



11217¹²
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO**

**ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LA
ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN UN
HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE EN LA
CIUDAD DE MEXICO**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA
DRA. GABRIELA ALVARADO MIRANDA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



ISSSTE

MEXICO, D. F. A 24 DE AGOSTO DEL AÑO 2007

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



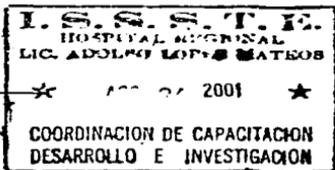
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION



DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

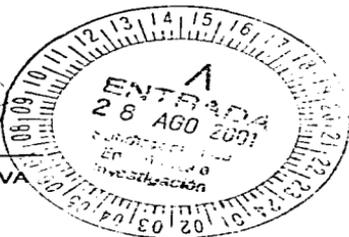


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

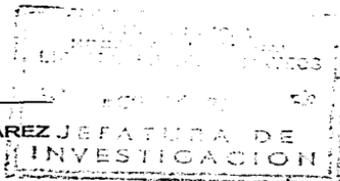



DR. LUIS SERAFIN ALCAZAR ALVAREZ
ASESOR DE TESIS


DR. RAUL BARRETO VILLANUEVA
VOCAL DE INVESTIGACION




DR. LUIS SERAFIN ALCAZAR ALVAREZ JEFE DE INVESTIGACION




DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE ENSEÑANZA

TECN CON
FALLA DE TECN

A DIOS

Gracias por iluminar mis pasos por el camino del bien
en el diario acontecer.

A MIS PADRES

De quienes he aprendido a luchar con fortaleza
para lograr convertirme en el objeto de sus sueños.
Con admiración, respeto y cariño.

A JUAN MANUEL

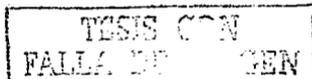
He aprendido de ti la búsqueda por trascender.
Este es uno mas de los logros que
obtenemos juntos.
Con el amor de siempre...

A MARIA

Nunca olvidaré la sonrisa oportuna y el cariño
que me brindas para continuar venciendo la
adversidad y compartiendo los triunfos.

A MAGALY

Sé que caminarás constante y que siempre verás
la huella que dejamos al pasar.
Esperando algún día ver tus sueños realizados.



A MIS MAESTROS

Nada hubiera sido posible sin el apoyo de todos aquéllos que me brindaron el conocimiento, guiando mis manos y mis sentidos para hacer de la medicina un arte. Con profundo agradecimiento a mis jefes de servicio y enseñanza, y a todos los médicos adscritos al servicio de Ginecología y Obstetricia.

AL ISSSTE

Porque gracias a la comunidad de derechohabientes obtuve la experiencia y apliqué los conocimientos necesarios para lograr uno de mis grandes objetivos.

AL DR. OSCAR TREJO

De quien aprendí a mirar con optimismo las dificultades y el impulso para ser mejor cada día. Con inmenso agradecimiento por haber confiado en mí.

AL DR. LUIS ALCAZAR

Es imprescindible agradecerle el entusiasmo y la actitud siempre alerta para que este trabajo llegara a su fin. Gracias por el apoyo brindado en cada momento de mi vida profesional.

TESIS CON
FALLA DE

A LA DRA. ALEJANDRA SOTELO

Compañera y amiga en todo momento.
Pienso que los hechos dicen más que las palabras.
Que el triunfo te acompañe siempre.
Fraternalmente...

A LA DRA. ANABEL GARRIDO

Quiero agradecer las enseñanzas y experiencias compartidas.
Deseando que las oportunidades se le presenten siempre
a la medida de sus deseos.

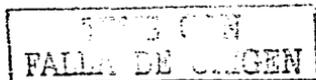
A LA ENFERMERA GLORIA MARTINEZ

Quien participó positivamente para
colaborar en la realización de este trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
OBJETIVOS.....	52
MATERIAL Y METODOS.....	53
RESULTADOS.....	54
DISCUSION.....	56
CONCLUSIONES.....	57
ANEXOS.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	70



RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y abierto para conocer las actitudes y conocimientos de la Anticoncepción de emergencia (AE) de los proveedores de salud del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en la Ciudad de México. **METODO:** Se realizaron 262 encuestas con preguntas concernientes a definición y uso de la AE, percepción de los encuestados sobre la misma, consejería del método y su distribución anticipada. **RESULTADOS:** De las 262 encuestas 131 correspondieron a médicos y 131 a personal de Enfermería. 197(75.2%) al sexo femenino y 65(24.8%) al sexo masculino, con una edad promedio de los encuestados de 33 años y un rango de edad de 15 a 72 años. 228(87%) habían escuchado hablar sobre la AE, 167(63.7%) tenían 5 años o menos de haberlo escuchado, 141(53.8%) a través de medios informales y 102(38.9%) por fuentes informales de estudio. 206(78.6%) tuvo una idea adecuada sobre el tema y 219(83.7%) conocen el mecanismo de acción. Sólo 87(33.2%) sabe la dosis farmacológica. 143(54.6%) consideran adecuada su introducción a México aunque 120(45.8%) prevé algún obstáculo legal o normativo para tal efecto. 129(49.2%) contestaron que si se ofrece consejería sobre AE en su centro hospitalario y 105(40.1%) consideran adecuada la distribución anticipada de la AE.

TRABAJO CON
FALLA DE REGISTRO

INTRODUCCION.

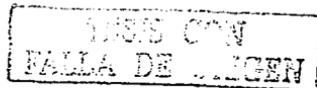
Dentro del marco de la Salud Reproductiva la Planificación Familiar ocupa un capítulo importante en la prevención de los embarazos no deseados y la reducción de las tasas de morbilidad materno-infantil.

En la actualidad el crecimiento demográfico se ha visto incrementado con las previsibles consecuencias que de ello se desprende, en función de la posibilidad de la reducción de la calidad de vida y la insuficiencia de los recursos necesarios para la subsistencia de la especie humana.

Las consecuencias de la explosión demográfica conllevan el rejuvenecimiento de la estructura poblacional por edad, el aumento de la población senil, así como el incremento de los movimientos de migración y emigración.

Sabemos que los costos invertidos en materia de metodología anticonceptiva son menores si los comparamos con aquéllos relacionados con los riesgos asociados al proceso reproductivo, (embarazo, parto, puerperio y práctica de abortos en condiciones inadecuadas).

En los últimos años han existido campañas que desprestigian el beneficio otorgado por los métodos anticonceptivos, resaltando las complicaciones inherentes a su empleo, situación que debe reconsiderarse en función de los beneficios que otorgan para mejorar la calidad de vida de las mujeres en el mundo y consecuentemente reduciendo también los daños asociados a la morbilidad neonatal y las consecuencias negativas en el desarrollo de la población infantil producto de embarazos no deseados.

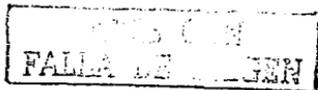


Para el personal encargado de la atención de la salud es imprescindible establecer un juicio crítico en función de las acciones que deberán ejercer, pendientes siempre de los hallazgos de las investigaciones recientes y su adecuada traducción, con el fin de que los conceptos sean aplicados conforme a las características propias de la población y el manejo individualizado para cada caso.

El juicio médico en materia de anticoncepción debería estar en forma deseable, exento de los prejuicios personales de quienes manejan los programas de planificación familiar, sin olvidar que la tendencia actual de la medicina es hacia la prevención y detección oportuna de los riesgos para la salud, con el fin de promover acciones que conlleven beneficios reales para la población general, y es deber del personal de salud participar activamente en el mejoramiento de las condiciones de vida en lo que respecta a mantener los perfiles de vida que en materia de salud son deseables para la comunidad, sin que ello justifique la aplicación de medidas arbitrarias para la ejecución de esta labor, ni tampoco olvidar los preceptos fundamentales de la ética médica, pero siempre con la capacidad para admitir la transformación de la medicina a través de los años.

La anticoncepción de emergencia, mejor conocida como "píldora de la mañana siguiente" es empleada desde los años sesenta en algunos países del mundo como herramienta útil para el control de la planificación familiar, coadyuvando a la disminución de embarazos no deseados y la práctica de abortos.

En México, al igual que en muchos otros países, uno de los obstáculos más grandes para el uso de la anticoncepción de emergencia es el hecho de que muchos proveedores de servicios de salud no están al tanto de su disponibilidad y eficacia. De igual importancia es el problema de la heterogeneidad y poca sistematización de conocimientos y criterios entre lo que los proveedores saben acerca de este tipo de anticoncepción y los avances de la tecnología anticonceptiva, con la consecuencia de que se dificulta su acceso o se desaconseja su uso, exponiendo así a las mujeres al riesgo de un embarazo no deseado.



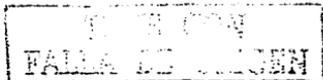
En el mejor de los casos, las parejas interesadas en practicar la anticoncepción se preparan de antemano para hacerlo; acuden a un proveedor de atención a la salud o a un distribuidor para obtener anticonceptivos, y los usan constantemente y sin problemas. No obstante, de vez en cuando, factores como la naturaleza humana, los fallos del método anticonceptivo u otras dificultades, pueden dar lugar a relaciones sexuales sin protección, poniendo a la mujer bajo el riesgo de un embarazo no planeado.

Entre las mujeres que pueden protegerse contra el embarazo después del coito, utilizando la anticoncepción de emergencia, figuran las que tienen relaciones sexuales sin protección por la razón que sea, incluida la agresión sexual, así como también las mujeres que han tenido falla del método por un uso incorrecto, o cuando no funciona por cualquier otra razón.

Cabe señalar que la anticoncepción de emergencia es un método auxiliar que debe usarse solo en casos de emergencia y no como un método anticonceptivo normal, y que la mujer que corre el riesgo de quedar embarazada porque no estaba protegida en un momento dado, es preciso que sepa que puede usar este método que es seguro y eficaz.

En México, al igual que en todo el mundo, muchas mujeres no saben que existen métodos anticonceptivos de emergencia que están a su disposición, o no saben que el factor tiempo es muy importante para obtener el método y las mujeres deben estar informadas durante las sesiones de consejería en planificación familiar de que existe la anticoncepción de emergencia, su eficacia, contraindicaciones y efectos secundarios.

Dwight Eisenhower, pronosticó que si los habitantes de la tierra seguían multiplicándose al mismo ritmo, no solo se agudizaría el peligro de la revolución sino que, además, se produciría una degradación del nivel de vida de todos los pueblos. Lyndon Johnson declaró: "cinco dólares invertidos contra el crecimiento de la población, son más eficaces que cien dólares invertidos en el crecimiento económico."

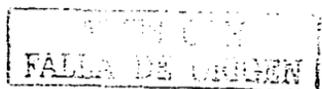


Thomas R. Malthus (1766-1834), economista británico, en un ensayo sobre el principio de la población y como afecta al futuro mejoramiento de la sociedad, declaró: "que la comida es necesaria para la existencia del hombre, que la pasión entre los sexos es necesaria y permanecerá aproximadamente en su estado actual, que el poder de la población es indefinidamente mayor que el poder de la tierra para abastecer los medios de subsistencia al hombre. La población cuando no se limita, aumenta en una razón geométrica. Los medios de subsistencia crecen solo en una razón aritmética. Hay una lucha constante por la existencia entre las plantas y los animales. El hombre no puede escapar de esto. Entre aquéllos, los efectos son el desperdicio de semilla, las enfermedades y la muerte prematura. Entre los seres humanos, la miseria y el vicio. Esta desigualdad natural de los dos poderes -el de la población y el de la producción de la tierra- aparece insuperable en el camino de la perfectibilidad de la sociedad. Consecuentemente, si las premisas son correctas, el argumento es concluyente en contra de la perfectibilidad de la masa humana".

Somos testigos de la transformación económica que atraviesa el mundo, y los habitantes de los países en desarrollo debemos estar alertas a estos cambios y las consecuencias que conlleva el no participar activamente en el desarrollo de nuestra cultura.

La realización de este trabajo de investigación surge de la idea constante de que es más fácil prevenir que utilizar recursos que en ocasiones son insuficientes para el diagnóstico y tratamiento de procesos mórbidos que incrementan los riesgos para la salud, y por supuesto brindar a la comunidad médica la posibilidad de intentar aceptar los retos de la ciencia moderna con el fin primordial de mejorar las expectativas de vida de la mujer mexicana.

Es probable que la idea del control de la natalidad sea tan antigua como la humanidad misma. El hombre primitivo comprendió al igual que el moderno, la necesidad de la anticoncepción para evitar el nacimiento de un hijo cada año y así limitar los inconvenientes que esto traía. La ausencia de métodos anticonceptivos adecuados, debe haberlos llevado a practicar el aborto y el infanticidio de una manera liberal como forma de control de natalidad, costumbre que aún se observa en muchas tribus primitivas y que se fueron transmitiendo de generación en generación hasta llegar a nuestros días. Muchos deben haber considerado el embarazo como un envío de los dioses y,

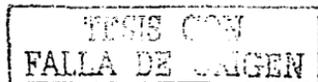


probablemente, la oración constituyó uno de los primeros métodos anticonceptivos. También es probable que se creyera que el embarazo era la consecuencia de la entrada de espíritus en la mujer y por eso utilizaban amuletos alrededor de la cintura para alejarlos, como aún se ve en algunas tribus primitivas.

La primera referencia escrita sobre el uso de los anticonceptivos aparece en el Papiro Petrie o Kahum que fue escrito en 850 a.C. Información adicional aparece en el Papiro de Ebers en 1550 a.C. y el Papiro Berlín en 1300 a.C. Los filósofos griegos dedicaron gran parte de su tiempo a la anticoncepción y al control de la natalidad. Aristóteles (384-322 a.C.), recomendaba que las poblaciones se mantuvieran estacionarias para un mejor desarrollo de la civilización y apoyaba la promulgación de leyes que controlaran el número de hijos que una familia debía tener. Debido a que en esa época los métodos anticonceptivos eran poco adecuados, llegó incluso a recomendar el aborto y el infanticidio y decía que el semen del hombre le daba al nuevo ser la mente y el alma.

Con el advenimiento de la revolución industrial del siglo XVIII y XIX la calidad de vida mejoró y la tasa de nacimientos superó a la de mortalidad. Esto llevó a las personas influyentes de la época a escribir sobre el tópico y así, en 1798 el economista inglés Thomas Robert Malthus, en su libro *Essay on the Principle of Population*, fue el primero en aplicar los principios de estadística al crecimiento de población que llevan a la introducción del término "demografía" en 1880. Frances Place (1771-1854) fue el primero en publicar panfletos sobre planificación familiar y su trabajo influyó en Richard Carlisle, quien en 1826, publica el primer libro donde se discuten los aspectos económicos, sociales y médicos de la planificación familiar. En 1887, H.A.Allbutt, publica el libro *The Wife's Handbook*, que tenía un capítulo dedicado a la anticoncepción y aunque el libro fue un éxito Allbutt fue expulsado del colegio de médicos de Edimburgo.

Esta posición estricta contra la anticoncepción fue trasladada al nuevo mundo y no fue hasta 1916, en que Margaret Higgins Sanger, una enfermera influenciada por las penurias de los inmigrantes con una gran carga familiar, oponiéndose a la profesión médica norteamericana, pero con el apoyo de



Robert Dickson, presidente de la Sociedad Americana de Ginecología, abre la primera clínica de planificación familiar en Brownville, Brooklyn.

La posición de la Iglesia Católica contra la anticoncepción fue influenciada por las enseñanzas de San Agustín (354-430 d.C.) y reafirmada posteriormente por Santo Tomás de Aquino (1225-1274 d.C.) que consideraba que el acto del matrimonio era un pecado si la posibilidad de embarazo se obstruía por cualquier vía. Posteriormente, esta posición cambió al permitir los métodos naturales; sin embargo, la posición en contra de otras formas de anticoncepción se ha mantenido a lo largo de la historia y fueron reafirmadas por la Encíclica Papal, *Humanae Vitae* de 1968.

A medida que la ciencia fue descubriendo los mecanismos íntimos de la reproducción humana, también fueron apareciendo técnicas y métodos más efectivos y así se pasa, de una época en que la anticoncepción era cuestión de supersticiones y adivinanzas, a una en la que la anticoncepción está apoyada sobre una base científica sólida. (1)

La población a comienzos de la década de los 90 sobrepasó los 5 500 millones de habitantes y, si se considera que la tasa de crecimiento natural mundial es del 1.7%, cada año se agregan de 90 a 95 millones de personas. Para finales de este siglo la población debe alcanzar entre 6 000 y 6 500 millones. En un país desarrollado como Estados Unidos se estima que entre 1990 y 2020 la población aumentará un 31% de 224,4 a 325,9 millones, mientras que la población de los países en vías de desarrollo está creciendo a la tasa de 800 millones por década. Se espera que para el año 2100 la población mundial se establezca entre 10 000 y 11 000 millones de habitantes.

Para 1990 la distribución en porcentajes de la población mundial fue la siguiente: África 12,1%, Asia 58,8%, Oceanía 0,5%, América del Norte 5,2%, Europa 9,4% y América Latina 8,5%. La situación actual es única en la historia de la humanidad porque se está viviendo la época de mayor tasa de crecimiento.

1983 CON
FALLA DE ORIGEN

Desde la aparición del hombre en la tierra hasta 1650, el crecimiento fue muy lento; de 1650 a 1959, la población aumentó de 545 millones a 2 500 millones. La época actual se caracteriza por un crecimiento exagerado de la población que alcanzará 6 500 millones para el año 2000. Por tanto, en los primeros miles de años la población no varió significativamente, en los siguientes cientos de años la población creció lentamente y en las últimas dos décadas el crecimiento ha sido impresionantemente alto.

Durante casi toda la existencia del hombre en la tierra, la tasa de crecimiento era cercana a cero; o sea, de 0.002% o 20 por millón. Hacia mediados del siglo XVIII la tasa de crecimiento se aceleró 150 veces, de 0.002% a 0.3% por año o 20 a 3 000 por millón. Hacia 1950, la tasa se aceleró 3 veces más, a 1% o 10 000 por millón, con un tiempo de duplicación de 34 años. En la actualidad, con una tasa de crecimiento de 1.7% o 17 000 por millón, la población tardará solo 41 años en duplicarse.

El pico máximo de crecimiento ocurrió en la década de los 70' y 80. Mientras más rápido crece la población, más corto es el tiempo que tarda en duplicarse. Antes de 1650, se llevó 35 000 años; o sea, 1 400 generaciones en duplicarse. A la tasa actual, algunos niños verán la población del mundo duplicarse cuando lleguen a la edad de 41 años y se habrá cuadruplicado para cuando lleguen a los 82 años. Sin embargo, en un estudio demográfico con un análisis probabilístico basado en las tendencias de fertilidad, mortalidad y migración se concluye que existe un 66% de probabilidad que la población no se duplique en el próximo siglo.

Durante la historia de la humanidad la tasa de crecimiento tuvo altibajos muy relacionados con la malnutrición, las enfermedades y las guerras. En la época actual las condiciones de salud han mejorado y las guerras, con grandes pérdidas humanas, han disminuído; por tanto, la tasa de mortalidad es ahora menor. Estos son los factores que más han afectado el crecimiento mundial; es decir, que el desequilibrio actual se debe a que la ciencia ha logrado una disminución de la tasa de mortalidad sin la correspondiente disminución de la fertilidad.



La situación en Latinoamérica es muy particular porque constituye una de las regiones del mundo que tardará menos años en duplicar su población y ocupa el segundo lugar después de África. Así, para 1990, su población estimada era de 450 millones y, con una tasa de crecimiento natural de 2.1%, tardará 32 años en duplicar su población, que para el año 2000 se estima que sea de 620 millones. Las posibilidades objetivas de que la región pueda disponer de la variedad de recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de estas enormes masas humanas son, por lo menos, dudosas. África tardará 23 años en duplicar su población actual de 654 millones, Asia 39 años de 3 207 millones, Norteamérica 89 años de 283 millones, Europa 338 años de 511 millones, Comunidad de Estados Independientes 104 años de 284 millones y Oceanía 57 años de 28 millones.

Estas cifras llevan a reflexionar de cómo será el mundo del futuro: ¿disminuirá la calidad de vida?, ¿habrá suficientes alimentos para satisfacer las necesidades de la población? ¿qué efecto tendrá este exceso de población sobre la ecología?. Las respuestas a estas interrogantes las tendremos en los años venideros, por lo pronto, una de las soluciones al problema demográfico está en disminuir la fertilidad mediante la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos.(1).

En los Estados Unidos se quedan embarazadas más mujeres jóvenes (menores de 25 años) que en otros países occidentales. Las tasas de embarazo entre las adolescentes de cinco países del norte de Europa y Canadá oscilan entre el 13% y el 53% de las tasas que existen en los Estados Unidos. Esta diferencia desaparece completamente después de los 25 años. Este hecho se debe en gran medida a que los hombres y mujeres norteamericanos mayores de 25 años utilizan ampliamente la esterilización quirúrgica. Obviamente, no es cierto que las jóvenes americanas deseen tener estas altas tasas de embarazo. Las adolescentes americanas abortan cerca de la mitad de sus embarazos, y esta proporción es sólo ligeramente más alta que la observada en otros países. Nos obstante, entre los 20 y los 34 años las mujeres americanas tienen las tasas más altas de aborto en comparación con otros países, indicando que existe un problema no apreciado, pero real, de embarazos no deseados después de la adolescencia. Se estima que en los Estados Unidos alrededor de la mitad de todos los embarazos no son planificados, y más de la mitad de éstos acaban en aborto.



Las culturas de países como Canadá y Gran Bretaña son muy parecidas. La diferencia que existe con los Estados Unidos debe atribuirse a la disponibilidad de la anticoncepción. En el resto del mundo, los servicios de planificación familiar son más accesibles y se pueden beneficiar de ellos de una forma relativamente barata. Se ven anuncios de anticoncepción en televisión. Un problema adicional es la gran diversidad de la población de los Estados Unidos y la desigual distribución de los ingresos. Estos factores influyen en la capacidad de esta sociedad para proporcionar una educación en cuanto al sexo y la anticoncepción, así como para hacer los servicios de planificación familiar realmente accesibles.

La era de la anticoncepción moderna comienza en 1960, cuando la Food and Drug Administration de los Estados Unidos aprobó por primera vez los anticonceptivos orales. Fue también cuando se reintrodujeron los dispositivos intrauterinos. Por primera vez la anticoncepción no tenía que ser una parte del coito. No obstante, los servicios nacionales de planificación familiar e investigación no fueron fundados por el Congreso hasta 1970, y la última ley que prohibía la anticoncepción no se derogó hasta 1973. (2)

El número de abortos realizados en los Estados Unidos ha ido disminuyendo en los últimos años, alcanzando en 1992 un total de 1.5 millones. Alrededor de un tercio de los embarazos que no acaban en aborto espontáneo o muerte fetal finalizan en aborto inducido. La tasa de abortos inducidos en los hospitales ha ido disminuyendo constantemente, alcanzando el 7% en 1992. Ha aumentado la proporción de abortos realizados en clínicas especializadas, mientras que el porcentaje de los practicados por los médicos en sus propias consultas ha permanecido bajo, alrededor de 3-5% de todos los abortos. Más del 50% de los abortos se realizan en mujeres menores de 25 años, con un pico en los 18-19 años, y alrededor del 80% son solteras. (2)

Hoy se sabe que las norteamericanas tienen menos opciones anticonceptivas que las mujeres de otros países industrializados, y además la anticoncepción es más cara, según una revisión realizada por Malcolm Potts en 1988, de donde se desprende un aumento de embarazos no deseados y de abortos en estas mujeres comparado con las de otros países industrializados. (2)



Otro problema en los Estados Unidos es la prevalencia de conceptos erróneos. Más de la mitad de las mujeres, incluso que han recibido una buena educación, no están enteradas exactamente de la eficacia o de los beneficios y los efectos adversos que se asocian a la anticoncepción. Desafortunadamente, existe todavía un porcentaje significativo de mujeres que no conocen los beneficios que ejerce sobre la salud el uso de anticonceptivos orales. Las ideas equivocadas acerca de la anticoncepción han alcanzado en gran medida las características de mito. Los mitos son un obstáculo para el buen uso, y solamente se pueden disipar mediante esfuerzos educativos precisos y efectivos. (2).

Se espera que la población mundial se establezca entre los 10 000 y los 11 000 millones de personas en el año 2100. Aproximadamente el 95% del crecimiento ocurrirá en los países en vías de desarrollo, de forma que en el año 2100, el 13% de la población vivirá en los países desarrollados (actualmente vive el 25% de la población mundial).(2).

El 45% de las mujeres casadas en edad reproductiva de todo el mundo utilizan algún método anticonceptivo. La esterilización femenina y el DIU son los métodos más populares en los países en vías de desarrollo, mientras que los anticonceptivos orales y los preservativos son más utilizados en los países desarrollados.

El 76% de la población mundial vive en países en desarrollo, y en éstos se producen el 85% de todos los nacimientos, el 95% de todas las muertes neonatales e infantiles y el 99% de todas las muertes maternas. (2)

El problema de los países en vías de desarrollo parece evidente. La capacidad para regular la fertilidad tiene un impacto significativo sobre la morbilidad y la mortalidad neonatal, infantil y materna. Una mujer embarazada tiene 200 veces más posibilidades de morir en un país en vías de desarrollo que en uno desarrollado. Los riesgos de salud que se asocian con el embarazo y el parto en los países en vías de desarrollo son mayores que los riesgos derivados del uso de los métodos anticonceptivos modernos.

TRABAJE CON
FALLA DE EMERGEN

En los últimos años se ha producido un cambio beneficioso desde una visión estrecha de la anticoncepción a una visión mucho más amplia que abarca el impacto de la pobreza, hace énfasis sobre todo en el bienestar y en los riesgos individuales, apoya la igualdad entre los sexos y examina las interacciones entre todos estos conceptos. No es suficiente con limitar simplemente la fertilidad. La anticoncepción es sólo un componente de la salud reproductiva. (2).

La falta de un acceso adecuado a la anticoncepción se asocia con unas tasas elevadas de abortos. La combinación de leyes restrictivas con respecto al aborto, junto con la falta de infraestructura donde se puedan realizar los abortos con seguridad siguen siendo los factores que hacen que el aborto sea una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Se puede disminuir la práctica del aborto potenciando los servicios de planificación familiar. Además de que la anticoncepción es rentable, la prevención de embarazos no deseados permite ahorrar dinero debido a los más altos costos asociados a las complicaciones y atención asociada al embarazo, parto, puerperio y la práctica de abortos. (2)

La reducción de los fondos públicos destinados a los servicios de planificación familiar afecta fundamentalmente a las mujeres pobres y aumenta el número de nacimientos no deseados y de abortos. En California, durante la década de los ochenta, por cada dólar invertido en los servicios de planificación familiar se ahorraron 7,70 dólares. La estimación es más elevada que la calculada para el conjunto de la nación, ya que el tope de ingresos para poder optar a esos servicios es más alto en California.

Existe una diferencia importante entre los bajos niveles de embarazos no deseados que es posible alcanzar y los niveles actuales que se obtienen, la mayor parte de los cuales se producen en parejas que utilizan métodos anticonceptivos reversibles. Se debe impulsar la anticoncepción no solamente proporcionando los servicios, sino a través de la educación y el consejo a las parejas. (2).

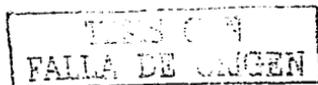
TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

Desde 1970 a 1986 se ha cuadruplicado el número de partos en mujeres de más de 30 años; sin embargo, la tasa de fertilidad entre las mujeres de más de 30 años ha permanecido relativamente estable desde 1990. A medida que las parejas retrasan el embarazo hasta momentos más tardíos en la vida, el uso de la esterilización como método anticonceptivo disminuye en el grupo de menores de 35 años y aumentan las necesidades de anticoncepción reversible. En 1988, el 75% de las mujeres que utilizaban anticonceptivos orales tenían menos de 30 años. Solamente el 5% de las mujeres entre 34 y 44 años utilizaban anticonceptivos orales, en comparación con el 38% en menores de 25 años. Estas cifras cambiarán a medida que las pacientes y los médicos comprendan y acepten que los anticonceptivos orales de baja dosis son seguros para la salud en mujeres maduras no fumadoras.

El retrasar el matrimonio hasta edades más tardías es un hecho importante en nuestra sociedad. En 1960 estaban solteras el 28% de las mujeres comprendidas entre los 20 y los 24 años; en 1985 lo estaban el 58.5%. En 1960 estaban solteras el 10% de las mujeres comprendidas entre los 25 y 29 años, en 1985, el 26%. Pero del descenso global de la fertilidad solamente el 16% puede adjudicarse al aumento de la edad media en que se llega al matrimonio. El 83% restante del descenso de la fertilidad total es debido a los cambios producidos en la fertilidad marital. En otras palabras, el cambio más importante es el hecho de posponer el primer embarazo dentro del matrimonio. Debido a todos estos factores (el aumento del número de mujeres que se encuentran en los últimos años de la vida reproductiva, la edad más tardía a la que se llega al matrimonio y el posponer el embarazo en el matrimonio), cada vez veremos más mujeres mayores que necesitarán algún método de anticoncepción reversible.

En breve, el uso de anticonceptivos será más prolongado en las mujeres jóvenes y habrá un uso mayor entre las mayores. De hecho, este patrón de uso se viene observando desde 1990. (2)

El consejo anticonceptivo es un componente importante de unos buenos cuidados preventivos de salud. El abordaje es la clave. Estamos en la era en que la mujer escoge la opción después de haberse informado debidamente. Las pacientes merecen tener toda la información y necesitan ayuda para comprender el estado actual del tema y disipar sus incertidumbres. Pero no hay



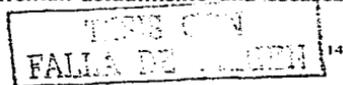
duda de que, especialmente las jóvenes, se ven influenciadas en su elección por los consejos y actitudes del médico. El papel de éste es proporcionar a la paciente la educación necesaria para que pueda realizar una elección apropiada. Aunque el cometido del médico es proporcionar la educación necesaria para que la paciente pueda elegir adecuadamente, no debemos menospreciar el poder de influencia que ejerce él sobre la decisión última.

Si se pondera el impacto que ejercen los efectos beneficiosos de la anticoncepción sobre la salud pública, tal como se ha hecho en modelos realizados con pacientes que acuden a la admisión de los hospitales, no hay duda que los beneficios sobrepasan a los riesgos. Puede medirse el impacto en forma de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, las consecuencias sobre la salud pública tienen poca importancia en el momento de la entrevista entre el médico y la paciente. En este momento es de suma importancia el riesgo personal, y la conformidad con una anticoncepción efectiva requiere una información exacta.

Sin duda, la participación del médico es trascendental en la elección de la metodología anticonceptiva, en los años setenta se abordaba a las pacientes haciendo énfasis sobre los riesgos. En la época actual el abordaje debe ser diferente, remarcando los beneficios y la gran seguridad que proporciona una anticoncepción apropiada.(2)

En 1994 se realizó la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas que tuvo lugar en el Cairo, llegando al acuerdo los representantes de 179 países de mejorar la atención de la salud reproductiva y satisfacer mejor las necesidades de los habitantes. Las consecuencias del incumplimiento de las metas de financiamiento de la CIPD son serias: cada año se registran según las estimaciones, 42 millones de embarazos involuntarios, 17 millones de abortos provocados y 99.000 defunciones maternas. (3)

En algunos lugares la satisfacción de las necesidades de tantos habitantes ya amenaza la base de recursos naturales de la que depende el futuro, y la situación ha de empeorar. Por ejemplo, 31 países que contienen en conjunto 8% de la población del mundo, enfrentan actualmente una escasez



crónica de agua dulce. En 2025, debido al crecimiento de la población, 48 países con un total de 2,800 millones de habitantes, o 35% de la población proyectada del mundo, enfrentarán escasez crónica de agua.

Pese a los datos previos, según un estudio realizado en 1990 en 20 países en desarrollo, en promedio, 22% de todos los nacimientos no son deseados. Esta estimación es probablemente baja pues muchos padres no quieren reconocer que un hijo no ha sido deseado. Además, de los 182 millones de embarazos anuales estimados en los países en desarrollo, unos 66 millones —un 36%— son involuntarios. Se estima que alrededor de 36 millones de esos embarazos terminan en aborto. Casi la mitad de esos abortos inducidos se practican en condiciones de riesgo. (3)

En el ámbito mundial el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad durante todo el ciclo de vida es de 1 en 60 y mucho más alto en países en desarrollo. El uso de métodos anticonceptivos modernos raramente es causa de muerte. (3)

En los países en desarrollo las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son las causantes de al menos 25% de las defunciones entre las mujeres en edad fértil, en comparación con menos del 1% en los países desarrollados. En algunas regiones en desarrollo el riesgo en el ciclo vital de la mujer de morir por causas relacionadas con la maternidad es 150 veces mayor que en las regiones desarrolladas. (3)

Según las estimaciones, 67% de las defunciones maternas se deben a complicaciones del parto. Alrededor de 40% de las mujeres embarazadas tienen alguna complicación relacionada con el parto, muchas de ellas por razones imprevisibles o inevitables. Aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas necesitan atención obstétrica de urgencia para tratar las complicaciones peligrosas. (3)

Se estima que todos los años 15 millones de mujeres menores de 20 años concluyen sus embarazos, lo que representa más de 1 nacimiento de cada 10 en el mundo y 1 de cada 5 en algunas partes de Africa. La probabilidad de morir en el parto de las mujeres de 15 a 19 años es dos veces mayor que la de las

TESTES CON
FALLA DE ALGUNAS

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.....

mujeres de 20 a 29 años. Las mujeres menores de 17 años en particular corren un riesgo mayor. Entre las mujeres de 40 a 44 años, el riesgo de muerte es cinco veces mayor que entre las mujeres de 20 a 29 años. (3)

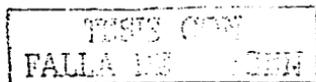
Los estudios sugieren que, si las mujeres practicaran la planificación familiar para espaciar todos los embarazos en intervalos de al menos dos años, podría evitarse una de cada cuatro defunciones infantiles. El espaciamiento de los embarazos por más de dos años ayuda a la mujer a tener hijos más sanos y les da a éstos un 50% más de probabilidad de sobrevivir. (3)

Las mujeres que tienen acceso a servicios de planificación familiar de buena calidad pueden tomar decisiones respecto de la reproducción. Para algunas mujeres, el poder regular su fecundidad les deja abierta la puerta para otras importantes decisiones y oportunidades. (3)

El conocimiento de los métodos anticonceptivos está ampliamente difundido entre la población de mujeres mexicanas; el 98% de ellas conoce al menos un método de control de la fecundidad, el 77% conoce 6 o más métodos y el 1.2% conoce solo uno.

Dentro de este amplio conocimiento existen diferencias dependiendo de las características sociodemográficas de las mujeres. Las mujeres más jóvenes conocen en general menos métodos que las de mayor edad, excepción hecha del grupo de mujeres entre los 45 y 49 años, en donde un 2.7% conoce métodos y el porcentaje de las que conocen 6 y más es de los más bajos. (4)

La escolaridad es un factor vinculado con el conocimiento de métodos de control de la fecundidad. Mientras que en el grupo de mujeres sin escolaridad se concentra el desconocimiento de métodos, 7.5%, este porcentaje disminuye a medida que aumenta la escolaridad. De manera complementaria, una de cada dos mujeres sin escolaridad conocen más de 5 métodos, mientras que más de 9 de cada 10 con secundaria y más declaran conocer este número.



Una situación similar aunque no tan polarizado ocurre con el tamaño de la localidad de residencia. El 2.4% de las mujeres que viven en localidades rurales no tiene conocimiento de métodos de regulación, lo cual ocurre en el 1.9% de las mujeres que residen en localidades urbanas. En el otro extremo, de estas mismas mujeres, el 81.9% conocen 6 métodos o más, cuando las que habitan en localidades rurales este porcentaje desciende al 64.6%. (4)

Cuando se analiza la región de residencia, se aprecia que las regiones norte y sur muestran comportamientos semejantes a diferencia del Area Metropolitana de la Ciudad de México, en donde se dan los porcentajes más altos de conocimiento de medios de control natal.

Además de diferencias en el número de métodos conocidos, existen desigualdades en cuanto al tipo de métodos que conocen las mujeres entrevistadas, que son producto de su difusión, de su forma de uso, etc. Entre los más conocidos destacan las pastillas, las inyecciones, el dispositivo intrauterino, la esterilización tanto femenina como masculina y los condones. Menos conocidos son los métodos naturales, el Norplant y los locales. Este conocimiento de métodos es además similar entre el total de mujeres en edad fértil y las mujeres en edad fértil unidas, a excepción de los métodos naturales, que presentan un ligero mayor conocimiento entre la población total que entre la de mujeres unidas. (4)

Asimismo, entre los métodos que más han utilizado las mujeres coinciden aquellos que más se conocen, excepción hecha de la operación masculina, que si bien es reconocida por un alto porcentaje, su utilización es escasa. El uso de pastillas, DIU y en especial de inyectables se concentra en las mujeres unidas, lo que se desprende de la importante diferencia entre sus porcentajes de uso pasado. Por otra parte, destaca el alto uso de condones, en comparación con los demás métodos locales.

Uno de los principales indicadores para medir el impacto de los programas de planificación familiar es el porcentaje de mujeres usuarias de algún método de regulación de la fecundidad. A partir de que se iniciaron los programas respectivos, se ha detectado un incremento en las coberturas de usos de anticonceptivos. En 1976 se estimó que el 30.2% de las mujeres unidas se

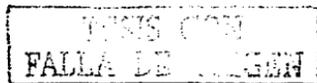
TESIS CON
FALLA DE IMPRESIÓN

encontraba usando algún método. Entre este año y 1982, esta cobertura logró el mayor incremento relativo, al alcanzar el 47-7%, para cinco años después elevarse 5 puntos porcentuales, en lo que se puede calificar como una detención en los incrementos de este indicador. En el período de 1987 a 1994 se registra una recuperación en la dinámica de este indicador y para el último año se alcanza una cobertura del 63.1% de las mujeres en edad fértil. (4)

Una de las variables que mayor relación tiene tanto con la fecundidad como con el uso de métodos de planificación familiar es la edad, ya que es a través de ella que se dan las diferentes etapas en la vida reproductiva de la mujer, lo que adicionalmente interviene en el impacto que tiene los programas tanto en los indicadores demográficos como en la salud.

En este sentido se aprecia un incremento en las coberturas de todos los grupos de edades. Cabe mencionar que las mayores coberturas continúan siendo las de las mujeres de entre 30 y 39 años de las cuales alrededor de tres de cada cuatro están protegidas por un método anticonceptivo, mientras que en los grupos de edad extremos esta cobertura es de cerca de una de cada tres mujeres unidas. Es importante destacar que el grupo que mayor aumento registró fue el de 45-49 años, en el que una de cada tres mujeres unidas era usuaria en 1987 para en 1994 ser una de cada dos. (4)

En relación con los métodos utilizados por las usuarias destacan algunos cambios observados en las tendencias pasadas. Por una parte el uso de hormonales orales continúa con su tendencia a la baja, la cual se presenta a partir de 1979, año en el que poco más de una de cada 3 mujeres las había adoptado para limitar o espaciar el nacimiento de sus hijos; actualmente la utilizan aproximadamente una de cada 7. Esta misma tendencia aunque menos acentuada se presenta en el uso de métodos tradicionales, el que ha disminuido a prácticamente la mitad respecto a 1976. El descenso en el uso de estos métodos seguramente obedece a una cada vez mayor acumulación de mujeres que adoptan la esterilización femenina como medio de control de la fecundidad. El incremento en su uso ha sido paulatino, comenzando en cerca del 9% en 1976 hasta alcanzar el 45% en 1994. Los métodos restantes mantienen de manera general los porcentajes de uso que han presentado tradicionalmente.



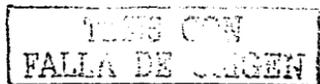
La educación tiene una influencia singular en el uso de métodos de planificación familiar, y en parte, como consecuencia de esto, el uso de metodología anticonceptiva está siendo influido por esta variable. Mientras que el 38.7% de las mujeres unidas no escolarizadas utilizaban algún método anticonceptivo poco menos del doble de las que cuentan con estudios de secundaria o más los utilizaban. (4)

El sector público se ha consolidado como el principal proveedor de medios de control de la fecundidad a la población usuaria, lo que se ha ido logrando a través de las acciones que en materia de planificación familiar se han llevado a cabo en el país por las instituciones que lo conforman. Así, tras haber atendido a una de cada dos usuarias de anticonceptivos en 1979 actualmente atiende a casi siete de cada diez.

Dentro del sector público destaca la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual atendía en 1997 al 37.1% de las usuarias. Por otra parte la Secretaría de Salud logró un incremento en sus actividades respecto a 1987 al atender a cerca de una de cada cinco usuarias del país.

En lo que respecta al sector privado se detecta un descenso en las farmacias como lugar de obtención de los métodos, las cuales reducen su participación en alrededor de cinco puntos porcentuales. Por su parte, los consultorios no presentan variación importante, y continúan atendiendo a una de cada siete usuarias como lo han venido haciendo desde 1979.

La distribución por método de las distintas instituciones del sector salud refleja el efecto de las acciones diferentes que en ellas se dan. Por ejemplo, las instituciones de seguridad social cuentan con un programa postparto en donde se da mayor promoción a métodos tales como quirúrgicos y el dispositivo intrauterino. Si bien la Secretaría de Salud tiene un porcentaje importante de usuarias de métodos quirúrgicos y de dispositivo intrauterino, tiene también un elevado porcentaje de uso de métodos hormonales; una de cada cuatro usuarias de esta institución utiliza estos medios de planeación familiar. (4)



ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.....

Para el total de usuarias del sector salud destaca el hecho de que 6 de cada 10 usuarias lo son de algún método quirúrgico, lo que es resultado de la acumulación de mujeres que han sido intervenidas quirúrgicamente desde el inicio del programa y que continúan dentro del período fértil.

Por otro lado es también importante conocer las razones de no uso de métodos anticonceptivos como medidor de los alcances de los programas de planificación familiar, ya que a través de estas, es posible conocer cuales son las necesidades insatisfechas de la población, permitiendo una retroalimentación en las campañas relacionadas con la cobertura de la anticoncepción en nuestro país.

Dentro de las causas de no uso de anticonceptivos destaca el hecho que una de cada tres mujeres en edad fértil unidas declara no necesitarlo por no estar expuesta, es decir, está en la menopausia, su esposo o compañero está ausente, no tiene relaciones o bien se sabe estéril. Un 10.7% de las mujeres esta buscando un embarazo y cerca de una de cada diez está lactando y no cree necesario utilizar un método. Estas causas de no uso imponen una cota superior a la cobertura factible en los programas respectivos, ya que, como lo muestran estas cifras, no todas las mujeres en edad fértil requieren de un método de control natal. (4)

Por otra parte existe un 6.1% de mujeres que no conocen métodos anticonceptivos, no saben dónde conseguirlos, o no saben como usarlos, un 4.0% está enferma y no puede utilizarlos, un 9.7% no los utiliza por temor a los efectos colaterales, un 3.5% experimentó efectos colaterales y un 9.0% no lo usa por negligencia.

Existen otras barreras para el uso de métodos que son más culturales, como el caso de la oposición de la pareja o de otros familiares, así como el que la mujer misma no esté de acuerdo con el uso. Estas dos causas acumulan el 9.9% de las razones de no uso.

La anticoncepción de emergencia, conocida anteriormente como anticoncepción postcoital, es aquella que tiene como finalidad evitar el embarazo una vez que ha ocurrido la eyaculación, intravaginal o en los

TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

genitales externos, en la etapa fértil del ciclo menstrual de la mujer. Esta se logra con medidas que eviten la penetración de los espermatozoides en el canal cervical o impidiendo la implantación del óvulo fecundado en la cavidad uterina, o bien la ovulación.

El término de anticoncepción de emergencia se ajusta más a la realidad que el de anticoncepción postcoital porque implica que sólo debe usarse en casos de emergencia y no como una alternativa para uso frecuente. También la anticoncepción hormonal postcoital conocida como píldora de la mañana siguiente, ha sido substituida por el de anticoncepción hormonal de emergencia porque el término anterior sugiere que solo se puede utilizar al día siguiente, cuando en verdad se puede usar en las primeras 72 horas.

En Inglaterra se realizan 170 000 abortos anuales, la mayoría de los cuales se pudiera evitar con una campaña a favor de la anticoncepción de emergencia, la cual tendría un efecto muy favorable sobre los costos de la atención médica. (1)

Los antecedentes históricos de esta modalidad anticonceptiva se remontan muchos años atrás. La ducha postcoital constituye uno de los métodos anticonceptivos más antiguos y su historia está íntimamente ligada a la de los espermaticidas, porque muchas de las recetas recomendadas eran para ser usadas, no sólo antes del coito, sino también después de la eyaculación. En 1500 a.C. aparecieron en las escrituras egipcias mezclas basadas en vino y ajo con hinojo para duchas vaginales postcoitales. También había todo tipo de recomendaciones curiosas para evitar el embarazo luego de la eyaculación. Soranos, célebre médico griego de la primera mitad del siglo II d.C., recomendaba lo siguiente "...la mujer debe, en el momento durante el coito cuando el hombre eyacula, sostener su respiración, retirar su cuerpo hacia atrás un poco, en forma tal que el semen no pueda penetrar en el orificio del útero e inmediatamente levantarse y sentarse con las rodillas dobladas y en esta posición ocasionar estornudos. Seguidamente deberá limpiarse la vagina cuidadosamente y, además, tomar agua fría.

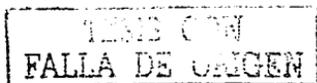
TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

En el siglo X d.C., el médico persa Al-Razi (850-923 d.C.) recomendaba lo siguiente: primero, inmediatamente después de la eyaculación los dos se separan y permítase que la mujer se levante vigorosamente, estornude y suene repetidamente la nariz y hable en voz alta. Debe saltar vigorosamente hacia atrás de 7 a 9 veces. Es de hacer notar que este mismo autor consideraba que saltando hacia delante se aseguraba el embarazo.

En la época medieval y en el renacimiento aparecieron recetas que utilizaban las más variadas sustancias químicas y, hacia finales del siglo pasado y principios de éste, también se popularizaron mucho los utensilios para duchas vaginales que llegaron hasta el desarrollo del bidé. El uso de preparaciones para administración oral postcoital se recomendaba ya desde principios del siglo XXIII y, en 1909, un autor alemán recomendaba bebidas a base de sabia de sauce y bórax.

El advenimiento de las hormonas en este siglo, llevó a los investigadores a estudiar cual de ellas era capaz de prevenir un embarazo y estudios en animales demostraron que el estrógeno era el más efectivo para prevenir la implantación del blastocisto. Pero no fue sino hasta mediados de la década de los 60', en que Morris y Van Wagenen (1966), presentaron sus primeras experiencias en humanos. La administración de estrógenos, progestágenos o la combinación de ambos ha sido ensayada más recientemente y es la llamada anticoncepción hormonal de emergencia. El primer informe sobre la efectividad del DIU con cobre para prevenir embarazos cuando se inserta luego de un coito no protegido, fue presentado al público por Lippes (1976). En la década de los 90' se ha ensayado con éxito el danazol y la mifepristona. (1)

Dentro de los antecedentes del empleo de la anticoncepción de emergencia se sabe que es un método que se empezó a emplear desde 1960 para la prevención del embarazo en parejas que tienen relaciones sexuales no protegidas, un término menos apropiado con el que se conoce a este método de regulación de la fertilidad es el de anticoncepción postcoital o de la mañana siguiente, su uso narra desde el año 1500 en papiros egipcios sin embargo fue hasta recientemente que las investigaciones han sido realizadas para poder disponer del método como una alternativa más dentro del marco de la planificación familiar. A partir de los años sesenta se inició la administración



de dosis altas de estrógenos y para inicios de los años setenta se introdujo la combinación de estrógenos y progesterona conocido como régimen de Yuzpe. En 1976 se empezó a utilizar la inserción de un dispositivo intrauterino postcoital como parte del programa de anticoncepción de emergencia. (5)

Recientemente se han puesto a prueba otros componentes en el manejo de la anticoncepción de emergencia, dentro de los que se incluyen el levonorgestrel, la mifepristona y el danazol. (6)

Existen aún controversias sobre la magnitud de sus efectos protectores, poca gente se pregunta la importancia del rol de la anticoncepción de emergencia en la prevención del embarazo no deseado y su repercusión en la mortalidad y morbilidad materna resultado de la disminución de la práctica del aborto. (6)

En China, la planificación familiar esta basada conforme a sus estrategias en materia de políticas de salud, dentro de los métodos con los que cuentan se encuentran el dispositivo intrauterino, la esterilización femenina y la masculina, hormonales orales, inyectables e implantes subdérmicos, estos últimos en poca proporción. La incidencia de aborto es alta debido a la falla de los métodos y las relaciones sexuales no protegidas por lo que se ha puesto atención en la anticoncepción de emergencia para la prevención de embarazos no deseados y su inclusión en sus programas de planificación familiar con la implementación de nueva tecnología contraceptiva para conseguir tales fines. (8)

La anticoncepción de emergencia se desarrolló en los años sesenta en los Estados Unidos cuando Morris y Wagenen iniciaron la administración de etinilestradiol en dosis altas, deduciéndose que la prevención es preferible al tratamiento, tomando como alternativa a la anticoncepción de emergencia antes de recurrir al aborto o al embarazo no deseado.

En 1964 la policía de Amsterdam capturó a una chica de 13 años que fue violada por 3 hombres, estaba en la mitad del ciclo y un veterinario le indicó sobre dosis usadas en perros para la administración postcoital de etinilestradiol,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

este método a partir de entonces se ha conocido como la pildora de la mañana siguiente con un máximo de consumo de 55,000 en un año en suecas en 1975. Este hecho es conocido desde hace algún tiempo, en monos difieren en que los estrógenos no tienen efecto abortifaciente cuando ha ocurrido la anidación, en hombres tampoco se interfiere el embarazo si el huevo ya se ha implantado, el método no debe usarse de rutina, y en la serie de los autores ha ocurrido una tasa de embarazo de 0.15%. (9). Los efectos colaterales del etinilestradiol son un 54% de náusea, 24% de vómito, 23% con turgencia mamaria, 11% con metrorragia, en cuanto al mecanismo de acción se sabe que hay un rápido transporte del huevo en el oviducto, las biopsias endometriales muestran un retardo en la maduración del endometrio, las vacuolas basales no se encuentran después del cuarto día de la fase secretoria, que se ve claramente en la segunda fase del ciclo, así, se evita la implantación, si ésta ya ha ocurrido la anticoncepción de emergencia no tiene efecto.

Posterior al régimen de etinilestradiol solo, se formuló la combinación de estrógenos y progestágenos, Yuzpe la describió como anticoncepción de emergencia con la dosis de 50mcg de etinilestradiol y 250mcg de levonorgestrel en dos dosis durante las 72 horas posteriores al coito, su ventaja es una menor dosis, comparada con 5mg de etinilestradiol por 5 días, se condujo un estudio doble ciego para comparar los dos métodos y los resultados fueron excelentes en ambos grupos sin diferencias en las tasas de embarazo y contrariamente a lo esperado los efectos colaterales fueron los mismos con un 46% de náusea y 13% de vómito, en la opinión de los autores prefieren el método de Yuzpe.

Posteriormente se utilizó el levonorgestrel solo y se hizo un estudio prospectivo para comparar el método de Yuzpe y la administración de 0.75mg de levonorgestrel en dos dosis con separación de 12 horas, las tasas de falla fueron de 2.6 y 2.4% respectivamente, con menores efectos colaterales para el grupo tratado con levonorgestrel es por ello que quizá la administración de levonorgestrel sea una mejor elección. (9).

Se implementó también la utilización de la inserción de un dispositivo intrauterino postcoital, en 1981 Lippes et al propusieron el DIU postcoital para prevenir el embarazo como alternativa del método hormonal en mujeres con más de 72 horas a partir de la relación sexual no protegida pero a menos de 7

días de ésta, el DIU es preferido como método anticonceptivo regular, puede usarse en aquéllas mujeres en que los estrógenos están contraindicados, como puede ser antecedente de trombo embolismo previo, hepatopatía o cáncer mamario. Su desventaja es que en mujeres con cervicitis o enfermedad pélvica inflamatoria puede haber complicaciones, en nulíparas debe tenerse cuidado sobre su fertilidad futura, existe riesgo de aborto séptico si se inserta después de que la implantación ha tenido lugar.

El efecto del cobre es como sigue: la dispersión del cobre en el primer mes de uso del DIU es importante para su uso postcoital, en ratones una concentración de 2.5×10^{-4} a la menos 5 mol/l es embriotóxico, el DIU de cobre con 200 mm cuadrados de superficie de cobre tiene una concentración de 9×10^{-4} a la menos 4 mol/l en su liberación en la cavidad uterina, su alta eficacia está estrechamente unida al poder embriotóxico del cobre en el útero. En la experiencia de los autores no han ocurrido embarazos con el uso del DIU y es una opción cuando ha pasado el tiempo para usar los métodos hormonales postcoitales y 7 días después de la relación sexual no protegida. (9)

Existe otra opción en anticoncepción de emergencia que probablemente sea menos aceptada para su utilización por emplearse medicamentos con bien conocido efecto abortivo, tal es el caso del uso de antiprogestinas durante la fase lútea.

La implantación del blastocito depende de la progesterona, las antiprogestinas compiten por los receptores de la progesterona y nulifican la progesterona endógena. La administración de mifepristona (RU486) en la fase lútea del ciclo produce una caída dramática de los niveles plasmáticos de los esteroides endógenos, progesterona y estradiol, y ha sido usada en la anticoncepción de emergencia entre los días 21 y 28 del ciclo. Cuando se emplean la menstruación ocurre en aproximadamente dos días, este sangrado ocurre en presencia de embarazo temprano esté o no implantado, es por ello que es un método separado del uso del DIU postcoital y de los esteroides postcoitales con el uso de abortifacientes. (9)

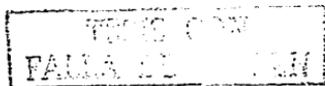
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Son todos los referidos los métodos empleados a lo largo de los años en la anticoncepción de emergencia y pueden ser indicados cuando sea necesario, los países con buenos niveles de salud disponen de anticoncepción de emergencia y tienen bajas tasas de abortos. Los fármacos y dispositivos empleados como anticonceptivos de emergencia han sido aprobados por la Agencia de los Estados Unidos de Alimentos y Fármacos, su uso ha sido aprobado en Europa. Aún no han sido aprobados por la FDA para su uso como anticonceptivos de emergencia. Estudios clínicos de investigación han demostrado que la anticoncepción de emergencia empleando los anticonceptivos hormonales existentes y los dispositivos intrauterinos disponibles es inocua y eficaz.(9)

Se realizó una declaración sobre la anticoncepción de emergencia en Belagio, Italia, auspiciada por la fundación Rockefeller, que reunió a 24 expertos alrededor del mundo en los campos de la investigación, política, comunicación y medicina, así como abogados, en 1995, en cooperación con autoridades en salud reproductiva, salud internacional de la familia, el Population Council y la Organización Mundial de la Salud.

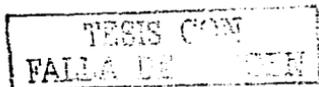
Se incluyeron métodos de anticoncepción de emergencia como el método de Yuzpe y la inserción del DIU con un 75 a 99% de éxito, al igual que la utilización de levonorgestrel solo, bajo la espera de la administración de la mifepristona en dosis única, para mujeres que requieran de anticoncepción en una relación sexual no protegida para prevenir el embarazo no deseado.

Se consideraron tres razones por las cuales los métodos no son usados ampliamente, una por la evidencia de mujeres poco informadas que deben conocer los métodos antes de necesitarlos y se debieran de ofrecer en las visitas de rutina como método profiláctico. Otra es porque hay pocos productos marcados como anticonceptivos de emergencia, muchos están designados como anticoncepción de rutina y se debieran manufacturar los anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino de cobre en forma pública para informar sobre la anticoncepción de emergencia con ayuda de la industria farmacéutica. Y finalmente, los proveedores de salud muestran renuencia para proveer el método por falta de conocimiento en cuanto a que no son abortifacientes y solo previenen el embarazo.



Por lo anterior se deduce que todas las mujeres deben de estar informadas y tener acceso a la anticoncepción de emergencia como una realidad y los expertos sugieren las siguientes recomendaciones:

- La anticoncepción de emergencia debe ser segura, efectiva, conveniente de usar y fácilmente accesible.
- La combinación de etinilestradiol con levonorgestrel y el dispositivo intrauterino de cobre son los mejores métodos de anticoncepción de emergencia y deben ser ofertados
- Los antiprogéstágenos deberán ser objeto de investigaciones futuras y son un método prometedor de anticoncepción de emergencia.
- En cuanto a política y regulación, las agencias gubernamentales y no gubernamentales deben incluirlos en programas de planificación familiar en todas las naciones en su cuadro básico de medicamentos.
- La regulación de medicamentos requiere una descripción de éstos métodos.
- Se debe informar a grupos de mujeres y grupos interesados sobre la anticoncepción de emergencia.
- Se deben incluir grupos con necesidades especiales como son los adolescentes.
- Se debe informar sobre sus contraindicaciones
- La información deberá cubrir a mujeres que tengan un método fijo de planificación familiar, así como grupos de adolescentes y mujeres solteras.
- Debe estar disponible en casos de violación
- Las mujeres deberán ser enviadas a los centros de salud donde se tenga el recurso
- En la consulta de planificación familiar las mujeres deberán escoger el método anticonceptivo apropiado para cada caso, con información completa del mismo y asesoría sobre anticoncepción de emergencia para su uso futuro.
- La anticoncepción de emergencia hormonal es apropiada para su distribución en todas partes, incluyendo clínicas, farmacias y programas comunitarios, además de tener disponible la inserción de dispositivo intrauterino de cobre para la anticoncepción de emergencia
- Se deberán hacer más investigaciones sobre el tema
- Se deberán recolectar los resultados del uso de la anticoncepción de emergencia para demostrar su prevalencia.



ASPECTOS LEGALES

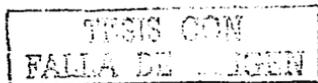
Existen fundamentos éticos, médicos y legales que sustentan la posibilidad de incluir la anticoncepción de emergencia como parte de los servicios médicos dentro de los que se cuentan el artículo 4º de la Constitución Política Mexicana acerca del derecho de las parejas a decidir libremente y en forma informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos de donde se desprende que la planificación familiar es un componente del derecho a la protección de la salud.

En el Código Penal se encuentra legislado lo concerniente respecto a la práctica del aborto y la importancia de su conocimiento radica en la difusión de este procedimiento como parte de una solución ante embarazos no deseados, situación que puede preverse a través de programas de planificación familiar y oferta de métodos que coadyuvan al logro de las metas en el ámbito de esta área de la salud.

En el artículo 67 de la Ley General de Salud se ha establecido que la Planificación familiar tiene carácter prioritario para disminuir el riesgo reproductivo mediante información correcta, oportuna, eficaz y completa, amable y respetuosa para la pareja.

El reglamento de la Ley General de Salud establece la obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado, de proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios de planificación familiar en los que se incluye la información, orientación y motivación respecto de la planificación familiar de acuerdo con las normas que al efecto establece la Secretaría de Salud.

Existen dudas acerca de si la utilización de la anticoncepción de emergencia puede promover abortos para lo cual existen definiciones que apoyan la inexistencia de tales aseveraciones.



La federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en su comité sobre Aspectos Éticos en Reproducción Humana y Salud de la Mujer definió recientemente al embarazo como "la reproducción humana natural es un proceso que implica la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión en la fertilización. El embarazo es aquella parte del proceso que inicia con la implantación del conceptus en una mujer y termina con el nacimiento o con un aborto". (15)

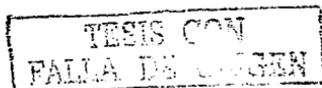
El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos emitió un documento que se refiere a la protección de los sujetos humanos, que en su página 12 define: "embarazo comprende el período de tiempo desde la confirmación de la implantación hasta la expulsión o extracción del feto.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia publicó en 1998 una "Declaración sobre Métodos Anticonceptivos", que enumera 11 eventos fisiológicos considerados esenciales para el establecimiento del embarazo, que inician con "el proceso de maduración normal del esperma y del óvulo" y terminan con el proceso de "la implantación del blastocisto en la mucosa uterina, al final del cual se establece el embarazo". El mismo organismo añade: "el mecanismo de acción anticonceptiva de todos (...los métodos no de barrera...) puede afectar el proceso posteriormente a la fertilización pero previamente al embarazo.

De conformidad con lo anterior, son legales todos aquéllos métodos capaces de prevenir un embarazo y cuyos efectos se produzcan previamente a la concepción.

La SSA ha incluido en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), información sobre todos aquellos métodos que son acordes al marco jurídico y que al momento de su expedición en 1994, habían sido considerados como seguros y eficaces después de extensas evaluaciones nacionales e internacionales.

Existe la declaración realizada en Belagio, Italia descrita previamente para la regulación de la anticoncepción de emergencia.



ESTADO ACTUAL DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

Durante 1998, se concluyeron las consultas entre la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud y la Dirección General de Asuntos Jurídicos, El Consejo Nacional de Población y Organizaciones no Gubernamentales, para la revisión de los aspectos legales de la anticoncepción de emergencia, integrándose un documento de consenso cuyos aspectos principales incluyen el marco jurídico y conclusiones basadas en este marco, las limitantes, el hecho de que el aborto no debe considerarse como un método de planificación familiar, definiciones, características, impacto sobre la salud reproductiva y elementos de consejería.

Se ha recibido una declaratoria de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en cuanto a la definición de "Concepción" y se espera que la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia extienda un documento en el que se declara miembro de la FIGO y por tanto que sigue sus lineamientos y normatividad.

Con las acciones anteriores, se facilita la incorporación del concepto de "anticoncepción de emergencia" a la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que actualmente se encuentra en revisión para su actualización.

Una vez que se haya resuelto el aspecto legal y normativo, se promoverá la instrumentación de programas de Información, Educación y Comunicación.

México ha adquirido compromisos para incorporar al ámbito nacional, en su marco jurídico o en sus planes y programas, en la medida de sus posibilidades y de acuerdo con su situación particular, las recomendaciones incluidas en los programas de acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo social



(Copenhage, 1995) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) .

Entre los temas tratados en los eventos mencionados, destaca la necesidad de dar el debido reconocimiento a los derechos reproductivos, mediante respuestas de índole práctica, que partan de una visión integral de la salud reproductiva. En este sentido, la introducción al ámbito nacional de la anticoncepción de emergencia constituye uno de los avances del gobierno en el cumplimiento de los compromisos adquiridos a escala internacional.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

El método anticonceptivo que evita el embarazo Hasta tres días después de una relación sexual sin protección

A pesar de la amplia gama de anticonceptivos disponibles, existen alrededor de 1,244,830 embarazos no deseados en México. Alrededor del 67% de las mujeres unidas en edad reproductiva utiliza métodos anticonceptivos, pero hay muchas mujeres (adolescentes, nulíparas, mujeres no unidas) que no regulan su fecundidad a pesar de no desear un embarazo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICION.

Se definen como anticoncepción de emergencia aquéllos métodos anticonceptivos que pueden ser usados después del coito para prevenir un embarazo no deseado en los siguientes casos:

- Violación
- Falla del método usual
- Relación sexual no protegida
- Relación sexual no planeada

FUNDAMENTOS.

Las características que hacen conveniente la introducción en México de este tipo de anticoncepción son:

- La capacidad de prevenir un embarazo no deseado, después del coito y antes de la concepción
- La posibilidad de prevenir un embarazo después de la falla del método
- La elevada eficacia anticonceptiva
- La seguridad farmacológica
- La antigüedad y validación de su uso en el ámbito internacional
- La facilidad de su uso
- El bajo costo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSEJERIA

Deben considerarse algunos elementos de consejería en la anticoncepción de emergencia, a saber:

- No protege de las enfermedades de transmisión sexual
- La efectividad anticonceptiva si el uso es rutinario es menor a la de otros métodos
- La ausencia de contraindicaciones absolutas no aplica al uso repetido del método
- La presencia de efectos colaterales transitorios es mayor a la de otros métodos hormonales.
- La toma repetida del método altera el reconocimiento de las fases del ciclo menstrual

Es imprescindible asesorar a las pacientes sobre los aspectos básicos de la anticoncepción de emergencia con el fin de ofrecer un mejor servicio que repercute finalmente en la protección de la salud reproductiva de las pacientes. Con este fin se han realizado múltiples encuestas para conocer el grado de información que existe entre las usuarias del método y aquellas que desconocen el mismo con el fin de fomentar acciones que coadyuven a la difusión del mismo, todas ellas concluyendo que la educación para la salud es el instrumento más importante en la prevención de embarazos no deseados y la necesidad de impulsar al personal de la salud a satisfacer las necesidades de educación para la salud. (16)

En 1997, se reportaron los resultados encontrados en una encuesta realizada por vía telefónica para comprobar el poco conocimiento y la limitada práctica que existe entre el público en general y los ginecoobstetras respecto a la anticoncepción de emergencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

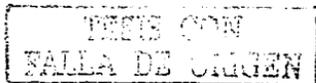
Los embarazos no deseados ocurren en 10% de mujeres que no usan anticonceptivos, 1.7 millones (47%) ocurren entre mujeres que reportan usar un método y cuyo embarazo se da por uso inapropiado del método empleado. Por más de 20 años existe el uso de la anticoncepción de emergencia en los Estados Unidos.

Se hicieron llamadas telefónicas para conocer las actitudes del público en 2002 adultos de 18 años o más entre el 12 de octubre y el 13 de noviembre de 1994. 1000 llamadas correspondieron a mujeres y 1002 a hombres. Las preguntas fueron si las mujeres que tenían relaciones sexuales y habían pensado que podían embarazarse, sabían que podían prevenir o no un embarazo en los siguientes días el coito, y la segunda pregunta fue si habían oído hablar sobre la píldora de la mañana siguiente, también llamada anticoncepción de emergencia.

Los resultados reportan que más de un tercio de las mujeres y hombres (36%) respondieron que conocían que podrían prevenir el embarazo, la mayoría dijo que los había escuchado nombrar, 55% dijeron que lo habían escuchado, 9% sabían que el método es efectivo si se toma en las 72 horas que siguen al coito. Un 48% había hablado de estos con un profesional. 65% habían escuchado la anticoncepción de emergencia comparado con un 45% que no habían tenido información.

Los médicos refirieron en un 77% que el método era muy familiar, y 22% que era poco familiar, 70% no están en desacuerdo con su uso, de los que lo consideran muy familiar piensan que es seguro en un 88% y muy efectivo en 85%, sin embargo solo 7% lo aconseja para su utilización en la consulta de rutina. (22).

La población de adolescentes representa un grupo de riesgo y desgraciadamente aún no se ha difundido ampliamente la utilización de métodos anticonceptivos en nuestro país a diferencia de lo que ocurre en el ámbito mundial. Polaneczky reporta que se ha observado una declinación modesta de las tasas de embarazo gracias al incremento en el uso de preservativos, parece ser efectivo sin riesgo de incrementar la frecuencia e incidencia de las relaciones sexuales. Respecto a la anticoncepción de



emergencia aún no es utilizada por este grupo etario y sugiere la inclusión de esta información en los programas de educación escolar. (17)

Hasta el momento se han realizado numerosos estudios en todo el mundo para conocer las actitudes y conocimientos de los proveedores y usuarios de anticoncepción de emergencia. La mayoría del Reino Unido, todos ellos elaborados en la época de los 90'y a través de cuestionarios, correo electrónico, vía telefónica o entrevistas.

En el Reino Unido las mujeres son mas conscientes de la anticoncepción de emergencia, aunque solo 10% definen el método espontáneamente, aproximadamente todas las mujeres pueden dar una descripción breve del método. En Finlandia las mujeres jóvenes lo conocen en un 80%. Solo la mitad de mujeres de mayor edad en Estados Unidos lo conocen. (23)

Smith encontró que 94% ha escuchado el método, 95% de éstas pacientes saben que pueden obtenerlo con su médico o en su clínica. Aproximadamente el 71% dijeron que debería estar disponible ampliamente, 21% creen que se debe vender directamente en las farmacias y solo 14% lo ha usado alguna vez.(24)

El estudio realizado por Crossier en el Reino Unido reporta que el 14% de las mujeres no lo usan por razones morales o religiosas, o porque ya cuentan con esterilización quirúrgica. (23)

Basándose en los resultados de 6 estudios representativos, el Reino Unido tienen las más altas tasas de uso de anticoncepción de emergencia, donde 12% lo han usado alguna vez, 4% lo han usado en Finlandia y solo 1% en Estados Unidos. Es claro que en el Reino Unido hay más oferta y acceso del método. (23)

Es común que se crea por los expertos de planificación familiar que las mujeres lo usen como un método regular, sin embargo, Crossier refiere que no se debiera decir ello empíricamente, en su estudio, las mujeres que usaron



anticoncepción de emergencia la gran mayoría (74%) lo han usado solamente una vez, aproximadamente el 20% lo ha usado 2 veces, y sólo el 6% lo ha usado 3 veces o más en su vida. (23)

En Finlandia se interrogó a un grupo de mujeres y encontraron que no lo usan como único método, además, se encontró que en las usuarias de anticoncepción de emergencia era más común el empleo de otro método de planificación familiar.(23)

Un hallazgo importante que se desprende de estos estudios es que las mujeres tienden a sobrestimar los efectos secundarios como causa de riesgo para su salud con el empleo de la anticoncepción de emergencia, a pesar de que la OMS ha determinado que no hay contraindicaciones para el régimen de Yuzpe. En países donde su introducción es reciente, los aspectos referentes a la salud son particularmente pronunciados, en Kenia se observó que cerca de la mitad de las usuarias de planificación familiar estuvieron preocupadas por los riesgos para su salud vinculados con la anticoncepción de emergencia. De manera similar en México, se observó que 52% de los usuarios opinan lo mismo. (23)

Fueron dirigidos varios estudios de opinión en las pacientes que abortan, de 13 estudios, 10 son de varias partes del Reino Unido, los otros de Nueva Zelanda, Zheng Zhou City en China y Zambia. El porcentaje de respuesta fue mayor del 90%, 7 de los 13 estudios evaluaron los conocimientos y actitudes de este grupo en particular, reportando que solo un bajo porcentaje (menos del 10%) ha usado anticoncepción de emergencia, similar a la población general, en Nueva Zelanda 38% de los usuarios ha usado el método. El más bajo índice de conocimientos acerca del método se encontró en una zona pobre de Londres. En general se encontró que aproximadamente dos tercios de las pacientes que se habían practicado un aborto tienen algún conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia, sin embargo no se encontró que las mujeres conocieran con detalle el método ni el tiempo límite para empezar el tratamiento. (23)

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

Pese a ello en algunos estudios las mujeres afirmaron que habrían usado el método si lo hubieran conocido, con porcentajes de hasta 62 y 63%, igualmente mencionaron que lo habrían usado si se encontrara disponible en las farmacias. (23)

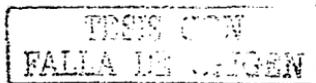
Las adolescentes son particularmente candidatas para el empleo de la anticoncepción de emergencia, los estudiantes tienen vida sexual esporádicamente y pueden no emplear métodos anticonceptivos en forma regular, existen más de 20 estudios realizados en este grupo de pacientes, realizados en el Reino Unido, Kenia, Nigeria, México, España, Irlanda, Canadá y Estados Unidos. Los estudios revelaron que el método es popular entre la gente joven cuando lo conoce, en el Reino Unido el 17% de las consultas fue por anticoncepción de emergencia, en España, 25%.

Se encontró que los jóvenes siguen las instrucciones con diligencia y la mayoría (85%) acuden a seguimiento, además no lo emplean como método regular de anticoncepción. (23)

Un grupo de particular interés son los conocimientos y actitudes que tienen los proveedores de la salud sobre la anticoncepción de emergencia pues son precisamente los encargados de difundir adecuadamente la información de la que se dispone hasta el momento, de tal forma que se han llevado a cabo también estudios de este tipo para conocer la aceptación que existe entre la comunidad médica el empleo de esta metodología anticonceptiva.

Se encontraron porcentajes moderadamente altos de respuesta (80%), la mayor parte de las muestras son pequeñas, (aproximadamente 100). Se incluye personal dedicado a la atención de clínicas de planificación familiar, ginecólogos, médicos encargados de estudios para la salud o funcionarios de anticoncepción de emergencia.

En el Reino Unido se aprecia que la mayoría de los proveedores ofrecen la anticoncepción de emergencia, sin embargo el grupo responsable de la atención a los usuarios está pobremente adiestrado lo que provoca una mala o peor impresión por parte de los mismos, muchos de los estudios encontraron



actitudes que juzgan el método, se rehusan a usarlo en mujeres que no cuentan con un método regular y otros sólo lo ofrecen en casos de violación. (23)

Además se sobrestiman los riesgos del empleo de la anticoncepción de emergencia, 29% de los encuestados creen que su uso posee un alto riesgo para la salud. En la misma proporción algunos proveedores restringen su uso a 48 horas. Por otra parte el uso innecesario de pruebas de embarazo es común en este grupo, 64% requieren de una prueba de embarazo antes de prescribirlo. En Nueva York, un estudio mostró que no solo requieren la prueba de embarazo, sino que además, la realización de exámenes pélvicos. Muchos de los proveedores se muestran reacios a proporcionar este servicio. (23)

En países en desarrollo como México, Kenia, Zambia y Vietnam donde el método no forma parte de las clínicas de Planificación Familiar se ha observado que los proveedores generalmente apoyan el programa, incluyendo su distribución en farmacias, pero también se ha observado falta de conocimientos en la prescripción de los medicamentos.(23)

En México se han elaborado 2 estudios sobre el tema, encontrando que 74% de los proveedores han oído hablar de la anticoncepción de emergencia, menos del 40% conoce las dosis correctas, solo 7% ofrece el método. De los usuarios 18% está familiarizado con su empleo, más de 70% comentaron que lo podrían usar o recomendarlo. 90% lo ha escuchado pero no conoce las bases y nuevamente se muestran preocupados por los efectos adversos para la salud. (25)

De los datos previos se desprende la necesidad de difundir información veraz y oportuna sobre la anticoncepción de emergencia con el fin de abatir los riesgos que representa el proceso reproductivo para la mujer y proporcionar al personal de salud el apoyo necesario para que se eliminen conceptos erróneos y se aproveche la anticoncepción de emergencia como una herramienta más dentro de la planificación familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De los estudios realizados en el mundo se desprenden las siguientes generalidades:

No es necesario que la prescriba un médico.

Las mujeres tienden a sobrestimar los riesgos en parte porque se requiere prescripción médica, pruebas de embarazo y examen genital. Eliminar esos obstáculos puede reducir el costo total para la obtención del método.

La promoción no es costosa, puede darse propaganda simple para elevar los conocimientos de la población general.

El más importante mensaje es que debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas. Que no causa abortos.

Es importante que los proveedores conozcan los productos.

En varios lugares se ha observado que no se ofrece el método hasta que las mujeres preguntan por él.

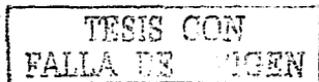
Debe difundirse la información en materia de anticoncepción de emergencia en los países en desarrollo. (23)

INDICACIONES.

Prevención del embarazo después de un contacto sexual sin protección y antes de 72 horas (3 días) después del contacto sexual.

CONTRAINDICACIONES.

Embarazo confirmado

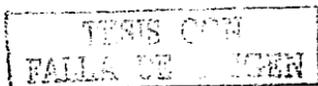


MECANISMO DE ACCION.

Prevención de la ovulación y de la fertilización.
No ocasionan aborto

Se realizó un estudio para determinar la evidencia estadística sobre la efectividad del régimen de Yuzpe en la anticoncepción de emergencia para saber si es significativa acerca de su mecanismo de acción. Se sabe que el régimen de Yuzpe es el mas usado y consiste en la toma de 2 dosis de píldoras combinadas de estrógenos y progestinas, donde cada dosis contiene 100 mcg de etinilestradiol y 0.5 mg de levonorgestrel, la primera dosis se toma dentro de las 72 hrs que siguen a un contacto sexual no protegido y la segunda 12 horas más tarde. El mecanismo de acción ha sido objeto de estudio durante las dos últimas décadas, varios estudios han mostrado que el tratamiento puede inhibir o retardar la ovulación. Algunos estudios han mostrado alteraciones histológicas o bioquímicas en el endometrio después del tratamiento, sugiriendo que el medicamento puede actuar dañando la receptividad para la implantación o la fertilización del huevo. Sin embargo otros estudios no han encontrado tales efectos en el endometrio. Otro mecanismo adicional incluye la interferencia con la función del cuerpo lúteo, con el espesor del moco cervical que da como resultado el atrapamiento de los espermatozoides, el huevo o el embrión, y una inhibición directa de la fertilización, pero desafortunadamente no existen estudios clínicos respecto a estas tres últimas posibilidades.

El análisis referido previamente se hizo para valorar si la evidencia estadística publicada puede permitir la comprensión del mecanismo de acción a través de la revisión de la bibliografía publicada. Se reunieron 7 estudios tratados con el régimen de Yuzpe que presentan el número de pacientes tratadas en cada día del ciclo y los resultados de cada tratamiento y los resultados mostraron una efectividad que reporta un rango de éxito de 44.2 a 88.7%, determinando que la máxima efectividad fue respecto a la prevención de la ovulación como único mecanismo de acción, sin que esta pueda ser estimada con precisión, concluyendo que el método no puede ser tan efectivo solo bajo este principio de acción requiriéndose mas estudios para investigar otro mecanismo de acción del régimen de Yuzpe. (18)

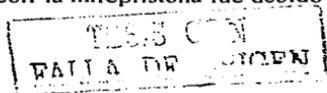


El mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia es motivo de controversia aún para los investigadores, encontrando diferentes hallazgos en cada estudio, en sus inicios se trató de valorar la acción del método de Yuzpe encontrando diferentes respuestas en los niveles de hormonas esteroideas y gonadotropinas, con la confirmación de una asincronía en el desarrollo del endometrio, probablemente a través del desbalance de los estrógenos y la progesterona provocado por la dosis del medicamento, además de que la respuesta en el eje hipotálamo, hipófisis y ovario depende del día del ciclo en que se tomen las determinaciones, por lo que se requieren más estudios para dilucidar la incógnita. (21).

En 1986 se publica un estudio sobre el posible mecanismo de acción del Danazol y la combinación de Etinilestradiol con levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia, se formaron dos grupos de estudio, al primero se le administraron 50mcg de etinilestradiol y 500 mg de levonorgestrel en dos tomas, al segundo se le indicó 200 mg de danazol en dos tomas con separación de 12 horas. Los resultados reportaron diferentes variables respecto a los niveles séricos de la LH y la HGC, encontrando que el danazol tiene alta aceptabilidad por la ausencia de vómito y la baja incidencia de náusea y otros efectos colaterales, además de que disminuye la secreción de gonadotropinas y ello bloquea la esteroidogénesis gonadal de los niveles hormonales ováricos, además de que en una minoría de las pacientes la supresión hipotálamohipofisaria tiene lugar y con ello la ovulación se inhibe y en otros casos se pospone, los autores concluyen que el mecanismo de acción de estas drogas ocurre probablemente a nivel endometrial y ocurre antes de la implantación, requiriéndose más estudios para la consolidación de esta teoría. (26).

Se ha estudiado la actividad antiimplantación de los antiestrógenos y la mifepristona, la implantación del blastocito en el útero requiere de la preparación del endometrio por los estrógenos y la progesterona, de tal forma que al bloquear su actividad se puede prevenir el embarazo.

Estudios previos mostraron que anordrin y su metabolito activo anordiolo terminaron de establecer el embarazo en ratas y conejos y que actúan sinérgicamente con la mifepristona para terminar el embarazo. Además anordrin y anordiolo han mostrado efectividad en la anticoncepción de emergencia en ratas, y la mifepristona efectivamente bloquea la implantación. La acción primaria de anordiolo y anordrin con la mifepristona fue debido a la



aceleración del transporte del embrión en el tracto reproductivo antes de la implantación, este estudio trata de mostrar si los antiestrógenos solos y en combinación con antiprogestinas bloquean la implantación en ratas.

Los resultados reportan que todos los antiestrógenos previenen el embarazo cuando se dan postcoito, la mifepristona potencia la actividad antiimplantación de anordrin, anordirol, tamoxifeno y RU39411 y su acción puede ser por bloqueo de la progesterona y los estrógenos estimulando el transporte del huevo en la trompa e impidiendo el desarrollo del embrión. (29)

Por otro lado se realizó un estudio para demostrar el efecto de la administración de etinilestradiol en combinación con levonorgestrel en la fase postovulatoria sobre la función del ovario y el endometrio, de donde se deriva la efectividad bien establecida de estos como método de anticoncepción de emergencia.

El estudio se diseñó para ver específicamente su efecto en la función de la fase lútea cuando se da 36 a 48 horas después de la elevación de la LH, el tratamiento solo con levonorgestrel durante la fase lútea se ha reportado que suprime la producción de progesterona en muchas pacientes o no tiene efecto en los niveles de estradiol y progesterona. Estudios similares con componentes estrogénicos han mostrado diferente efecto en los niveles de las hormonas ovaricas. Desgraciadamente todos difieren en la duración y dosis del tratamiento empleado.

Las diferencias observadas en los sujetos de estudios pueden explicarse por una variación en la absorción y la sensibilidad para la acción de la droga.

Según Yuzpe, más del 70% de la población fue tratada a mitad del ciclo, el efecto bioquímico de la droga se manifiesta en diferentes respuestas de la fase lútea. Así, las observaciones de los autores de menores niveles de progesterona, acortan la fase lútea y desfasan el endometrio, dando una deficiente función de la fase lútea, por otro lado se ha mostrado que la deficiencia de la fase lútea puede aparecer en mujeres con niveles normales de progesterona pero bajos de estradiol. Es posible que el efecto contraceptivo es debido a esta acción en los días críticos del ciclo antes de la implantación.

VESE CON
FALLA DE LUGAR

En este estudio, las biopsias de endometrio mostraron signos de desarrollo asincrónico de los componentes estromales y epiteliales, que puede ser porque la dosis de progesterona y estrógenos sintéticos en la fase temprana de la fase lútea causan un desbalance en la progesterona y estrógenos endógenos y esto altera sus propiedades en las células uterinas, y es probablemente suficiente para que no ocurra la implantación con éxito. (30).

Existen actualmente numerosas investigaciones que tratan de dilucidar los mecanismos involucrados en la forma de acción de la anticoncepción de emergencia, tratando de demostrar la participación de diferentes componentes en la bioquímica endometrial para tal efecto. Taskin et al mostraron que altas dosis de anticonceptivos orales no alteran el efecto de las integrinas en el endometrio.

La disminución de la progesterona altera el endometrio para la implantación y hay cambio de proteínas como son las integrinas que están reguladas también por los esteroides. Las integrinas son moléculas heterodiméricas cuya función es como receptores de adhesión y tienen un rol mayor como promotores hormonales y activación genómica a través de su potencial comunicación transmembrana, ésta adhesión celular influye en procesos tales como el crecimiento celular, la migración celular y su diseminación, formación de uniones y polaridad, todas sirven para la interacción del embrión y el endometrio. Más de 15 subunidades de la familia de las integrinas han sido identificadas a la fecha, la distribución de estas subunidades en el endometrio corresponden a su función como receptores de la matriz celular.

El estudio de Lessey en 1992 sobre la variedad de subunidades de integrinas expresadas sobre la superficie del endometrio humano dirigen cambios cíclicos durante el ciclo menstrual y alteraciones específicas fueron mostradas en la peri-implantación, las cuales están asociadas con la nidación. Se demostró claramente que la α 1, α 4 y β 3 subunidades fueron expresadas invariablemente en la fase secretoria normal del endometrio, si disminuye la subunidad β 3 se observan defectos de la fase lútea. Estos hallazgos sugieren el posible rol de las integrinas en el establecimiento de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

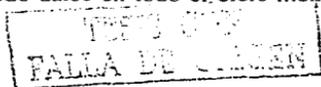
receptividad endometrial, esta disrupción de la implantación a través de los cambios en la fase lútea de las integrinas α 3 β 3 fue claramente posible.

En el estudio realizado por Taskin et al no hubo diferencias significativas entre los casos control y los de estudio. las integrinas están reguladas por la progesterona, se desconoce su función exacta y demostraron que la anticoncepción de emergencia no interfiere con la distribución de la fase tardía de la implantación respecto a las integrinas.

La presencia de la subunidad α 3 β 3 en la membrana tisular fetal y el epitelio endometrial es consistente con la hipótesis de que estas moléculas pueden jugar un rol en la fase de implantación y este evento podría contribuir al mecanismo de la anticoncepción de emergencia. El presente trabajo sugiere que después del período de adhesión el útero no responde a altas dosis de hormonales con cambios en los heterodímeros de α 3 β 3 integrinas.

Se han formulado otros metabolitos para la investigación de su efecto antiovulatorio y antifertilizante postcoital, tal es el caso de la antiprogestina CDB2914, el estudio se llevó a cabo en ratas. Aunque hay una amplia variedad de métodos anticonceptivos disponibles los embarazos no deseados continúan siendo un problema social prioritario. Muchas mujeres resultan embarazadas por falta de protección o por falla del método y culminan en abortos. A pesar de la falta de información del público en general el embarazo puede ser prevenido después de una relación sexual no protegida por inhibición de la ovulación, por interferencia con la fertilización, el transporte tubario o la implantación del blastocito.

Los nuevos y prometedores métodos involucran el uso de antiprogestinas como la mifepristona, esta puede ser tomada dentro de las 72 horas después de una relación sexual no protegida con un 100% de efectividad y con pocos efectos adversos. Si se da durante la fase folicular del ciclo menstrual puede bloquear o retardar la ovulación, cuando se administra inmediatamente después de la ovulación retarda la maduración endometrial previniendo la implantación, en suma puede darse en todo el ciclo menstrual



interrumpiendo el desarrollo endometrial diariamente con dosis tan bajas como se requieran para la supresión folicular de maduración-ovulación. Además de la administración postcoital de mifepristona a varias especies acelera el transporte tubario del huevo, retarda el desarrollo embrionario temprano, retarda la maduración endometrial e inhibe o retarda la implantación.

La administración de CDB2914 tiene actividad en la fertilidad similar a la mifepristona pero la CDB2914 es más potente en ratas. Recientemente fue evaluada en fase I de investigación clínica en 35 mujeres de 18 a 43 años concluyéndose que una sola dosis de 200 mg fue bien tolerada, sin toxicidad, y su administración en la mitad de la fase lútea reveló actividad luteolítica y una dosis dependiente del efecto antiprogestageno en el endometrio. Ello sugiere que el estudio de ésta antiprogestina es prometedor para la anticoncepción de emergencia. (33).

Nihar et al condujeron un estudio para demostrar el efecto de la mifepristona administrada en la fase lútea con la administración conjunta de inhibidores de la síntesis de prostaglandinas y analogos de las prostaglandinas en monos resus. La mifepristona ha mostrado la estimulación en la producción de PGF por las células estromales del endometrio in vitro y por las células glandulares de la decidua in vitro y por las células deciduales in vivo, el tratamiento con diclofenaco ha mostrado que antagoniza a la mifepristona RU486 induciendo parto pretérmino en ratas.

Danielson y Namberg en 1994 reportaron una disminución en la liberación de PGF dentro del fluido uterino como resultado del tratamiento con RU486 en fase temprana de la fase lútea.

Sin embargo esto es poco claro, en el presente estudio se observó que la coadministración de diclofenaco o misoprostol no altera el efecto antiimplantación de la mifepristona y parece ser que su efecto es mediado por mecanismos multifactoriales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A la luz de otros estudios existen evidencias en varias especies que sugieren que las PG juegan un rol cardinal en la vascularización, implantación y deciduización y que la aplicación de inhibidores de la síntesis de PG inhiben o retardan este proceso. Una alta concentración de PG ha sido encontrada en los sitios de implantación en varias especies mamíferas. Evidencias indirectas solo indican que la PGE2 puede estar involucrada en la implantación en primates incluyendo los humanos.

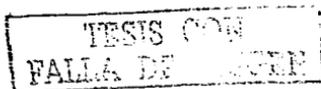
En conclusión bajas dosis de mifepristona en los días 16, 17 y 18 del ciclo parecen una estrategia adecuada de tratamiento antiimplantación y protege 100% contra el embarazo, sin cambios significativos en los perfiles hormonales y el ciclo menstrual cuando se administran sobre un rango amplio de tiempo dentro de 10 días después de la ovulación y resulta ser un candidato en la anticoncepción de emergencia. La coadministración de RU486 y diclofenaco o misoprostol no altera el efecto antinidatorio de la mifepristona, sin embargo, el diclofenaco solo, dado diariamente en la fase temprana de la fase lútea reportó una inhibición o retardo de la implantación.

Piaggio et al realizaron un estudio para comparar tres dosis de mifepristona encontrando que su actividad es la misma en cuanto a su efectividad pero con menores efectos adversos respecto a alteraciones del patrón menstrual cuando se administra a dosis de 10 mg contra otra de 50 y 600 mg. (36)

EFFECTIVIDAD.

Después de un acto sexual sin protección, las pastillas anticonceptivas de emergencia, tienen una tasa de falla hasta de 2% en mujeres que las usan correctamente.

De acuerdo con los resultados de 7 estudios evaluados en 1998 existe una efectividad que varía del 44.2% al 88.7%, con una reducción del riesgo de embarazo de 75.4%, con un intervalo de confianza de 95%. Resultados que dependen del conocimiento del método y su adecuada utilización.



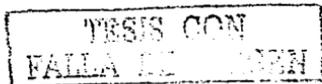
Para demostrar la efectividad del régimen de Yuzpe se revisaron 7 estudios que reportan que éste método reduce el embarazo en más del 75%, contrario al reporte de la Organización Mundial de la Salud que reporta una tasa de éxito del 56.9%.

La efectividad es estimada por la comparación observada del número de embarazos con el número de embarazos esperados en ausencia de tratamiento. El número esperado de embarazos se estima por la multiplicación del número de mujeres tratadas que no tuvieron una relación sexual protegida en cada ciclo para la fecha esperada de la ovulación por apreciaciones externas del estimado de la probabilidad de concepción resultado de una relación sexual no protegida sobre el día del ciclo, donde la concepción es usada sinónimamente con implantación no con fertilización. Solamente las mujeres con ciclos regulares pueden incluirse para estimar el número de embarazos esperados y su efectividad. El día esperado de ovulación se calcula como la fecha esperada de menstruación menos 13 o 14 días, dependiendo de los diferentes investigadores.

Respecto a las diferencias reportadas en la efectividad del método en este estudio y los datos de la OMS, se considera que las variaciones pueden depender de diferencias en la fecundidad de acuerdo con el origen étnico, así como diferencias existentes entre el intervalo de la relación sexual no protegida y la instalación del tratamiento, así como el reporte de embarazos posterior al tratamiento y la proporción de embarazos aún con el manejo médico, además de aquéllas que se embarazaron en el ciclo subsecuente al tratamiento. (19)

POSOLOGIA.

Dos píldoras anticonceptivas orales combinadas de alta dosis dentro de las 72 horas después de tener contacto sexual sin protección anticonceptiva, seguidas de dos píldoras adicionales 12 horas después de la primera dosis. Cada tableta tiene 50 mcg de etinilestradiol y 0.25 de levonorgestrel. En caso de tratarse de píldoras de baja dosis (30mcg de etinilestradiol), el número de píldoras por toma es de 4.



El régimen de Yuzpe consiste en la ingesta de 0.2 mg de etinilestradiol en combinación con 2.0 mg de norgestrel o 1.0 mg de levonorgestrel. (8)

De 2871 mujeres tratadas 1.9% se embarazaron, lo que comprueba que este régimen es una efectiva forma de anticoncepción en caso de relaciones sexuales no protegidas. (8)

Bagshaw reporta una tasa de embarazos de 1.3%, con una reducción de embarazos del 83%, de su grupo de estudio en 1200 pacientes 12 de 13 embarazos culminaron en aborto. Las pacientes fueron jóvenes, 86% por debajo de 25 años y 10% menores de 15 años. (10)

Es posible utilizar un régimen postcoital de pura progestina en dos dosis divididas de 0.75 mg de levonorgestrel cada una. En México, hasta que Postinor 2 esté disponible, se puede recurrir a la minipíldora, pastilla anticonceptiva con microdosis de progestinas (0.03 mg de levonorgestrel). En este caso se deberán administrar 25 pastillas en la primera dosis y 25 más en la segunda. El régimen de pura progestina tiene las ventajas de una mayor efectividad con menor probabilidad de efectos colaterales (náuseas y vómito).

SEGURIDAD.

Una investigación con 6300 mujeres que ha utilizado el método no reportó alteraciones graves ni de largo plazo. Estudios de seguimiento en Inglaterra, después de más de 20 años de uso en un número elevado de mujeres, han identificado solo tres episodios severos de trombo embolia, ninguno relacionado directamente con la ingesta del medicamento.

Los estudios de laboratorio han demostrado que la exposición breve, a dosis aún elevadas de estrógenos y progestina, no altera el mecanismo de coagulación y no afecta otros parámetros bioquímicos, como ocurre con el uso más prolongado de anticonceptivos orales combinados.

IMPRESO CON
FALLA DE ORIGEN

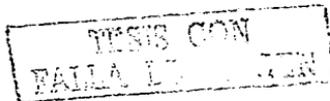
Tampoco existe evidencia de efectos teratogénicos en caso de falla del método. Un metanálisis de 12 estudios prospectivos, no encontró asociación alguna entre el uso de anticonceptivos orales de dosis altas en las primeras semanas del embarazo y las malformaciones fetales.

Ambos regímenes hormonales son considerados seguros para uso ocasional o de emergencia durante la lactancia porque no representan ningún riesgo conocido para el lactante.

El método no aumenta el riesgo absoluto de embarazo ectópico. Sin embargo, en caso de falla del método debe hacerse el seguimiento hasta asegurar que no existe embarazo ectópico.

Vasilakis, et. al. Realizaron un estudio respecto al riesgo de trombo embolismo venoso en usuarias de anticoncepción de emergencia, a través de la formación de 4 grupos de estudio, el primero con exposición a la anticoncepción de emergencia, el segundo a hormonales orales, el tercero formado por embarazadas e incluyendo un periodo de 3 meses postparto y el cuarto formado por casos controles sin exposición a medicamentos y sin embarazo. Los hormonales orales se clasificaron en segunda y tercera generación y otros.

El análisis de los resultados reporta para el grupo de anticoncepción de emergencia una incidencia de trombo embolismo venoso de 0/100,000 personas por año, de 5.3/100,000 para usuarias de anticonceptivos de segunda generación y de 10.7/100,000 para usuarias de hormonales orales de tercera generación, así como de 0/100,000 para usuarias de otro tipo de hormonales orales. Para el grupo de embarazadas o postparto la incidencia fue de 15.5/100,000 personas por año y en mujeres no expuestas se reportó una incidencia de 3.0/100,000. El riesgo relativo tomando como referencia al grupo de mujeres no expuestas fue de 1.7 para hormonales de segunda generación, de 3.5 para los de tercera generación y de 5.2 para el grupo de embarazadas y postparto. No fue posible calcular el riesgo relativo para usuarias de anticoncepción de emergencia y de otro tipo de hormonales orales porque no hubo casos de trombo embolismo en el período de exposición.



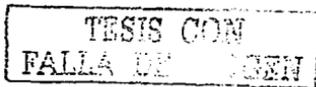
De lo anterior se desprende que los estudios sobre el tema han encontrado que el efecto de la anticoncepción de emergencia es de corta duración y la estimación del estudio referido fue similar a lo encontrado en publicaciones previas. Los autores concluyen que el riesgo de trombo embolismo venoso no es sustancialmente mas alto en las pacientes que toman anticoncepción de emergencia de aquéllas que toman hormonales orales en forma tradicional, a pesar de las altas dosis empleadas para la anticoncepción de emergencia. Adicionalmente el estudio muestra que el trombo embolismo venoso es elevado en usuarias de hormonales orales comparadas con las no expuestas, donde el riesgo es más alto en las mujeres que toman hormonales orales con desogestrel y gestodeno que las que usan levonorgestrel. Finalmente este estudio es útil para estimar el riesgo de trombo embolismo venoso en mujeres embarazadas y las que cursan el postparto comparadas con las no embarazadas y no usuarias de hormonales orales, reporte que existe en la literatura. (20).

EFFECTOS COLATERALES.

Producen náuseas en aproximadamente 51% de las usuarias y vómito en el 19%. El utilizar progestina pura tiene menos efectos secundarios, las náuseas se producen aproximadamente en el 23% de los casos y el vómito en el 6%. Otros efectos secundarios menos frecuentes son: cefalea, hipersensibilidad mamaria, marco y retención de líquidos.

El manejo de los efectos colaterales es sintomático, si ocurre vómito en la primera hora posterior a la administración del medicamento deberá tomarse nuevamente la dosis, en caso de vómito intenso se ha sugerido la aplicación vaginal del medicamento.

La menstruación se presenta por lo general unos días antes o después de la fecha esperada; si el retraso es mayor a una semana es necesario hacer una prueba de embarazo.



Bagshaw reporta la incidencia de efectos colaterales en su grupo de estudio con un 57% de pacientes sin efectos colaterales, 28% presentaron náusea y 9.6% vómito, considerándolo un efectivo medio para reducir la presentación de embarazos no deseados. (10).

En 1997 la Food and Drug Administration aprobó el uso de algunos medicamentos para el manejo de la anticoncepción de emergencia, observando como principales efectos adversos aquellos que se encuentran relacionados con el empleo de anticonceptivos orales, como pueden ser náusea, vómito, trastornos menstruales, hipersensibilidad mamaria, inflamación abdominal, cefalea y cambios del estado de ánimo. Gold recomienda el uso del método como una opción en pacientes adolescentes y la utilización de manejo sintomático de los efectos colaterales. (12)

SEGUIMIENTO.

Es conveniente evaluar a la paciente para determinar la fecha de su última menstruación y el tiempo transcurrido desde la relación sexual sin protección. La atención médica es útil para descartar un posible embarazo preexistente, valorar las condiciones en que se encuentra la paciente, identificar eventuales contraindicaciones en el uso e informar sobre la manera de utilizar el método, sus efectos secundarios, su efectividad y para la consejería anticonceptiva subsecuente.

La anticoncepción de emergencia, debe usarse solo ocasionalmente; si una mujer las emplea frecuentemente durante un año, su riesgo acumulado de embarazo sería mucho mayor que si usara regularmente anticoncepción hormonal o dispositivo intrauterino. Además los efectos colaterales indeseables son mayores con este régimen que con otros métodos anticonceptivos. Por esta razón debe proporcionarse consejería sobre las opciones existentes para satisfacer las necesidades de anticoncepción.



OBJETIVOS.

- Conocer las actitudes de los proveedores de salud en un Hospital Regional de México sobre la anticoncepción de emergencia.
- Saber el grado de conocimientos en anticoncepción de emergencia por los proveedores de salud en un Hospital Regional de México.
- Investigar la aceptabilidad de la Introducción en México de la anticoncepción de emergencia.
- Promover el uso de la anticoncepción de emergencia a los proveedores de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

Durante el período comprendido del primero de noviembre del 2000 al 15 de enero del 2001 se aplicaron 262 encuestas al personal médico y de enfermería del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE con preguntas concernientes a la definición y uso de la anticoncepción de emergencia, percepción de la misma por el personal de salud, consejería y distribución anticipada del método.

Las preguntas fueron de tipo cerrado y se obtuvieron a partir de un formato de encuesta previamente validado por Population Council, fueron autoaplicadas y anónimas.

De las 262 encuestas 131 correspondieron a personal médico y 131 a personal de enfermería en todas las áreas del centro hospitalario en cuestión.

Para el análisis de resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media y desviación standard), así como frecuencias y porcentajes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

Se realizaron 262 encuestas a personal médico y de enfermería en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos con preguntas concernientes a la definición y uso de la anticoncepción de emergencia (AE), como la percibe el personal de salud, si se ofrece consejería del método en este centro y su opinión sobre la distribución anticipada del mismo.

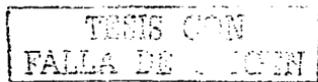
De las 262 encuestas 131 correspondieron a personal médico y 131 a personal de enfermería, correspondiendo 197(75.2%) al sexo femenino y 65(24.8%) al sexo masculino, con una edad promedio de 33 años y un rango de edad de 15 a 72 años.

Al preguntar si habían escuchado hablar de la AE 5(1.9%) no contestaron, 228(87%) dijeron que sí y 28(10.7%) que no.

El tiempo que tenían de haber escuchado hablar sobre la AE fue de la siguiente manera, 15(5.7%) no contestaron, menos de 6 meses 59(22.5%), de 6 a 11 meses 37(14.1%), de 1 a 5 años 71(27.1%), más de 5 años 25(9.5%) y no recuerda 55(21%):

Sobre la fuente de información de donde se obtuvieron los conocimientos, 19(7.3%) personas no contestaron, 102(38.9%) en libros, congresos y cursos, 57(21.8%) en pláticas con otros médicos, 21(8.0%) a través de amigos, familiares o conocidos, 9(3.4%) por medio de revistas o periódicos, 32(12.2%) por radio o televisión, 22(8.4%) con otro sistema informativo.

Cuando se cuestionó la idea que les venía a la mente cuando escuchaban hablar sobre la AE respondieron, 206(78.6%) que se trataba de un método de prevención del embarazo después de la relación sexual, 9(3.4%) medida para abortar antes del retraso menstrual, 4(1.5%) como medida para abortar después del retraso menstrual, 19(7.3%) métodos anticonceptivos de fácil acceso, 15(5.7%) dijeron que consistía en tomar la pastilla olvidada al día siguiente, 4(1.5%) contestaron que se trataba de una respuesta diferente a las previas y 5(1.9%) no contestaron.



ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.....

Sobre el mecanismo de acción de la AE 9(3.4%) no contestaron, 57(21.8%) dijeron que interfiere con la ovulación, 79(30.2%) respondieron que impidiendo la fecundación, 83(31.7%) no permitiendo la implantación, 22(8.4%) como micro abortivo, 9(3.4%) no saben y 2(0.8%) por otro mecanismo no especificado.

En cuanto a la dosis farmacológica empleada en la AE 19(7.3%) no contestaron, 87(33.2%) si la conocen, 60(22.9%) no la conocen y 96(36.6%) contestaron que no saben.

Acerca de la Introducción en México de la AE 23(8.8%) no contestaron, 143(54.6%) lo consideraron adecuado, 72(27.5%) dijeron que era inadecuado y 24(9.2%) tiene dudas.

También se cuestionó si los encuestados consideraban que pudiera existir algún obstáculo legal o normativo para la introducción del método en México y 30(11.8%) no contestaron, 120(45.8%) si consideraban que existieran obstáculos y 112(42.7%) que no.

Se preguntó si el método se debe ofrecer a todas las mujeres y de los encuestados 19(7.3%) no contestaron, 143(54.6%) dijeron que si y 99(38.2%) que no debe hacerse.

Cuando se preguntó si se ofrece consejería de AE en su centro hospitalario, 38(14.5%) no contestaron, 42(16%) dijeron que si se ofrece, 52(19.9%) que no se ofrece y 129(49.6%) desconocen si se brinda la AE en su centro de trabajo.

En cuanto a si estaban de acuerdo con la distribución anticipada de la AE, 41(15.6%) no contestaron, 105(40.1%) consideraban adecuada la idea, 59(22.5%) piensan que sería inadecuado y 57(21.8%) tienen dudas.

TESIS CON
FALLA DE ICEN

DISCUSION.

Se han realizado estudios en todo el mundo para conocer las actitudes y conocimientos de los proveedores de salud respecto a la anticoncepción de emergencia, Delbanco (22) en 1997 reportó que a un 77% de los encuestados les era muy familiar el método, en nuestro estudio encontramos que 87% lo han escuchado, 78.6% tiene una idea clara del mismo y 83.7% conoce el mecanismo de acción.

En el año 2000, Ellertson (23) encontró que 80% del personal encuestado observó una actitud positiva para colaborar con la solución a las respuestas de la encuesta, nosotros encontramos un 100%, en su estudio se reporta que existe poco conocimiento del método a diferencia de los hallazgos referidos en este trabajo. Se han hecho estudios en México, Kenia y Zambia que indican que se apoya el método inclusive su administración en farmacias.

Langer (25) en 1999 informó que 74% de los proveedores de salud lo habían escuchado y nosotros encontramos un porcentaje mayor que fue del 87%. Langer (25) reporta que menos del 40% conoce la dosis, en nuestro trabajo el porcentaje fue de 33.2%. El estudio referido indica que menos del 90% no conoce las bases científicas del método y nosotros encontramos que la gran mayoría sabe de que se trata la anticoncepción de emergencia y conoce el mecanismo de acción

TESIS CON
FALLA DE CERN

CONCLUSIONES.

En el presente estudio encontramos que la mayoría de los encuestados habían escuchado hablar sobre la anticoncepción de emergencia y más de la mitad de ellos tenían menos de 5 años de conocerla.

Solo una tercera parte obtuvo la información de fuentes formales de estudio, una alta proporción conoce de que se trata el método así como su mecanismo de acción, aunque solo una tercera parte sabe la dosis farmacológica.

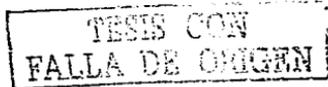
La mitad de los encuestados consideraron adecuada la introducción del método en México pero en una misma proporción piensan que existen obstáculos legales o normativos para que esto ocurra y más de la mitad dijeron que debe ofrecerse a todas las mujeres.

Una baja proporción contestaron que se ofrece consejería de AE en su centro hospitalario y sobre la distribución anticipada del método poco menos de la mitad de los encuestados lo consideran adecuado.

De lo anterior se desprende que los proveedores de salud de este centro hospitalario conocen la anticoncepción de emergencia y está de acuerdo con su introducción a México, sin embargo se desconoce la dosis farmacológica empleada por lo que se deberá hacer énfasis para proporcionar esta información al personal de salud de este centro hospitalario y solucionar dudas en el marco legal y normativo para evitar los obstáculos existentes para su empleo.

Desde hace muchos años se apoya la anticoncepción como medida preventiva para mejorar la calidad de vida de los pueblos, el crecimiento acelerado de la población lleva consigo la disminución de los recursos para la subsistencia del hombre, es por ello que se hace necesario que la comunidad médica tenga una cultura preventiva en el marco de la anticoncepción como parte de la salud reproductiva.

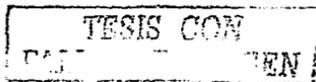
La metodología anticonceptiva disminuye los riesgos asociados al proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio) y aquéllos relacionados con la práctica de abortos en embarazos no deseados, es por ello que cada vez es mas necesario que el personal de salud otorgue consejería en materia anticonceptiva que incluya información correcta, oportuna, eficaz, completa,



amable y respetuosa a las parejas, con el fin de que a su vez ellos tomen participación activa en el mejoramiento de su salud, además de que por otra parte las mujeres al poder regular su fecundidad pueden tener acceso a otras oportunidades y decisiones importantes.

Considero que la anticoncepción de emergencia es un instrumento que se añade a la metodología anticonceptiva y es necesario que a nivel nacional se difunda la información necesaria para que los proveedores de la salud faciliten la información al público usuario para disminuir los riesgos asociados al proceso reproductivo.

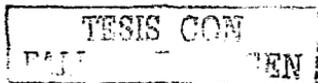
En el presente trabajo hemos encontrado que el personal de salud encuestado conoce de que se trata la anticoncepción de emergencia pero desconoce la posología de la misma por lo que es evidente que debemos implementar cursos, talleres y folletos que contengan la información necesaria para incrementar la aceptabilidad del método, y evitar mitos mal fundamentados respecto a la anticoncepción de emergencia, de modo que la información y las indicaciones para su uso sean otorgados a cualquier mujer que lo solicite con el fin de conseguir el fin primordial de la realización de este trabajo... mejorar las expectativas de vida de la mujer mexicana.



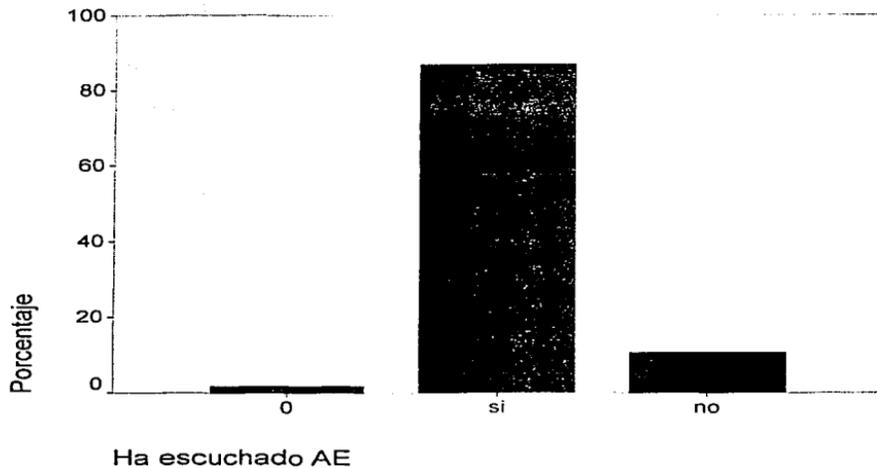
amable y respetuosa a las parejas, con el fin de que a su vez ellos tomen participación activa en el mejoramiento de su salud, además de que por otra parte las mujeres al poder regular su fecundidad pueden tener acceso a otras oportunidades y decisiones importantes.

Considero que la anticoncepción de emergencia es un instrumento que se añade a la metodología anticonceptiva y es necesario que a nivel nacional se difunda la información necesaria para que los proveedores de la salud faciliten la información al público usuario para disminuir los riesgos asociados al proceso reproductivo.

En el presente trabajo hemos encontrado que el personal de salud encuestado conoce de que se trata la anticoncepción de emergencia pero desconoce la posología de la misma por lo que es evidente que debemos implementar cursos, talleres y folletos que contengan la información necesaria para incrementar la aceptabilidad del método, y evitar mitos mal fundamentados respecto a la anticoncepción de emergencia, de modo que la información y las indicaciones para su uso sean otorgados a cualquier mujer que lo solicite con el fin de conseguir el fin primordial de la realización de este trabajo... mejorar las expectativas de vida de la mujer mexicana.

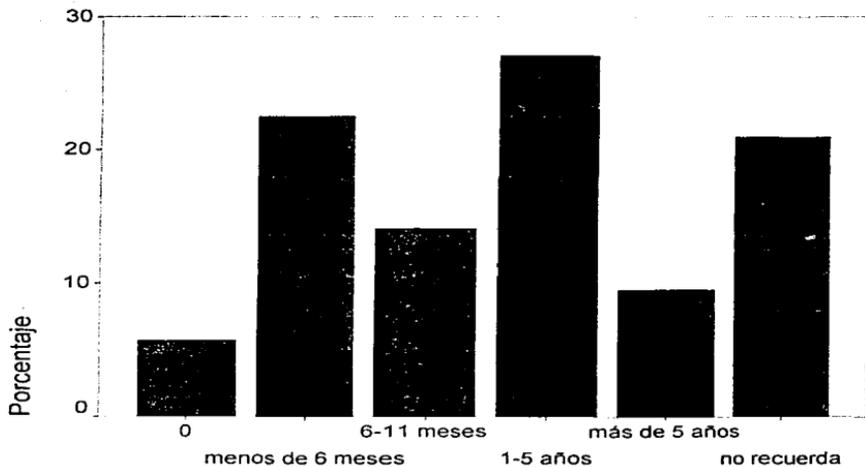


Ha escuchado AE



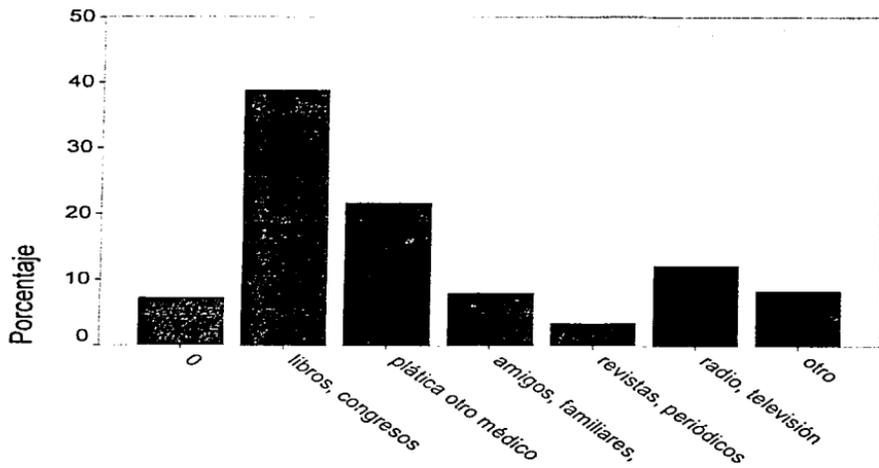
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuándo escuchó



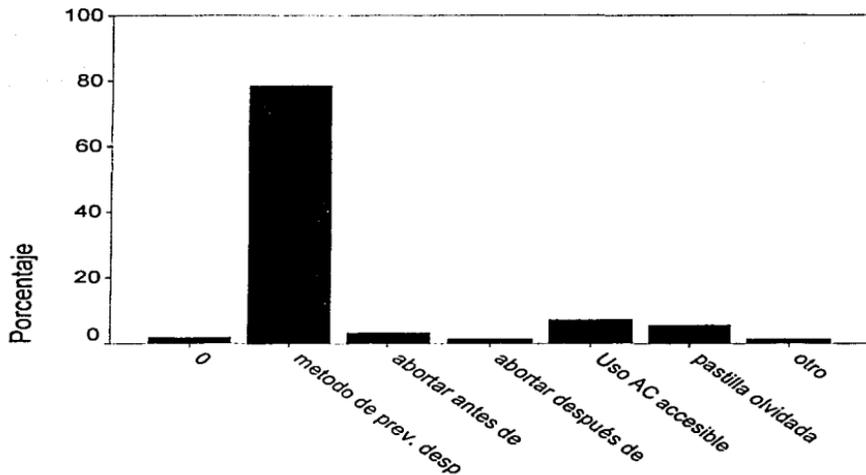
TESIS CON
FALLA DE MEMORIA

Dónde escuchó



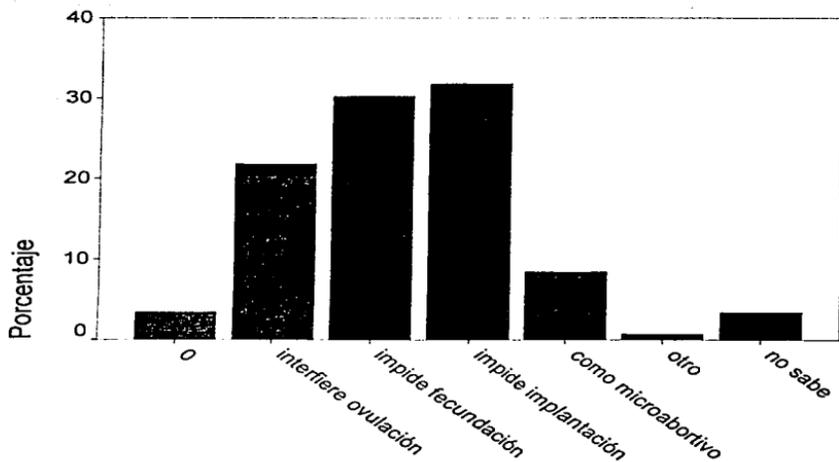
TESIS CON
FALLA DE JUREN

Idea que viene a la mente



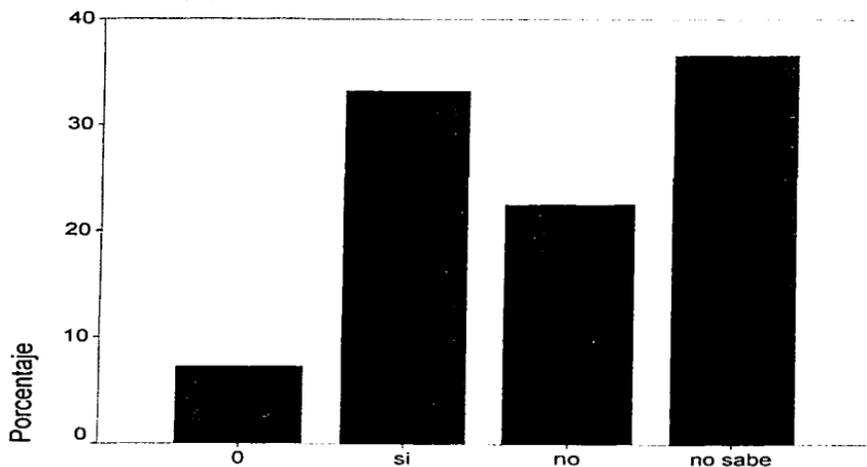
TESIS CON
FALLA DE CEN

Cómo cree que actúa

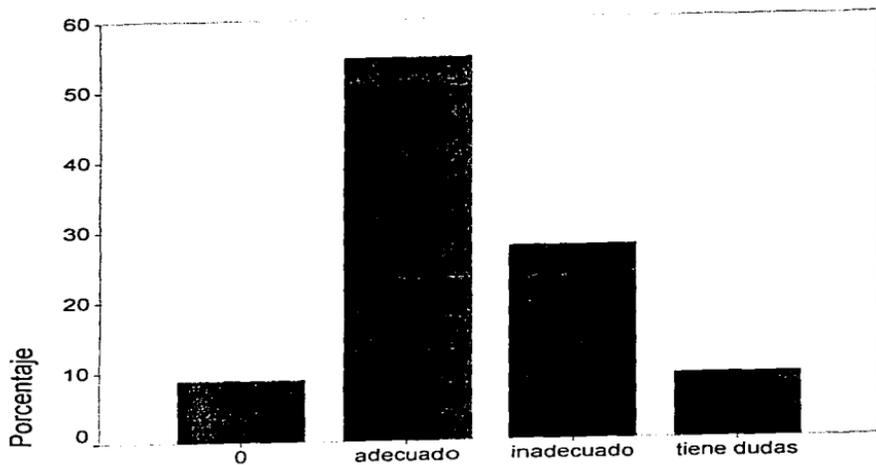


TESIS CON
FALLA DE EMBRION

Sabe la dosis



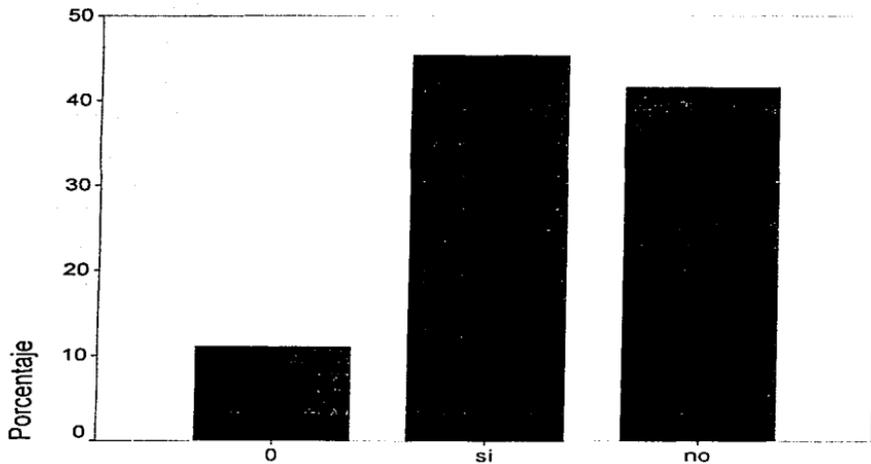
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Introducción en México

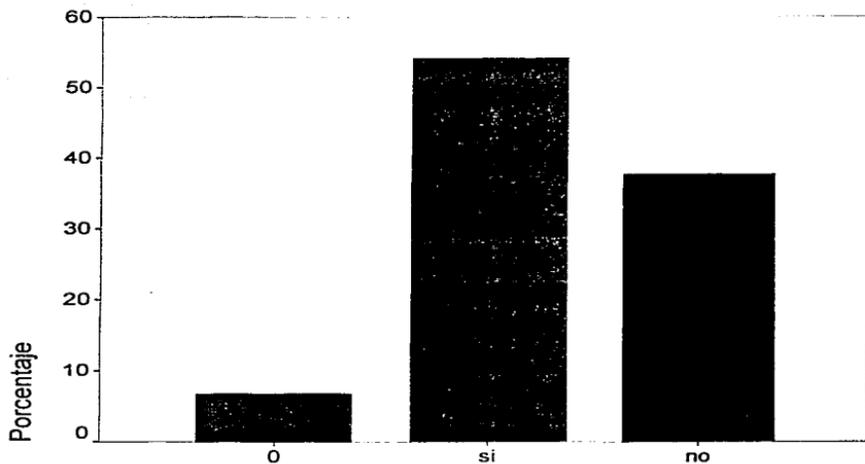
TESIS CON
FALLA DE ORDEN

Prevee algún obstáculo legal o normativo



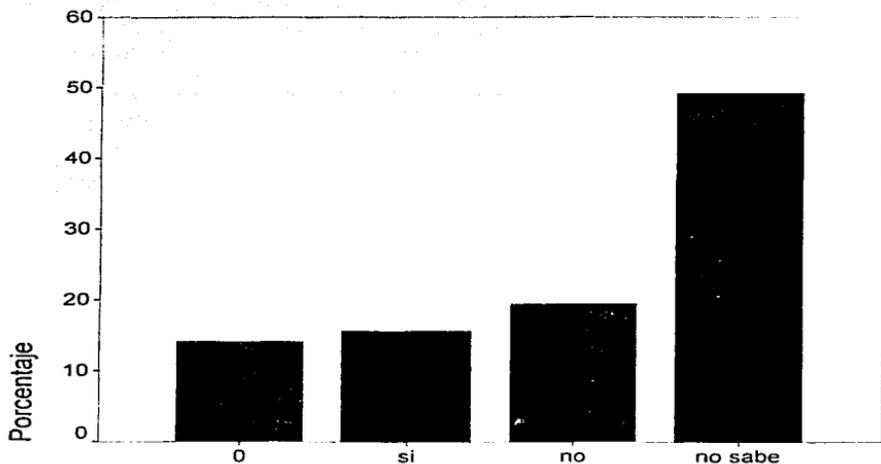
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se debe ofrecer a todas la mujeres



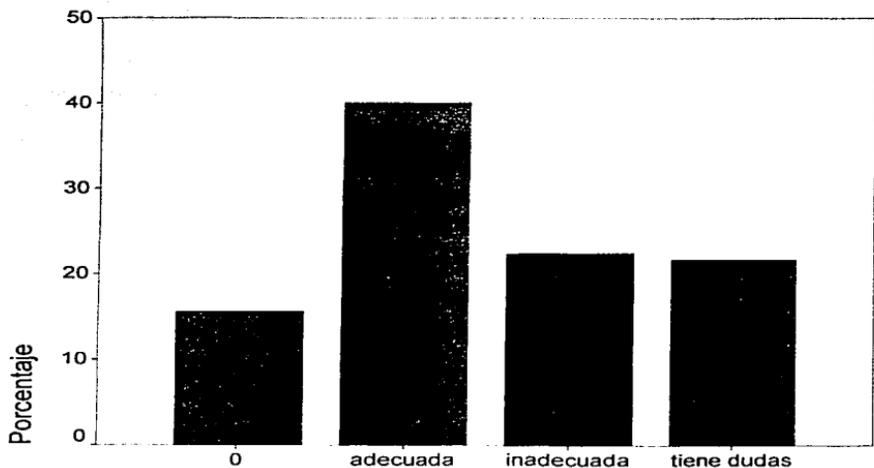
TESIS CON
FALLA DE GEN

Se ofrece consejeria AE en este centro



TRIS CON
FALLA DE CALIBRE

Distribución anticipada

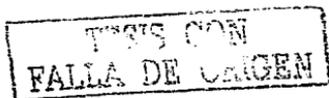


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

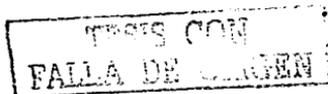
ESTA TESIS NO ES
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

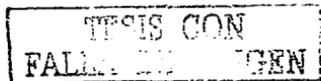
1. Aller, J. Métodos anticonceptivos. Ed. Interamericana.Venezuela, 1998. Segunda edición. 203 p.
2. Speroff, L. Contracepción. Ed. Marban. España, 1998. Segunda edición. 377 p.
3. Population Report. Population information program. Porqué es importante la planificación familiar. XXVII(2). 1999. 1-31 P.
4. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 1994. SSA. Dirección General de Atención Materno Infantil. 119 p.
5. Haspels, A.A. Emergency contraception: a review. Contraception. 50(2). 1994. 101-108 p.
6. Van, L. Emergency contraception. Contraception. 49(1). 1993. 158-170 p.
7. Trussell, J. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contraception. 57(6). 1998. 363-369 p.
8. Creinin, M.D. A reassessment of efficacy of the Yuzpe of emergency contraception. Hum Reprod. 12(3). 496-498 p.
9. Haspels, A. Emergency contraception: A review. Contraception. 50. 1994. 101-108 p.
10. Bagshaw, S.N. Ethinyl oestradiol and D-norgestrel is an effective emergency postcoital contraceptive: A report or its use in 1200 patients in a family planning clinic. Aust New Zealand J Obstet Gynaecol. 28(2).1998. 137-140 p. (tomado de Medline)
11. Glasier, A. The effects of self administering emergency contraception. New Engl J Med. 1998. 339(1). 1-4 p.
- 12.. Gold, MA. Emergency contraception: A second chance at preventing adolescent unintended pregnancy. Curr Opin Pediatr. 9(4). 300-309 p. (tomado de Medline).



13. Grimes, D. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*. 352(9126). 1998. 428-433.
14. Trussell, J. The Yuzpe regimen of emergency contraception: How long after the morning after. *Obstet Gynecol*. 88(1). 1996. 150-154 p.
15. Berer, M. Consensus statement on emergency contraception. *Contraception*. 52(4). 1995. 211-213 p.
16. Delbanco, S.F. Little knowledge and limited practice: Emergency contraceptive pills, the public, and the obstetrician-gynecologist. *Obstet Gynecol*. 89(6). 1997. 1006-1011 p.
17. Połaneczky, M: Adolescent contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 10(3). 1998. 213-219 p. (tomado de medline).
18. Trussell, J. Raymond, E: Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*. 93. 1999. 872-876 p.
19. Trussell, J. Rodriguez, G. Ellertson, C: Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*. 59. 1999. 147-151p.
20. Vasilakis, C. Jick, S. Jick, H: The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception*. 59. 1999. 79-83 p.
21. Ling, W. et al: Mode of action of DL norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril*. 32. 1979. 297-302p.
22. Delbanco, S. Mauldon, J. Smith, M.: Little knowledge and limited practice: Emergency Contraceptive Pills, the public, and the Obstetrician-Gynecologist. *Obstet Gynecol*. 89. 1997. 1006-1011 p.
23. Ellertson, C. Emergency contraception: A review of the programmatic and social science literature. *Contraception*. 61. 2000. 145-186 p.



24. Smith, B. Emergency contraception: a survey of women's knowledge and attitudes. *Br J Obstet Gynaecol*, 103. 1996. 1109-1116 p.
25. Langer, A. Emergency contraception in Mexico City: What do health care providers and potential users know and think about it. *Contraception*. 60. 1999. 233-241 p.
26. Rowlands, S. Kubba, A. Guillebaud, J. Bounds, W. : A possible mechanism of action of danazol and an ethinylestradiol/norgestrel combination used as postcoital contraceptive agents. *Contraception*. 33 (6). 1986. 539-545 p.
27. Smith, P. Abercrombie, B.: Postcoital contraception with DL-norgestrel/ethinyl estradiol combination: six years experience in a student medical clinic. *Contraception*.36(3). 1987. 287-293 p.
28. Berer, M.: Consensus Statement of Emergency Contraception. *Contraception*. 52(4) 1995. 211-213 p.
29. Dao, B. et al.: Anti-implantation activity of antiestrogens and mifepristone. *Contraception*. 54. 1996. 253-258 p.
30. Ling, W. et al.: Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertil Steril*. 39(3). 1983. 292-297 p.
31. Yuzpe, A. Smith, P. Rademaker, A.: A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 37(4). 1982. 508-513 p.
32. Taskin, O. et al.: High doses of oral contraceptives do not alter endometrial $\alpha 1$ and $\alpha 3$ integrins in the late implantation window. *Fertil Steril*. 61(5). 1994. 850-855 p.
33. Reel, J. Hild-Petito, S. Blye, R.: Antiovolatory and postcoital antifertility activity of the antiprogesterin CDB-2914 when administered as single, multiple or continuous doses to rats. *Contraception*. 58. 1998. 129-136 p.



ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.....

34. Nayak, N. Ghosh, D. Lasley, B. Sengupta, J.: Anti-implantation activity of luteal phase mifepristone administration is not mimicked by prostaglandin synthesis inhibitor or prostaglandin analogue in the rhesus monkey. *Contraception*. 55. 1997. 103-114 p.
35. Dominik, R. Trussell, J. Dorflinger, L.: Emergency contraception use and the evaluation of barrier contraceptives. *Contraception*. 58. 1998. 379-386 p.
36. Poggio, G. et al.: Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: A randomised trial. *Lancet*. 353(9154). 1999. 697-702 p.
37. Tyden, T. Odind, V.: Emergency contraception: the user profile. *Adv Contracept*. 14(4). 1998. 171-178. (tomado de medline).
38. Kubba, A. White, J. Guillebaud, J. Elder, M.: The biochemistry of human endometrium after two regimens of postcoital contraception: a dlnorgestrel/ethinylestradiol combination or danazol. *Fertil Steril*. 45(4). 1986. 512-516 p.
39. Young, D. et al.: Emergency contraception alters progesterone associated endometrial protein in serum and uterine luminal fluid. *Obstet Gynecol*. 84(2). 1994. 266-271 p.
40. Trussel, J. et al.: The Yuzpe regimen of emergency contraception: How long after the morning after?. *Obstet Gynecol*. 88(1). 1996. 150-154 p.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN