



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

“CONOCIMIENTO, UTILIZACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, EN LAS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.”

TESIS PREVIA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR:

Cristian Paúl Guamán González

DIRECTOR:

Dr. Bolívar Samaniego

LOJA - ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

Dr. Bolívar Samaniego.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA.-

Que el trabajo de investigación: "CONOCIMIENTO, UTILIZACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, EN LAS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA", presentado por el Sr. CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ, previo a optar el grado de Médico General, ha sido elaborado bajo mi dirección y una vez revisado prolijamente su contenido, autorizo su presentación ante el tribunal correspondiente.

Loja, Octubre 2013.



Dr. Bolívar Samaniego.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Cristian Paúl Guamán González**, declaro ser autor del presente trabajo de tesis, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, 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.

30 de Octubre del 2013



Cristian Paúl Guamán González

1104561087

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Cristian Paúl Guamán González**, declaro ser autor de la tesis titulada **"CONOCIMIENTO, UTILIZACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, EN LAS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**, como requisito para adoptar al grado de Médico General: 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 tengan convenio con 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 30 días del mes de octubre del dos mil trece, firma del autor.

Firma _____



Autor: Cristian Paúl Guamán González

Cédula: 1104561087

Dirección: Yahuarcoma (alisos 27-69)

Celular: 0999307151

Teléfono: 2103086

Correo: crispool_02@yahoo.es

Director de tesis: Dr. Bolívar Samaniego

Tribunal de grado: Dra. Lorena Vallejo

Dra. Ximena Vásquez

Dra. Marcia Mendoza

DEDICATORIA

Desde lo más sublime de los sentimientos, y con la esperanza de todos los días de encontrar un pueblo más fértil de conocimientos, con ideas de progreso y lucha incansable, dedico este esfuerzo:

- ✓ **A Dios**, expresión infinita de amor, el ser que con un soplo de vida me ha permitido existir, y eje necesario en mi camino.
- ✓ **A mi familia**, que son fuente de inspiración, apoyo permanente y pilar esencial en mi vida, especialmente a mis padres y hermanos por amarme como soy e inculcarme valores, superación y fortaleza incesante, junto a ellos a la familia Báez Poma, segundo refugio de mi vida, por su ayuda desinteresada
- ✓ **A mis amigos** y compañeros por representar el apoyo incondicional en los momentos de duro trabajo, y necesidad.

CRISTIAN PAUL GUAMÁN GONZÁLEZ

AGRADECIMIENTO

El resultado del presente trabajo, representa el esfuerzo y dedicación, de forma directa e indirecta, de varias personas a quienes ofrezco mis más sinceros agradecimientos:

- ✓ **A Dios**, que constituye ese ser celestial. del cual me es dada la fortaleza, virtud e inteligencia para este arduo trabajo.
- ✓ **A la Universidad Nacional de Loja**, en especial al Área de la salud Humana, Carrera de Medicina, por acogerme en su alma mater durante 6 años de mi vida, en la labor de adquirir nuevos conocimientos y experiencias
- ✓ **A mi director de tesis, Dr. Bolívar Samaniego** por brindarme su permanente y valiosa colaboración desinteresada, gracias a la cual he culminado con éxito el presente trabajo investigativo.
- ✓ **A mis padres** principalmente, hermanos, y demás familiares por su apoyo incondicional en todo momento.

CRISTIAN PAUL GUAMÁN GONZÁLEZ

TÍTULO:

“CONOCIMIENTO, UTILIZACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, EN LAS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”.

1859

RESUMEN

La píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) constituye una alternativa en la anticoncepción. Es necesario tener una percepción de la información que tienen las usuarias, por tal motivo se planteó el estudio, con el objetivo de investigar el conocimiento, utilización y efectos secundarios. La investigación trata de un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, que involucra a 500 estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

Los resultados concluyen en forma global y conjunta que las universitarias tienen un buen nivel de conocimientos (58,2%), sin embargo el 37,4% tienen un nivel malo de conocimientos. La tercera parte 27,8% (139), usaron la píldora anticonceptiva de emergencia, siendo por primera vez entre los 18 a 20 años de edad, en una sola ocasión, por mantener relaciones sexuales desprotegidas, presentando como reacciones adversas cefalea y alteración del ciclo menstrual. El descuido de las usuarias de optar por algún método de planificación familiar, es la razón por la que usan la píldora de emergencia frente a otros métodos.

Es necesaria mayor colaboración de entidades encargadas de la planificación familiar, principalmente el Ministerio de Salud, e instituciones afines, para que las usuarias cuenten con mayor información sobre la píldora anticonceptiva y los métodos de anticoncepción.

Palabras Claves: Píldora anticonceptiva de emergencia, conocimientos, utilización, efectos secundarios

SUMMARY

The emergency contraceptive pill (ECP) is an alternative to contraception. You need to have a sense of the information they have the users, for this reason the study was proposed, aiming to investigate the knowledge, use and side effects. The research is a cross-sectional study, quantitative, involving 500 students from the National University of Loja.

The results conclude joint globally and the universities have a good level of knowledge (58.2%), however 37.4% have a poor level of knowledge. The third of 27.8% (139) used emergency contraceptive pill, being for the first time between 18-20 years old, on one occasion, by unprotected sex, presenting headache as adverse reactions and altered menstrual cycle. The neglect of users opting for any method of family planning, is the reason I use the emergency pill over other methods.

The need for more collaboration of entities in charge of family planning, especially the Ministry of Health, and similar institutions, for which the users have more information on the contraceptive pill and contraceptive methods

Keywords: emergency contraceptive pill, knowledge, use, side effects.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 30 años, se han desarrollado una serie de métodos anticonceptivos que se consideran seguros y eficaces, y dentro de estos se encuentra la denominada píldora anticonceptiva de emergencia (PAE). El inicio de la utilización se remonta a la década de los 60, donde se utilizó por primera vez en una niña de 13 años luego de sufrir una violación

La anticoncepción de emergencia no es de uso cotidiano, puede utilizarse inmediatamente o hasta cinco días después en caso de uso incorrecto o falla del método anticonceptivo regular o debido a una relación sexual desprotegida. (5, 21)

En 1966 solo unos pocos países disponían de este tratamiento de urgencia mientras que en la actualidad está disponible en unos 140 países, no requiriéndose en aproximadamente 60 de ellos de receta médica para poder adquirirla en las farmacias, sin embargo se ignora qué proporción de usuarias conoce y han usado la anticoncepción de Emergencia. (21)

Un estudio realizado con individuos mayores de 18 años del Distrito Federal en México reportó que 84.9% refirió que había escuchado de la píldora, y de éstos 21% indicó que prevenía el embarazo. En cuanto a las fuentes del conocimiento, un estudio realizado con adolescentes cubanos identificó que 31.7% obtenía información sobre anticonceptivos por parte de sus amigos y 27.5% por sus padres.(22, 24)

En el 2004 un estudio realizado con 544 mujeres, demostró que después de ingerir la píldora de anticoncepción de emergencia tuvieron irregularidades en sus periodos menstruales, 57% fue atendido por un sangrado intenso, las náusea, vómito, mareo, cefalea, dificultad respiratoria y leve dolor abdominal, se reportaron en porcentajes menores.

Sin embargo cabe recalcar que la información disponible sobre efectos colaterales, únicamente mencionan aquellos que se presentan en las 24 horas luego de su administración hasta el siguiente ciclo menstrual, pero no se describe

en la literatura los posibles efectos a largo plazo, tema que resulta importante, ya que la composición principal de la anticoncepción hormonal de emergencia es similar a los usados en los métodos hormonales de uso regular, los mismos que tienen relación con el riesgo de ciertas enfermedades como infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolismo venosos etc. (12)

Durante el 2003 la Asociación Demográfica Costarricense (ADC) entrevistó a 90 estudiantes universitarias, el 53.9% han escuchado sobre las anticonceptivo de emergencia, un 8,2% las ha utilizado. (9)

En España se realizó una encuesta en el 2011, entre los resultados podemos destacar, que ninguna mujer empleó el levonorgestrel como método anticonceptivo habitual, siendo el 14,1% entre 14 y 50 años las que han utilizado alguna vez el método, el 2,9% la usaron entre 2 y 4 ocasiones. La mayoría experimentan poca o ninguna alteración del ciclo menstrual. (19, 23)

La anticoncepción de emergencia constituye un tema polémico y a la vez una realidad en varios países del mundo, y principalmente en Ecuador, tomando en cuenta que es una alternativa dentro de los métodos de planificación familiar.

Recientemente la anticoncepción de emergencia es de acceso libre y gratuidad en hospitales, centros y subcentros, decretada por el Ministerio de Salud, sin embargo, proveer a las usuarias de información correcta sobre su uso adecuado entraña grandes retos para los programas de salud sexual y reproductiva, especialmente por las controversias generadas en torno a este método.

La investigación se desarrolló con la participación de las estudiantes universitarias de la carrera de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Nacional de Loja, que comprenden una población de 500 usuarias a las cuales se les aplicó la encuesta. El estudio tiene como objetivos evaluar los conocimientos sobre el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia, establecer la edad de inicio de utilización y su frecuencia de uso, identificar los efectos secundarios, y finalmente el porqué

del uso de la píldora anticonceptiva de emergencia frente a los otros métodos de planificación familiar.

El presente trabajo investigativo está distribuido en varios fragmentos, que incluyen en la primera parte la estructura de la investigación (justificación, objetivos, recursos); posteriormente el marco teórico o también descrito como revisión literaria, el contexto metodológico que corresponde a la metodología del estudio estructura básica de la investigación, en ella se describe las técnicas utilizadas en la ejecución y los materiales requeridos que facilitaron la realización del estudio.

Es necesario describir brevemente, que lo referente a los conocimientos por la amplitud de la información, se elaboró un acápite de diez preguntas las mismas que posteriormente para su tabulación se resumió en una sola tabla, catalogando a los conocimientos como buenos, regulares y malos. De esta forma los resultados se verán posteriormente plasmados en las tablas y gráficos estadísticos para su fácil interpretación.

Así se logró determinar que las universitarias tienen un buen nivel de conocimientos representado por el 58,2%, sin embargo es necesario mencionar que el 37,4% tienen un nivel malo de conocimientos referente a la píldora anticonceptiva de emergencia, representando una población de riesgo.

Además el 27,8% (139 usuarias) han usado la píldora anticonceptiva de emergencia, siendo entre los 18 a 20 años las edades de inicio de utilización por primera vez, generalmente en una sola ocasión, presentando cefalea y alteración del ciclo menstrual como reacciones adversas. El descuido de las usuarias de optar por un método de planificación familiar, es la principal razón por la que usan la píldora anticonceptiva de emergencia frente a los otros métodos.

Finalmente se desarrolla recomendaciones en relación a las deficiencias encontradas, las mismas que permitan formular estrategias dirigidas a resolver

dichas situaciones, permitiendo que la usuaria tenga a disposición información adecuada sobre la anticoncepción de emergencia.

REVISIÓN
DE
LITERATURA

I ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

1.1 Historia

Desde el año de 1960 se introdujeron el uso de dosis elevadas de estrógenos para evitar la implantación como el etinilestradiol. Las dosis extremadamente altas de estos compuestos se asociaron a una elevada tasa de efectos secundarios gastrointestinales, por lo que se probaron otras combinaciones. A mediados de los años 60, el Dr. Holandés Ary Haspels, pionero en el campo de la planificación familiar, administró por primera vez altas dosis de un estrógeno postcoital a una niña de 13 años víctima de violación, dando inicio así a lo que se transformó en el primer régimen estándar de hormonas esteroideas usadas para prevenir el embarazo.(2,14)

El Médico Canadiense Albert Yuzpe a mediados de los años 70, desarrolló un método que utilizaba un anticonceptivo oral combinado (etinilestradiol y levonorgestrel), quedando como régimen preferido para anticoncepción de emergencia luego de un coito sin protección anticonceptiva. El régimen de Yuzpe fue el tratamiento estándar alrededor de 25 años, pero en casi todos los países se encuentra ya subutilizado. (2)

A principio de los años 70, investigadores de varios países comenzaron a realizar estudios con dosis variables de levonorgestrel para su uso en anticoncepción postcoital de rutina. Los resultados de los primeros estudios mostraron que una dosis única de 0,75 mg administrada poco después de un coito sin protección era eficaz para prevenir el embarazo. Sin embargo, presentaba una alta incidencia de alteraciones menstruales, al usarse como anticoncepción postcoital de rutina. Estos primeros estudios sugirieron que el levonorgestrel podría ser útil en anticoncepción de emergencia postcoital. El levonorgestrel representa la generación más reciente en anticoncepción de emergencia.

En HongKong, el primer estudio comparativo patrocinado por la OMS en 834 mujeres, sugirió que el levonorgestrel sólo, usado dentro de 48 horas después de

un coito sin protección anticonceptiva, era tan eficaz como el régimen Yuzpe y causaba menos efectos secundarios. El estudio multicéntrico siguiente realizado por la OMS en 21 centros de 24 países que involucró a 1988 mujeres confirmó estos resultados. Este estudio que fue publicado en el año 1998 en la revista médica Lancet, mostró que el régimen de levonorgestrel (en dosis de 0,75 mg repetida 12 horas más tarde), era al menos tan eficaz como el régimen Yuzpe dentro de las 72 horas siguientes, y era mucho mejor tolerado. El estudio de la OMS demostró que cuanto antes se tome el método anticonceptivo de emergencia después de un coito sin protección, más eficaz es su acción. (2, 4)

La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de la mayoría de los países incluyendo los EEUU (Food and Drug Administration).

1.2 Definición

Son métodos anticonceptivos que las mujeres pueden utilizar en los cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado, siendo su eficacia más alta cuanto antes se tomen. Sólo debe usarse como método de emergencia y no en forma regular.

Los términos como también se encuentran en otras literaturas incluyen:

- Píldora poscoital.
- Píldora del día siguiente.
- Anticoncepción poscoital.
- Anticoncepción de emergencia (AE).
- Anticoncepción de urgencia.
- Anticonceptivos de emergencia.
- Anticoncepción oral de emergencia.
- Píldora del día siguiente.

- Anticonceptivos poscoito.
- Píldora de la mañana siguiente.

1.3 Componentes hormonales

1.3.1 Etinil-estradiol

El etinilestradiol es un estrógeno derivado del estradiol, activo por vía oral indicado en fórmulas que producen la píldora anticonceptiva. Fue el primer análogo del estrógeno sintetizado, ocasiona un aumento del grosor y la cornificación de la vagina y promueve la proliferación del endometrio. Se absorbe bien por vía oral, pero es rápidamente inactivado por el hígado. El etinilestradiol se absorbe en el intestino delgado y alcanza un pico en el plasma sanguíneo unas 2 horas después. Luego pasa por un extenso metabolismo en el hígado asociado a la enzima citocromo P450 CYP3A4. Los metabolitos del etinilestradiol se excretan por la bilis en las heces y por la orina como conjugados de glucuronida y sulfatos. Debido al efecto de la circulación enterohepática, se observa un segundo pico de concentración sanguínea varias horas después. Se absorbe rápida y completamente, mostrando un máximo de concentraciones plasmáticas a los 2-3 horas y un segundo máximo a las 12 horas. En la circulación sanguínea, el etinilestradiol se une casi por completo a la albúmina. (7.4)

1.3.2 Levonorgestrel

Es una progestina sintética de segunda generación. Es el principio activo de algunos métodos anticonceptivos hormonales como los implantes subcutáneos, los anticonceptivos de emergencia, píldoras anticonceptivas y dispositivos intrauterinos. En el contexto de la anticoncepción, el levonorgestrel inhibe la liberación de las hormonas gonadotróficas de la glándula pituitaria. La hormona gonadotrofina coriónica humana (hCG) controla la actividad de los ovarios y el remodelado en el endometrio, por tanto inhibe la ovulación al reducir la secreción de FSH y LH, inhibe la implantación y produce un aumento de

la densidad del moco cervical y, en consecuencia, evita el paso de los espermatozoides hacia el útero. También suprime la actividad cíclica endometrial. Una vez administrado el Levonorgestrel se necesita de unas dos horas para que llegue a su concentración sanguínea máxima, lo que no significa que su plena acción tisular se alcance necesariamente en ese mismo tiempo. (7)

1.4 Métodos usados

Como anticoncepción de emergencia se usan píldoras de levonorgestrel puro o píldoras combinadas de etinil-estradiol y levonorgestrel, las que han sido evaluadas extensamente por la Organización Mundial de la Salud. En ambos regímenes se utilizan las mismas hormonas que se usan como anticonceptivos en forma regular. La diferencia es que se administran los esteroides en dosis más altas y solamente dentro de los cinco días que siguen a la relación no protegida. Los regímenes usados son:

1.4.1 Régimen de levonorgestrel

Se puede emplear de dos maneras:

- a) La modalidad más conveniente para las usuarias es usar una dosis única de 1500 ug de levonorgestrel (LNG) o 1.5 mg, lo que es igualmente efectivo que la forma tradicional (dos dosis de 750 mcg). En América Latina existen productos dedicados para este fin (Postinor-2, Inmediat-N, Levonelle-2, NorLevo, Plan B, Vikela, VikaPozato, Pilen, TACE) que consisten en 2 pastillas de 750 mcg de levonorgestrel y se toman las 2 pastillas juntas.
- b) La forma tradicional ha sido usar dos dosis de 750 mcg de levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas. Para esto, se usa una pastilla del producto registrado por dosis. Si no están disponibles, se puede reemplazar cada dosis por 25 pastillas de las píldoras de levonorgestrel sólo de 30 mcg cada una que se emplean como anticonceptivo durante la lactancia y que no necesitan receta médica para

comprarlas. (Microval, Microlut, Norgeston, Levonorgestrel en mini dosis). También puede usarse Ovrette que contiene 375 mcg por lo que solo se usan 20 pastillas por dosis. (8)

Hasta hace poco tiempo se recomendaba su uso únicamente dentro de 72 horas de la relación no protegida, pero un estudio reciente de la OMS demostró que el levonorgestrel usado en una o dos dosis, también puede prevenir embarazos cuando es utilizado en el cuarto y quinto día después de una relación sexual, pero con menor eficacia. (8)

1.4.2 Método Yuzpe

Llamado Yuzpe, por el médico que lo descubrió (14). Consiste en un régimen combinado. Se emplean dos dosis de 100 ug de etinilestradiol + 500 ug de levonorgestrel, cada una separada por un intervalo de 12 horas lo más cercano posible al coito no protegido y hasta 120 horas después (8). Existen productos dedicados para este fin que contienen la dosis exacta (Tetragynon, PC4). Si no están disponibles, pueden usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contienen 30 mcg de etinil-estradiol y 0.15 mg de levonorgestrel (Anovulatorios micro dosis, Lofemenal, Microgynon, Nordette, Annulette y Norvetal). También puede prevenir embarazos si se usa en el cuarto y quinto día después de la relación, aunque su eficacia anticonceptiva es menor que si se usa en las primeras 72 horas y menor que la del levonorgestrel. (14)

1.5 Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia es complejo, porque el efecto de los esteroides administrados depende del día en que se usan, y la fertilidad de la mujer varía de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual en que se encuentre. Cinco (83%) de los coitos únicos por día que pueden ocurrir en los 6 días fértiles del ciclo menstrual ocurren entre uno y cinco días antes de la ovulación, y sólo 1 (17%) es en el día de la ovulación. Por lo tanto, en la gran mayoría de los casos en riesgo, los espermatozoides tienen que

esperar entre 1 y 5 días en el tracto genital femenino hasta que se produzca la ovulación. Este intervalo ofrece una posibilidad real de que el anticonceptivo de emergencia interfiera con el transporte y la vitalidad de los espermatozoides y/o con el proceso ovulatorio y que prevenga por estos mecanismos el encuentro del óvulo con un espermatozoide en la trompa de Falopio. Si se usa antes de la ovulación, la anticoncepción hormonal de emergencia puede impedir la liberación del óvulo. La anticoncepción de emergencia no produce alteraciones del endometrio. Los estudios realizados en animales de experimento (monas y ratas) demuestran que el levonorgestrel no impide la implantación. El levonorgestrel produce alteración del moco cervical y la anticoncepción de emergencia puede alterar el transporte y la vitalidad de los espermatozoides. Estos mecanismos impiden la fecundación. La anticoncepción de emergencia no interrumpe un embarazo establecido ni causa un aborto. (6)

1.5.1 Efectos en el proceso ovulatorio

La posibilidad de que la anticoncepción hormonal de emergencia inhiba la ovulación en la mujer ha sido explorada por varios autores utilizando diversos diseños experimentales. Croxatto y cols. Administraron el método de Yuzpe en la fase folicular cuando el folículo dominante tenía 12-14mm, 15-17mm o 18mm de diámetro y observaron muy buena correlación entre ese marcador del momento de administración y la inhibición de la ovulación que ocurrió en el 80%, 50% y 0% de los casos, respectivamente. El levonorgestrel (LNG) sólo, usado antes de la ovulación puede impedir el desarrollo folicular, la descarga de la hormona luteinizante o LH, y la liberación del óvulo. En el estudio de Durand y cols, el levonorgestrel usado en el día 10 del ciclo menstrual, inhibió la ovulación en 12 de 15 mujeres y en las otras tres se postergó la ovulación más allá del límite máximo de los 6 días que pueden esperar los espermatozoides al óvulo; y el levonorgestrel, dado presuntamente entre LH-2 y LH-4 fue seguido de ruptura folicular y niveles significativamente disminuidos de progesterona en la fase lútea en 8 de 8 casos. En el estudio de Marions y cols., el tratamiento con levonorgestrel en LH-2 suprimió la ovulación en 7 de 7 casos, confirmando los resultados de un

estudio similar realizado por el mismo grupo. En un estudio de Croxatto y cols., controlado por placebo, doble ciego y randomizado, en el que cada mujer contribuyó con un ciclo placebo y un ciclo tratado con levonorgestrel (LNG), separados por un ciclo de descanso, se demostró que el levonorgestrel puede inhibir la ovulación y producir disfunción ovulatoria en un porcentaje de los casos que es proporcional al diámetro folicular en el momento en que se administra el tratamiento.

Inhibición de la ovulación y disfunción del proceso ovulatorio en respuesta al levonorgestrel de acuerdo al diámetro folicular (DF) al momento de la administración						
DF	Inhibición Rotura Folicular (IRF)		Disfunción Ovulatoria (DO)		IRF + DO	
	LNG	Placebo	LNG	Placebo	LNG	Placebo
12-14 mm	15/18 (83%)	10/18(56%)	2/18 (11%)	1/18 (6%)	17/18 (94%)	11/18 (61%)
15-17 mm	8/22 (36%)	8/22 (36%)	12/22 (54%)	2/22 (9%)	20/22 (91%)	10/22 (46%)
≥18 mm	2/17(2%)	2/16 (12%)	6/17(35%)	0/16 (0%)	8/17(47%)	2/16(12%)

Fuente: Anticoncepción Hormonal de Emergencia; Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; 2007

Es evidente que levonorgestrel administrado durante la fase folicular tiene la capacidad de interferir con el proceso ovulatorio, ya sea suprimiendo el pico de LH, la ruptura folicular o la luteinización, según la anticipación con que se administra. Sin embargo, el levonorgestrel tiene menos poder para inhibir la ovulación mientras más cerca esté esta de ocurrir. Su efecto sobre otros componentes críticos del proceso ovulatorio, como la maduración del oocito y la expansión del cúmulo, no ha sido evaluado. (3, 15)

1.5.2 Efectos sobre el endometrio

Los investigadores que examinaron biopsias de endometrio tomadas en el período receptivo luego de administrar el régimen de Yuzpe sólo encontraron mínimas diferencias en los parámetros morfológicos y moleculares examinados en comparación con los ciclos controles de las mismas mujeres. Desde un punto de

vista fisiológico y farmacológico, parece muy improbable que la administración de una progestina sintética como el levonorgestrel altere este proceso que normalmente es inducido por la progestina natural al actuar sobre un endometrio que creció bajo el estímulo estrogénico. Los estudios que han explorado el efecto del levonorgestrel sobre el endometrio han utilizado distintos diseños y han evaluado tanto aspectos morfológicos como moleculares.

Marions y cols. examinaron biopsias de endometrio obtenidas en el período de receptividad endometrial en 3 mujeres que recibieron levonorgestrel en LH-2 y en 4 que lo recibieron en LH+2. Analizaron 8 parámetros morfométricos al microscopio de luz, uno morfológico al microscopio electrónico de barrido y 5 parámetros moleculares por inmunohistoquímica y uno por citoquímica. Casi sin excepción, ninguno de estos parámetros mostró diferencias con lo observado en las biopsias obtenidas en los ciclos controles de los mismos sujetos. En el estudio de Durand, se analizaron 24 biopsias de endometrio obtenidas en ciclos en los que se administró levonorgestrel y en los que no se inhibió la ovulación. El examen incluyó menos parámetros y menos técnicas que el estudio de Marions, pero el resultado fue comparable ya que no se encontró alteración morfológica alguna al comparar ciclo control y tratado en la misma mujer. Los resultados de estos últimos estudios confirman que, cuando no suprime la fase lutea, el levonorgestrel administrado como anticoncepción de emergencia no interfiere con el desarrollo progestacional del endometrio, lo que no da ningún apoyo a la hipótesis de que el levonorgestrel altera el endometrio e impide la implantación. (9)

1.5.3 Implantación

Los estudios realizados en animales de experimentación, tanto en monas como en ratas, señalan claramente que el levonorgestrel no interfiere con el desarrollo del embrión ni con la implantación, es decir, altera los procesos que ocurren después de la fecundación. La investigación de Ortiz y cols. Estudió el efecto de la administración de levonorgestrel en la mona Cebus apella. En el primer experimento, se administró levonorgestrel 0.75 mg o vehículo una o dos veces por

vía oral o subcutánea dentro de las primeras 24h después del coito, el que ocurrió muy cerca de la ovulación, encontrándose que la tasa de embarazos fue idéntica en los ciclos tratados con vehículo y levonorgestrel. En un segundo experimento, se inyectó dos veces levonorgestrel 0.75mg o vehículo, en la fase folicular, coincidiendo con folículos menores o mayores de 5 mm de diámetro, encontrándose que el levonorgestrel inhibió o retrasó la ovulación sólo cuando el tratamiento coincidió con un folículo < 5 mm diámetro. Los autores concluyeron que en la mona Cebus, el levonorgestrel puede inhibir o retrasar la ovulación pero no puede prevenir que se establezca el embarazo cuando la fecundación se ha producido. Estos hallazgos no apoyan la hipótesis de que el levonorgestrel post-coital prevenga el embarazo interfiriendo con eventos que ocurren después de la fecundación. Este estudio es particularmente interesante ya que la mona representa el modelo animal más similar a la mujer, en quien no puede realizarse un experimento así por razones éticas. (8,9)

1.5.4 Efecto en la migración y función espermática

Diversos estudios han confirmado que el Levonorgestrel actúa sobre las células mucosas del cuello uterino alterando su secreción de un modo que la torna muy viscosa hasta el punto de suprimir totalmente el avance de los espermatozoides a través del moco cervical. Kesserü y cols. Demostraron que la administración de 400 ug de levonorgestrel 3-10 horas después del coito produce una disminución del número de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina, observable ya a las 3 horas después del tratamiento; aumenta el pH del fluido uterino a las 5 horas lo cual inmoviliza a los espermatozoides; y aumenta la viscosidad del moco cervical a partir de las 9 horas impidiendo el paso de más espermatozoides hacia la cavidad uterina. Aunque estas observaciones fueron hechas usando sólo un 57% de la dosis actual, ellas son altamente relevantes al modo de acción del levonorgestrel usado como anticonceptivo de emergencia. No hay estudios similares para el régimen de Yuzpe. (7,15)

Los escasos datos disponibles sobre la fisiología de la migración espermática en la mujer señalan que ocurre en dos fases, como en el resto de los mamíferos: una fase rápida y breve por la cual llegan los primeros espermatozoides a la trompa a los pocos minutos después del coito, y una fase sostenida en el tiempo por la cual los espermatozoides almacenados en las criptas del cuello uterino migran en sucesivas cohortes hacia la trompa en el curso de varios días. Los únicos experimentos que han evaluado la capacidad fecundante de estas dos poblaciones de espermatozoides revelan que sólo los de la fase sostenida tienen la capacidad de fecundar. La fase sostenida es esencial para mantener en la trompa de Falopio una población de espermatozoides con capacidad fecundante hasta que se produzca la ovulación, ya que los que aquí llegan ni se quedan ni persisten viables por mucho tiempo. En efecto, los espermatozoides pasan a la cavidad peritoneal o bien se adhieren al epitelio de la trompa por algunas horas, proceso en el cual adquieren motilidad hiperactivada, después de lo cual pierden en corto tiempo su viabilidad.

Mientras se espera que ocurra la ovulación, la población de espermatozoides que se encuentra en la trompa de Falopio, está en constante renovación gracias a nuevas falanges de espermatozoides que llegan desde el reservorio cervical. Así, la interferencia del levonorgestrel con la migración espermática sostenida, demostrada por Kesserü, podría reducir o anular la probabilidad de que ocurra la fecundación, si es que llega a producirse la ovulación.

En resumen, la información analizada permite sustentar que la anticoncepción de emergencia puede inhibir la ovulación y alterar procesos que preceden a la fecundación, en la mayoría pero no en todas las mujeres que lo usan. Esto explicaría que no se prevengan entre el 11% y el 40% de los embarazos que se hubieran producido sin usar este método de anticoncepción de emergencia. Los datos no permiten sustentar que la anticoncepción de emergencia previene embarazos porque interrumpa la implantación de óvulos fecundados ni tampoco sustentan una duda razonable al respecto. La eficacia es mayor mientras más pronto se use el método después del coito, como se señaló anteriormente, lo que

hace poco probable que este método impida el embarazo por una acción posterior a la fecundación.

Podemos concluir que, cuando la mujer toma la PAE en un momento de su ciclo menstrual en que aún puede interferir con la ovulación o el transporte de los espermatozoides, previene la fecundación. Si la toma cuando ya es muy tarde para impedir estos eventos, el método falla y la mujer se embaraza si es que ese ciclo era fértil. (8, 9,15)

1.6 Eficacia Anticonceptiva

La anticoncepción hormonal de emergencia es eficaz para prevenir embarazos después de una relación sexual sin protección anticonceptiva. Sin embargo, es menos eficaz que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular lo que se explica por su mecanismo de acción. Esta es una de las razones para recomendar su uso solamente después de una relación sexual no protegida, ya que en este momento no hay otras alternativas anticonceptivas.

Una manera de expresar la eficacia anticonceptiva de la anticoncepción de emergencia es la proporción de mujeres que se embaraza a pesar de usar el método. Otra manera de expresar la eficacia anticonceptiva de la anticoncepción de emergencia es la proporción de embarazos que se evitan gracias al uso del método, proporción que se calcula a partir de la probabilidad de embarazo de mujeres normales que desean embarazarse. Cuando se usan dentro de las 72 horas, la tasa estimada de embarazos es de 1.1% a 1.3% para el levonorgestrel y alrededor de 3.2% para el régimen de Yuzpe. Así, el régimen de Yuzpe solamente reduce el riesgo de embarazo entre el 57% y el 75% de los casos mientras que el régimen de levonorgestrel solamente previene alrededor del 85% de los embarazos estimados. Esto contrasta notoriamente con la eficacia de la anticoncepción hormonal de uso regular que, usada correctamente, previene el embarazo hasta en el 99% de las mujeres que tienen relaciones sexuales frecuentes a lo largo de todo un año. (10)

Cuando se usan dentro de las 72 horas, la tasa estimada de embarazos es de:			
	<i>Yuzpe</i>	<i>LNG</i>	
Tasa de embarazo	3.2%	1.1 a 1.3%	
Tasa de efectividad	57 – 75%	85%	
Tiempo vs. Efectividad (% de embarazos prevenidos)			
	<24 hs	25-48 hs	49-72 hs
<i>Yuzpe</i>	77%	36%	31%
<i>LNG</i>	95%	85%	58%
Eficacia estimada de la AHE (embarazos que se evitarían según día de uso)			
	<i>LNG*</i>		<i>Yuzpe**</i>
Día 1 - 3:	91 -69%		día 1- 3: 72.8% (uso correcto) 66.5% (uso típico)
Día 4:	83%		día 4-5: 77.2% (uso correcto) 54.6% (uso típico)
Día 5:	31%		
*3757 usuarias sanas que la mayoría la usaron correctamente			
** 812 usuarias: solo 116 tomaron la pastilla después de las 72 hs.			

Fuente: Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud; Buenos Aires – Argentina; 2007

Ambos regímenes pueden prevenir el embarazo si se usan en el cuarto y quinto día después de la relación, aunque su eficacia anticonceptiva es menor que si se usa en las primeras 72 horas. Como la eficacia anticonceptiva se relaciona con el tiempo que transcurre entre el acto sexual no protegido y la ingestión de las Píldora Anticonceptiva de Emergencia, disminuyendo la eficacia a medida que se prolonga el intervalo, se recomienda tomar las Píldora Anticonceptiva de Emergencia lo antes posible después de la relación sexual sin protección anticonceptiva (7,10).

Varios autores consideran que se ha sobrestimado la eficacia de la anticoncepción de emergencia, ya que la fecha ovulatoria asignada para la estimación de la probabilidad de embarazo en cada mujer no es precisa. Las estimaciones de eficacia varían, si el cálculo se hace usando el día en que ocurrió la relación no protegida en relación a la presunta fecha ovulatoria, o el día del ciclo menstrual en que ocurrió la relación no protegida, siendo la eficacia más baja en el segundo caso. La fertilidad potencial de las usuarias de la anticoncepción de emergencia es

diferente que la del grupo de referencia que está formado sólo por mujeres fértiles, sanas desde el punto de vista ginecológico. Además, su riesgo de embarazo también puede ser menor y se ha demostrado que no todas las usuarias tienen espermatozoides en la vagina o el cuello uterino después de la rotura o desplazamiento de condón.



Fuente: Guía de Planificación Familiar, Manual Mundial; 2010

En el estudio mundial de la OMS, el riesgo de embarazo fue un 60% menor que el método sólo con levonorgestrel en comparación con el método anticonceptivo oral (7).

1.7 Indicaciones para el uso

Toda mujer en edad reproductiva podría necesitar, en algún momento la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo no deseado. A continuación se describen las situaciones:

- Una relación sexual sin uso de un método anticonceptivo
- Cuando ha habido falla del método anticonceptivo o ha sido utilizado de forma incorrecta, por ejemplo:

- El condón se ha roto o deslizado,
- Se olvidó de tomar más de 2 ó tres dosis de anticonceptivos regulares,
- Ha existido un retraso de más de dos semanas en la administración de la inyección anticonceptiva de progestágeno solo (acetato de medroxiprogesterona de depósito o enantato de noresterona). (7)
- Retraso de más de siete días en la administración mensual de la inyección combinada
- El coito interrumpido ha fallado (por ejemplo, eyaculación en la vagina o en los genitales externos).
- Una tableta o película espermicida no se han derretido antes de la relación sexual
- El parche o anillo vaginal se ha desplazado o hubo retraso en la colocación, etc.
- El diafragma o capuchón cervical se han desplazado o roto, o se han extraído antes de lo debido. (7)
- Ha ocurrido una expulsión del DIU. (7)
- En caso de violación o relaciones sexuales no consentidas, si la mujer no utiliza un método anticonceptivo
- Por seguridad o dudas con respecto al método anticonceptivo natural que utiliza, error en el cálculo del método de abstinencia periódica o no ha sido posible practicar la abstinencia en los días fértiles del ciclo (6, 7)

1.8 Beneficios

En estudios realizados en unidades de abortos, entre el 50 % y el 60% de las mujeres hubiesen debido utilizar la anticoncepción de emergencia y no lo habrían hecho de haber dispuesto de ella. La anticoncepción de emergencia permite evitar embarazos no deseados, cuando no se han usado otros métodos antes del acto sexual, siendo en estos casos, el último recurso para evitar un aborto provocado o las consecuencias que tiene para un niño, la mujer y la familia un nacimiento no deseado.

Esto es importante en América Latina, desde la perspectiva de salud pública y personal, dado el elevado número de abortos provocados, embarazos en adolescentes e hijos no deseados, abandonados o maltratados. Este método presta especial ayuda a las mujeres que han sido violadas y quieren evitar un embarazo. Se calcula que la anticoncepción de emergencia en Estados Unidos, podría evitar cada año 1.7 millones de embarazos no deseados, y el número de abortos provocados disminuiría en un 40%. (2,7)

1.9 Efectos adversos

Las píldoras de emergencia no tienen efectos graves a corto o largo plazo y cuando su componente principal es de progestina en forma de Levonorgestrel sus efectos son mínimos.

Dentro de los principales efectos secundarios de las píldoras de emergencia están:

- Nauseas
- Vómitos.
- Cefalea.
- Mareos y cansancio.
- Dolor en la parte baja del abdomen.
- Mayor sensibilidad en las mamas.
- Sangrados vaginales irregulares.
- Alteración del ciclo menstrual, adelantos o atrasos en la menstruación.

El levonorgestrel produce considerablemente menos molestias que el régimen de Yuzpe.

**Tabla 3.- Efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia
Régimen de levonorgestrel vs régimen combinado**

	% de mujeres que presentan el síntoma		
	Combinado	LNG	valor de p
Náuseas	50.5	23.1	<0.01
Vómitos	18.8	5.6	<0.01
Mareos	16.7	11.2	<0.01
Fatiga	28.5	16.9	<0.01
Cefalea	20.2	16.8	0.06

Adaptada de WHO, Lancet 1998 , 352:428-33.

Fuente: Anticoncepción Hormonal de Emergencia; Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; 2007

Las náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, cansancio y sensibilidad en las mamas, no duran más de 24 horas, para contrarrestar las náuseas y posibles vómitos, se puede tomar un antiemético y si por alguna razón los vómitos son intensos y se dan una hora después de haber ingerido la píldora, se recomienda repetir la toma por los riesgos de no haberse absorbido completamente. (7)

Con los sangrados imprevistos no es nada peligroso y debiera volver a la normalidad en el siguiente período menstrual. Si las píldoras de emergencia se toman en la fase folicular del ciclo es decir los primeros 15 días, se espera que un efecto secundario sea adelanto en la menstruación. Si la píldora se ingiere en la fase lútea, es decir en los últimos 15 días del ciclo, si se da un efecto secundario sería atraso en la menstruación hasta 7 días de lo esperado, por lo que si no baja se tendría que realizar una prueba de embarazo para descartarlo.

No se presentan efectos cardiovasculares asociados al uso de las píldoras de anticoncepción de emergencia, como lo demostró un estudio que evaluó su administración en 73.302 mujeres y 100.615 dosis prescritas sin que se reportaran casos de enfermedad tromboembólica. No se conocen otros efectos médicos adversos por lo que no hay riesgos para la salud asociados al uso de píldoras

anticonceptivas de emergencia. No se conocen efectos teratogénicos sobre el feto en caso de uso inadvertido durante la fase temprana del embarazo. (7)

Un estudio (Arowojolu y Okewole, 2004) realizado a 544 mujeres demostró que después de ingerir la Píldora de Anticoncepción de Emergencia tuvieron irregularidades en sus periodos menstruales, 57% fue atendido por un sangrado intenso, luego de utilizar la anticoncepción de emergencia una sola vez (dosis 1.5 mg.), 21% reveló un retraso en el periodo menstrual por más de una semana, se identificaron trastornos como sangrado intermenstrual, manchado, sangrado premenstrual y amenorrea (ausencia de menstruación), náusea, vómito, mareo, dolor de cabeza, dificultad respiratoria y leve dolor abdominal, en porcentajes menores.(7, 16)

1.10 Idoneidad de la libre dispensación de la Anticoncepción de Emergencia.

La Anticoncepción de emergencia especialmente con los preparados de levonorgestrel cumple los criterios de la Food and Drug Administration (FDA) y de la Agencia Europea del Medicamento para su dispensación “sin receta médica”, como son:

- No es tóxico.
- No causar defectos congénitos.
- No existe riesgo de sobre dosificación.
- No tiene riesgo de adicción.
- No tiene contraindicaciones
- No tiene interacciones medicamentosas
- Indicación claramente establecida
- Uso sencillo

1.11 Criterios de elegibilidad de la OMS para el uso

Las tabletas para la Anticoncepción de Emergencia, no tienen contraindicaciones médicas de acuerdo a la evaluación hecha por el panel de expertos convocado por la Organización Mundial de la Salud (14). La historia de enfermedades cardiovasculares severas, de angina pectoris, de migraña, y de enfermedades hepáticas severas se han clasificado como categoría 2 (la ventaja de evitar un embarazo no deseado superan los posibles inconvenientes o riesgos de usar el método).

AHE criterios de la OMS, 3° edición 2004	
Condición	Categoría
Violación	1
Lactancia	1
Historia de complicaciones cardiovasculares severas	2
Angina de pecho	2
Migraña	2
Enfermedad hepática severa	2
Uso repetido de AHE	1

Fuente: Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud; Buenos Aires – Argentina; 2007

En estos casos, el levonorgestrel sería la mejor alternativa ya que los progestágenos puros tienen menor efecto sobre el sistema cardiovascular y la función hepática. El 24 de agosto del 2006 la (FDA), aprobó el acceso sin receta médica de la anticoncepción de emergencia para las mujeres de 18 años o más. La prescripción médica se mantiene para las mujeres de 17 años de edad y menores. La PAE, es respaldada por la comunidad científica internacional a través de la Organización Mundial de la Salud. (6, 23)

1.12 Criterios a cumplir la anticoncepción de emergencia

La Unión Europea y la FDA americana (Food and Drug Administration) han determinado que el *levonorgestrel* es de automedicación segura y cumple los criterios establecidos para fármacos de libre dispensación. Estos criterios son:

- ✓ **Autodiagnóstico:** El auto-diagnóstico es muy fácil ya que se trata de la percepción de una relación coital no protegida o insuficientemente protegida y quién lo vive es quién mejor puede saberlo. Como en todos los autodiagnósticos y los autocuidados, se precisa una correcta educación sanitaria y sexual, teóricamente disponibles en España.
- ✓ **Seguridad:** El levonorgestrel tiene un bajísimo nivel de toxicidad y bajo riesgo de reacciones adversas graves; su relación beneficio-riesgo es totalmente positiva, no presentando interacciones farmacológicas remarcables.
- ✓ **Uso incorrecto:** La automedicación debe conllevar un bajo riesgo en caso de mal uso, no crear dependencia ni tolerancia, ni producir efecto rebote. El tratamiento debe ser fácil, por lo que el formato de una única pastilla es idóneo. El peligro debido a una posible sobre dosificación o por uso fuera de indicación debe ser mínimo.
- ✓ **Información y correcto uso en la indicación del producto:** La información dada al paciente debe contribuir a su seguridad y eficiencia. Debe recoger toda la información necesaria para garantizar que se minimizan los posibles riesgos en caso de mala utilización. El prospecto debe ser claro y completo, conteniendo la información para su correcto uso y sobre situaciones especiales.
- ✓ **Experiencia:** El producto debe ser ampliamente conocido, haber estado disponible en el mercado durante varios años antes de catalogarlo como producto de autoprescripción y haber sido utilizado por un gran número de pacientes.
- ✓ **Dosificación y material de acondicionado:** Para la automedicación, el tamaño del envase debe ser pequeño y con una relación correcta respecto al tiempo de tratamiento, sin que el formato pueda conllevar un riesgo de sobredosis. (21)

Todos estos criterios los cumple la pauta de *levonorgestrel* para anticoncepción de urgencia.

1.13 Atención y orientación a potenciales usuarias de la PAE.

En la consulta previa de las potenciales usuarias, se recomienda evaluar la última menstruación y si fue normal, para excluir embarazo; y la fecha del coito no protegido para confirmar que la mujer se encuentra dentro del plazo en que la anticoncepción de emergencia puede ser efectiva. Es importante asegurarse de que la mujer no desea quedar embarazada, ya que pueden existir sentimientos ambivalentes. También es importante confirmar que comprende que existe la posibilidad de embarazo después de usar este método. Dado que no hay contraindicaciones para el uso del método, no se requieren evaluaciones de salud como rutina pero, si hay dudas respecto al estado de embarazo, se puede hacer un examen clínico y una determinación de β gonadotropina coriónica en sangre.(2,6,7).

Las mujeres deben ser informadas sobre los posibles efectos colaterales y cómo manejarlos y de que la dosis necesita ser repetida si vomita dentro de 2 horas después de haber tomado las píldoras. Para disminuir las náuseas y vómitos (que se presentan con más frecuencia al usar el régimen de Yuzpe), se recomienda tomar las pastillas acompañadas de alimentos o considerar el uso de un antiemético. (9,18) Las mujeres también deben saber que la anticoncepción de emergencia no la protegerá de un embarazo si mantiene contacto sexual sin protección en los días o semanas siguientes; y que generalmente no hace que la menstruación llegue inmediatamente. La consejería sobre otros métodos anticonceptivos es importante pero no debe ser un requisito para entregar o prescribir la anticoncepción de emergencia. Se considera también que, dada las situaciones de emergencia en que el método se requiere, las mujeres pueden usarlo sin necesidad de prescripción por parte del personal de salud (). Aunque el uso repetido no es aconsejable porque la anticoncepción de emergencia es menos efectiva que los métodos anticonceptivos de uso regular, no hay contraindicación para usarla nuevamente, si es necesario.

Con el ánimo de conocer el uso de la levonorgestrel en España se ha llevado a cabo una encuesta en el 2011, se han entrevistado a 6.200 mujeres en edad reproductiva (entre 14 y 50 años). Entre los resultados de la encuesta podemos destacar, que ninguna mujer utilizó el levonorgestrel como método anticonceptivo habitual, el 14,1% de las mujeres españolas de entre 14 y 50 años ha utilizado alguna vez el levonorgestrel, el 27,5% de las mujeres que han utilizado alguna vez lo han hecho durante los últimos 12 meses, lo que representa el 3,9% del total de mujeres de 14 a 50 años. Tan solo el 2,9% de las mujeres que habían utilizado levonorgestrel en el último año la usaron entre 2 y 4 ocasiones, y únicamente el 0,1% en más de cuatro veces.(12,19,23)

Un estudio realizado con individuos mayores de 18 años del Distrito Federal en México se reportó que 84.9 % refirió que había escuchado de la píldora, y de éstos, 21 % indicó que prevenía el embarazo, 8.8 % pensaba que era abortivo. En cuanto a las fuentes del conocimiento, un estudio realizado con adolescentes cubanos identificó que 31.7 % obtenía información sobre anticonceptivos por parte de sus amigos y 27.5 % por sus padres. (22)

Durante el 2003 la Asociación Demográfica Costarricense (ADC), entrevistó a 90 estudiantes universitarias, el 53.9% han escuchado sobre las anticonceptivo de emergencia, un 8,2% las ha utilizado.(8,13)

1.14 Esquemas de Tratamientos:

Desde luego el esquema más efectivo y lo ideal sería tomarlas después de terminada la relación sexual. Esto es cuando el componente principal de la píldora es levonorgestrel. Cuando la anticoncepción de emergencia es a base de compuestos hormonales combinados, la toma de los mismos también será efectiva entre más temprano se tome, después del acto sexual. Recordar que la anticoncepción de emergencia es una alternativa al fallo de un método anticonceptivo artificial o natural de planificación y que su uso continuado no debe usarse como método anticonceptivo rutinario ya que la regla puede verse afectada

considerablemente en cuánto a sangrados intermenstruales, adelantos o atrasos de la misma.

Tipo de píldora	Posología total a suministrar
Producto especialmente diseñado que sólo contiene levonorgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • 1.5 mg de levonorgestrel en una única dosis.[§]
Producto especialmente diseñado que contiene estrógeno-progestágeno	<ul style="list-style-type: none"> • 0.1 mg de etinil estradiol + 0.5 mg de levonorgestrel. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde.
Píldoras de progestágeno solo, con levonorgestrel o norgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • Píldoras con levonorgestrel: 1.5 mg de levonorgestrel en una única dosis • Píldoras con norgestrel: 3 mg de norgestrel en una única dosis.
Anticonceptivos orales combinados (estrógeno progestágeno) que contienen levonorgestrel, norgestrel, o noretindrona	<ul style="list-style-type: none"> • Píldoras con estrógeno y levonorgestrel: 0.1 mg de etinil estradiol + 0.5 mg de levonorgestrel. Seguido de la misma dosis 12 horas más tarde. • Píldoras con estrógeno y norgestrel: 0.1 mg de etinil estradiol + 1 mg de norgestrel. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde. • Píldoras con estrógeno y noretindrona: 0.1 mg de etinil estradiol + 2 mg de noretindrona. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde.
Producto dedicado con acetato de ulipristal	<ul style="list-style-type: none"> • 30 mg de acetato de ulipristal en una única dosis.

Fuente: Guía de Planificación Familiar, Manual Mundial; 2010

Los tres principales problemas de los métodos disponibles de anticoncepción de emergencia son:

- a. Elevada tasa de efectos secundarios.
- b. La necesidad de iniciar el tratamiento en las 72 horas posteriores a la relación sexual.
- c. La pequeña, pero importante, tasa de fracasos.

II ANTICONCEPCIÓN REGULAR LUEGO DEL USO DE PAE

2.1 Anticonceptivos orales combinados

Anticonceptivos orales combinados, píldoras de progestágeno solo, parche combinado, anillo vaginal combinado, puede comenzar al día siguiente de tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia. No necesita esperar su próxima menstruación. En los anticonceptivos orales y anillo vaginal, en caso de nuevas usuarias deben comenzar una nueva caja de píldoras o un nuevo anillo, y si es una usuaria continua que requirió la PAE debido a un error puede retomar el uso como antes. Con el parche, toda usuaria debe comenzar un nuevo parche. Toda mujer debe usar método de respaldo los primeros 7 días de usar su método.

2.2 Inyectables de progestágeno solo

Puede comenzar los inyectables de progestágeno solo el mismo día de las PAE, o si lo prefiere, dentro de los 7 días después del comienzo de la menstruación. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días luego de la inyección. La mujer debe retornar si presenta signos o síntomas de embarazo más allá de no tener menstruación por signos comunes y síntomas de embarazo.

2.3 Inyectables mensuales

Puede comenzar con inyectables mensuales el mismo día de la PAE. No es necesario esperar la próxima menstruación para recibir la inyección. Necesitará un método de respaldo los 7 días siguientes a la inyección.

2.4 Implantes

Después de restablecida la menstruación. Dele un método de respaldo o anticonceptivos orales para usar hasta entonces, comenzando el día después que finalice la PAE.

2.5 Dispositivo intrauterino: (DIU de cobre u hormonal)

Puede usarse un DIU de cobre como método anticonceptivo de emergencia. Es una buena opción para la mujer que quiere un DIU como método a largo plazo. Si la mujer decide usar un DIU después de la PAE, puede colocarse el DIU el mismo día en que toma la PAE. No requiere método de respaldo. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas.

La menstruación puede comenzar antes o después de lo esperado. Esto no es un signo de enfermedad ni de embarazo. Si después de tomar PAE, la menstruación siguiente comienza con más de una semana de atraso respecto a lo esperado, haga pruebas de detección de embarazo. No se conocen riesgos para un feto concebido si las PAE fallan al prevenir el embarazo. Apoyo a la usuaria con las píldoras anticonceptivas de emergencia

2.6 Anticoncepción de Barrera.

Preservativos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales, se los puede utilizar Inmediatamente, luego de la administración de la PAE.

2.7 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Método de los Días Fijos: Con el comienzo de su próxima menstruación. Métodos basados en los síntomas: Una vez restablecidas las secreciones normales.

Dele un método de respaldo o anticonceptivos orales para usar hasta que pueda comenzar con el método de su elección. (12)

III SITUACIONES CLINICAS DE IMPORTANCIA

3.1 Concentraciones de la PAE necesarias:

No aumentar la administración de más píldoras que las recomendadas. Probablemente no reducirán el riesgo de embarazo más de lo que lo haría la dosis recomendada para anticoncepción de emergencia. Lo más probable es que le provoquen molestias estomacales (uno de los efectos secundarios más comunes).

3.2 Cuando Acudir al médico:

Si presenta cualquier otro síntoma, es necesario acudir inmediatamente al médico, por ejemplo cuando presenta:

- ✓ Dolor intenso en una pierna (pantorrilla o muslo).
- ✓ Dolor abdominal intenso.
- ✓ Dolor en el pecho, tos o dificultad para respirar.
- ✓ Dolor de cabeza intenso, mareos, debilidad o letargo.
- ✓ Visión borrosa o pérdida de visión, o dificultad para hablar.
- ✓ Ictericia (si observa una coloración amarillenta en la parte blanca de los ojos, en la piel o en las membranas mucosas).

3.3 La PAE en el embarazo:

La anticoncepción hormonal de emergencia no interrumpe un embarazo. Si la mujer estuviera embarazada en el momento de su administración, ésta no ejercerá ningún daño sobre el embrión en formación. No existen evidencias epidemiológicas de que mujeres expuestas accidentalmente a anticonceptivos hormonales combinados de uso regular, durante la fase inicial de un embarazo presenten mayor incidencia de anomalías fetales. En el caso de la anticoncepción hormonal de emergencia, se utilizan los mismos principios activos pero en dosis menores y por menos tiempo.(42) En los casos en que la anticoncepción hormonal de emergencia sea administrado en el inicio de la organogénesis, etapa de mayor

vulnerabilidad del feto a los agentes teratogénicos, los estudios clínicos han comprobado la inocuidad de la anticoncepción hormonal de emergencia, no registrándose una mayor incidencia de anomalías fetales. Se aconseja que la mujer vuelva a control si experimenta un retraso menstrual de más de una semana; si tiene algún motivo para preocuparse; o lo antes posible después del período menstrual para recibir orientación sobre anticoncepción regular. (16)

3.4 La PAE y las ITS/VIH

Este método como cualquier otro método regular de anticoncepción (excepto el preservativo) no protege a la mujer de las ITS, incluido el VIH. La posibilidad que se reemplace el uso del preservativo, por uso abusivo de la anticoncepción hormonal de emergencia, preocupa al profesional médico, sin embargo no se ha confirmado. Contrariamente, en países como Alemania, Inglaterra, Finlandia y Australia las investigaciones han demostrado que las mujeres usan la anticoncepción hormonal de emergencia de manera eventual y responsable, la mayoría de las veces dentro de indicaciones aceptables y justificadas. No fue constatado ningún indicador o tendencia de uso abusivo o descontrolado y lo más importante fue que no se observó una disminución significativa del uso del método de barrera. (44) Estos resultados sugieren que la AHE no indujo o estimuló comportamientos de riesgo para ITS/VIH, (13))

3.5 La PAE, eficacia junto al alcohol.

El alcohol no disminuye la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia. No obstante, debido a que el alcohol puede afectar la capacidad de tomar buenas decisiones, beber demasiado puede exponer a una situación en la que podría necesitar anticoncepción de emergencia, como tener relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo o usar el condón de manera incorrecta.

3.6 La PAE y el uso de inductores enzimáticos

Los medicamentos y los suplementos herbarios que pueden hacer menos eficaces a las píldoras anticonceptivas de uso regular podrían también reducir la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Por lo tanto, si se usa un inductor enzimático (como Dilantin, los antibióticos rifampicina o griseofulvina, o hierba de San Juan), quizás sea recomendable que se aumente la dosis de píldoras anticonceptivas de emergencia.

Si la mujer está usando píldoras anticonceptivas regulares combinadas como anticoncepción de emergencia (que contienen progestina y estrógeno), deberá aumentar al doble la primera dosis de hormonas que tome. Por otra parte, algunos proveedores de salud sugieren que se aumente en un 50% el número de píldoras en cada dosis, lo que significa que se deberá tomar una dosis y media cada vez.

Dado el aumento en la dosis en estos casos, es bueno asociar un medicamento que contrarreste las náuseas o vómitos que pudiera ser el efecto más frecuente al aumentar la dosis de estas píldoras, lo ideal es que se tome este medicamento una hora antes de ingerir la primera dosis de la píldora de emergencia.(8,17)

3.7 Seguridad de la PAE

Casi todas las mujeres pueden usar al menos un tipo de anticoncepción de emergencia. No se ha encontrado una relación entre el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia y algún desenlace fatal. Los expertos del área médica concuerdan en que no existe ninguna situación en que los riesgos superen los beneficios de poder prevenir un embarazo después de una relación sexual.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia ("píldoras del día después") no tienen efectos secundarios graves en el largo plazo; no obstante, si se podría experimentar algunos efectos secundarios menores. La única circunstancia en que la anticoncepción de emergencia está contraindicada – es decir, no debe ser usada es si se sabe que la mujer está embarazada. Las píldoras anticonceptivas de emergencia no funcionarán en este caso. (4,16)

3.8 Utilización de la PAE y la lactancia.

Tomar píldoras anticonceptivas de emergencia una vez probablemente no afectará ni la cantidad ni la calidad de la leche materna. A pesar de que algunas hormonas pueden pasar a través de la leche materna, es probable que el bebé no experimente ningún efecto adverso en su organismo o comportamiento diario. Si se está amamantando de manera regular, probablemente no se necesite usar píldoras anticonceptivas de emergencia si se han tenido relaciones sexuales en una situación que de otra manera podría poner en riesgo de embarazo.

Esto se debe a que en los primeros 6 meses luego de tener un bebé, es poco probable que una mujer ovule (es decir, que los ovarios liberen un óvulo que pueda ser fecundado y producir un embarazo) si se está alimentando a un bebé exclusivamente con leche materna y no ha bajado el período menstrual desde el parto.

Si no se desea embarazarse, no hay que confiarse de esta posibilidad. Incluso si se está amamantando, se podría estar en riesgo de embarazo si además se le da al bebé fórmulas infantiles u otro tipo de alimentos, si el bebé tiene más de 6 meses o si ya se ha tenido un período menstrual desde el nacimiento del bebé.(7,13)

3.9 Utilización máxima de la PAE

No existen riesgos de seguridad asociados al uso de píldoras anticonceptivas de emergencia más de una vez. La anticoncepción de emergencia además previene el embarazo de manera eficaz cada vez que se usa después de tener relaciones sexuales. No obstante, si se es sexualmente activa y realmente se desea o necesita prevenir un embarazo, confiar únicamente en las píldoras anticonceptivas de emergencia no resultará tan eficaz como usar un método anticonceptivo antes o durante la relación sexual, como por ejemplo la píldora de uso diario o el preservativo.

Si se usan píldoras anticonceptivas de emergencia con mucha frecuencia, esto podría deberse a que no se ha encontrado un método anticonceptivo regular que se ajuste a las necesidades propias de cada mujer. En estos casos es importante informarse bien con los médicos para buscar una opción más eficaz y segura y sobre todo que no altere demasiado los períodos menstruales.(11)

3.10 Diferencia entre la PAE y el Mifepristone

La píldora abortiva, también conocida como mifepristone o RU-486 (usada en "aborto médico" o "aborto farmacológico"), es una droga totalmente diferente las píldoras anticonceptivas de emergencia. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (también llamadas "píldoras del día después" o "píldoras de la mañana siguiente") contienen hormonas femeninas comunes, ya sea progestina sola o progestina combinada con estrógeno. Estas hormonas previenen el embarazo, y no provocan un aborto cuando un embarazo ya está establecido.

El mifepristone, que en los Estados Unidos se vende con el nombre comercial de Mifeprex, pertenece a una nueva clase de drogas conocidas como antiprogestinas, que detienen el desarrollo de un embarazo una vez que éste se ha iniciado (lo que ocurre una vez que el óvulo fecundado se implanta en el útero). En Estados Unidos y en muchos otros países, esta droga está aprobada para ser usada en abortos tempranos. En dosis mucho más bajas, se ha demostrado que mifepristone también es eficaz para la prevención del embarazo, al igual que las píldoras anticonceptivas de emergencia, pero se encuentra disponible para este tipo de uso solamente en China. (10, 15)

IV OTROS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

4.1 Dispositivos Intrauterinos

Este método es muy efectivo en la AE y consiste en la inserción poscoital de anticonceptivos. Los dispositivos intrauterinos con cobre también pueden usarse como anticoncepción de emergencia si se insertan en los cinco días que siguen a una relación sexual no protegida. Además, cuando puede estimarse el momento en que ocurrió la ovulación, se pueden insertar más tarde, siempre que no hayan transcurrido más de 5 días desde la ovulación. Es un método muy eficaz y menos del 1% de las mujeres se embarazan.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) están especialmente indicados cuando han pasado más de 72 horas del coito no protegido y cuando la mujer desea continuar usando este método como su anticonceptivo regular. Un estudio realizado en 1995 informó una tasa de embarazo menor de 1% en 84000 inserciones poscoitales. Según otro estudio, este método puede prevenir 92,4% de las gestaciones. La inserción de un DIU requiere una evaluación cuidadosa, de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS (14). Las mismas condiciones que representan contraindicaciones o restricciones para el uso de los DIU en general se aplican a su uso como anticoncepción de emergencia. Su uso puede estar asociado con complicaciones como: dolor, sangramiento y enfermedad inflamatoria pélvica. No se aconseja usar en mujeres con riesgos de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica como aquellas con varias parejas sexuales y las que han sido víctimas de violación.

4.2 Mifepristone o RU 486

La mifepristona, conocida como RU-486, puede usarse como método para anticoncepción de emergencia, ya que puede inhibir la ovulación si se administra en la fase folicular, y retrasar la maduración endometrial si se usa después de la ovulación. La administración de 10 mg de mifepristona, dentro de las 72 horas de una relación no protegida. Actualmente se postula como uno de los métodos de

anticoncepción de emergencia más eficaces, así lo demuestra un estudio donde se administró esta progesterona a 585 mujeres dentro de las primeras 72 horas de la relación sexual sin protección, donde se obtuvo como resultado que ninguna concibiera un embarazo.

Un estudio multicentro realizado por la OMS concluyó que la dosis de Mifepristone puede ser reducida a 10mg sin perder su eficacia, del mismo modo la eficacia no disminuye al aumentar en 5 días (120 horas) el intervalo de inicio del régimen después de un contacto sexual sin protección. Estudios que los comparan con el método de Yuzpe concluyen que es más eficaz y tiene menos efectos secundarios, especialmente náuseas y vómitos. La reducción de la dosis de Mifepristone a usar en 10 mg sin disminuir la eficacia puede hacer este régimen más aceptable porque la dosis es mucho más baja que aquellas requeridas para el aborto. Una de las desventajas del uso del mifepristone es que origina un retraso en el inicio de la siguiente menstruación, lo que puede provocar ansiedad en la mujer. Este efecto parece estar en relación con la dosis utilizada, de modo que emplear dosis más bajas minimizará el retraso sin comprometer la efectividad

4.3 Danazol

Este esteroide sintético muestra poca efectividad en la prevención del embarazo, lo que hace que sea poco usado hoy día para la anticoncepción de emergencia. Lo anterior está sustentado en estudios que han mostrado tasas de embarazos hasta de 6%. (5)

DISEÑO

METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva, transversal y cuantitativa.

AREA DE ESTUDIO

Se realizó en la Universidad Nacional de Loja, Área Jurídica Social y Administrativa, específicamente con las estudiantes del género femenino de pregrado de la Carrera de Contabilidad y Auditoría.

UNIVERSO Y MUESTRA

Todas las estudiantes que pertenecen al pregrado de la carrera de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Nacional de Loja, a quienes se les aplicó la encuesta elaborada, las mismas que comprenden una población total de 500 estudiantes del género femenino.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán en el estudio a todas las estudiantes de la Carrera de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Nacional de Loja,

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En este estudio no se ha incluido estudiantes del género masculino, que aunque no son involucrados directamente en lo referente al consumo, tienen la opción de utilización del método para sus respectivas parejas.

TÉCNICA, INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO

Se diseñó un cuestionario en base de las variables del estudio, donde se definieron las preguntas acorde a cada variable. La entrevista se dividió en acápites, de conocimientos, utilización y de efectos secundarios, previa valoración y certificación por el médico director de la tesis.

Para la recolección de datos la encuesta fue aplicada por el investigador, visitando las aulas de la Carrera de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Nacional de

Loja, entregando el instrumento a cada estudiante, que en conjunto comprende 500. Para evaluar los conocimientos se formuló un acápite de diez preguntas, la misma que para su fácil interpretación y simplificando la información, se resumió en una tabla donde los cataloga como buenos, regulares y malos. Determinando que bueno corresponde a un puntaje entre 10 a 7; regular de 6 a 4, y malo menor a 3 respectivamente.

PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los datos fueron computarizados y calculados por medio de Excel, obteniendo tablas de frecuencia simple y a partir de estas se elaboraron las representaciones graficas correspondientes.

Posteriormente se realizó el análisis e interpretación de resultados, lo que permitió formular las respectivas conclusiones y recomendaciones en relación con los objetivos planteados en un inicio. Se elaboró la discusión comparando los resultados del presente estudio con aquellos ya existentes, culminando con la redacción del informe final o resumen.

RESULTADOS

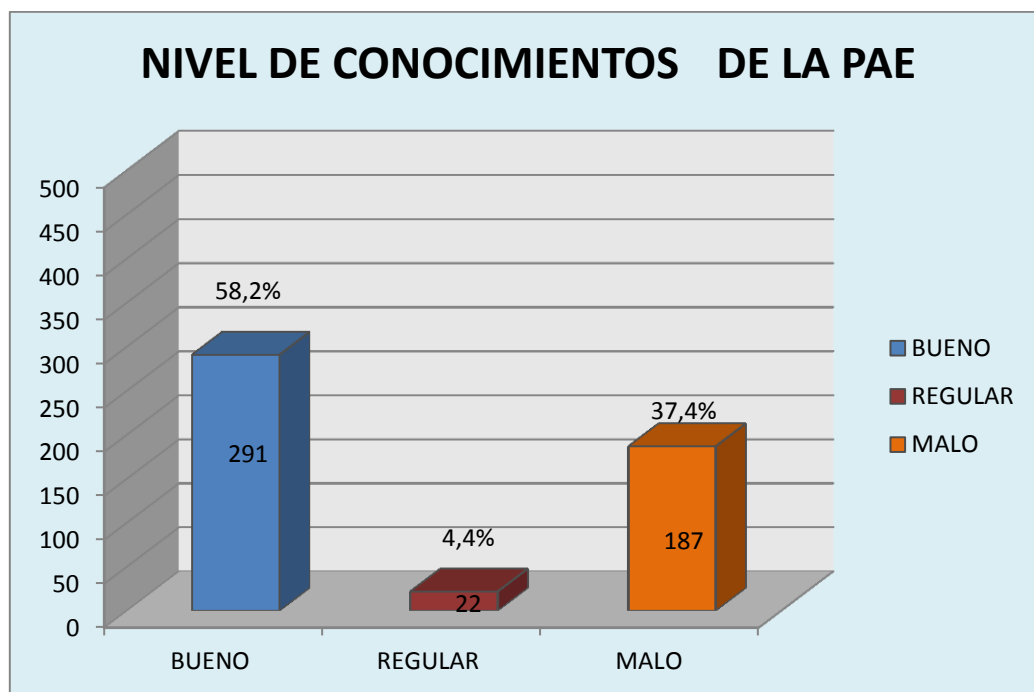
TABLA Nº 1.- NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

	F	%
BUENO	291	58,2
REGULAR	22	4,4
MALO	187	37,4
TOTAL	500	100%

FUENTE: ENCUESTA

ELABORACIÓN: CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ

GRAFICO Nº 1



De las encuestas aplicadas se determina que las universitarias tienen un buen nivel de conocimientos sobre la píldora anticonceptiva de emergencia (58,2%), sin embargo una fracción significativa tienen mal conocimiento (37,4%)

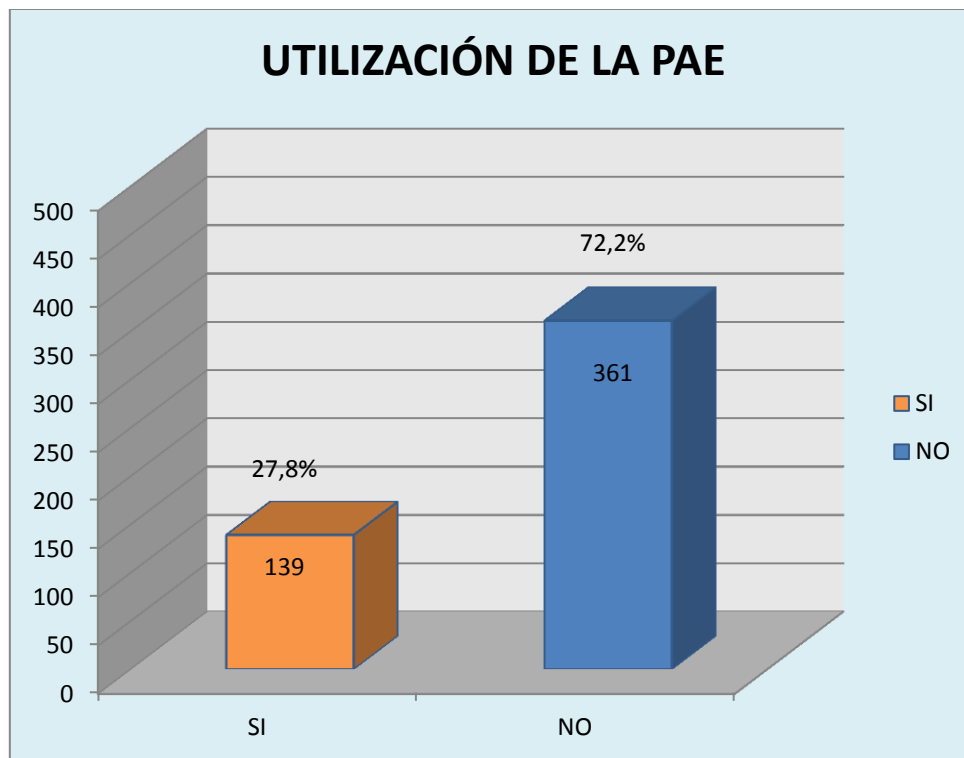
TABLA Nº 2.- UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

	F	%
SI	139	27,8
NO	361	72,2
TOTAL	500	100%

FUENTE: ENCUESTA

ELABORACIÓN: CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ

GRAFICO Nº 2



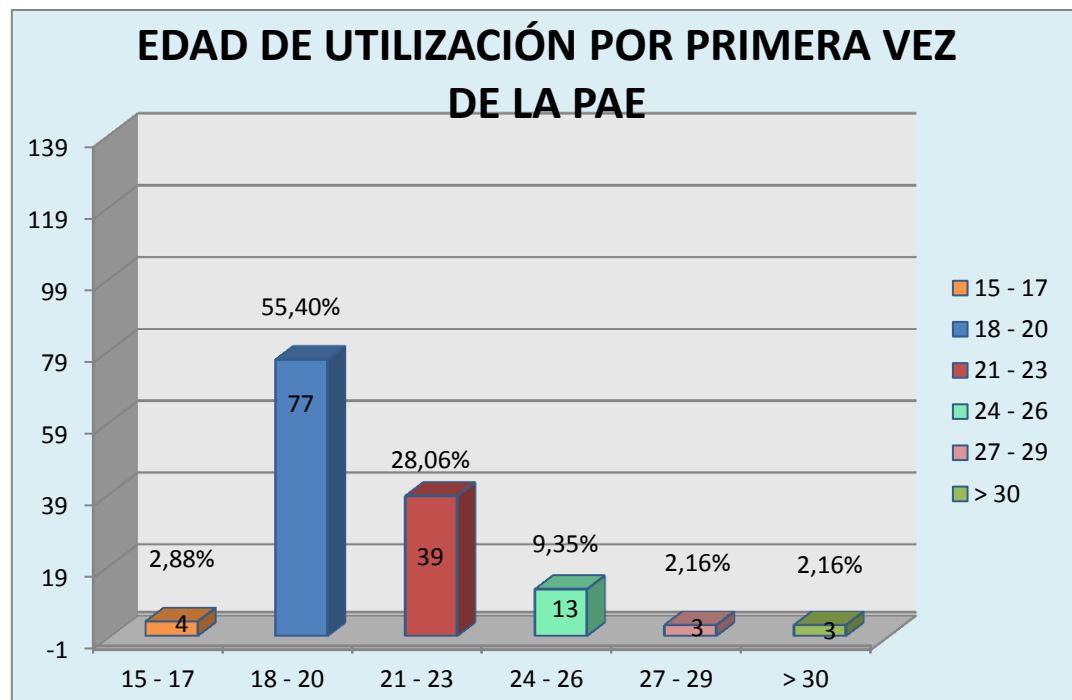
Según los datos obtenidos el mayor porcentaje de las usuarias no han utilizado la píldora anticonceptiva de emergencia (72,2%), mientras que la tercera parte refiere haberla utilizado en alguna ocasión (27,8%).

TABLA Nº 3.- EDAD DE UTILIZACIÓN POR PRIMERA VEZ DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

EDAD	F	%
15 - 17	4	2,88
18 - 20	77	55,40
21 - 23	39	28,06
24 - 26	13	9,35
27 - 29	3	2,16
> 30	3	2,16
TOTAL	139	100%

FUENTE: ENCUESTA
ELABORACIÓN: CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ

GRAFICO Nº 3



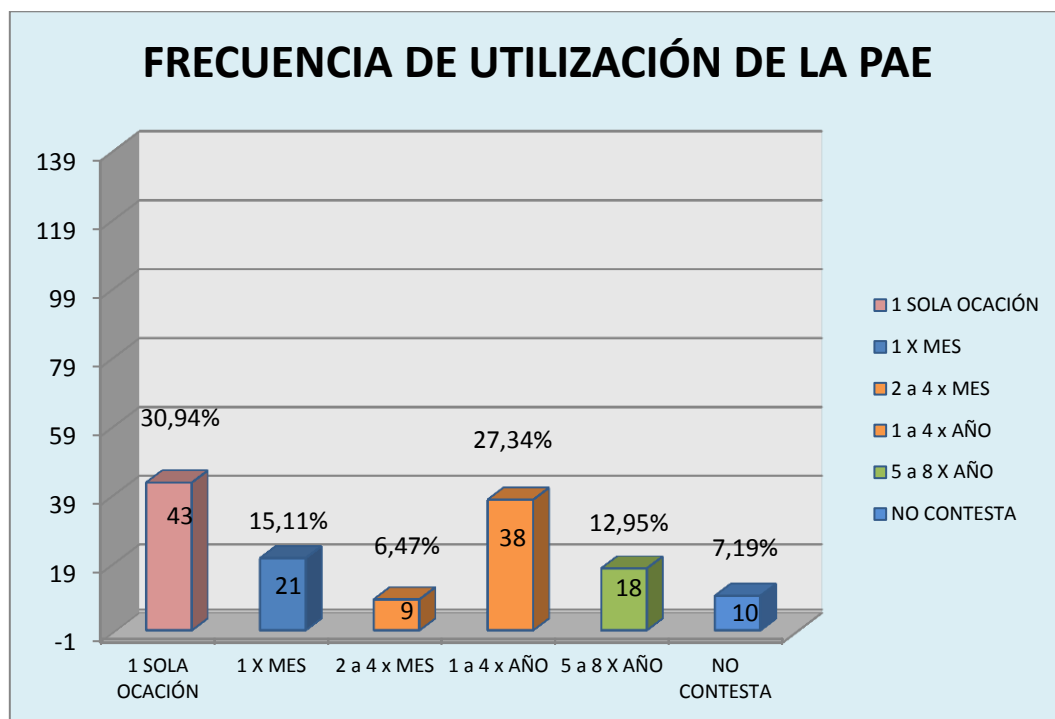
De las universitarias que han utilizado la píldora anticonceptiva de emergencia, la mayoría ha iniciado el consumo en edades comprendidas entre los 18 - 20 años (55,40%), seguida de edades entre 21 - 23 años (28,06%), mientras que entre 24 - 26 años se presentaron en porcentaje inferior (9,35%).

TABLA Nº 4.- FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

	F	%
1 SOLA OCASIÓN	43	30,94
1 X MES	21	15,11
2 a 4 x MES	9	6,47
1 a 4 x AÑO	38	27,34
5 a 8 X AÑO	18	12,95
NO CONTESTA	10	7,19
TOTAL	139	100%

FUENTE: ENCUESTA
ELABORACIÓN: CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ

GRAFICO Nº 4



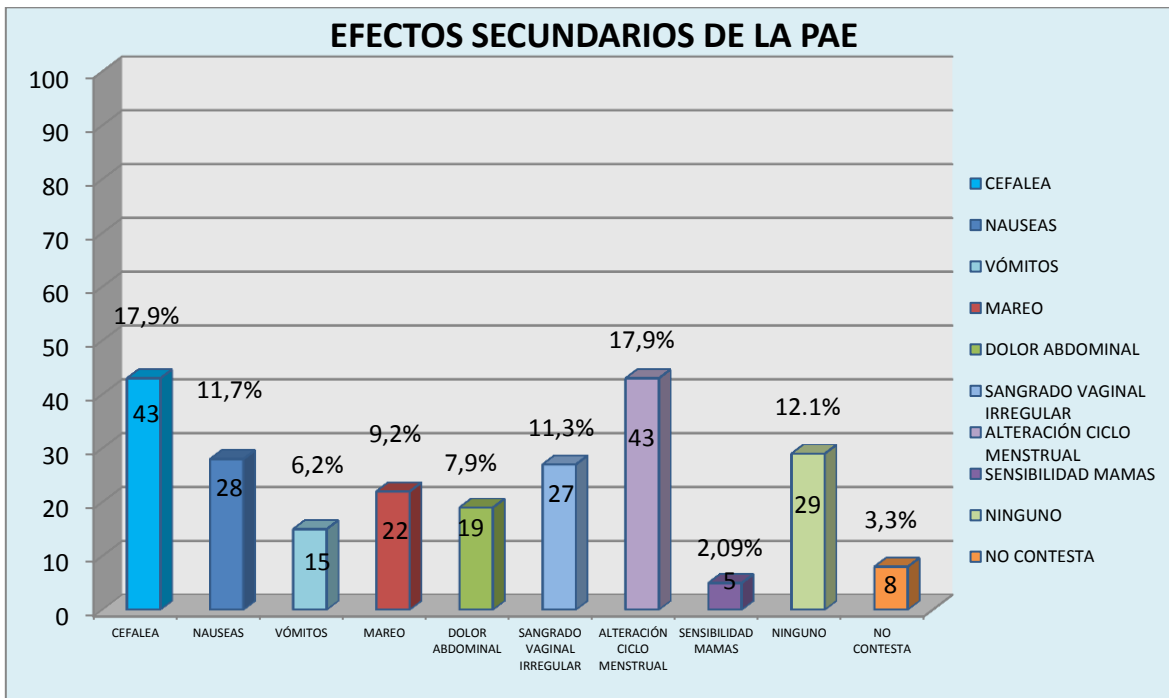
En lo referente a la frecuencia del uso de la píldora de emergencia, la utilización en una sola ocasión figura como principal respuesta (30,94%), sin embargo en un porcentaje aproximado al anterior (27,34%) manifiestan haberla ingerido entre 1 a 4 veces por año.

TABLA Nº 5.- EFECTOS SECUNDARIOS DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

	F	%
CEFALEA	43	17,99
NÁUSEAS	28	11,72
VÓMITOS	15	6,28
MAREO	22	9,21
DOLOR ABDOMINAL	19	7,95
SANGRADO VAGINAL IRREGULAR	27	11,30
ALTERACIÓN CICLO MENSTRUAL	43	17,99
SENSIBILIDAD MAMAS	5	2,09
NINGUNO	29	12,13
NO CONTESTA	8	3,35
TOTAL	239	100%

FUENTE: ENCUESTA
ELABORACIÓN: CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ

GRAFICO Nº 5



De los efectos secundarios presentados por las estudiantes, señalan la cefalea y alteración ciclo menstrual como principales alteraciones (17,9%), entre otras molestias menos citadas se encontraron las náuseas y sangrados vaginales irregulares (11,5%), sin embargo cabe recalcar que un porcentaje significativo no manifestaron efectos adversos (12,1%).

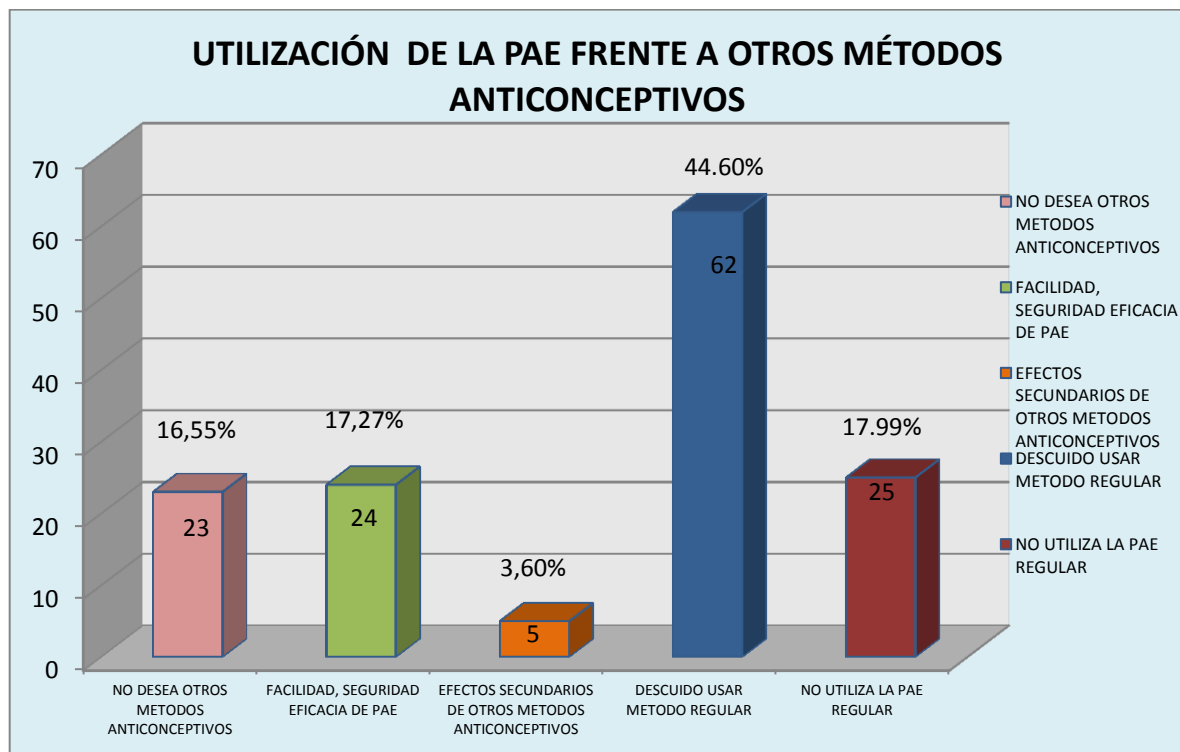
TABLA Nº 6.- UTILIZACIÓN DE LA PAE FRENTE A OTROS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

	F	%
NO DESEA OTROS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	23	16,55
FACILIDAD, SEGURIDAD EFICACIA DE PAE	24	17,27
EFFECTOS SECUNDARIOS DE OTROS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	5	3,60
DESCUIDO USAR MÉTODO REGULAR	62	44,60
NO UTILIZA LA PAE FORMA REGULAR	25	17,99
TOTAL	139	100%

FUENTE: ENCUESTA

ELABORACIÓN: CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ

GRAFICO Nº 6



En cuanto a la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia frente a los otros anticonceptivos de uso regular, se evidencia que el descuido de utilizar un método de forma habitual constituye la principal respuesta (44,60%), recalcando que un porcentaje menor pero significativo de usuarias no utilizan la píldora de forma habitual (17,2%)

DISCUSIÓN

En Ecuador en el último año se ha generado debate y polémica acerca de la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia, como es de conocimiento público el Ministerio de Salud permitió el libre acceso a dicha píldora y su gratuidad, sin embargo es fundamental tener una percepción de la información que tienen la usuarias sobre la píldora anticonceptiva de emergencia. .

Se evidencia en el presente estudio que el 58.2% tienen un buen nivel de conocimiento sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, resultado que es ligeramente superior a los datos obtenidos en Morelos – México en el 2004 donde el 45% tenían un buen nivel de conocimiento, coincidiendo con los resultados de otro estudio encontrado en Guadalajara - México en el 2007 que fue del 50%.

En lo que corresponde a la utilización, se determinó que del total de la población estudiada el 27,8% (139) ha utilizado en algún momento la píldora anticonceptiva de emergencia, siendo la edad de inicio de utilización entre los 18 a 20 años representado por el 55,4%. Sin embargo es necesario mencionar que no existen estudios que determinen la edad de inicio, si no que la gran mayoría de las investigaciones están guiadas a determinar a qué edad es más frecuente el uso, por tanto a continuación se describen algunos estudios, por ejemplo en España por la Sociedad Española de Contracepción en el 2011 y 2013, en Nicaragua en el 2007, y en Veracruz – México en el 2010, donde figuran las edades entre los 20 y 24 años con porcentajes situados entre los 50% y 60% para cada estudio.

En lo referente a la frecuencia se determina que el uso en una sola ocasión representa la principal opción con el 30.94%, situación que resulta distinta con lo investigado en España en el 2013, si bien la frecuencia coincide siendo en una sola ocasión, difiere en el porcentaje, el mismo que está representado por el 75%, en tanto que en Veracruz México en el 2010 la frecuencia se sitúa entre 1 a 2 ocasiones con el 33,7% dato que se correlaciona con el presente estudio.

Los efectos secundarios generalmente se describen como aquellos que se presentaron en corto tiempo, 24 horas posteriores a la toma, y lo más lejano hasta el siguiente ciclo menstrual, determinando así que las universitarias describen la

cefalea y alteraciones del ciclo menstrual como principales molestias con el 17,99% cada una, igual situación se detecta en Nicaragua en el 2007 donde la cefalea figura como principal molestia pero con un porcentaje superior del 65% y otras alteraciones tales como mareos con el 25% y náuseas con el 18%, las mismas que en nuestro estudio se describen en porcentaje inferiores que no superan el 12% cada una,

En 1990 la revista Ginecología y Obstetricia (Obstetrics and Gynecology 76; 552, 1990), en una evaluación que incluía 12 estudios en más 4500 mujeres, se detectaron náuseas en el 42% de ellas y vómitos en el 16%. En 1998 la revista médica Británica "The Lancet" (Lancet 352; 428, 1998) en estudios planteados determina la presencia de las náuseas 23%, dolor gástrico, fatiga y cefalea con el 17% cada uno.

De forma global se puede decir que la mitad de las usuarias de la píldora del día de después presentan algún efecto secundario negativo. Las reacciones colaterales ocasionadas relacionadas en la mayoría de las investigaciones, contemplan los descritos con anterioridad, algunos con mayor proporción que otros, pero que en definitiva no constituyen problemas de mayor trascendencia, sin embargo es necesario mencionar que no se ha encontrado en la literatura descripción de efectos a largo plazo, tomando en cuenta que los anticonceptivos combinados de uso regular están compuestos de progestágenos, el cual es el componente principal de la píldora del día después, que tienen alguna relación con aumento de riesgo de enfermedades como trombo embolismo, enfermedades hepáticas, entre otras, por lo que necesita mayor interés e investigación.

Finalmente respecto a la utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia frente a los otros métodos de planificación familiar, se destaca que el descuido de utilizar un método habitual corresponde al 44,60% como primera elección, lo que contrasta a lo investigado en España en el 2013, donde demuestra que la causa es por problemas con el uso del método anticonceptivo habitual, principalmente el preservativo con el 78,9%.

En tanto en Nicaragua en el 2007 revela que se debe al hecho de mantener relaciones ocasionales desprotegidas en un 56,6%.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los resultados obtenidos, se llega a las siguientes conclusiones:

1. El 58.2% de las universitarias tienen un buen nivel de conocimientos sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, mientras que el 37,4% tienen un nivel malo conocimiento.
2. Se determinó que la edad de inicio de utilización de la píldora anticonceptiva de emergencia se encuentra dentro del grupo comprendido entre los 18 a 20 años, y se establece que la frecuencia de uso corresponde a una sola ocasión.
3. Entre los efectos secundarios de la píldora de emergencia, sobresalen la cefalea y alteración del ciclo menstrual como principales molestias, sin embargo las náuseas, vómitos, sangrados irregulares, sensibilidad mamaria, mareo y dolor abdominal se presentaron en porcentajes inferiores, recalando que el 12.13% no manifestaron alguna repercusión.
4. El motivo que impulsa a las estudiantes universitarias a la utilización de la píldora del día después frente a otros anticonceptivos de uso regular, es por el descuido de no optar por algún método de planificación familiar de forma habitual.

RECOMENDACIONES

Una vez finalizado el presente estudio, y tras llegar a varias conclusiones se recomienda lo siguiente:

1. Que el Ministerio de Salud Pública amplíe las campañas de información sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, a través de los medios de comunicación, con la finalidad de difundir conocimientos acertados a la mayoría de los jóvenes.
2. Que la Universidad Nacional de Loja a través de la Carrera de Medicina Humana en su vinculación con la comunidad, brinde información a los jóvenes universitarios mediante charlas, videos conferencia guiadas a despejar los mitos y tabúes que rodean al tema.
3. Informar a las usuarias, que la píldora anticonceptiva de emergencia, está destinada para situaciones en las cuales ha fallado el método de rutina o sea estrictamente necesaria, y no como un método habitual, ya que su uso en estas condiciones no es favorable, porque su eficacia disminuye.
4. Orientar a las usuarias sobre los efectos secundarios que puede ocasionar el uso de la PAE, con la finalidad de evitar circunstancias de incertidumbre y malestar. Acudir al médico si fuese necesario.
5. Recomendar a las estudiantes universitarias la utilización de un método anticonceptivo de uso regular.

BIBLIOGRAFÍA

1. SCHWARCZ Ricardo; FESCINA Ricardo; DUVERGES Carlos; Obstetricia: sexta edición; Editorial el Ateneo; Buenos Aires Argentina; 1999
2. DÍAZ Soledad, CROXATTO Horacio B; Anticoncepción Hormonal de Emergencia; Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; acceso 10 de agosto del 2013, disponible en: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Articulo_Anticoncepcion_Hormonal_de_Emergencia_Croxatto_Horacio.pdf.
3. WILLIAMS Obstetricia; Vigésima segunda edición; 2007; México; ISBN 0-07-141315-4; Anticoncepción; Pág: 725 – 747.
4. GORI Jorge; LOROSSO Antonio; Ginecología de Gori; Segunda edición: Editorial El ateneo; Planificación Familiar; Pag: 553 – 576.
5. Dra. FARAH Ricardo; SAINT Félix, MEDISAN 2006; Instituto Superior de Ciencias Médicas, Anticoncepción Emergencia; (acceso 10 de agosto 2013); disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san10106.pdf
6. Dr. CANO Edsong; Anticoncepción de Emergencia, Píldora Anticoncepción de Emergencia; 2009; (acceso 10 de agosto 2013); disponible en: <http://comoprevenirunembarazo.files.wordpress.com/2011/06/anticoncepcion-en-pdf.pdf>
7. Dra. TRUMPER Eugenia; Anticoncepción Hormonal de Emergencia, Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Buenos Aires Argentina, ISBN 978-950-38-0045-4; 2007; (acceso:10 de agosto del 2013); disponible en; [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales\[2\].pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales[2].pdf)
8. CROXATTO Horacio; Instituto Chileno de Medicina Reproductiva USACH; La ciencia y píldora anticonceptiva de emergencia; (acceso: 8 de agosto

- del 2013) disponible en http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/boletin_informativo_sobre_ae_para_alcaldes.pdf
9. QUIRÓS Rojas Ileana; La Toma De Decisiones; Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia; Costa Rica: Mayo, 2004; (acceso el 11 de agosto 2013); disponible en : http://ccp.ucr.ac.cr/ac/ae_decisiones.pdf
10. Dra. LÓPEZ DEL BURGO Cristina; Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Navarra; Píldora del Día Después: Conceptos; 2009; España; acceso el 11 de agosto del 2013; disponible en; www.unav.es/.../anticoncepción/PPC_conceptos_clave_mayo2009.pdf
11. DE LA CUESTA BENJUMEA R. Franco; TEJEDA C. Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nº 3/2011; Actualización en anticoncepción hormonal; Madrid - España; 2011; (acceso 12 de agosto 2013); disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35n3Anticoncepcion.pdf
12. Sociedad Española de Contracepción; Información Científica Relevante sobre la Anticoncepción de Urgencia; Madrid España; (acceso el 13 de agosto del 2013); disponible en: <http://www.sec.es/descargas/InformeSECAUfebrero2012.pdf>.
13. CARVAJAI, J. y MAROTO, A. (2003) Conocimiento, actitud y práctica de usuarias potenciales sobre Anticoncepción de Emergencia, San José: Asociación Demográfica Costarricense. (acceso el 28 de agosto 2013); disponible en: <http://www.adc.or.cr/noticias/news.php?newsid=3>
14. CABRÍA, A. y MARTÍNEZ, A.; Anticoncepción de Emergencia, Un derecho Sexual y Reproductivo. Guía para promover la Salud Comunitaria. PacificInstituteforWomen'sHealth

15. Organización Mundial de la Salud; Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia; 2005. (Acceso el: 28 de agosto del 2013); disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/.
16. IPAS, Actualización clínica basada en la evidencia; Anticoncepción de emergencia; (acceso 5 de octubre del 2013); disponible en <http://www.ipas.org/~media/Files/lpas%20Publications/USCUAS07.ashx>.
17. Dr. ORREGO Vicuña Fernando, La píldora del día después, Aspectos Médicos y Biológicos, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de los Andes y de Chile, 2005, Chile – Santiago, (acceso el 5 de octubre del 2013), disponible en: <http://www.ipas.org/~media/Files/lpas%20Publications/USCUAS07.ashx>.
18. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), Anticoncepción de Emergencia; (acceso 2 de octubre del 2013), disponible en: <http://www.ipas.org/~media/Files/lpas%20Publications/USCUAS07.ashx>.
19. Sociedad Española de Contracepción; SIGMADOS, Estudio Poblacional sobre el uso y Opinión de la Píldora Poscoital; CEDACEROS 10 3ª 28014 Madrid - España; Mayo 2013; (acceso el 3 de octubre del 2013); disponible en: <http://www.sec.es/pildorapostcoital2013.pdf>.
20. Dra. JARQUIN CRUZ Aurora; Conocimientos y practicas sobre anticoncepción de Emergencia, en usuarias de 17 a 24 años de edad; Bluefields Nicaragua; 2008; Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, (acceso; 1 de octubre 2013); disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t444/doc-contenido.pdf>.
21. Dra. SERRANO FUSTER Isabel; Federación de Planificación Familiar Estatal; Sede social, Almagro-Madrid; Informe Sobre la Libre Dispensación

- de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia; Análisis de la Situación y Propuestas; (acceso; 1 de octubre del 2013): disponible en: <http://sidalava.org/wp-content/uploads/2011/09/Informe-AU-definitivo-13-3-12.pdf>.
22. LÓPEZ LEYVA Ahidee -, CHÁVEZ-AYALA Rubén; Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos; Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México; salud pública de México / vol. 52, no. 2, marzo-abril de 2010; (acceso 2 de octubre del 2013); disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2010/Marzo%20Abril/8-estudiantes.pdf.
23. Dra. DE LA VIUDA Esther; Dr. PÉREZ CAMPOS; Campaña doble método; Fundación Española de Contracepción; SIGMADOS; Estudio Poblacional sobre el uso y Opinión de la Píldora Poscoital; Madrid - España, Octubre - 2011; (acceso: 2 de octubre del 2013); disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/noticias/Estudio%20AE%20%202011.%20SEC%20PDF.pdf>
24. TAPIA-CURIEL Amparo; VILLASEÑOR FARÍAS Martha; NUÑO GUTIÉRREZ Bertha Lidia ;Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios; Guadalajara México- marzo de 2007; (acceso 2 de octubre del 2013); disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gr_a/A6.pdf
25. CAVALVANTI Rúa André; Revista Brasileira de Estudos de População; La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas; ISSN 0102-3098; vol.30 no.1 São Paulo Jan./June 2013; CEP 20231-050 Rio de Janeiro - RJ – Brasil 2011, (acceso 07 de octubre del 2013); disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010230982013000100007&script=sci_arttext.

26. BEREK Jonathan; Novak Edmund; Ginecología de Novak, Décimo tercera Edición; Editorial Mc Graw Hill, Interamericana, México 2004
27. Jaime Botero; Obstetricia y Ginecología, Texto Integrado; Editorial, C.I.B. Séptima Edición; Bogotá – Colombia. 2004
28. Hopkins Johns; Ginecología y Obstetricia; Editorial Marbán; Madrid – España; 2005

ANEXOS

ÍNDICE DE LOS ANEXOS

Oficio dirigido a la Autoridades.....	(ANEXO 1)
Oficio de Autorización.....	(ANEXO 2)
Consentimiento Informado.....	(ANEXO 3)
Encuesta.....	(ANEXO 4)
Trabajo de Campo	(ANEXO 5)

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

Loja, 30 de Septiembre del 2013.

Dr. ERNESTO GONZÁLEZ PESANTEZ Mg. Sc.
**DIRECTOR DEL AREA JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**
Ciudad.-

De mi consideración.

Por medio de la presente expreso saludos cordiales, aprovecho la ocasión para darle a conocer que yo **CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ**, egresado de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted con el afán de solicitarle, me conceda el correspondiente permiso y autorización para la aplicación de una encuesta a las estudiantes de la carrera de **CONTABILIDAD Y AUDITORIA**, con la finalidad de realizar el siguiente proyecto de tesis: **“CONOCIMIENTO, UTILIZACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA. EN LAS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ”**

Esperando que el presente sea aceptado en los mejores términos desde ya le reitero mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente.

.....
CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ
1104561087

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

Loja, 30 de Septiembre del 2013.

Dr. JORGE MATUTE

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORIA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

Ciudad.-

De mi consideración.

Por medio de la presente expreso saludos cordiales, aprovecho la ocasión para darle a conocer que yo **CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ**, egresado de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted con el afán de solicitarle, me conceda el correspondiente permiso y autorización para la aplicación de una encuesta a las estudiantes de la carrera de **CONTABILIDAD Y AUDITORIA**, con la finalidad de realizar el siguiente proyecto de tesis: **“CONOCIMIENTO, UTILIZACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, EN LAS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ”**

Esperando que el presente sea aceptado en los mejores términos desde ya le reitero mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente.

.....
CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ
1104561087

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN

Of. Nro. 1607-D-AJSA-UNL

Loja, 07 de octubre de 2013.

Señor
Cristian Paúl Guamán González.
EGRESADO DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA.

Ciudad.

De mi consideración:

En atención a su comunicación, en el que solicita permiso para la aplicación de una encuesta a las alumnas de la carrera de Contabilidad y Auditoría del Área Jurídica, Social y Administrativa, a fin de realizar su proyecto de tesis.

En tal virtud, me permito autorizar, el permiso correspondiente, para los fines consiguientes.

Particular que tengo a bien comunicarle para los fines pertinentes.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

Dr. Ernesto González Pesantes, Mg.Sc.
DIRECTOR DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA



EGP./agv./

ANEXO 2



*UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA JURIDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA
CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORIA*

Of. N° 54 -CCA-AJSA-UNL.
Loja, 3 de Octubre de 2013

Señores
DOCENTES DE LA CARREA DE CONTABILIDAD Y AUDITORIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial saludo me dirijo con la finalidad de solicitarle se digne prestar la colaboración al señor CRISTIAN GUAMAN, egresado de la carrera de Medicina Humana, para que aplique una encuesta a los alumnos de la carrera, misma que le servirá para realizar el Proyecto de tesis titulado "CONOCIMIENTO, UTILIZACION Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA UTILIZACION DE LA PILDORA DEL DIA DESPUES, COMO METODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA EN LAS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Con la seguridad de contar con su valioso contingente, me permito expresarle mi debido agradecimiento.

Muy atentamente,

Dr. Jorge Efraín Matute Espinosa
COORDINADOR DE LA CARRERA DE
CONTABILIDAD Y AUDITORIA
c.c. Archivo
Dolores B.

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

C.I.....

Por medio de este documento declaro que he sido informado que:

- Que a las personas seleccionadas se les aplicara una encuesta a cargo de **CRISTIAN PAÚL GUAMÁN GONZÁLEZ**, que comprende preguntas sobres conocimiento, utilización y efectos adversos de la píldora del “día después”.
- Los datos recolectados son absolutamente CONFIDENCIALES. No se usarán nombres por ser de carácter anónimo.
- La información obtenida tiene fines exclusivamente investigativos y no podrá ser usada para ningún propósito diferente de lo relacionado con los objetivos del estudio.

He leído la información anterior o esta me fue leída.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio y me han sido contestadas sin que quedaran dudas.

Acepto voluntariamente participar en este estudio proporcionando información al investigador y entiendo que me puedo abstener de contestar las preguntas que me resulten incomodas o molestas, o que me puedo retirar del estudio y retirar este consentimiento en cualquier momento de la realización de la encuesta.

En constancia de lo anterior firmo:

Septiembre 2013

.....

ANEXO 4
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA



Esta entrevista forma parte de un estudio con la finalidad de evaluar el conocimiento, utilización y efectos secundarios, del uso de la píldora anticonceptiva de emergencia, la información recolectada, será mantenida de manera confidencial, y utilizada únicamente en este estudio.

Edad: _____

CONOCIMIENTO SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

1.- ¿Sabe para qué sirven la píldora del día después?

Si ()

No ()

2.- ¿Hasta que tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse la píldora anticonceptiva de emergencia?

Inmediatamente después de la relación sexual ()

Dentro de 24 horas ()

Dentro de los 3 días ()

Dentro de 5 días ()

Dentro de una semana ()

Otro () Especifique: _____

No sabe ()

3.- ¿Funciona la píldora del día después si la mujer ya está embarazada?

Si ()

No ()

No sabe ()

- 4.- **¿Conoce si la píldora del día después, la protege de embarazos, producto de relaciones sexuales posteriores a la toma de la misma?**
Si ()
No ()
No sabe ()
- 5.- **¿Cuán eficaces son las píldoras anticonceptivas de emergencia para prevenir un embarazo?**
Casi siempre (99%) ()
Tres de cada cuatro veces (75%) ()
La mitad de las veces (50%) ()
Menos de la tercera parte (30%) ()
No está seguro/a ()
- 6.- **¿Según su conocimiento, sabe usted si la píldora del día después es abortiva?**
Si ()
No ()
No sabe ()
- 7.- **¿Conoce si la píldora del día después puede ocasionar algún daño al producto en el caso de que ya esté embarazada?**
Si ()
No ()
No sabe ()
- 8.- **¿Sabe si la píldora anticonceptiva protege de las enfermedades de transmisión sexual entre estas del SIDA?**
Si ()
No ()
No sabe ()

9.- ¿Conoce usted que problemas o efectos secundarios puede ocasionar el uso de la píldora del día después?

- Dolor de cabeza ()
Náuseas ()
Vómitos ()
Mareo ()
Dolor abdominal ()
Sangrados Vaginal Irregular ()
Alteración de los siguientes ciclos menstruales ()
Sensibilidad mamaria o dolor ()
Infertilidad ()
Otros () Especifique: _____
No sabe ()

10.- ¿Sabe dónde puede una mujer obtener la píldora anticonceptiva de emergencia?

- Hospital / centros de salud / subcentros de salud ()
Clínica ()
Farmacia ()
Supermercado ()
Otro () Especifique: _____
No sabe ()

UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

11.- ¿Alguna vez ha usado Ud. La píldora anticonceptivas de emergencia?

- Sí ()
No ()

12.- ¿A qué edad fue la primera vez que utilizó la píldora anticonceptiva de emergencia?

- 15 - 17 años ()
18 – 20 años ()

- 21 – 23 años ()
23 - 25 años ()
26 – 28 años ()
Otra () edad: _____

13.- ¿Con que frecuencia utiliza la píldora anticonceptiva de emergencia?

- 1 Sola ocasión ()
1 vez al mes ()
2 a 4 veces al mes ()
5 a 8 veces al año ()
Otras. () Especifique: _____

EFFECTOS ADVERSOS PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

14.- Luego de haber tomado la píldora del día después. ¿Qué reacciones presento?

- Dolor de cabeza ()
Náuseas ()
Vómitos ()
Mareo ()
Dolor abdominal ()
Sangrados Vaginal Irregular ()
Alteración de los siguientes ciclos menstruales ()
Sensibilidad mamaria o dolor ()
Otros () Especifique: _____
Ninguno ()

15.- ¿Por qué usa la píldora anticonceptiva de emergencia (píldora del día después), y no un método anticonceptivo de forma regular?

- Por qué no desea los otros métodos anticonceptivos ()
Facilidad, seguridad y eficacia de la píldora del día después ()
Presento efectos secundarios con otros métodos anticonceptivos ()
Descuido del uso de un método regular ()

No utiliza la PAE regularmente ()

Otros () Especifique_____

.....

FIRMA

ANEXO 5: TRABAJO DE CAMPO.







INDICE

CONTENIDO

CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTOS.....	VI
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
REVISIÓN DE LITERATURA.....	9
I ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA	
1.1 Historia.....	10
1.2 Definición.....	11
1.3 Componentes hormonales.....	12
1.3.1 Etinil-estradiol.....	12
1.3.2 Levonogestrel.....	12
1.4 Métodos usados.....	13
1.4.1 Régimen de levonorgestrel.....	13
1.4.2 Método Yuzpe.....	14
1.5 Mecanismo de acción.....	14
1.5.1 Efectos sobre el proceso ovulatorio.....	15
1.5.2 Efectos sobre el endometrio.....	16
1.5.3 Implantación.....	17
1.5.4 Efecto sobre la migración y función espermática.....	18
1.6 Eficacia Anticonceptiva.....	20
1.7 Indicaciones para el uso.....	22

1.8	Beneficios.....	23
1.9	Efectos adversos.....	24
1.10	Idoneidad de la libre dispensación de la PAE.....	26
1.11	Criterios de elegibilidad de la OMS para el uso.....	27
1.12	Criterios a cumplir la anticoncepción de emergencia.....	27
1.13	Atención y orientación a potenciales usuarias de la PAE.....	29
1.14	Esquema de tratamiento.....	30
II	ANTICONCEPCIÓN REGULAR LUEGO DEL USO DE PAE.	
2.1	Anticonceptivos orales combinados.....	32
2.2	Inyectables de progestágeno solo.....	32
2.3	Inyectables mensuales.....	32
2.4	Implantes.....	32
2.5	Dispositivo intrauterino: (DIU de cobre u hormonal).....	33
2.6	Anticoncepción de Barrera.....	33
2.7	Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.....	33
III	SITUACIONES CLINICAS DE IMPORTANCIA	
3.1	Concentraciones de la PAE necesarias.....	34
3.2	Cuando Acudir al médico.....	34
3.3	La PAE durante el embarazo.....	34
3.4	La PAE y las ITS/VIH.....	35
3.5	La PAE, eficacia junto al alcohol.....	35
3.6	La PAE y el uso de inductores enzimáticos.....	36
3.7	Seguridad de la PAE.....	36
3.8	Utilización de la PAE y la lactancia.....	37
3.9	Utilización máxima de la PAE.....	37
3.10	Diferencia entre la PAE y el Mifepristone.....	38
IV	OTROS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	

4.1	Dispositivos Intrauterinos.....	39
4.2	Mifepristone.....	39
4.3	Danazol.....	40
	DISEÑO METODOLOGICO.....	41
	RESULTADOS.....	44
	DISCUSIÓN.....	51
	CONCLUSIONES.....	55
	RECOMENDACIONES.....	57
	BIBLIOGRAFIA.....	59
	ANEXOS.....	65
	INDICE.....	80