

11217
57



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

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

ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA,
PERSPECTIVA EN POBLACION GENERAL

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA LA
DRA. VERENICE GOMEZ VERA
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESOR DE TESIS: DR. LUIS S. ALCAZAR ALVAREZ



ISSSTE

2003

TESIS CON
BASES DE DATOS

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

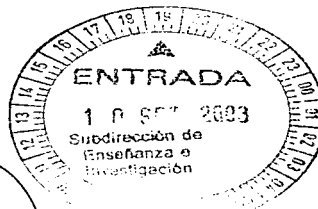
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

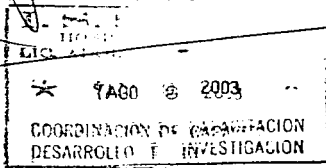
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo de tesis.
NOMBRE: Verónica Gómez Vera

FECHA: Oct 02 2003
FIRMA: *[Signature]*

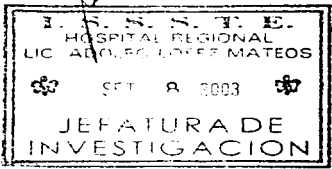


[Signature]
DR. JULIO CESAR DÍAZ BECERRA
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

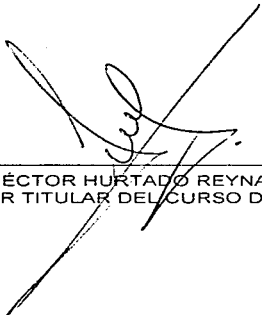


[Signature]
DR. LUIS SALCÁZAR ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACION

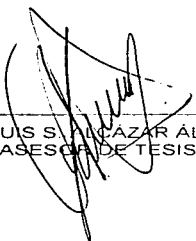
[Signature]
DRA. GABRIELA SALAS PEREZ
JEFE DE ENSEÑANZA



B



DR. HÉCTOR HURTADO REYNA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GO



DR. LUIS S. CAZAR ÁLVAREZ
ASESOR DE TESIS



DR. CARLOS MENESES CAMPOS
VOCAL DE INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C

Dedicado a:

*Mamá, Papá y
Nayely*

Por su amor, apoyo y comprensión

Y a la memoria de:

Andrei

El ángel que siempre está conmigo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	14
MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	23
ANEXO I: ENCUESTA.....	26
ANEXO II: GRÁFICAS.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	47

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, abierto, con el objetivo de conocer el conocimiento sobre la Anticoncepción de Emergencia (AE) en la población no trabajadora del área de la salud, así como los problemas a los que se enfrentan para el uso de la misma

Método: Se realizaron 500 encuestas con preguntas sobre definición, uso y percepción de la Anticoncepción de Emergencia

Resultados: De las 500 encuestas, 251 (50.2%) correspondieron a mujeres y 239 (47.8%) a hombres, 10 personas (2%) no contestaron este rubro. Los grupos de edad se distribuyeron de la siguiente forma: 15 a 19 años: 21.4% (107), 20 a 29.20% (100), 40 a 44 años: 19.8% (99), 45 y más años: 18.6% (93). una persona no contestó este rubro por lo que contribuyó al 0.2%. El nivel de escolaridad que predominó fue Licenciatura con 33.6% (168). Se preguntó si habían oído hablar sobre AE y el 75.6%: (378) contestó afirmativamente, el 23% (119) lo negó y el 0.6% (3) simplemente no contestaron. El tiempo de haber escuchado hablar del método fue de 1 a 5 años para 149 encuestados (29.8%), no recuerdan 130 (26%). La principal fuente de información que les proporcionó el conocimiento fue amigos para 134 (26.8%), plática con médicos: 91 (18.2%) 398 (79.6%) tuvieron una idea adecuada de la AE: 159 (40.4%) conocen el mecanismo de acción. Respecto a la dosis del fármaco solo 128 (25.6%) refirió tener el conocimiento, pero solo 95 (19%) mencionaron el nombre de un producto y la dosis. Respecto a la percepción del método, 384 (76.8%) refirieron que era un método ideal para prevenir embarazos no deseados: 283 (56.6%) consideraron adecuada la introducción de este método en México, ya que su uso evitaría embarazo no planeados o no deseados: 138 (48.76%) 224 (44.8%) prevén obstáculo legal o normativo, siendo el principal obstáculo por causa religiosa: 96 (19.2%), 406 (81.2%) consideran los hospitales del Sector Salud los principales lugares para ofrecer el método, siendo los médicos las personas ideales para ofrecerlo, 446 (89.2%). Respecto a la distribución anticipada del método de AE, 299 (59.8%) estuvieron de acuerdo.

Palabra clave: Anticoncepción de emergencia (AE)

TESIS CON
FALLA DE ORGAN

ABSTRACT

An observational, transverse, prospective, descriptive and open study was realized with the objective to discover the concepts held by a non-health care related public about Emergency Contraception (EC) as well as the difficulties they encounter in its application.

Method 500 questionnaires were distributed with items concerning definitions, use and perception held about Emergency Contraception.

Results Of the 500 questionnaires, 251 (50.2%) were answered by women and 239 (47.8%) by men, 10 participants did not specify their gender. The age groups were distributed in the following manner: 15 to 19 years old 21.4% (107), 20 to 29 years old 20% (100), 40 to 44 years old 19.8% (99), 45 years old and older 18.6% (93), one person did not answer (0.2%). The scholarship level held by most was a Bachelor's degree 33.6% (168). When asked if they had heard about EC 75.6% (378) answered in the affirmative, 23% (119) denied it and 0.6% (3) withheld their answer. For 149 participants (29.8%) the moment they heard mention of the method was during the past 1 and 5 years, and 130 (26%) participants did not remember. The main sources of the information were friends for 134 (26.8%) participants, and their medical doctor for 91 (18.2%) of them. A correct concept about EC was held by 398 (79.6%), and 199 (40.4%) of entrants knew the mechanism of action. In reference to the dose of the drug, 128 (25.6%) entrants had knowledge of it, and 95 (19%) mentioned the name of a product and its dose. Concerning the perception held of the method, 384 (76.8%) referred that it was an ideal method to prevent unwanted pregnancies. Two hundred eighty-three (56.6%) of entries considered it appropriate to introduce the method in Mexico, by which unplanned for and unwanted pregnancies 138 (48.7%) could be prevented. A legal and moral debate was foreseen by 224 (44.8%) of participants, being the principle obstacle a religious cause 96 (19.2%). Hospitals of the Sector Salud were mentioned by 406 (81.2%) of entries to be the principal places to offer the method, and the medical doctors were seen by 446 (89.2%) of participants as the ideal persons to discuss the matter. In relation to the anticipated distribution of the EC method, 299 (59.8%) of entrants agreed with it.

Key word: Emergency contraception (EC)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La planificación familiar ocupa un papel importante en la prevención de embarazos no deseados y la reducción de las tasas de morbilidad materno-infantil.

La anticoncepción de emergencia es empleada en algunos países desde la década de los sesentas como método de planificación familiar. En 1960 la anticoncepción de emergencia que se conocía como "un secreto", ha sido fundamental para evitar más de 210 millones de embarazos no deseados en los últimos 5 años y sin embargo la ignorancia, la impericia y la falta de interés de los gobiernos impidió hasta ahora que este método se conozca y use ampliamente.

En México como en muchos otros países, uno de los obstáculos más grandes para el uso de anticonceptivos de emergencia es la falta de conocimiento sobre el método por parte de los proveedores de servicios de salud sobre su disponibilidad y eficacia (17)

A medida que la ciencia ha ido descubriendo los mecanismos íntimos de la reproducción humana, también han ido 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 que la anticoncepción esta apoyada sobre una base científica sólida (1)

La población a principios de la década de los 90 sobrepaso los 5500 millones de habitantes, y así 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 6000 y 6500 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 esta creciendo a la tasa de 800 millones por década. Se espera que para el año 2100 se establezca entre 10000 y 11000 millones de habitantes

La situación actual es única en la historia de la humanidad porque se está viviendo la época de mayor tasa de crecimiento.

En la actualidad con una tasa de crecimiento de 1.7%, la población tardará solo 41 años en duplicarse

En los Estados Unidos quedan embarazadas más mujeres jóvenes (menores de 25 años), que en otros países occidentales. Las tasas de embarazo entre las adolescentes de 5 países del norte de Europa y Canadá oscilan entre el 13 y el 53% de las tasas que existen en los Estados Unidos. Las adolescentes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

americanas abortan cerca de la mitad de sus embarazos y esta proporción es solo ligeramente más alta que la observada en otros países. Se estima que en los Estados Unidos, alrededor de la mitad de todos los embarazos no son planificados, y más de la mitad de estos acaban en aborto.

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 DIU. Los servicios nacionales de planificación familiar e investigación 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. Más del 50% de los abortos se realizan en mujeres menores de 25 años, con un pico en los 18 y 19 años, y alrededor del 80% son solteras. (2)

Otro problema en los Estados Unidos es la prevalencia de conceptos erróneos. Más de la mitad de las mujeres, no están enteradas de la eficacia, beneficios y efectos adversos que se asocian a la anticoncepción. Las ideas equivocadas acerca de la anticoncepción han alcanzado en gran medida las características de mito. (2)

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. La tasa de un acceso adecuado a la anticoncepción se asocia con unas tasas elevadas de aborto. 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)

Se debe impulsar la anticoncepción no solamente proporcionando los servicios, sino a través de la educación y el consejo a las parejas. El consejo anticonceptivo es un componente importante de unos buenos cuidados preventivos de salud, y sin duda, la participación del médico es trascendental en la elección del método anticonceptivo. El abordaje de los pacientes debe ser destacando 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

4

TESIS CON
FALLA DE CIPD

acuerdo los representantes de 179 países de mejorar la atención de la salud reproductiva y satisfacer mejor las necesidades de los habitantes. Las consecuencias de la falta de cumplimiento de las metas de financiamiento de la CIPD son importantes, cada año se registran 42 millones de embarazos involuntarios, 17 millones de abortos provocados y 99 000 defunciones maternas (3)

Según un estudio realizado en 1990 en 20 países en desarrollo, en promedio, 22% de todos los nacimientos no son deseados, y 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. Según las estimaciones, 67% de las defunciones maternas, se deben a complicaciones del parto, alrededor del 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)

Los estudios sugieren que si las mujeres practicaran la planificación familiar para espaciar todos los embarazos en intervalos de al menos 2 años, podría evitarse 1 de cada 4 defunciones infantiles. El espaciamiento de los embarazos por más de 2 años ayuda a la mujer a tener hijos más sanos y les da a estos un 50% más de probabilidad de sobrevivir (3)

Las mujeres que tiene acceso a servicios de planificación familiar de buena calidad, pueden tomar decisiones con respecto a la reproducción (3)

El conocimiento de los métodos anticonceptivos, esta 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 de mujeres entre los 45 y 49 años, en donde el 27% conoce métodos y el porcentaje de las que conocen 6 y más métodos 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 encuentra el desconocimiento de métodos, 75%, este porcentaje disminuye a medida que aumenta la escolaridad. De manera complementaria una de cada 2 mujeres sin escolaridad conocen más de 5 métodos, mientras que más de 9 de cada 10 con secundaria y más declaran conocer este método. (4)

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 encontraba usando algún método. Entre este año y 1982, esta cobertura logró el mayor incremento relativo, al alcanzar el 47.7%, para 5 años después elevarse 5 puntos porcentuales, en lo que se puede calificar como una detención en los incrementos de este indicador. En el periodo 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)

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 2 usuarias de anticonceptivos, en 1979 actualmente atiende a casi 7 de cada 10. Dentro del sector público destaca la participación del IMSS, el cual atendía en 1997 a 37.1% de las usuarias, por otra parte la SS logró un incremento en sus actividades respecto a 1987, al atender a cerca de 1 de cada 5 usuarias del país. La distribución por método de las distintas instituciones del sector salud refleja el efecto de las acciones diferentes que en ellas se dan. (4)

Es importante conocer las razones de no uso de métodos anticonceptivos como indicador 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 del país. Dentro de las causas de no uso de anticonceptivos destaca el hecho de que 1 de cada 3 mujeres en edad fértil, declara no necesitarlo por no estar expuesta, es decir, esta en la menopausia, su esposo o compañero esta ausente, no tiene relaciones o se sabe estéril. 10.7% de las mujeres esta buscando un embarazo y cerca de 1 de cada 10 esta lactando y no cree necesario utilizar un método. Estas causas de no uso imponen una cuota 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)

Existen un 6.1% de mujeres que no conocen métodos anticonceptivos, no saben donde conseguirlos o como usarlos, un 4% esta enferma y no puede utilizarlos, 9.7% no los utiliza por temor a los efectos colaterales, 3.5% experimento efectos colaterales y 9% 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 no esté de acuerdo con el uso, estas 2 causas acumulan el 9.9% de las razones de no uso.

Los antecedentes históricos referentes a la Anticoncepción de Emergencia (AE) se remontan muchos años atrás. En 1500 a.C. aparecieron en las escrituras egipcias mezclas basadas en vino y ajo con hinojo para duchas vaginales

TESIS CON
FALLA DE CENSURA

postcoitales. 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 savia de sauce y bórax.

El advenimiento de las hormonas llevó a los investigadores a estudiar cual de ellas era capaz de prevenir el embarazo y estudios en animales demostraron que el estrógeno era el más efectivo para prevenir la implantación del blastocisto. Fue hasta mediados de las década de los 60's en que Morris y Van Wageningen (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 después de un coito no protegido fue presentado por Lipps (1976), en la década de los 90's se ha ensayado con éxito el uso del Danazol y la Mifepristona. (1)

A partir de los 60's se inicio la administración de dosis altas de estrógenos y para inicios de los 70's se introdujo la combinación de estrógenos y progesterona, conocido como régimen de Yuzpe. En 1976 se empezó a utilizar la inserción de un DIU postcoital como parte del programa de anticoncepción de emergencia. (5)

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

En China, la incidencia de abortos 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 AE se desarrollo en los años 60, en los Estados Unidos, cuando Morris y Wageningen iniciaron la administración de etinil-estradiol 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. (8)

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 indico sobredosis usadas en perros para la administración postcoital de etinil-estradiol, este método a partir de entonces se ha conocido como "la pildora de la mañana siguiente". (5)

Los efectos colaterales del etinil-estradiol son: náuseas 54%, vómito 24%, turgencia mamaria 23%, metrorragia 11%, 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

básales no se encuentran después del 4º día de la fase secretoria, que se ve claramente en la 2ª fase del ciclo, así, se evita la implantación, si ésta ya ha ocurrido, la AE no tiene efecto.

Posteriormente al régimen de etnil-estradiol solo se formulo la combinacion de estrógenos y progéstágenos, Yuzpe, la describió como anticoncepción de emergencia, con la dosis de 200 microgramos de etnil-estradiol y 1miligramo de levonorgestrel , dividido en 2 dosis, durante las 72 horas posteriores al coito

Posteriormente se utilizó el levonorgestrel solo y se hizo un estudio prospectivo para comparar el método de Yuzpe y la administración de 0.75 miligramos de levonorgestrel en 2 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 (5)

Existe otra opción en AE que probablemente sea menos aceptada para su utilización por emplearse medicamentos con conocido efecto abortivo, como el 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 emplea, 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 abortificantes (5.9)

En cuanto a los aspectos legales, existen fundamentos éticos, médicos y legales que sustentan la posibilidad de incluir la anticoncepción de emergencia como parte de los servicios médicos

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.

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

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

periodo de tiempo desde la confirmación de la implantación hasta la expulsión o extracción del feto”.

El Colegio americano de Ginecología y Obstetricia publico en 1998 una “declaración sobre métodos anticonceptivos”, que enumera 11 eventos fisiológicos esenciales para el establecimiento del embarazo, que inician con el proceso de maduración normal del espermatozoide 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 aquellos 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 acordados 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.

La incorporación del concepto de AE a la NOM de los Servicios de Planificación Familiar actualmente se encuentra en revisión para su actualización.

Una vez que se halla resuelto el aspecto legal y normativo, se promovera la instrumentación de programas de información, educación y comunicación (17)

Se define como ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE) a una serie de métodos utilizados por las mujeres para prevenir el embarazo, después de haber tenido contacto sexual sin protección anticonceptiva (en un plazo de 12 a 72 horas como máximo)

La introducción en México de este tipo de anticoncepción es conveniente debido a 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 facilidad de su uso y bajo costo y la disminución de la morbilidad materna.

Con el fin de asesorar a las pacientes sobre los aspectos básicos de la AE, se han realizado numerosas 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. (17, 22)

La AE es el método más común utilizado en varios países por más de 20 años, se basa en tomar una dosis “elevada” de píldoras anticonceptivas

(estrógenos y progesterona) dentro de 72 horas después del coito no protegido, seguida por una segunda dosis 12 horas después

La AE funciona dependiendo en que momento del ciclo menstrual se toman, pueden prevenir o retrasar a ovulación, interferir en la fertilización o bloquear la implantación.

La AE reduce la posibilidad de embarazo en un 98%. Se ha demostrado que solo el 2% de todas las mujeres que toman AE quedan embarazadas

La población de adolescentes representa un grupo de riesgo y desgraciadamente aun no se ha difundido ampliamente la utilización de métodos anticonceptivos en nuestro país a diferencia de lo que ocurre en el ámbito mundial, por lo que se sugiere la inclusión de esta información en los programas de educación escolar. (12, 17)

Basándose en los resultados de 6 estudios representativos, el Reino Unido tiene 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)

Crossier refiere en su estudio que las mujeres que usaron AE, la gran mayoría (74%) la han usado solamente una vez, aproximadamente el 20% lo han usado 2 veces, y solo el 6% lo han usado 3 veces o más en su vida. (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, China y Zambia, concluyendo que aproximadamente dos tercios de las pacientes que se habían practicado un aborto tienen algún conocimiento sobre la AE, sin embargo no se encontró que las mujeres conocieran con detalle el método ni el tiempo límite para empezar el tratamiento. (23)

Los adolescentes son particularmente candidatas para el empleo de la AE, 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, realizadas 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 AE, en España 25%. (23)

En México se han elaborado 2 estudios sobre el conocimiento de AE por los proveedores, encontrando que 74% han oído hablar de la AE, menos del 40% conoce las dosis correctas, solo 7% ofrece el método. De los usuarios 18% están familiarizados con su empleo, más de 70% comentaron que lo podrían usar o recomendarlo, 90% lo han escuchado pero no conocen las bases y nuevamente se muestran preocupados por los efectos adversos para la salud. (16,17 y 25)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La indicación de la AE es la prevención del embarazo después de un contacto sexual sin protección y antes de 72 horas después del contacto sexual.

La contraindicación del uso de AE es el embarazo confirmado

El mecanismo de acción es previniendo la ovulación y la fertilización, no ocasionan aborto.

Se realizó un estudio para determinar la evidencia estadística sobre la efectividad del régimen de Yuzpe en la AE para saber si es significativa acerca de su mecanismo de acción. Se sabe que el régimen de Yuzpe es el más usado y consiste en la toma de 2 dosis de píldoras combinadas de estrógenos y progestinas, donde cada dosis contiene 100 microgramos de etinil-estradiol y 5 miligramos de levonorgestrel, la primera dosis se toma dentro de las 72 horas que siguen a un contacto sexual no protegido y la segunda 12 horas después. Varios estudios han demostrado que este tratamiento puede inhibir o retardar la ovulación, algunos estudios han demostrado 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, otro mecanismo adicional incluye la interferencia con la función del cuerpo lúteo, con el espesor de moco cervical que da como resultado el atrapamiento de los espermatozoides, el huevo o el embrión, y una inhibición directa de la fertilización (9,18, 19)

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 más estudios para investigar otro mecanismo de acción del régimen de Yuzpe (18 y 19)

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

La acción primaria de anordiol 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. (29)

Se han formulado otros metabolitos para la investigación de su efecto antiovitatorio y antifertilizante postcoital, tal es el caso de la antiprogestina CDB2914, el estudio se llevó a cabo en ratas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Bajas dosis de mifepristona en los días 16, 17 y 18 del ciclo parecen una estrategia adecuada de tratamiento antiimplantación y protege 100 % contra los embarazos, 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 (36)

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

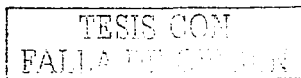
De acuerdo con los resultados de 7 estudios evaluados en 1998 existe una efectividad que varía del 44.2 al 88.7%, con una reducción del riesgo de embarazo de 75.4%, con un intervalo de confianza de 95% Resultados que dependen del conocimiento del método y su adecuada utilización.

Para demostrar la efectividad del régimen de Yuzpe se revisaron 7 estudios que reportan que este método reduce el embarazo en más del 75%, contrario al reporte de la OMS, que reporta una tasa de éxito del 56.9%. (19)

Es posible utilizar un régimen postcoital de pura progestina en 2 dosis divididas de 0.75 miligramos de levonorgestrel cada una. El régimen de solo progestina tiene las ventajas de una mayor efectividad con menor probabilidad de efectos colaterales

Vasilakis, et al. realizaron un estudio respecto al riesgo de tromboembolismo venoso en usuarias de AE, a través de la formación de 4 grupos de estudio, el 1º con exposición a la AE, el 2º a hormonales orales, el 3º formado por embarazadas e incluyendo un periodo de 3 meses postparto y el 4º formado por casos controles sin exposición a medicamentos y sin embarazo. Los hormonales orales se clasificaron en 2ª y 3ª generación y otros. El análisis de los resultados, reporta para el 1º una incidencia de tromboembolismo venoso de 0/100 000 personas por año, de 5 3/100 000 para usuarias de anticonceptivo de 2ª generación y de 10.7/100 000 para usuarias de hormonales orales de 3ª generación, así como de 0/100 00 para usuarias de otro tipo de hormonales orales. Para el grupo de embarazadas o postparto la incidencia fue de 15/100 000 personas por año y en mujeres no expuestas se reporto 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 2ª generación, de 3.5 para los de 3ª 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 por que no hubo casos de tromboembolismo en el periodo de exposición. (20)

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 AE, 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 adolescentes y la utilización de manejo sintomático de los efectos colaterales (12 y 16)

La AE debe usarse solo ocasionalmente, si se usa frecuentemente durante un año, su riesgo acumulado de embarazo sería mayor que si se usara regularmente anticoncepción hormonal o DIU, además los efectos colaterales indeseables son mayores con este régimen que con otros métodos anticonceptivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

Conocer los problemas a los que se enfrenta la población para el uso de anticonceptivos de emergencia.

Determinar el nivel de conocimiento de la población acerca de este método.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODO

Tipo de investigación:

- o Observacional
- o Transversal
- o Prospectivo
- o Descriptivo
- o Abierto

Grupo de estudio: Hombres y mujeres mayores de 15 años.

Tamaño de la muestra: 500

Criterios de inclusión: Mayores de 15 años.

Criterios de exclusión: Ser personal médico y de enfermería.

Criterios de eliminación:

- o No aceptar llenar la encuesta.
- o Encuestas llenadas incompletas o incorrectas.

Descripción general del estudio: Se realizaron entrevistas con la población que acude al HRLALM, solicitando el llenado de la encuesta en forma personal, la encuesta fue anónima y los datos obtenidos se concentraron en una base de datos para su análisis estadístico

Análisis de datos: La aplicación del cuestionario se realizó básicamente en 5 grupos de edad (los cuales previamente ya habían sido asignados por el investigador) y de estos grupos etareos se subdividió conforme al sexo en femenino y masculino, el tipo de muestreo utilizado se denomina como Estratificado No Aleatorizado (esto quiere decir que se tomó solo una parte del total de la población real que abarca cada grupo de edad y se aplicó el instrumento conforme se iban localizando en el HRLALM). El análisis realizado fue simple no paramétrico y se usó el paquete estadístico SPS versión 10.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Con relación al sexo, hubo un ligero predominio de 50.2% (251 casos) de mujeres y 47.8% (239) de hombres, se presentó un 2% (10) de personas que no contestaron este rubro. La similitud de ambos grupos es muy similar ya que se asignaron previamente a consideración del investigador. GRÁFICA #1

La presentación de los grupos etareos (grupos de edad) se distribuyó de la siguiente forma: 15 a 19 años 21.4% (107), 20 a 29 20% (100), 30 a 39 20% (100), 40 a 44 19.8% (99), 45 y más años 18.6% (93), hubo una persona que no contestó este rubro por lo que contribuyó al 0.2%. La similitud tiende también a ser muy homogénea ocasionada por la asignación previa, igual que la distribución del sexo por grupo de edad. CUADRO #1. GRÁFICA #2

El nivel de escolaridad que predominó fue el de Licenciatura con 33.6% (168), posteriormente Secundaria con 26% (139), Preparatoria 23% (115), Primaria 10.6% (53), Otro inespecífico 5.2% (26), Analfabeta 0.6% (3) y sin contestar 1% (5). GRÁFICA #3

Se cuestionó si habían oído hablar de la anticoncepción de emergencia o píldora de la mañana siguiente, el 75.6% (378) contestó afirmativamente (esto quiere decir que casi 80 de cada 100 personas tienen idea de que existe este método), el 23.8% (119) lo negó y 0.6% (3) simplemente no contestaron. GRÁFICA #4

El 29.8% (149) refirió haberlo escuchado por primera vez de 1 a 5 años aproximadamente, 26% (130) no recuerda el tiempo exacto en que lo escuchó, 16.2% (81) fue en un periodo de anterioridad de 6 a 11 meses, 13.6% (68) fue el más reciente con menos de 6 meses, 7.6% (38) fue el que presentó el intervalo de tiempo más prolongado con más de 5 años y 6.8% (34) no contestó. GRÁFICA #5 Por sexo, las mujeres en un 77% y los hombres en un 74% ya habían tenido el antecedente de haberlo escuchado. GRÁFICA #6 Por grupos de edad, el de 20 a 29 años casi en su totalidad (93%) ya lo conocía por antecedentes (las personas menores de 29 años casi en su totalidad ya había oído mencionar de él, se puede considerar las vías de acceso de información actuales como lo es el Internet) y el grupo de edad que menos había escuchado de este método de anticoncepción de emergencia fue el de 45 años y más solo lo conocía el 54%. Por escolaridad, el 65% de los niveles medio superior (preparatoria) a nivel de licenciatura ya tenían el antecedente, en contraste con las personas que no tenían el antecedente de haber oído hablar de este método que fueron nivel básico (secundaria y primaria) 65.5% lo desconocía. GRÁFICA #7

La fuente de información que les proporcionó por primera vez el conocimiento de esta medida de anticoncepción, las más usuales fueron a través de amigos en un 26.8% (134), plática con médicos 18.2% (91) y por libros de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

texto, revistas científicas, congresos, cursos, etc en un 13.4% (67). El radio y la televisión aportaron 9.6% (48), el periódico 7.4% (37), otros inespecíficos 8.4% (42) y 16.2% (81) no contestó GRÁFICA #8 Por sexo, a través de libros, revistas, cursos, etc., en las mujeres fue de 23.5% y en los hombres de 18% (probablemente las mujeres tienen más acceso a la lectura) y por medio de amigos fue de 27% en ambos grupos. Por grupos de edad, varío de 17% a 34% en todos los grupos de edad como mayoría, la principal fuente de información fue por medio de amistades

La primera impresión o idea a que el entrevistado refería con relación al uso de anticoncepción de emergencia, fue que era un método para prevenir embarazos después de una relación sexual en un 79.6% (398), posteriormente en bajos porcentajes fueron que era un método para abortar antes del retraso menstrual en un 5.2% (26), toma de pastilla olvidada al día siguiente en un 4.4% (22), método anticonceptivo de fácil acceso 3.6% (18), otro uso 2% (10), método para abortar después del retraso menstrual 1.2% (6) y 4% (20) no contestó. GRÁFICA #9 Por sexo las mujeres en un 82% y los hombres en un 78% coincidieron en la respuesta de prevenir embarazos después de una relación sexual. Se observó que en el grupo de 20 a 29 años casi el 90% tuvo la idea más acertada de que era el concepto de anticoncepción de emergencia, en contraste con el grupo de edad de 45 años y más que solo el 60% sabía a que se refería este método (presentaron mayor abstención al responder). GRÁFICA #10

El 27.2% (136) cree que la acción fisiológica de la anticoncepción de emergencia es a través de impedir la fecundación, 20% (100) cree que interfiere en la ovulación, 13.2% (66) no permite la implantación, 6% (30) es un micro abortivo, 33.46% (168) no contestó

Respecto al conocimiento de la cantidad de dosis que se debe utilizar en caso necesario, el 71.8% (359) la desconoce, 25.6% (128) refirió tener el conocimiento y 2.6% (13) no contestó GRÁFICA #11 Con relación al sexo, las mujeres en un 33% y los hombres en un 22% respondieron que impide la fecundación. Por grupos de edad, el 27% (29) del grupo de 15 a 19 años refiere que impide la fecundación, el 30% (30) del grupo de 20 a 29 refiere que impide la implantación, el 36% (36) del grupo de 30 a 39 refiere que impide la implantación, 30% (30) del grupo de 40 a 44 años y el de 45 o más años 22.5% (21) comentaron que interfiere en la ovulación GRÁFICA #12

Se planteó si se tenía el conocimiento previo de la dosis de la anticoncepción de emergencia en caso necesario el 71% de los entrevistados manifestó que lo desconocía, el 26% si sabía GRÁFICA #13 Por lo tanto se le solicitó al entrevistado que mencionara el fármaco o producto comercial que conociera y que no mencionara como lo utilizaría, 81% (405) no contestó o no sabía, del total que si otorgaron alguna respuesta que fue 19% (95), de estos el 32% (30) refirieron el producto "Ovral" el cual se manejó con una duración de 1 a 3 días, y el horario con intervalos desde 8 a 24 horas, con la cantidad de tabletas de 1 a 2, siendo la dosis más frecuente 2 cada 12 horas por un día. El otro fármaco mencionado fue el

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

"Microgynon" en un 19% (18) con una duración que variaba de 1 a 2 días, intervalos de horarios de 8 a 12 horas, con números de tabletas de 2 a 4 por horario, siendo la dosis más frecuente 4 tabletas cada 12 horas por un día. El resto de los resultados casi 50% (47) fueron datos de fármacos, dosis y horario muy inespecíficos. Por sexo, las mujeres contestaron el nombre del fármaco ó producto y su dosis en un 24% y en los hombres lo contestó el 22%. Por grupo de edad, tuvo distribución homogénea.

En cuanto a la percepción de las ventajas de usar la anticoncepción de emergencia en México, el 76.8% (384) refirió que era un método ideal para prevenir embarazos no deseados, 5.2% (26) una buena opción cuando no se usa algún método de anticoncepción, 4.6% (23) por su fácil accesibilidad, 3.4% (17) facilidad para manejar las dosis, 0.8% (4) cuando no se tiene que utilizar métodos permanentes, 0.6% (3) es automedicable, 0.2% (1) es efectivo, 0.2% (1) tiene pocas contraindicaciones, 0.2% (1) no hay reacciones secundarias, 0.2% (1) lo puede manejar la mujer sin intervención del hombre, 3% (15) manifestó que todas las respuestas anteriores eran las ventajas y 4.8% (24) no contestó ó no sabía. **GRÁFICA #14** El 77% del total de las mujeres y el mismo porcentaje del total de los hombres coincidieron en que la principal ventaja es prevenir embarazos no deseados, no se presentaron diferencias notables entre los datos. En cuanto a los grupos de edad, más del 80% en cada grupo estuvo de acuerdo en que la mayor era prevenir embarazos no deseados.

Las limitaciones más frecuentes de este método fueron, la presentación de problemas de salud en un tiempo prolongado 33.6% (168), 23.5% (117) solo es eficaz en las primeras 72 horas, 14.4% (72) puede ocasionar daños al producto, 6.2% (31) en un micro abortivo, 3.2% (16) presencia de reacciones secundarias inmediatas, 3% (15) aumento de infecciones de transmisión sexual y SIDA por reemplazo del condón, 2.2% (11) complicaciones para tener bebés en el futuro, 1.4% (7) no hay estudios mexicanos sobre su eficacia, 1% (5) no hay estudios a largo plazo sobre su efecto, 0.8% (4) aumento de la promiscuidad, 0.6% (3) la automedicación, 0.4% (2) alto costo económico, 0.2% (1) sentimiento de culpabilidad por su uso, 0.2% (1) puede ser ilegal, 2.6% (13) otras limitaciones inespecíficas y 4.6% (23) no sabía ó no contestó. **GRÁFICA #15** Con respecto al sexo, el 33% de las mujeres y de los hombres coincidieron que la principal limitación son los problemas de salud, sin embargo cuando se refieren al daño del producto es más considerado entre las mujeres en un 17% y solo 11% en los hombres, el resto es muy similar entre los datos. Por grupos de edad, estuvieron muy diferentes, el grupo de 15 a 19 años de edad en un 36.4% (39) y el grupo de 30 a 39 años 34% (34) comentaron que solo era eficaz en las primeras 72 horas, el grupo de 20 a 29 años refirió que ocasionaba problemas de salud y posibles daños al producto en un 32% (32) para cada opción, los grupos de 40 a 44 y de 45 ó más años concluyeron que ocasionaba problemas de salud en un 44% y 33% respectivamente. Lo más relevante (fue por extremos) es que los adolescentes fue el tiempo de eficacia y los adultos mayores fueron los daños a la salud.

TESIS CON
FALLA DE CENSURA

Más de la mitad de los entrevistados, 56.6% (283) considera adecuado la introducción de este método de anticoncepción a México, el 31.6% (158) tiene dudas, el 7% (35) lo considera inadecuado y 4.8% (24) no contestó. GRAFICA #16

Dentro del grupo de las personas que consideran adecuado su introducción, refinieron como principales causas las siguientes, 48.76% (138) su uso evitaría embarazos no planeados o no deseados, 23.32% (66) existen varias opiniones, 1.41% (4) evitaría embarazos y abortos, 12.72% (36) hay que utilizarlo ya que existe en el país, 0.3% (1) reduciría el número de población y 13.42% (38) no sabía ó no contestó GRAFICA #17

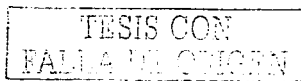
De las personas que estuvieron en desacuerdo en el uso del método, las principales consideraciones fueron 74.28% (26) desacuerdo en forma rotunda en utilizarlo, 20% (7) fomentaría la promiscuidad y 5.71% (2) provocaría el aumento de infecciones de transmisión sexual GRAFICA #18

Con la introducción de la anticoncepción de emergencia, en el concepto de que se prevé que surja algún obstáculo legal ó normativo hacia su utilización, el 51.6% (258) no lo considera, 44.8% (224) si lo cree factible y 3.6% (18) no sabía ó no contestó GRAFICA #19

Los principales medios que podrían lograr la presentación de dicho obstáculo, serían en 19.2% (96) por causas religiosas, 12.4% (62) por la presentación del aborto, 10.8% (54) por su uso ilegal, 2.4% (12) porque no hay estudios sobre su eficacia y seguridad en México, 0.6% (3) no hay apoyo de la Secretaría de Salud para su uso otras inespecíficas 7.8% (39) y el 44.6% (223) no contestó ó no sabía GRAFICA #20

Los principales lugares para ofrecer el método de anticoncepción según los entrevistados fueron, 81.2% (406) en los hospitales del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSA, DIF, etc), 7.4% (37) en los Centros de Salud, 2.4% (12) no se debe ofrecer, 2.4% (12) no especificó el lugar, 1.2% (6) en hospitales privados, 1.2% (6) en farmacias y 3.6% (18) no contestó ó no sabía GRAFICA #21 El lugar de oferta con relación al sexo, se observó que el 82% de las mujeres y el 81% de los hombres están de acuerdo que se otorgue en hospitales del Sector Salud. Todos los grupos de edad estuvieron de acuerdo en su mayoría que se presentará el método a nivel de hospitales ó instituciones

El 89.2% (446) consideró que el tipo de personal ideal para ofrecer este método fueron los médicos, posteriormente en bajos porcentajes fueron el área de enfermería en un 1.2% (6) y el orientador sexual también en 1.2% (6), en 0.6% (3) trabajo social, 0.6% (3) farmacéuticos, 0.2% (1) psicólogo y 0.2% (1) partera, 3.2% (16) fueron otras inespecíficas y 3.6% (18) no contestó ó no sabía. GRAFICA #22 Por sexo, tanto el grupo femenino como masculino cerca del 90% estuvieron de acuerdo que lo otorgara el médico. Por grupos de edad, todos coincidieron que fuera el médico nuevamente el que brindara el método.



El 58.6% (253) consideró que este método de anticoncepción debería estar ofertado a todas las mujeres, el 38.6% (193) no está de acuerdo y 2.8% (14) no contestó ó no sabía GRÁFICA #23

Con relación al tipo de mujer al que se le debe ofrecer este tipo de método, resaltaron las mujeres que fueron violadas en un 53.6% (268), posteriormente y en bajos porcentajes en aquellas que no usaron un método anticonceptivo en forma adecuada 2% (10) 1.8% (9) las mujeres casadas o bajo unión libre, 1.2% (6) las solteras, 0.8% (4) las adolescentes, 0.8% (4) las que no usan ningún método, 0.6% (3) las de ocupación de meretriz (prostitución), 24.8% (124) refirió que todas las mujeres que lo soliciten y 14.4% (72) no contestó ó no sabía GRÁFICA #24 La selección de que tipo de mujeres lo usarían con relación al sexo, se observó que el 59% del total de las mujeres entrevistadas y el 48% del total de los hombres entrevistados consideraron a las mujeres violadas, 23% de las mujeres y 28% de los hombres consideraron a todas las mujeres que lo solicitarían. Por grupo de edad deberían de utilizarlo, en el de 15 a 19 años eran todas las mujeres en un 49%, de los grupos de edad de 20 a 29 años en un 78%, el de 30 a 39 años en 45%, de 40 a 44 años en un 61% y el de mayor de 45 años de un 57% todos apoyaron al rubro de las mujeres violadas, probablemente aquí entran diversos enfoques por ejemplo en rubro de adolescentes lo podrían considerar como un método opcional ante el descubrimiento de la sexualidad, mientras que en los demás grupos mayores de 20 años se considera otras opciones de planificación familiar y solo considerarían al método de anticoncepción de emergencia en situaciones extremas GRÁFICA #25

El mejor medio para informar a la población sobre la anticoncepción de emergencia fue en un 40.8% (204) durante la consulta médica, 23.2% (116) todos los medios de comunicación disponibles, 5% (25) pláticas de grupo, 4.2% (21) folletos, 4.2% (21) televisión, 3.4% (17) radio, 3.2% (16) carteles, 1.8% (9) escuelas, 1.4% (7) revistas ó periódicos, 0.6% (3) no se debe informar y 12.2% (61) no contestó ó no sabía GRÁFICA #26 Por sexo, el grupo femenino 48% y el grupo masculino 33%, consideró que a través de la consulta era el mejor medio de difusión, y por medio de todos los medios de comunicación los hombres respondieron en un 28% y las mujeres en un 18%; en este caso se observó que en los hombres había un poco más de flexibilidad de difundir este método por cualquier vía. Por grupos de edad, de 15 a 19 años de edad y el grupo de 30 a 39 años cada uno respectivamente con el 40% consideró que se difundiera por todos los medios de comunicación posibles, el resto de los grupos de edad del 40 al 50% consideró que solo fuera a través de alguna autoridad médica durante la consulta GRÁFICA #27

La difusión del método como proyecto para llevarlo a cabo en México, el 59.8% (299) estuvo de acuerdo, 13% (65) no esta de acuerdo, 23.8% (119) tiene dudas y 3.4% (17) no sabía ó no contestó. GRÁFICA #28

De las personas que estuvieron de acuerdo con la aplicación y difusión de este método, el 53.5% (160) considera que podría evitar embarazos y abortos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13% (39) razones inespecificas, el 5.68% (17) para estar informados, el 5.33% (16) considera que debe existir un método en caso de emergencia cuando se necesite, el 3% (9) considera que ayudará a las mujeres, 2.67% (8) disponible para quien lo solicite, 16.7% (50) no sabia ó no contestó GRAFICA #29

De las personas que no estuvieron de acuerdo con la aplicación de este método, fue porque favorece la irresponsabilidad al incrementar las infecciones de transmisión sexual y la promiscuidad esto lo considero el 53.8% (35), el 18.46% (12) puede ocasionar posibles daños a la salud, 13.8% (9) no sabe como funciona, 6.15% (4) porque es un abortivo y el 7.7% (5) esta en desacuerdo absoluto sin dar explicaciones GRAFICA #30

Es de notar que el abstencionismo por contestar las preguntas del cuestionario se mantuvo casi en 50% por sexo (la distribución variaba dependiendo de la pregunta, sin predominio de sexo por determinadas respuestas), y por grupos de edad el de 45 años y mas son los que más se mantuvieron al margen en cuestiones sobre todo de difusión, es importante reconocer y respetar el gran mosaico de cultura que prevalece en nuestro país, sobre todo al establecer métodos de planificación familiar de nueva introducción (contando que los métodos ya conocidos aún son de difícil aceptación), es por eso que el dar a conocer en forma sencilla y simple, el uso y las aplicaciones del método de anticoncepción de emergencia, las mujeres (y los hombres) de acuerdo a necesidades específicas (y criterios legales) demanden la aplicación del método.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

En todo el mundo se han realizado estudios acerca del conocimiento de anticoncepción de emergencia en los usuarios, encontrando en nuestros resultados una alarmante falta de conocimiento del tema, ya que a pesar de que el 75% de los encuestados refirieron haber oído hablar del tema solo el 25% respondieron que medicamento y dosis usarían en caso necesario, sin embargo estos resultados fueron positivos en comparación con lo reportado por Delbanco en 1997, en el cual 65% refirieron haber escuchado del tema, 45% no lo conocían, y el 48% estaban familiarizados con el tema (dosis y fármaco) (22) Langer en 1999 encontró que el 90% de los usuarios han escuchado del método pero no conocen las bases (25)

Un resultado que también llamo la atención es que la mayoría de los encuestados refirió haber oído por primera vez sobre el tema de AE en un periodo menor a 5 años, cuando este método a partir de la década de los 60's fue que apareció y a mediados de los 70's cuando tuvo su mayor apogeo en Europa, aún así lo encontrado en nuestro estudio va de acuerdo al hecho de que la introducción en nuestro país ocurrió en la década de los 90's (5,8,25)

TESIS CON
FALLA DE CUBRILLO

CONCLUSIONES

Se encontró, que la mayoría de los entrevistados (80%) tienen el antecedente de haber escuchado hablar de la Anticoncepción de Emergencia (AE). A mayor nivel de escolaridad relativamente conocen más este método, y lo consideran para prevenir embarazos después de la relación sexual. Se desconoce la cantidad y conocimiento previo de dosis que se debe utilizar en caso necesario, que la mayoría (81%) no sabía mencionar el fármaco o producto comercial de este método.

La principal ventaja considerada fue prevenir embarazos no deseados y la principal limitación fue la presentación de problemas de salud en un tiempo prolongado y que sólo es eficaz en las primeras 72 horas

Consideran que es adecuada (casi 60%) la introducción de este método de anticoncepción a México, porque su uso evitaría embarazos no planeados o no deseados; y de las personas entrevistadas que no están de acuerdo no dieron explicación alguna. Más de la mitad de la población en estudio no cree que con la introducción de la anticoncepción de emergencia, surja algún obstáculo legal o normativo. Los principales obstáculos que manifestaron fueron por causas religiosas, aborto y por su uso ilegal.

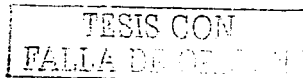
Los principales lugares para ofrecer el método de anticoncepción fueron en los hospitales del Sector Salud. El tipo de personal ideal para ofrecer este método fueron los médicos.

Se considero en un 60% que este método de anticoncepción debería estar ofertado a todas las mujeres. Con relación al tipo de mujer al que se le debe ofrecer este tipo de método, más de la mitad propuso a las mujeres violadas. Cerca de 60 de cada 100 entrevistados estuvieron de acuerdo con la difusión del método como proyecto para llevarlo a cabo en México, de las personas que estuvieron de acuerdo con la difusión de este método, considera que podría evitar embarazos y abortos y de las personas que no estuvieron de acuerdo con la aplicación de este método fue porque consideran que va a incrementar las infecciones de transmisión sexual y la promiscuidad (aumento de la irresponsabilidad).

Los datos mas sobresalientes fueron los siguientes

Nivel de escolaridad mas frecuente fue Licenciatura con 33.6% (168)

Antecedente de haber escuchado hablar de la Anticoncepción de Emergencia (AE) fue de 75.6% (378).



La primera impresión o idea con relación al uso de AE fue que era un método para prevenir embarazos después de relación sexual 79.6% (398), por sexo en promedio 80% concluyó el mismo concepto, pero por grupos de edad los adultos jóvenes coincidieron que era para prevenir embarazos y las personas mayores de 45 años presentaron mayor abstención al responder.

Acción fisiológica de la AE. casi el 30% respondieron que era para impedir la fecundación.

Conocimiento de la cantidad de dosis que se debe utilizar en caso necesario, el 71.8% (359) la desconoce.

Mencionar el fármaco ó producto comercial que conociera y como lo utilizaría, 81% (405) no contestó o no sabía, por sexo fueron semejantes la proporción de respuestas.

Percepción de las ventajas de usar la AE en México, 76.8% (384) método ideal para prevenir embarazos no deseados. Por sexo y por grupos de edad fueron similares.

Las limitaciones más frecuentes, fueron en casi 60% la presentación de problemas de salud en un tiempo prolongado y que solo es eficaz en las primeras 72 horas. Por sexo, hombres y mujeres respondieron que la principal limitación son los problemas de salud. Por grupos de edad, lo mas relevante (fue por extremos) en los adolescentes fue el tiempo de eficacia y en los adultos mayores fueron los daños a la salud.

El 56.6% (283) considera que es adecuado la introducción de este método de anticoncepción a México.

El 51.6% (258) no cree que con la introducción de la anticoncepción de emergencia surja algun obstáculo legal ó normativo.

Los principales obstáculos, fueron 19.2% (96) por causas religiosas, 12.4% (62) por la presentación del aborto y 10.8% (54) por su uso ilegal.

Los principales lugares para ofrecer el método de anticoncepción fue en 81.2% (406) hospitales del Sector Salud. Por sexo y grupos de edad fueron similares en la respuesta de hospitales o instituciones.

Tipo de personal ideal para ofrecer este método fueron los médicos 89.2% (446) Por sexo y grupos de edad fueron similares en la respuesta de médicos.

El 58.6% (293) consideró que este método de anticoncepción debería estar ofertado a todas las mujeres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con relación al tipo de mujer al que se le debe ofrecer este tipo de método, la mayoría (53.6%) propuso a las mujeres violadas. Por sexo en forma similar consideraron a las mujeres violadas. Por grupo de edad, los adolescentes consideraron a todas las mujeres, el resto apoyo al rubro de las mujeres violadas.

El mejor medio para informar a la población sobre la AE fue 40.8% (204) durante la consulta médica. Por sexo fue bastante similar su afinidad por la consulta. Por grupos de edad, 15 adolescentes fueron todos los medios de comunicación.

El 59.8% (299) estuvo de acuerdo en la difusión del método como proyecto para llevarlo a cabo en México.

De las personas que estuvieron de acuerdo con la difusión de este método, el 53.5% (160) considera que podría evitar embarazos y abortos.

De las personas que NO estuvieron de acuerdo con la aplicación de este método el 53.8% (35) considera que va a incrementar las ETS y la promiscuidad (irresponsabilidad).

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

ANEXO I

ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA

ENCUESTA PARA POBLACION EN GENERAL

FOLIO: _____

IDENTIFICACION

1.1 Fecha Día ___ Mes ___ Año ___

1.2 Sexo

1. Femenino
2. Masculino

1.3 Edad _____ años

1.4 Escolaridad

1. Primaria completa
2. Secundaria completa
3. Preparatoria completa
4. Licenciatura
5. Analfabeta
6. Otro _____

DEFINICION DE AE

2.1 ¿Usted ha oído hablar de la anticoncepción de emergencia o píldora de la siguiente?

1. Si
2. No

2.2 ¿Me podría decir cuando escucho este término por primera vez?

1. Menos de 6 meses
2. 6 a 11 meses
3. 1 a 5 años
4. Más de 5 años
5. No recuerda

2.3 ¿Dónde lo escucho por primera vez?

1. Libros de texto, revistas científicas, congresos, cursos

TESIS CON
FALLA DE COPIADO

- 2 Libros de texto, revistas científicas, congresos, cursos
- 3 Plática con médicos
- 4 Amigos, familiares, conocidos
- 5 Revistas periódicos
- 6 Radio, televisión
- 7 Otro _____

2.4 ¿Me podría decir la idea que le viene a la mente cuando piensa en el uso de la anticoncepción de emergencia?

1. Método de prevención del embarazo después de la relación
2. Medida para abortar antes del retraso menstrual
3. Medida para abortar después del retraso menstrual
4. Uso de método anticonceptivo de fácil acceso (condón, espuma, óvulos)
5. Tomar la pastilla olvidada al día siguiente
6. Otro _____

2.5 ¿Cómo cree que actúa fisiológicamente?

1. Interfiere en la ovulación
2. Impide la fecundación
3. No permite la implantación
4. Como micro abortivo
5. Otro _____
6. No sabe

2.6 ¿Podría decir que dosis utiliza o utilizaría en caso necesario?

1. Sí
2. No

2.7 ¿Cuál es el fármaco o producto comercial que conoce y como lo utilizaría?

PERCEPCION SOBRE AE

3.1 ¿Qué ventajas considera usted que tiene este método? (puede contestar una o más)

1. Previene el embarazo no deseado
2. Ideal cuando no se usa un método
3. Accesible
4. Fácil de manejar (dosis)
5. No se tiene que usar métodos permanentes
6. Es automedicable
7. Bajo costo
8. Bastante efectivo
9. Tiene pocas contraindicaciones
10. No tiene reacciones secundarias importantes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. Lo puede manejar la mujer sin intervención del hombre

12. Otro _____

3.2 ¿Qué limitaciones cree usted que tiene? (puede contestar una o más)

1. Puede ocasionar problemas de salud a la larga
2. Puede dañar al bebé en caso de que no funcione
3. Reacciones secundarias inmediatas
4. Existen complicaciones para tener bebés en el futuro
5. No hay estudios mexicanos sobre su eficacia
6. No hay estudios a largo plazo sobre su efecto
7. Solo es eficaz en las primeras 72 hrs
8. Puede ser un micro abortivo
9. Puede ser ilegal
10. Provocará que aumente las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA por reemplazo del condón
11. Provocará que aumente la promiscuidad
12. Sentimiento de culpabilidad por su uso
13. Automedicación
14. Sobredosis
15. Abuso de utilización (en frecuencia)
16. Puede ser costoso
17. Otro _____

3.3 ¿Qué opina de introducir este método en México?

1. Adecuado
2. Tiene dudas
3. Inadecuado

3.4 ¿Por qué lo considera?

3.5 ¿Preve algún obstáculo legal o normativo?

1. Sí
2. No

3.6 ¿Cuál?

1. Puede ser un aborto
2. Puede ser ilegal
3. Religión
4. Grupos civiles de oposición
5. Que no apoye la SSA
6. No hay estudios sobre eficacia y seguridad en México
7. Otro _____

3.7 ¿En que lugares cree usted que se debería de ofrecer? (Puede contestar una o más)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Hospitales institucionales
2. Hospitales privados
3. Centros de salud institucionales
4. Consultorios privados
5. Casa de salud comunitarios
6. Casa de parteras
7. Farmacias
8. Cualquier tienda en que se vendan medicinas
9. Escuelas
10. Máquinas distribuidoras
- 11 Otro _____
- 12 No se debe ofrecer

3.8 ¿Qué personas lo deben ofrecer? (puede contestar una o más)

1. Médicos
2. Enfermeras
3. Trabajadoras sociales
4. Orientadoras sexuales
5. Promotores secundarios
6. Psicólogos
7. Parteras
8. Farmacéuticos
9. Otros _____

3.9 ¿Cree usted que este método debería ofrecerse a todas las mujeres?

- 1 Si
- 2 No

3.10 ¿A que mujeres se les debe ofrecer la anticoncepción de emergencia?

1. A mujeres que hayan sido violadas
2. A mujeres casadas o unidas
3. A mujeres solteras
4. A las que no usaron correctamente el método (Ej.: se rompió el condón)
5. A las que no usen un método anticonceptivo
6. A las adolescentes
7. A las sexo-servidoras
8. Otro _____
9. No sabe

3.11 ¿Cual es el mejor medio para informar acerca de la anticoncepción de emergencia?

1. En la consulta
2. Pláticas de grupo
3. Carteles
4. Folletos
5. Radio
6. Television

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

7. Revistas/periódicos
8. Escuelas
9. Otros _____
10. No sabe
11. No se debe informar

DISTRIBUCION ANTICIPADA

4.1 ¿Qué opina de esta idea como para aplicarla en México?

1. Adecuada
2. Inadecuada
3. Tiene dudas

4.2 ¿Por qué?

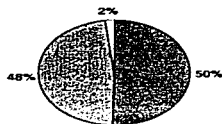
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO II

**CUADRO #1
DISTRIBUCIÓN DE SEXO POR GRUPOS DE EDAD**

	SEXO	GRUPOS DE EDAD					TOTAL
		15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 44 años	45 a 75 años	
	FEMENINO	58	50	48	49	45	250
	MASCULINO	48	50	49	48	46	239
	NO CONTESTÓ	3		3	2	2	10
	TOTAL	107	100	100	99	93	499

**DISTRIBUCIÓN POR SEXO EN PERSONAS ENTREVISTADAS POR
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HOSPITAL
REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO 2003**

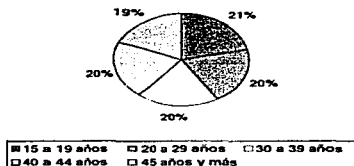


■ FEMENINO □ MASCULINO □ NO CONTESTÓ

GRÁFICA #1

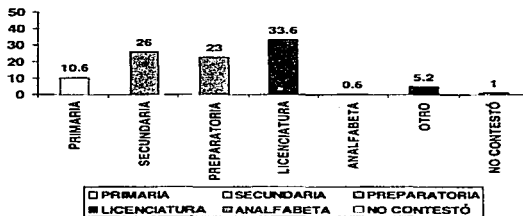
TESIS CON
 FALLA DE ORDEN

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD EN PERSONAS ENTREVISTADAS POR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO 2003



GRÁFICA #2

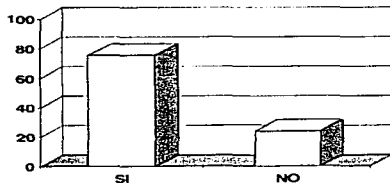
DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ESCOLARIDAD EN PERSONAS ENTREVISTADAS POR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, MÉXICO 2003



GRÁFICA #3

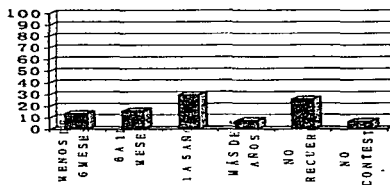
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN AL ANTECEDENTE DE HABER OIDO HABLAR DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #4

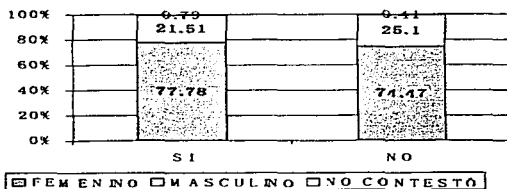
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN AL ANTECEDENTE DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DE ESCUCHAR EL TERMINO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA POR PRIMERA VEZ, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #5

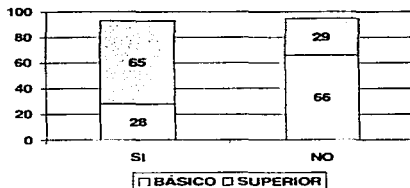
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN AL ANTECEDENTE DE HABER OIDO HABLAR DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y SEXO, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #6

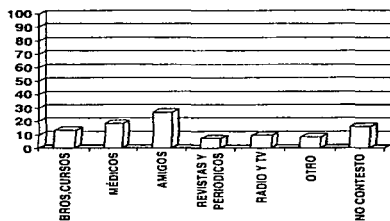
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN AL ANTECEDENTE DE HABER OIDO HABLAR DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y ESCOLARIDAD, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #7

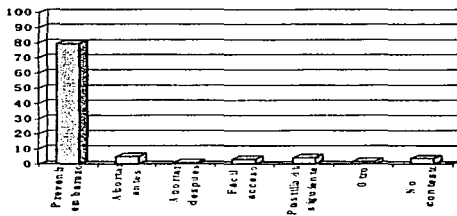
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN A LA FUENTE DE INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO EL TERMINO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA POR PRIMERA VEZ, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #8

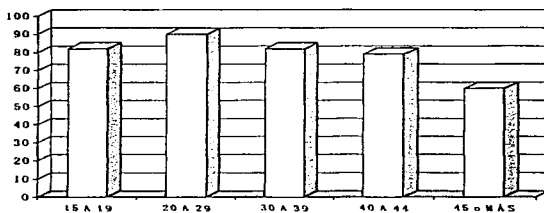
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN AL CONCEPTO QUE TIENE DEL TERMINO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA POR PRIMERA VEZ, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #9

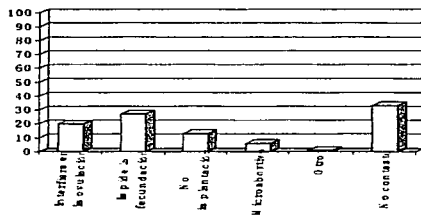
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN A LA EMISIÓN DEL CONCEPTO DEL TERMINO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y GRUPOS DE EDAD, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #10

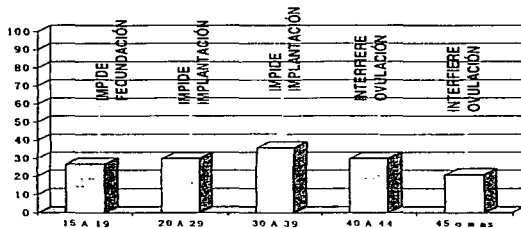
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN AL PROBABLE FUNCIONAMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #11

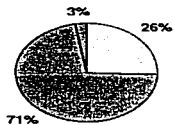
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN A LA FRECUENCIA DE LA EMISIÓN DEL PROBABLE FUNCIONAMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y GRUPOS DE EDAD, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #12

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA DOSIS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA QUE UTILIZARÍA EN CASO NECESARIO, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003

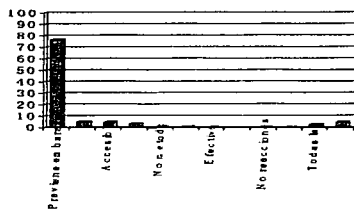


□ SI ▨ NO ■ NO CONTESTO

GRÁFICA #13

TESIS CON
TABLA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN A LAS VENTAJAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #14

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN A LAS LIMITACIONES DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #15

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, OPINIÓN RESPECTO A LA INTRODUCCIÓN EN MÉXICO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



■ ADECUADO □ TIENE DUDAS □ INADECUADO □ NO CONTESTÓ

GRÁFICA #16

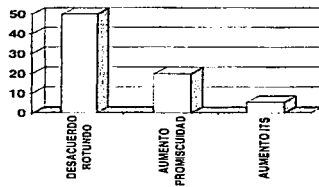
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, EXPLICACIÓN DE LA OPINIÓN FAVORABLE SOBRE LA INTRODUCCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #17

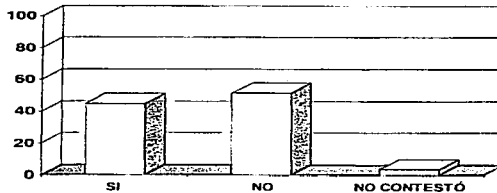
TESIS CON
FACULTAD DE CIENCIAS

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, EXPLICACIÓN DE LA OPINIÓN SOBRE EL DESAGUERO DE LA INTRODUCCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #18

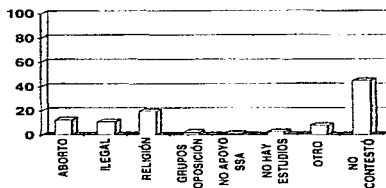
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CONSIDERACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE OBSTÁCULOS LEGALES POR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #19

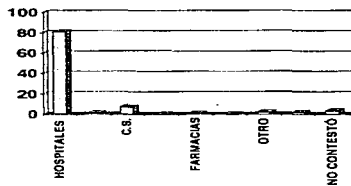


DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN A LOS OBSTÁCULOS LEGALES MÁS FRECUENTES DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



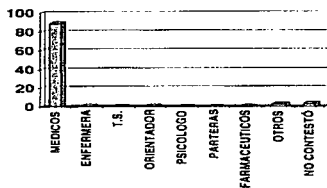
GRÁFICA #20

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN A LOS LUGARES DONDE SE DEBE OFRECER LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



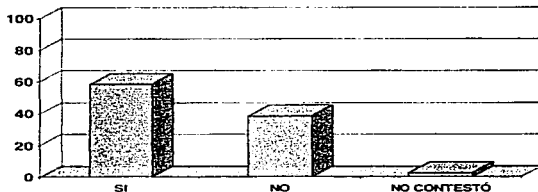
GRÁFICA #21

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RELACIÓN AL PERSONAL QUE DEBE OFERTAR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #22

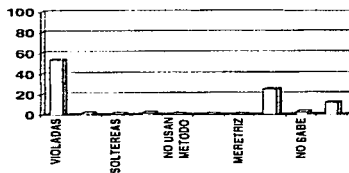
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RESPECTO A LA OPINIÓN DE OFERTAR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA A TODAS LAS MUJERES, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #23

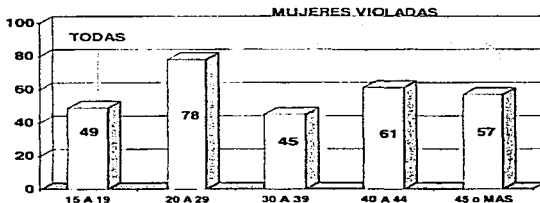
TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RESPECTO A LA OPINIÓN DEL TIPO DE MUJERES QUE SE DEBERÍA OFERTAR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #24

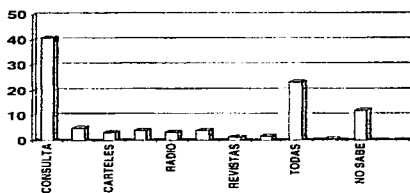
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RESPECTO AL TIPO DE MUJERES A LAS QUE SE DEBERÍA OFERTAR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y GRUPO DE EDAD, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #25

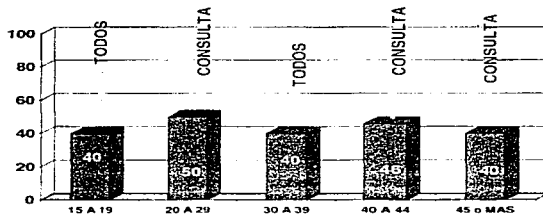
TRABAJE CON
FALLA

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RESPECTO AL MEDIO DE COMUNICACIÓN IDEAL PARA DIFUNDIR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



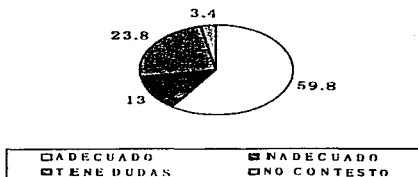
GRÁFICA #26

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RESPECTO A LA OPINIÓN DEL MEDIO IDEAL DE DIFUSIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y GRUPO DE EDAD, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



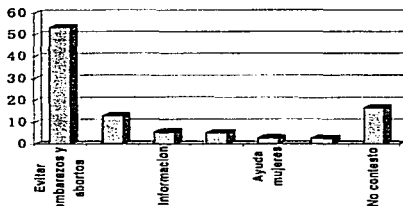
GRÁFICA #27

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, CON RESPECTO A LA DIFUSIÓN EN MÉXICO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #28

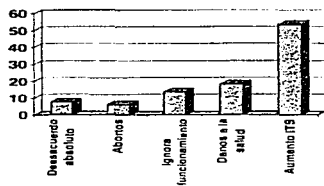
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, EXPLICACIÓN DE LA OPINIÓN FAVORABLE SOBRE LA DIFUSIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003



GRÁFICA #29

TESIS CON
FALLA DE OBREREN

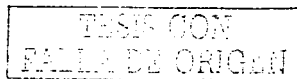
**DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS, EXPLICACIÓN DE LA
OPINIÓN SOBRE EL DESACUERDO DE LA DIFUSIÓN DE LA
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EN EL HRLALM, MÉXICO 2003**



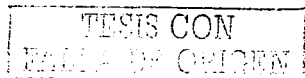
GRÁFICA #30

BIBLIOGRAFÍA

1. Allier, J. Métodos anticonceptivos. Ed. Interamericana. Venezuela, 1998. 2ª edición. 203p
2. Speroff, L. Contracepción. Ed. Marban España. 1998. 2ª edición. 377p
3. Population Report. Population information program. Por que es importante la planificación familiar? XXVII (2) 1999 1-31p
4. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 1994. SSA. Dirección General de atención Materno Infantil. 119p
5. Haspeels, A. A Emergency contraception: a review. Contracepcion. 50(2). 1994. 101-108p
6. Van, L. Emergency contraception. Contracepcion. 49 (1). 1993. 158-170 p.
7. Trussell, J. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contracepcion. 57 (6). 1998. 353-369 p.
8. Creinin, M. D. A reassessment of efficacy of the Yuzpe of emergency contraception. Hum Reprod. 12(3). 496-498 p.
9. www.bmj.com webb 326(7393) "Emergency Contraception" 775
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. Conard LA, Fortenberry JD. Farmacits' attitudes toward and practices with adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003 apr; 157(4):317-8.
17. Ellertson C. Information campaign and advocacy efforts to promote access to emergency contraception in Mexico. *Contraception* 2002 nov; 66(5): 331-7
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 147-151 p
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. Heimbürger A. Emergency contraception in Mexico city: knowledge, attitudes, and practices among providers and potential clients after a three-year introduction effort. *Contraception*. 2002 nov; 66(5) 321-9.
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. Hansen CC. Who are the users of emergency contraception?. *Ugeskr Laeger* 2002 oct. 21; 164(43): 5003-5.
27. Diaz -Olavarrieta, C. Policy climate, scholarship and provision emergency contraception at affiliates of the International Planned Parenthood Federation in Latin America and the Caribbean. *Contraception*. 2002 feb; 65(2): 143-9.



28. Bucar L. Emergency contraception and catholic hospitals. *Conscience*. 1999 spring; 20(1): 20-2.
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 di-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 di-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 37)4). 1982 508-513 p
32. Jakson RA. Advance supply of emergency contraception, effect on use usual contraception –a randomized trial *Obstet Gynecol*. 2003 jul; 102(1): 8-16.
33. Brening RK. Emergency contraception pills: current trends in Unites States college health centers *Contraception*. 2003 jun; 67(6): 449-56
34. Tripathi R. Emergency contraception: Knowledge attitudes, and practices among health care providers in North India. *J Obstet Gynaecol Res*. 2003 jun; 29(3) 142-6
35. Heimburger A. Spanding acces to emergency contraception: The case of Brazil and Colombia. *Reprod health matters* 2003 may; 11(21):150-60.
36. Piaggio, G et al. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception A randomised trial *Lancet*. 353 (9154). 1999. 697-702 p.
37. American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Acog practice bulletin. Emergency oral contraception. Number 25, march 2001.(replace practice pattern number 3. December 1996). *Int J Gynaecol Obstet*. 2002 aug; 78(2) 191-8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN