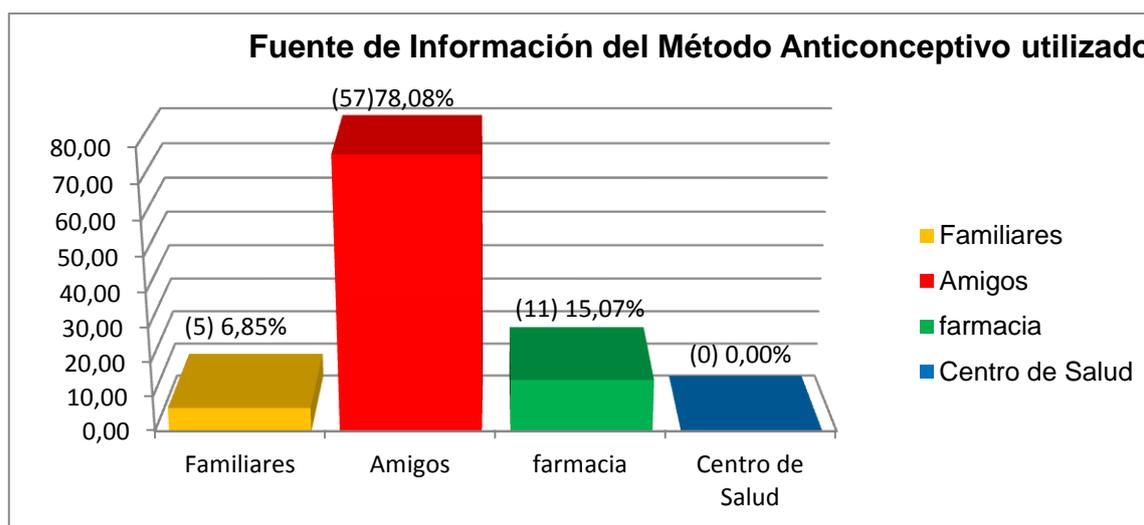
TABLA Nº 3

Fuente de Información	F	%
Familiares	5	6,85
Amigos	57	78,08
Farmacia	11	15,07
Centro de Salud	0	0,00
Total	73	100,00

FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

GRÁFICO Nº 3



FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

Análisis de resultados

El gráfico permite colegir que las estudiantes del primero y segundo de bachillerato del (ITSDAB) que tuvieron relaciones sexuales, 57 de ellas es decir el 78.08% la fuente de información para la utilización de métodos anticonceptivos ha fue por parte de amigos; 11 de ellas con el 15.07% obtuvieron información en las farmacias; 5 que corresponde al 6,85% de sus familiares; ninguna de las estudiantes obtuvieron información en los centros de salud 0%

UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LAS ESTUDIANTES DE PRIMERO Y SEGUNDO DE BACHILLERATO. (ITSDAB). LOJA 2013

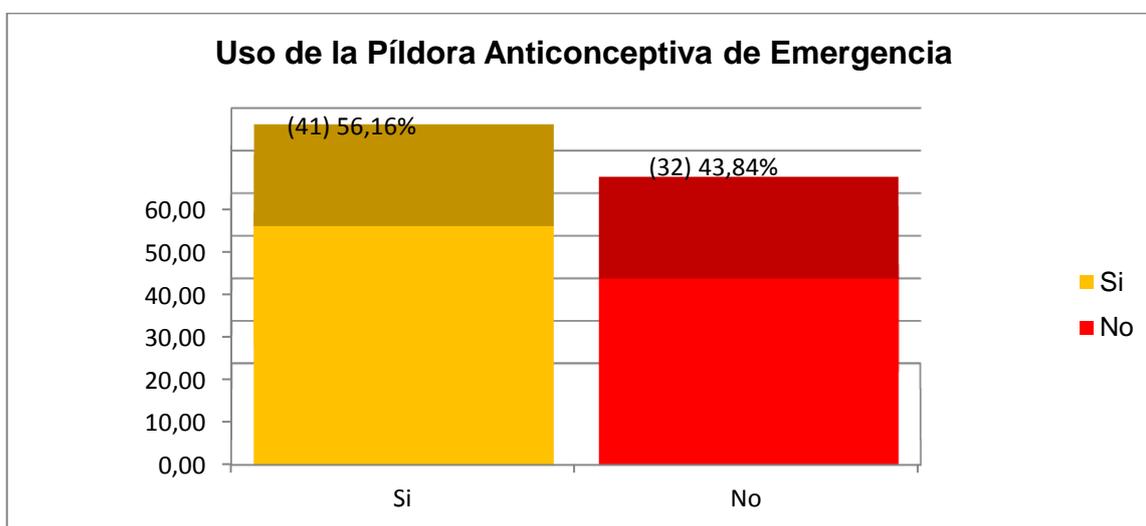
TABLA Nº 4

Uso de la píldora	F	%
Si	41	56,16
No	32	43,84
Total	73	100

FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

GRÁFICO Nº 4



FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

Análisis de resultados

41 estudiantes del segundo y tercero de bachillerato que corresponde al 56,16% consumieron la PEA; mientras que 32 de ellas es decir el 43,84% no ingirieron la PEA después de las relaciones sexuales.

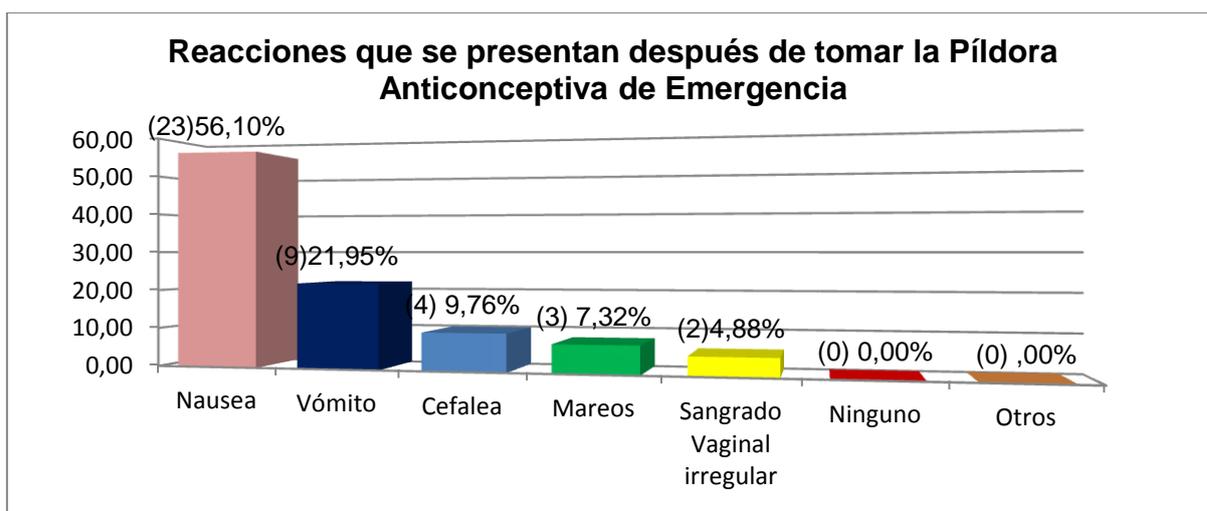
REACCIONES POR EL USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA UTILIZADO ESTUDIANTES DE PRIMERO Y SEGUNDO DE BACHILLERATO. (ITSDAB). LOJA 2013²

TABLA Nº 5

Reacciones	F	%
Nausea	23	56,10
Vómito	9	21,95
Cefalea	4	9,76
Mareos	3	7,32
Sangrado Vaginal irregular	2	4,88
Ninguno	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	41	100,00

FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB
ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

GRÁFICO Nº 5



FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB
ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

Análisis de resultados

De las 41 estudiantes que consumieron la PAE, 23 de ellas con el 56,10% presentaron náuseas como reacción secundaria al consumirla; 9 estudiantes que equivales al 21,95% presentaron mareos; 4 de ellas con el 9,76% cefalea; 3 estudiantes con un 7,32% mareos; el 4,88% es decir 2 estudiantes se le presentó sangrado vaginal irregular; a 0 estudiantes con 0% ninguna y u otra reacción

² En la presente tabla y gráfico se considera solo las alumnas que ingirieron la PAE., cuya población es 41 estudiantes

RANGO DE EFECTIVIDAD DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA PARA PREVENIR EL EMBARAZO, ESTUDIANTES DE PRIMERO Y SEGUNDO DE BACHILLERATO. (ITSDAB). LOJA 2013

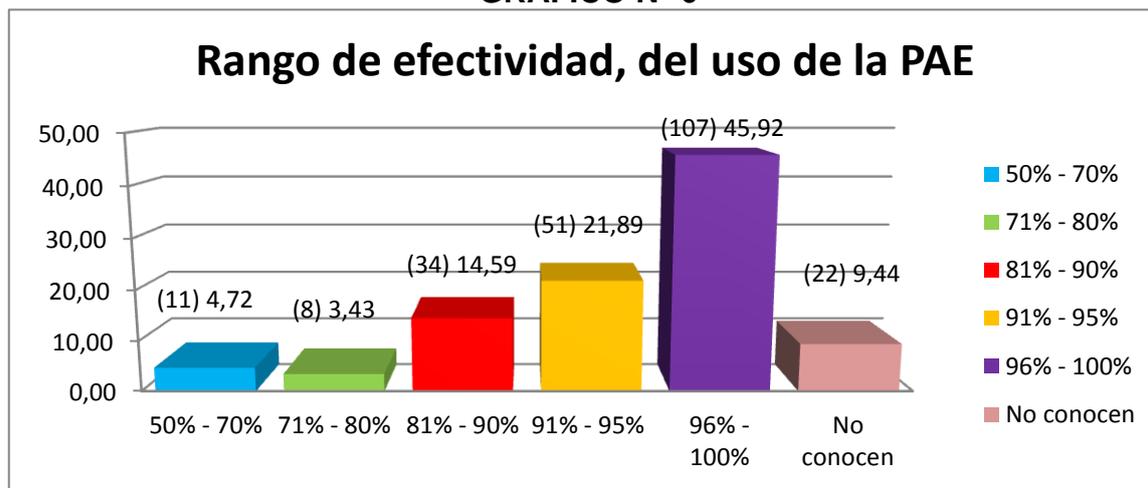
TABLA Nº 6

Rango de efectividad	F	%
50% - 70%	11	4,72
71% - 80%	8	3,43
81% - 90%	34	14,59
91% - 95%	51	21,89
96% - 100%	107	45,92
No conocen	22	9,44
Total	233	100,00

FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

GRÁFICO Nº 6



FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

Análisis de resultados

De la población total de estudiantes 107, que equivale al 45,92% consideran que entre el 96 al 100% la PAE es efectiva; el 21,89%; es decir 51 alumnas; indican que su efectividad está entre el 91 al 95%; 34 estudiantes que corresponde al 14.59% mencionan que la efectividad es del 81 al 90%; el 4.72% es decir 11 alumnas señalan que su efectividad esta entre el 50 al 70%; y un 3.43% aluden entre el 71 al 80% de efectividad, es decir 8 alumnas; existe un grupo de alumnas 22, que desconocen su efectividad corresponde al 9,44%

IMPLICACIONES SOCIOCULTURALES DE COMO ACTÚA EL USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO Y SEGUNDO DE BACHILLERATO. (ITSDAB). LOJA 2013

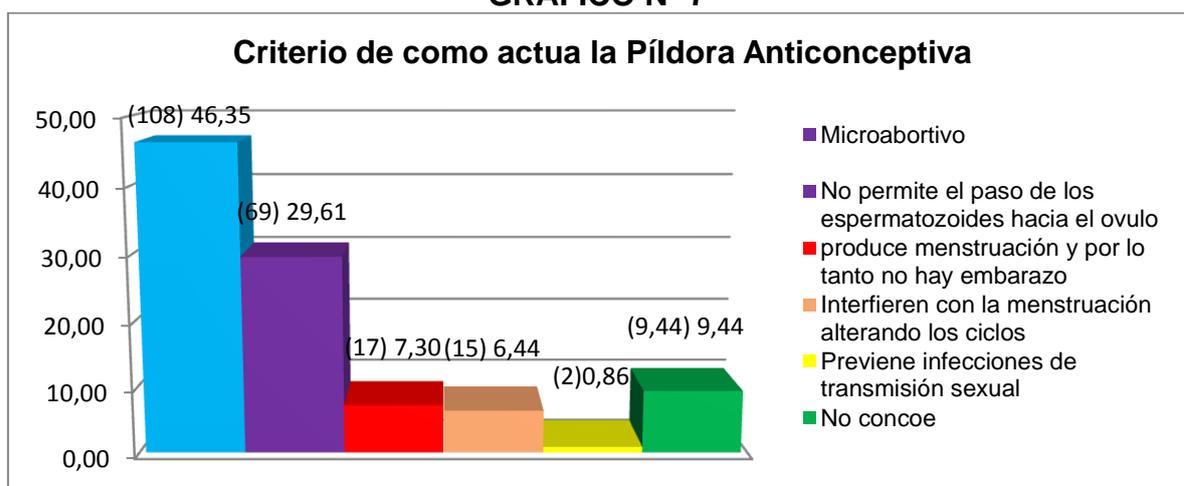
TABLA N° 7

Modo de actuar de la PEA	F	%
Microabortivo	108	46,35
No permite el paso de los espermatozoides hacia el ovulo	69	29,61
produce menstruación y por lo tanto no hay embarazo	17	7,30
Interfieren con la menstruación alterando los ciclos	15	6,44
Previene infecciones de transmisión sexual	2	0,86
No conocen	22	9,44
Total	233	100

FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

GRÁFICO N° 7



FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

Análisis de Resultados

Las estudiantes de la institución educativa investigada, consideran en un 46,35% que la píldora anticonceptiva de emergencia como abortiva; 108 alumnas; 69 de ellas con el 29,61% mencionan que la PAE no permite el paso de los espermatozoides hacia el óvulo; el 7.30% es decir 17 alumnas, suponen que produce menstruación; 15 de ellas el 6.44% menciona que interfiere en la menstruación alterando los ciclos; mientras que 22 alumnas con un 9,44% desconoce cómo actúa la PAE.

CRITERIO PARA SOLICITAR INFORMACIÓN Y RECIBIR LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO Y SEGUNDO DE BACHILLERATO. (ITSDAB). LOJA 2013

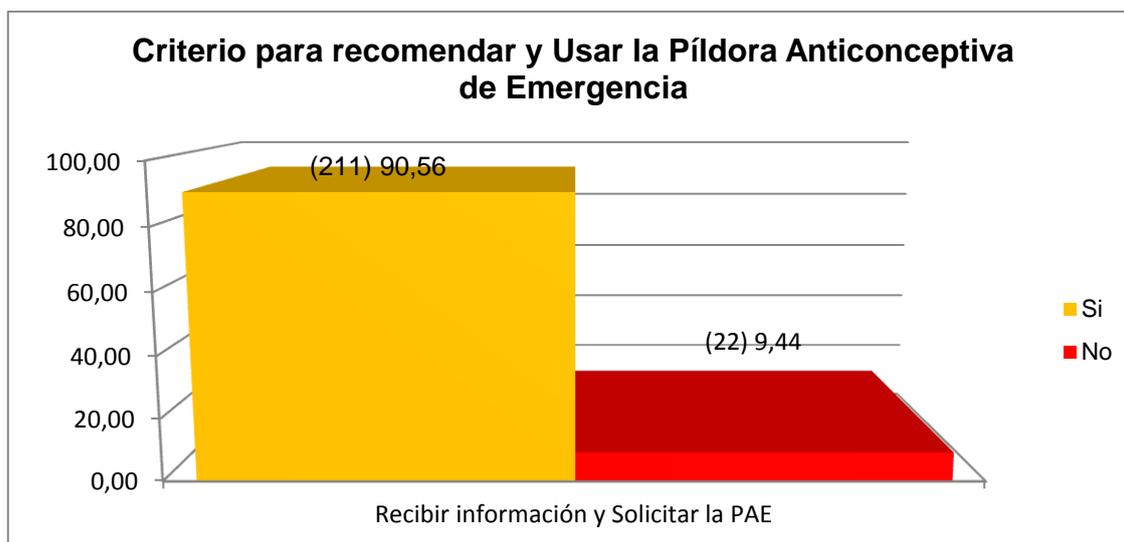
TABLA Nº 8

DISPOSICIÓN	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Para: Recibir información y Solicitar la PAE	211	90,56	22,00	9.44	233	10

FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

GRÁFICO Nº 8



FUENTE: Encuesta a estudiantes ITSDAB

ELABORACIÓN: Diego Fernando Carrión Ortega

Análisis de Resultados

211 adolescentes de primero y segundo de bachillerato investigados que corresponde al 90.56% están de acuerdo en recibir información y solicitar la PAE; 22 de ellas que corresponde al 9,44%, no están de acuerdo en recibir información ni solicitar la píldora anticonceptiva.

g. Discusión

En términos Generales las adolescentes que asisten a los primeros y segundo años de bachillerato tienen edad promedio entre los 16 y 17 años, siendo el 88.85% de la población investigada; existe un mínimo porcentaje de adolescente cuya edad fluctúa entre los 15 años de edad.

Las estudiantes del primero y segundo de bachillerato de (ITSDAB) con el 90,56% tienen conocimiento sobre la PAE; el 9,44% indicaron no conocer sobre la píldora anticonceptiva de emergencia.

Según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de 2004, indica que a pesar de que durante las últimas décadas se ha desarrollado una amplia gama de opciones anticonceptivas, el poco uso y acceso a métodos anticonceptivos continúan dejando a una importante parte de la población con limitaciones por falta de información para el responsable y libre ejercicio de su salud sexual y reproductiva. Indica además que en este orden de ideas la anticoncepción de emergencia puede brindar oportunidades tanto para disminuir los embarazos no deseados o no planeados como para captar a la usuaria en el sistema integral de planificación familiar.

Por otro lado en mayo del 2013, el Ministerio de Salud Pública se pronunció sobre el uso de la PAE se anunció que se continuará con una fase informativa sobre esta metodología para prevenir embarazos, de esta manera el Ministerio de Salud Pública (MSP) creó un acuerdo ministerial para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud.

De la población total 233; 73 estudiantes del primero y segundo de bachillerato del (ITSDAB), han tenido experiencia sexuales que corresponde al 31.33%; mientras que 160 alumnas es decir el 68.67% no han experimentado relaciones sexuales.

Los resultados van acorde a la realidad nacional; y concuerdan con otros estudios realizados, como el del Proyecto CERCA, estudio financiado por la Unión Europea, realizó en el 2011, una encuesta aplicada en el cantón Cuenca a 3 300 adolescentes de entre 12 y 18 años, donde se concluyó que el promedio de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes era de 15 años para las mujeres y 14 para los varones; también está el estudio realizado por los Programas Educativos Psicología y Salud (PROEPS), en el año lectivo 2011-2012. Su encuesta se realizó a 332 adolescentes de entre 11 y 16 años, de los cuales 180 eran mujeres y 152 hombres. Del primer grupo, 108 chicas aseguraron que ya tuvieron relaciones sexuales (60%), y de los chicos sumaron 78 (51%), confirmándose la precocidad en el inicio de una vida sexual activa, de igual forma existen otros estudios realizados por la Organización Mundial para la Población de las Naciones Unidas, así como los informes de adolescentes en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, como de las cifras del último censo de población del INEC del 2010, donde se menciona que niñas de entre 12 y 14 años tuvieron al menos un hijo nacido vivo, lo que determina que el inicio de las relaciones sexuales es precoz .

De la población de estudiantes que han tenido relaciones sexuales (73), se puede observar el 30.14% utilizan como método anticonceptivo el preservativo; un 56.16% ingirieron la píldora anticonceptiva de emergencia; el 8,2%; pusieron en práctica relaciones sexuales del coitus interruptus o coito interrumpido, el 5,48% acudieron a otros métodos anticonceptivos.

Los estudios realizados en el Ecuador en su mayoría demuestran la utilización del condón como principal método anticonceptivo, las cifras de la encuesta ENDEMAIN (ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA E INFANTIL) en Ecuador en el 2004, revelan que 73 de cada 100 mujeres ecuatorianas que viven algún tipo de unión afectiva y/o sexual y tienen entre 15 y 49 años usa algún método anticonceptivo. Sin embargo, hay diferencias entre los fármacos o dispositivos utilizados; el 58,7% emplea métodos considerados modernos y el 14% prefiere los métodos tradicionales, como el conocido “ritmo”.

De las 73 estudiantes que inician sus actividad sexual el 78.08% se informan de la utilización de métodos anticonceptivos por parte de amigos; el 15,07% información en las farmacias, el 6,85% de sus familiares; ninguna de la estudiantes se acercó a obtener información en los Centros de Salud de la ciudad. Según fuente del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA para el 2004, en Ecuador, los adolescentes en el país se informan, principalmente, en la escuela o colegio (28%) y la televisión (13%). Le siguen las charlas o conferencias y los familiares de la misma edad. Los preadolescentes mencionan haberse informado a través de su escuela o colegio (37%), televisión nacional (12%) y sus madres (11%).

73 estudiantes de la población que inician sus relaciones sexuales el 56,16% es decir 41 adolescentes ingirieron la PAE, y el 43,84% no usaron la misma después de las relaciones sexuales.

Un estudio realizado a 400 estudiantes de la escuela de enfermería y tecnología médica, de la Universidad de Cuenca, para una Tesis de Médico, realizado por Eliza Gómez y Verónica Hidrobo en el año 2010, informa que el 9.3% de ellas utilizaron la PAE, 37 alumnas; lo que demuestra que las estadísticas a nivel de la institución investigada, se encuentra dentro de los rangos a nivel nacional.

Con la finalidad de conocer las reacciones de la PAE, se deduce que de las 41 estudiantes que la consumieron el 56,10% presentaron nauseas como reacción secundaria, el 21,95% presentaron mareos; un 9,76% cefalea; en porcentajes menores un 7,32% mareos; el 4,88% sangrado vaginal

El Centro Médico de la Universidad de Maryland, en Estados Unidos, informa que las manifestaciones adversas suelen ser leves, aunque desagradables, como: "Náuseas, vómito, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza y cambios en el sangrado menstrual", lo que demuestra que las adolescentes que utilizaron la PAE en la institución educativa investigada sus reacciones secundarias están dentro de las publicaciones en los estudios realizados por importantes centros de investigación del mundo, durante los últimos diez años.

Del total de la población de adolescentes el 45,92% consideran que entre el 96 al 100% la PAE es efectiva; el 21,898% la consideran entre el 91 al 95% de efectividad; el 14,59% su efectividad es del 81 al 90%; el 9,44% desconoce la efectividad de la píldora.

De acuerdo con los resultados de nueve estudios en los que participaron 10.500 mujeres, la eficacia del régimen de levonorgestrel recomendado por la OMS, en los años 2004-2005. Menciona que si se toma en las primeras 24 horas, es del 95%. El porcentaje baja al 85% si se ingiere entre 25 y 48 horas después, y al 58% transcurrido dos días (entre 49 y 72 horas), de allí que la información que tienen las adolescentes sobre la efectividad de la PEA, se encuentra en los rangos de los estudios científicos.

Para las estudiantes de la institución educativa investigada, consideran en un 46,35% como abortiva; el 29,61% mencionan que la PAE no permite el paso de los espermatozoides hacia el óvulo, el 9,44% DESCONOCEN COMO ACTÚA, bajos porcentajes de las estudiantes la consideran que produce menstruación; e interfiere en la menstruación alterando los ciclos.

De acuerdo con el Centro Médico de la Universidad de Maryland, en Estados Unidos, y la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar MEXFAM en el 2006, informan que cuando la mujer está embarazada (es decir, cuando el óvulo se ha adherido al útero), los mecanismos de la anticoncepción de emergencia simplemente no actúan y, por tanto, no hay aborto". En este sentido, se insiste en que la píldora de emergencia sólo es útil para impedir que el embarazo ocurra, como máximo, 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección.

En una revisión publicada en el 2002, se analizan ampliamente los distintos sistemas de contracepción de emergencia actualmente en uso, evaluando el mecanismo de acción de las distintas formas utilizadas, su eficacia, indicaciones, efectos secundarios, dosificación y contraindicaciones. Con respecto al mecanismo de acción del método, los autores comentan: "Así, el mecanismo de acción no es pues la interrupción o disrupción de un embarazo establecido, sino la

inhibición o el retraso de la ovulación para prevenir la fertilización, aunque también modifica el endometrio e impide la normal implantación, incluso puede alterar el transporte del ovocito o del espermatozoide”.

Diferentes estudios científicos mencionan que las PAE actúan impidiendo la fecundación (unión del espermio con el óvulo). Según el momento en que se use, la Píldora de Emergencia, actuaría a través de los siguientes mecanismos:

1. Impidiendo o retrasando la ovulación.
2. Alterando el ascenso de los espermatozoides, desde el cuello uterino hacia las trompas.
3. Alterando la capacitación de estos en las paredes de la trompa. Sin esta capacitación, a nivel de las trompas, los espermatozoides no tienen la capacidad de fecundar el óvulo.

Con la finalidad de conocer si están de acuerdo en recibir información sobre el uso. El 90.56% están de acuerdo en recibir información y solicitar la PAE; mientras que el 9,44% no están de acuerdo en recibir ni utilizar la PAE.

Los aspectos culturales y religiosos influyen en las y los adolescentes que profesan alguna religión o tienen principios morales no favorables a la anticoncepción, suelen vivir intensamente los límites y conflictos que les plantea el tener una vida sexual activa, por lo que requieren un apoyo comprensivo ya que igualmente enfrentan riesgos.

Por lo tanto es necesario guiar al o la adolescente para que visualice los riesgos que le puede significar, de manera que exista congruencia entre la conducta y la intención de conducta y reforzar la importancia de la consulta profesional precoz ante un cambio de intención de conducta o de conducta sexual; sobre estar informados sobre la PAE, sus usos y complicaciones que puedan existir.

h. CONCLUSIONES:

1. Se determinó que las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de Loja, en cuanto al conocimiento de la PAE el 65,93% de las adolescentes se ubican en un alto rango; el 32,8% tienen un rango medio; mientras que el 1,27% se ubican en un rango bajo de conocimiento sobre la píldora anticonceptiva de emergencia.
 - Existe una inadecuada información social de los adolescentes al considerar la píldora anticonceptiva de emergencia como abortiva 46,35%; y que la misma atenta contra la vida de un nuevo ser.
 - Las reacciones que presentan las adolescentes por el uso de la PAE; está dentro de los rangos normales que se presentan por estos fármacos; de los cuales el 56,10% de las adolescentes presentaron náuseas como reacción secundaria al consumirla; un 21,95% presentaron mareos; en poco porcentaje otros síntomas en forma concomitante, como: vómito y cefalea.
 - Existe inadecuada información sobre el uso de métodos anticonceptivos; por lo que el 78,08% reciben esta información de amigos; un 15,07% en las farmacias; y los adolescentes no acuden a los centros de salud pública para la información de métodos anticonceptivos.
 - De las estudiantes que inician sus relaciones sexuales el 56,16% utilizan la píldora anticonceptiva de emergencia, como método anticonceptivo.
2. Se diseñó y se ejecutó un programa mediante charlas y realización de tríptico dirigido a las y los adolescentes del colegio “Daniel Álvarez Burneo” referente a la PAE y su correcto uso.

i.- RECOMENDACIONES

Se debe realizar campañas de información sobre las consecuencias tanto biológicas, y sociales que conlleva el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.

Poner mayor énfasis por parte de los Ministerios correspondientes mediante campañas de sensibilización e información sobre el conocimiento y uso de la píldora anticonceptiva de emergencia.

Informar a las adolescentes que la píldora anticonceptiva de emergencia no es un método anticonceptivo de uso regular; que el uso frecuente trae consigo consecuencias biológicas negativas para su organismo, que la misma debe ser administrada en casos de emergencia cuando uno de los dispositivos regulares ha fallado.

Realizar campañas para informar a la ciudadanía que la píldora anticonceptiva de emergencia no es abortiva; ni atenta contra la vida; que su uso se debe realizar dentro de las 72 horas después de la relación sexual para su efectividad.

Que la Universidad Nacional de Loja, a través de los Estudiantes de Medicina realicen charlas sobre el uso, consecuencias de la píldora anticonceptiva de emergencia.

Que la presente investigación sirva como base de apoyo para informar a la ciudadanía, sobre todo a los y las jóvenes, la importancia, de que si llevan una vida sexual activa, disponen de métodos anticonceptivos no sólo para prevenir embarazos no deseados sino para la prevención de enfermedades de transmisión sexual

j. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- 2 Diccionario de la Real Academia de la Lengua
- 3 Organización Mundial de la salud, Juventud y embarazo 2010
- 4 Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
- 5, 6 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 2007
- 7 Constitución Política del Ecuador 2008
- 8 Educación de la Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva Guía para adolescentes Fondo de Población de las Naciones Unidas Venezuela 2010
- 9 Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
- 10 Juan R. Issler Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina Nº 107 - Agosto/2001 Página: 11-23 embarazo en la adolescencia
- 11 Rodríguez Gázquez María de los Ángeles Rodríguez Factores de riesgo para embarazo adolescente Gázquez Vol 27, No 1 (2008) >
- 12 Miguel Ángel Miranda Martín orientación general para educadores de la enseñanza media superior, sobre sexualidad en la adolescencia Diciembre 2008
- 13 Rodríguez Gázquez María de los Ángeles Rodríguez Factores de riesgo para embarazo adolescente Vol 27, No 1 (2008)
- 14 Federación de Planificación Familiar de España (F.P.F.E.) (www.fpfe.org)
- 15 Suárez, Víctor y cols. Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, el endometrio y los espermatozoides. Rev. Perú Med. Exp Salud Pública. 2010; 27(2): 222-30.
- 16 Organización Mundial de la Salud
- 17 Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Fam Plann Perspect 1996; 28: 58-64, 87.

- 18 Peláez MJ. Anticoncepción de emergencia. En: Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Científico Técnica; 2001. p. 322.
- 19 Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
- 20 Grou F, Rodrigues I. The morning-after pill-how long after? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1529-34.
- 21 Van Look PFA, Stewart F. Emergency contraception. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. Contraceptive Technology: Seventeenth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 1998.
- 22 Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy *N Engl J Med* 1999; 340:1796-9.
- 23 Farley TMM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen J-H, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992; 339: 785-8.
- 24 Grou F, Rodrigues I. The morning-after pill-how long after? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1529-34.
- 25 Ellertson C. HISTOR Y AND EFFICACY OF EMERGENCY CONTRACEPTION: BEYOND FAMILY PLANNING PERSPECTIVES 1996; 28:44.48. Disponible online: <http://www.jstor.org/discover/>
- 26 Lahteenmaki, P., Heikinheimo, O., Croxatto, H.B. et al. Pharmacokinetics and metabolism of RU-486. *J. Steroid Biochem.* 1987, 27: 859
- 27 Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Howells S, Russell CR, Kowal D. *Emergency Contraception: The nation's best kept secret.* Decatur GA: Bridging the Gap Communications, 1995.
- 28 Bellagio Conference on Emergency Contraception (editorial). Consensus statement on emergency contraception. *Contraception* 1995; 52:211-13.
- 29 Durán SO, Durand CM, Ramos GM, Cravioto MC, Díaz-Sánchez V, Larrea F. Estudios sobre los efectos de la administración de Levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia en diferentes etapas del ciclo menstrual.

- Resumen de trabajo libre, XXXVIIIª Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, *Rev Endoc Nutr* 1998; (Supl) 3: 47.
- 30 Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
- 31, Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines, Third Edition. Consortium for Emergency Contraception 2012
- 32 Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF. On behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 2003
- 33 Durand, Marta; Larrea, Fernando y Schiavon, Raffaella. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. *Revista de salud pública de México* / vol. 51, no. 3, mayo-junio de 2009
- 34 Grou F, Rodrigues I. The morning-after pill-how long after? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1529-34.
- 35 Kubba AA, White JO, Guillebaud J, Elder MG. The biochemistry of human endometrium after two regimens of postcoital contraception: a dlnorgestrel/ ethinylestradiol combination or danazol. *Fertil Steril* 1986; 45: 512-6.
- 36 Taskin O, Brown RW, Young DC, Poindexter AN, Wiehle RD. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial a1 and anb3 integrins in the late implantation window. *Fertil Steril* 1994;61: 850-5.
- 37 Swahn ML, Westlund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 738-44.
- 38 McNeil ET. The mechanism of action of post-coital steroidal contraception: Timing is all. *Submitted for publication*.
- 36, 37, 42 Organización Panamericana de la Salud. Anticoncepción de emergencia en las Américas. Hoja informativa del Programa Mujer, salud y desarrollo. Disponible en <http://www.paho.org/>
- 39 Rincón, Erika Tatiana y Monterrosa Castro, Álvaro. ¿Cuál es el estado actual de la anticoncepción de emergencia? *Rev. cienc. biomed.* 2010; 1(2): 226 - 236.

- 40 Suárez, Víctor y cols. Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, el endometrio y los espermatozoides. *Rev. Perú Med. Exp Salud Pública*. 2010; 27(2): 222-30.
- 41 García Miras, Ramón y cols. Anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.18 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 2002.
- 42 Miguel Angel Miranda Martín orientación general para educadores de la enseñanza media superior, sobre sexualidad en la adolescencia Diciembre 2008
- 43 Raymond E, Creinin M, Barnhart K, Lovvorn A, Rountree W, Trussell J. Effectiveness of meclizine in preventing nausea associated with emergency contraceptive pills. Research Triangle NC: Family Health International, 1999.
- 44 Coutinho EM, de Souza JC, da Silva AR, de Acosta OM, Alvarez F, Brache V, Garza-Flores J et al. Comparative study on the efficacy and acceptability of two contraceptive pills administered by the vaginal route: An international multicenter clinical trial. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 1: 65-75.
- 45 Webb A. How safe is the Yuzpe method of emergency contraception? *Fert Control Rev* 1995; 4:16-18.
- 46 World Health Organization. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. (doc. WHO/FRH/FPP/96.9) Geneva: WHO, 1996.
- 47 Glasier A. Emergency postcoital contraception. *N Engl J Med* 1997; 337: 1058-64.
- 48 Glasier A. Emergency contraception: time for deregulation? *Br J Obstet Gynecol* 1993; 100: 611-2.
- 49 Webb A, Taberner D. Clotting factors after emergency contraception. *Adv Contracept* 1993; 9: 75-82.
- 50 Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999; 59: 79-83.
- 51 Simpson JL, Phillips OP. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Adv Contracept* 1990; 6: 141-67.

k. ANEXOS

ANEXO UNO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Diego Fernando Carrión Ortega, alumno del décimo módulo de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es Establecer los conocimientos y uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en los adolescentes del colegio “Daniel Álvarez Burneo” de Loja para contribuir al ejercicio de una sexualidad responsable. Determinar el nivel de conocimiento sobre el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en dichos estudiantes y por lo tanto me comprometo a diseñar un programa de difusión e información sobre educación sexual para Adolescentes y la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente entre 15 y 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacerlo saber al investigador o no responder.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo, _____, Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Diego Fernando Carrión Ortega, He sido informado (a) del propósito de este estudio

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al investigador al teléfono 0998814631.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma del Participante

Fecha

ANEXO DOS

Encuesta aplicada a los estudiantes del 1o y 2° de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”, a objeto de recopilar información referente los conocimientos y uso de la píldora anticonceptiva de emergencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Hola, soy Estudiante de medicina, me dirijo a usted para solicitarle comedidamente, responda con veracidad la presente encuesta, que servirá para el desarrollo de mi tesis de grado, denominada “**CONOCIMIENTOS Y USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO DE LOJA**” Esta encuesta es anónima, por lo tanto lo que conteste tendrá la confidencialidad que amerita el caso. Luego, la información será utilizada únicamente por esta institución así como de ayuda para futuras investigaciones.

De antemano le agradezco por su tiempo.

Loja, _____

• **Datos generales:**

Edad _____ Genero _____ Procedencia _____

Año que cursa: _____

• **Información específica:**

1. ¿Cree usted tener conocimientos claros sobre educación sexual?
Sí ___ No ___ Regular _____
2. ¿En su colegio tiene clases de educación sexual?
Sí ___ No ___
3. ¿Cómo calificaría sus clases de educación sexual? (elegir una opción)
 - Muy Buena _____
 - Buena _____
 - Regular _____
 - Mala _____
4. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales?
Sí ___ No ___

5. ¿Si su respuesta anterior es afirmativa, a qué edad fue el inicio?

6. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

7. ¿Qué método anticonceptivo utilizó? (puede señalar más de una opción)
- Preservativo Sí ___ No ___
 - Píldora del día después Sí ___ No ___
 - Relación sexual interrumpida Sí ___ No ___
 - Otros: Sí ___ No ___
- Que Tipo: _____
8. ¿Cómo conoció el método utilizado?
- Por medio de un Familiar _____
 - Padres _____
 - Hermano/a _____
 - Primo/a _____
 - Tío/a _____
 - Otro Familiar _____ Especifique: _____
 - Por medio de un amigo/a _____
 - Fui a la farmacia y compre _____
 - Lo conseguí en un centro de salud _____
 - Otro: _____ Especifique: _____
9. ¿Ha utilizado la píldora anticonceptiva de emergencia?
Sí ___ No ___
10. De ser afirmativa la respuesta anterior, ¿Cuántas veces ha usado la píldora anticonceptiva de emergencia?
- Una sola vez _____
 - Entre 2 - 3 veces al mes _____
 - Entre 1 – 2 veces al año _____
 - Entre 3 – 5 veces al mes _____
 - Entre 3 – 5 veces al año _____
 - Más de 5 veces al año _____
11. ¿Qué reacción extraña en su cuerpo presentó al tomarla? (Puede elegir más de una opción)
- Náuseas _____
 - Vómito _____
 - Dolor de cabeza _____
 - Mareos _____
 - Sangrado vaginal _____
 - Ninguno _____
 - Otros _____ Especifique _____

12. ¿Cómo cree usted que actúa la píldora anticonceptiva de emergencia?
- Microabortivo Sí ___ No ___
 - No permite el paso de los espermatozoides hacia el ovulo Sí ___ No ___
 - No produce menstruación y por lo tanto no hay embarazo Sí ___ No ___
 - Interfieren con la menstruación alterando los ciclos Sí ___ No ___
 - Previene infecciones de transmisión sexual Sí ___ No ___
 - No sabe _____
 - Otro: _____ Especifique _____
13. Precise cuál cree que es el mejor tiempo para tomar la pastilla anticonceptiva de emergencia para que esta sea efectiva. (elegir una opción)
- En las primeras 24 horas después de la relación sexual _____
 - En las primeras 48 horas después de la relación sexual _____
 - En las primeras 72 horas después de la relación sexual _____
 - En las primeras 96 horas después de la relación sexual _____
 - El tiempo transcurrido no es determinante _____
 - No sabe _____
14. Entre que rangos cree usted que está la efectividad de la píldora anticonceptiva de emergencia para prevenir el embarazo: (elegir una opción)
- Entre:
- 50% - 70% _____
 - 71% - 80% _____
 - 81% - 90% _____
 - 91% - 95% _____
 - 96% - 100% _____
 - No sabe _____
15. ¿Cree usted que la píldora anticonceptiva de emergencia atenta contra la vida?
- Sí ___ No ___ Por qué: _____
16. ¿Está usted de acuerdo que se entregue gratuitamente la píldora de anticoncepción de emergencia? (elegir una opción)
- Completamente de acuerdo _____
 - De acuerdo _____
 - Neutral _____
 - En desacuerdo _____
 - Completamente en desacuerdo _____
17. ¿Recomendaría a sus amistades, compañeras del colegio y personas particulares el uso de la píldora de anticoncepción de emergencia?
- Sí ___ No ___ Ocasionalmente _____
- Por qué _____
18. ¿Estaría usted dispuesta a usar los anticonceptivos orales de emergencia?
- Sí ___ No ___ Ocasionalmente _____
- Por qué _____

19. ¿Desearía recibir más información respecto a estos anticonceptivos?
Sí ___ No ___
20. ¿Se acercaría usted al Ministerio de Salud Pública a pedir información sobre la píldora anticonceptiva de emergencia?
Sí ___ No ___
21. Si su respuesta fuese negativa por qué no pediría información?
- Por vergüenza _____
 - Porque algún conocido puede verme _____
 - No existe confidencialidad dentro del centro de salud _____
 - La información del MSP no es adecuada _____
 - La información del MSP no es a su tiempo _____
 - Porque SI sabe cómo utilizar la píldora _____
 - Otro ___ Especifique _____
22. Si sabe cómo utilizar la píldora, de dónde obtuvo información?
- Amigo/a _____
 - Familiar _____
 - Colegio _____
 - Internet _____
 - Televisión _____
 - Prensa escrita _____
 - Centro de Salud _____
 - Otro _____ Especifique: _____

GRACIAS!

ANEXO TRES

PROPUESTA DE TRABAJO

CHARLA EDUCATIVA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y USO DE LA PILDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

Agenda

Objetivos General:

- Fortalecer las capacidades el conocimiento y uso de la píldora anticonceptiva de emergencia

Fecha: junio 11 al 13 del 2013

Lugar: Loja

SEDE: Instituto Técnico Daniel Álvarez Burneo

Participantes: Estudiantes del segundo y tercero de Bachillerato

martes, 11 de junio del 2013				
Hora	Actividad	Técnica	Responsable	Participantes
08:00	Bienvenida e inauguración de la charlas	Expositiva	Director y Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
08:10	Presentación de la agenda	Exposición, Power Point	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
08:20	Presentación de los objetivos de la charla, expectativas.	Exposición, gráfica y diálogo	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato

08:40	Los métodos anticonceptivos	Expositiva	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
9H30	Sensibilización. Consideraciones generales, Trabajo de una sesión de sensibilización.	Ejercicios vivenciales	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
10H00	Video		Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato

miércoles, 12 de junio del 2013

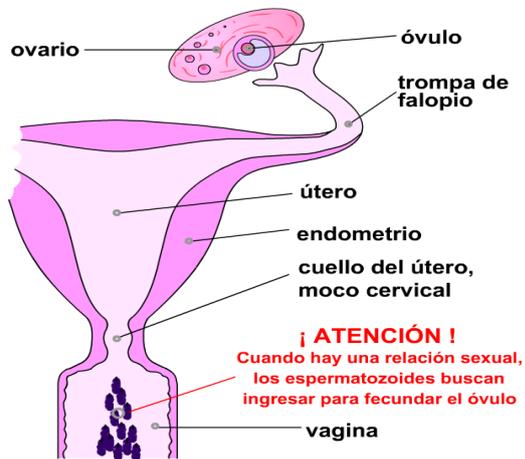
miércoles, 12 de junio del 2013				
Hora	Actividad	Técnica	Responsable	Participantes
08:00	Análisis de la charla sobre métodos anticonceptivos	Preguntas y respuestas	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
08:40	La píldora del día después, Análisis, composición, efectos, usos	Exposición, gráfica diálogo, diapositivas	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
9H30	Sensibilización. Consideraciones generales, Trabajo de una sesión de sensibilización.	Ejercicios vivenciales	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato

jueves, 13 de junio del 2013

Hora	Actividad	Técnica	Responsable	Participantes
08:00	Análisis de la charla sobre la píldora anticonceptiva	Preguntas y respuestas	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
08:30	El embarazo en las adolescentes	Exposición, gráfica diálogo, diapositivas	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
9H30	Sensibilización. Consideraciones generales, Trabajo de una sesión de sensibilización.	Ejercicios vivenciales	Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato
10H00	Clausura y agradecimiento		Autor	Estudiantes del segundo y tercero de bachillerato

ANEXO CUATRO

FOLLETO INFORMATIVO DE COMO ACTUA LA PILDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA



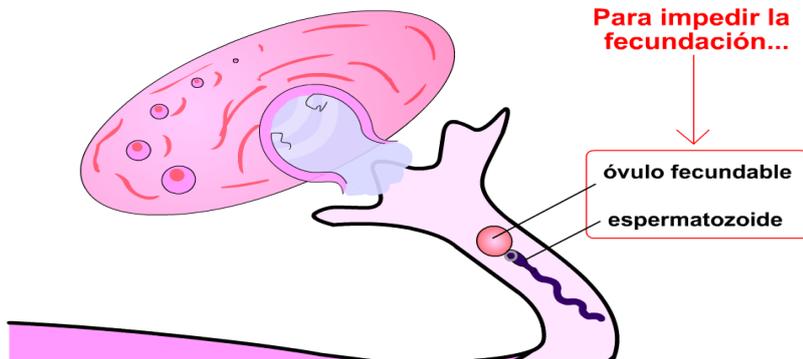
Para evitar que una relación sexual cause un nuevo nacimiento, la **Pildora del Día Siguiente** ofrece tres posibles mecanismos:

1 - impedir o retrasar la ovulación

2 - impedir la fecundación

3 - impedir que el óvulo fecundado se anide o implante en el útero

PRIMER MECANISMO: IMPEDIR O RETRASAR LA OVULACIÓN



SEGUNDO MECANISMO: IMPEDIR LA FECUNDACIÓN



El paso de los espermatozoides a través del cuello del útero y luego dentro del útero, es permitido por:

- las sustancias nutritivas que se encuentran en el líquido uterino.

Los espermatozoides pueden alcanzar así el óvulo y fecundarlo.

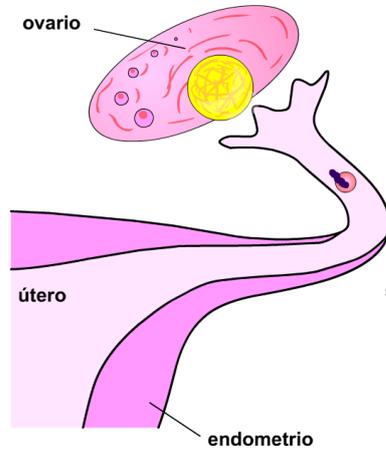
Para impedir la fecundación...



...Opera el 2do. Mecanismo:

Si al momento de tomar la pildora, la mujer ya ovuló: **El fármaco modifica el moco cervical para impedir que los espermatozoides asciendan y lleguen hasta el óvulo.**

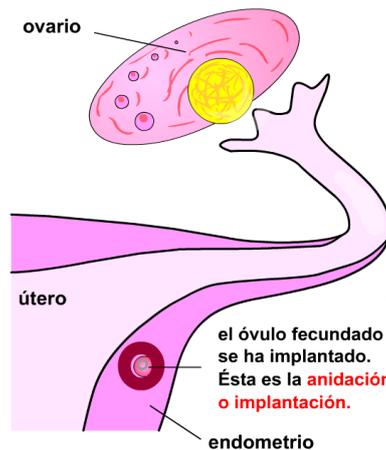
TERCER MECANISMO: IMPEDIR QUE UN ÓVULO FECUNDADO (CONCEBIDO) SE ANIDE O IMPLANTE EN EL ÚTERO.



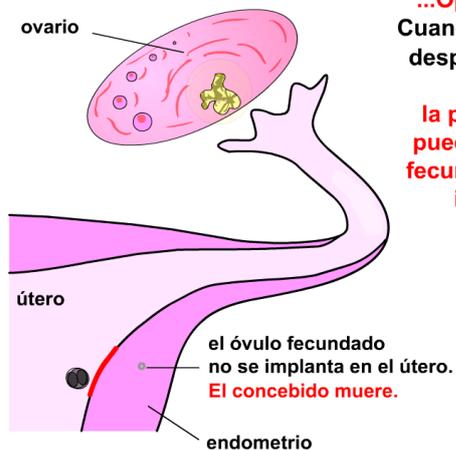
Con la fecundación:

Comienza una NUEVA VIDA HUMANA.

El óvulo fecundado es el ser humano en su estado más indefenso. **En la fecundación o concepción se determina TODO su aspecto físico:** su sexo, el color de la piel y de ojos, si se parecerá a su papá o a su mamá. A partir de este momento, el **nuevo ser humano necesita protección.** El óvulo fecundado **puede pasar hasta siete días** en las trompas de falopio **para luego llegar al útero e implantarse.**



Para evitar el desarrollo y nacimiento de este nuevo ser humano...



...Opera el 3er. Mecanismo:
Cuando mujer toma el fármaco después de la fecundación o concepción, **la píldora del día siguiente puede prevenir que el óvulo fecundado (un concebido) se implante en el útero.**