

REPUBLICA DEL ECUADOR
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES

DIPLOMADO EN ALTA GERENCIA



A

MONOGRAFÍA PARA EL DIPLOMADO EN ALTA GERENCIA

TEMA:

“LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:
UNA OPCIÓN, UNA NECESIDAD Y UN DERECHO”

Autora

Dra. Ana de la Peña

Asesor: Econ. Marco Caldas M. MSc.

Quito – Ecuador

Julio 2007

BIBLIOTECA - IAEN



012580

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a las Autoridades, a los Docentes
al Personal de Apoyo del Instituto de Altos Estudios Nacionales
por su valiosa ayuda y por compartir sus conocimientos.

Al Economista Marco Caldas por su acertada Dirección.

DEDICATORIA

A las mujeres ecuatorianas, a que se empoderen de sus derechos y puedan ejercer y transmitirlos a sus familias.

A mi familia, que ha constituido el pilar fundamental de mi vida para cumplir con los objetivos trazados durante el Diplomado.

A mi Eduardo, por su tiempo, paciencia y comprensión.

INDICE:

<u>CONTENIDO</u>	<u>Pág.</u>
Resumen Ejecutivo -----	1
Introducción -----	3
CAPÍTULO I	
1. Marco Referencial -----	5
1.1 Planteamiento del Problema -----	5
1.2 Antecedentes -----	5
CAPÍTULO II:	
2. Marco Teórico -----	14
2.1 Fisiología de la ovulación y fecundación -----	14
2.2 Mecanismos de acción demostrados en PAE -----	18
2.2.1 Efecto sobre migración espermática -----	19
2.2.2 Efecto sobre la ovulación -----	20
CAPÍTULO III	
3. Análisis -----	26
3.1 Análisis ético -----	26
3.1.1 Controversia -----	26
3.1.2 Ética y uso de anticoncepción -----	29
3.2 Análisis técnico -----	30
3.2.1 Concepto de Anticoncepción de Emergencia (AE) -----	30
3.2.2 Mecanismo de acción de la AE -----	32
3.2.3 Eficacia anticonceptiva -----	32

3.2.4	Seguridad y efectos secundarios -----	33
3.2.5	Orientación y consejería -----	33
3.3	Análisis Psico-social -----	34

CAPÍTULO IV

4.	Conclusiones Recomendaciones -----	39
4.1	Conclusiones -----	39
4.2	Recomendaciones -----	43
	Bibliografía -----	46
	Glosario -----	51
	Anexos -----	55

RESUMEN EJECUTIVO:

La Anticoncepción de Emergencia (AE), se refiere a los métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres para prevenir un embarazo, después de haber tenido una relación sexual no protegida. Pese a la evidencia científica sobre la seguridad y la eficacia de la AE para prevenir embarazos, este método aún no es ampliamente conocido por los proveedores de servicios de salud y por la población en general, ni está disponible en todas partes. Esta situación representa un área importante de acción para las personas e instituciones que trabajan por la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador. ⁽¹⁾

La Historia de la Anticoncepción de Emergencia en el mundo surgió hace más de 40 años en Holanda, cuando se suministró la pastilla de la anticoncepción de emergencia (AE) a una niña de 12 años, después de sufrir una violación, el hecho pasó a la historia como el secreto mejor guardado de la nación.

En el Ecuador, la pastilla de AE, es suministrada por el CENTRO DE PROTECCION Y APOYO A LA MUJER –CEPAM-, desde el año 1995, con un combinado de píldoras anticonceptivas regulares conocido como PAE o Yuzpe, en homenaje al Doctor que descubrió el método. Cuatro años más tarde, se incluyó en las normas de salud sexual y reproductiva y desde entonces hasta la fecha, se le ofrece como una alternativa a las mujeres que sufren de violencia sexual.

No obstante, en el mes de mayo del 2006, cuando el país atravesaba una gran crisis política y judicial, al encontrarse sin vocales en el Tribunal Constitucional, después de una gran polémica, se da a conocer la resolución de prohibir una de las marcas comerciales protagónicas

utilizadas por las mujeres para ejercer su derecho a prevenir el embarazo no deseado, con todas las implicaciones socioeconómicas y familiares que aparece. Desde ese momento hasta la fecha, los movimientos de mujeres, organizaciones e instituciones que defienden los derechos humanos, se han sumado a la lucha de no permitir la enajenación de este derecho.

Basado en estos hechos se ha realizado esta revisión bibliográfica necesaria, con el propósito de reunir la evidencia científica actualizada para demostrar que la Anticoncepción de Emergencia a disposición del Ministerio de Salud Pública es una herramienta capaz de mitigar y prevenir en un importante porcentaje la morbimortalidad materna.

INTRODUCCIÓN

Este tema de investigación nació como consecuencia de los polémicos acontecimientos surgidos a raíz de la decisión tomada por el Tribunal Constitucional, el 26 de mayo de 2006, cuando acogió la demanda presentada por el Dr. Fernando Rosero Rhode, en la que solicitaba a esta instancia, la prohibición de una marca comercial, el Postinor 2, por considerarlo “una pastilla abortiva” alegando en su defensa la protección del no nacido.

A partir de entonces, surgió la inquietud de conocer más sobre el sustento científico del método que fundamenta a la Anticoncepción de Emergencia.

En este trabajo, comenzaremos revisando el surgimiento de la Anticoncepción de Emergencia (AE) y un breve recorrido de su evolución y presencia a nivel internacional y nacional, así como el respaldo legal que hace posible el acceso al método anticonceptivo a las mujeres ecuatorianas, el cual, permitiría mejorar el panorama estadístico de la morbilidad materna, la que contiene cifras alarmantes, las que podrá usted conocer, a medida que se adentre en la lectura de la investigación.

Resultó primordial realizar una explicación científica del mecanismo de acción de este método y específicamente de la píldora anticonceptiva de emergencia, o mal denominada “píldora del día después”, a través de una conveniente revisión bibliográfica y otros recursos metodológicos, desde la década de los años setenta hasta el presente año, también de una lectura científica pero sencilla, que gracias a los recursos gráficos facilitarán la comprensión de la misma.

El propósito fundamental de esta revisión bibliográfica es demostrar con argumentos científicos, que la Anticoncepción de Emergencia (AE) **no es un abortivo**, y a la vez, proporcionar a los lectores e interesados una herramienta que les permita sacar sus propias conclusiones sobre el tema.

CAPITULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Planteamiento del problema

Argumentar científicamente que la Anticoncepción de Emergencia es un anticonceptivo eficaz aplicable en la prevención de embarazos no planificados y una herramienta efectiva para la salud pública preventiva.

1.2 Antecedentes

Para entender los antecedentes, resulta necesario hacer un recuento de la historia de la Anticoncepción de Emergencia:

- | <u>AÑO</u> | <u>SUCESO</u> |
|---|---|
| • <u>1500 AC:</u> | Las mujeres pensaban que estornudando, saltando, bailando y utilizando duchas vaginales de hierbas, raíces, hierbas, podían evitar el embarazo |
| • <u>Primera mitad de la década de los 60':</u> | Se creía que utilizando altas dosis de vitamina C, aspirina o <u>cloroquina</u> , y duchas <u>postcoitales</u> con diferentes líquidos (tequila, soda, orine) eran efectivas para no quedar embarazada. |
| • <u>Segunda mitad de la década de los 60':</u> | Se descubrió la sustancia <u>Dietilelbestrol (DES)</u> , la cual no fue usada por mucho tiempo debido a la <u>teratogenicidad</u> (malformaciones congénitas). |
| • <u>1966:</u> | Se utilizaron altas dosis de estrógenos suministradas <u>postcoitalmente</u> como ensayo. |

AÑO

SUCESO

- 1973: Se comenzaron a realizar los primeros estudios con D.-norgestrel (derivado del Levonorgestrel).
- 1974: Las combinaciones de estrógenos y progesteronas (hormonas femeninas sintéticas) para la anticoncepción postcoital (estudio Yuzpe).
- 1977: Método de Yuzpe modificado (originalmente tomar 2 dosis cada 12 horas).
- 1979: Estudios con solo de Levonorgestrel (LNG) para anticoncepción de emergencia desde Gedeon Richter Ltda. (Farmacéutica Importadora) en Hungría.
- 1981: Postinor (anticoncepción de emergencia suministrada por Gedeon Richter) estuvo disponible en Hungría (0,75 mg LNG dado en 2 dosis hasta 48 horas después de un acto sexual desprotegido).
- 1984: El método Yuzpe estuvo disponible en Europa.
- 1995: La cooperación dada entre la OMS y Gedeon Richter Ltda. para suministrar anticoncepción de emergencia de solo LNG, la que proporcionaba menos reacciones adversas y mayor eficacia.
- 1997: La Food and Drugs Administration (FDA) de EEUU declara segura la AE.
- 1998: La Anticoncepción de Emergencia con producto dedicado (LNG) proveniente de Gedeon Richter Ltda. estuvo disponible para suministrarse hasta 72 horas después de un acto sexual desprotegido.
- 1998: La OMS publica reportes favorables sobre la AE (estudios realizados con LNG de Gedeon Richter).
- 1999: La FDA de EEUU aprueba el llamado PLAN B (LNG suministrado por Gedeon Richter para AE).
- 2001: Levonelle (LNG de Gedeon) estuvo disponible como producto de venta libre (OTC).

AÑO

SUCESO

- 2002: Estudios de la OMS sobre la seguridad/eficacia de una dosis simple de LNG como Anticoncepción de Emergencia (materia prima de Gedeon Richter).
- 2004: Ecuador cuenta con AE a base de LNG en el mercado bajo dos marcas comerciales. Se produce gran debate y comienza un proceso legal que terminaría un año más tarde con la decisión del Tribunal Constitucional de prohibir la marca comercial más vendida en el país.
- 2006: La AE se encuentra disponible en más de 100 países a nivel mundial.
- 2006: En Ecuador se fortalece el movimiento social que realiza abogacía a favor del método, y de los derechos sexuales y reproductivos.

Las personas y organizaciones que trabajan en la defensa y promoción de la Anticoncepción de Emergencia (AE), suelen preguntarse sobre las consecuencias que pueden tener sus acciones desde el punto de vista legal. Aunque no hay una respuesta única para todos los países debido a la diversidad de la legislación y las normas en el ámbito de la salud, resulta válido señalar, que a diferencia de lo que se espera, nuestra Carta Magna es una de las que, en comparación con las de los países de América Latina y el Caribe, ha sido la primera en incluir los derechos sexuales y reproductivos y es un referente para todos los países y dentro de este marco legal se menciona el derecho a la Anticoncepción de Emergencia:

- Constitución Política del Ecuador: Derechos Civiles en el Artículo 23 numerales 1,2,3,4,5,7,8,20,25 y 26 y Derechos Económicos Sociales y Culturales en los Artículos 37,39,40,41,42,43 párrafos dos, 49,50 numeral 4 y 7. ⁽²⁾

- Ley sobre Educación, la Sexualidad y el Amor (aprobada por el Congreso Nacional el 4 de marzo de 1998). ⁽³⁾
- Ley 103 Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (23 de Julio, 1998). ⁽⁴⁾

- Plan Nacional de Educación Sexual en Adolescentes (PLANESA), expedido por el Ministro de Educación Raúl Vallejo, 2006. ⁽⁵⁾

- Ley Orgánica de Salud, (aprobada por el Congreso Nacional el 22 de diciembre del 2006). ⁽⁶⁾

FORMULACION DEL PROBLEMA

La escasa información sobre la Anticoncepción de Emergencia, hace que las mujeres ecuatorianas y algunos miembros de la comunidad médica tengan dudas sobre la legalidad del método, así como del sustento científico y el beneficio de su aplicación en la salud pública del Ecuador en el área de salud sexual y reproductiva.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

En este trabajo nos limitaremos a realizar una revisión bibliográfica de los estudios científicos realizados a nivel internacional más relevantes, recientes y reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), haciendo un recorrido desde la década de los 70' hasta nuestros días, así como demostraremos la validez del método en la prevención de los embarazos no deseados, las morbilidad maternas y las consecuencias socioeconómicas.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Demostrar el respaldo y la validez científico – médica de la Anticoncepción de Emergencia a nivel nacional e internacional hasta nuestros días.

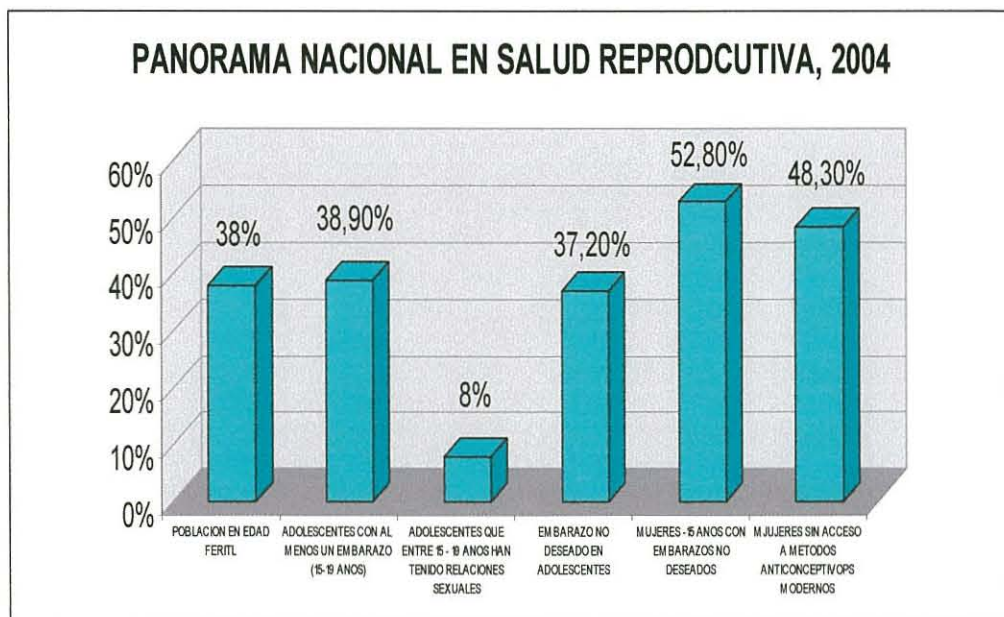
Objetivos Específicos:

- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva de las investigaciones publicadas en revistas científicas autorizadas relacionadas con el método Anticonceptivo de Emergencia desde la década de los 70' hasta el 2006.
- Reunir el sustento legal que respalda el uso de la Anticoncepción de Emergencia en el Ecuador.
- Indagar los derechos humanos involucrados al prohibir el acceso a la AE.
- Analizar la orientación y asesoría que se debe suministrar a las usuarias de Anticoncepción de Emergencia.
- Investigar los beneficios que produce la Anticoncepción de Emergencia en la salud pública de los países.

JUSTIFICACION:

Los embarazos no deseados, los abortos en condiciones de riesgo para la mujer y los embarazos a edades muy tempranas se presentan con

- Las mujeres entre 15 – 24 años de edad que reportaron haber tenido al menos un embarazo, el 37,2% fue no planificado o no deseado.
- De las mujeres menores de 15 años que reportaron su primer embarazo, el 52,8% fue no deseado.
- De ellas el 12% de estos embarazos terminaron en abortos provocados.
- El 48,3 % de las mujeres ecuatorianas no tiene acceso a un método anticonceptivo moderno. ⁽⁷⁾.



Ante esta realidad, resulta necesario fomentar una cultura preventiva que contribuya a la prevención de las relaciones sexuales precoces, los embarazos no deseados, los abortos y las muertes maternas. Para ello, deben tener conocimiento tanto los profesionales de la salud como la comunidad en general sobre los avances científicos y además, ejercer la

veeduría ciudadana de manera que, a partir de la exigencia del cumplimiento de los **derechos sexuales y reproductivos**, se goce de un mejor acceso a los métodos anticonceptivos modernos y eficaces.

DESCRIPCION METODOLOGICA

“A través de los métodos investigativos que empleamos, podemos decir que ha sido una especie de brújula en la que no se produjo automáticamente el saber, pero que evitó que me perdiera en el caos aparente de los fenómenos, aunque sólo sea porque me indica como no plantear los problemas y como no sucumbir en el embrujo de nuestros prejuicios predilectos”.

En la investigación utilizamos el método lógico, a través del manejo del pensamiento en sus funciones de deducción, análisis y síntesis, y en especial el método lógico inductivo, pues a partir de una causa se eleva a conocimientos generales.

Muchos de los estudios de laboratorio revisados, describieron en su abstracto el haber utilizado el método de diferencia, a través de la reunión de varios casos, en uno de los cuales pudimos observar que faltaban circunstancias que no producían el efecto esperado.

A través del método histórico, hicimos una revisión cronológica detallada, y gracias a este método, pudimos vincular el discernimiento de las distintas etapas de los estudios del mismo tema, en sucesión cronológica, conociendo la evolución y desarrollo del avance médico y científico, hurgamos la historia, las etapas principales y las conexiones históricas fundamentales de la AE.

Las fuentes bibliográficas revisadas se han caracterizado por ser recientes y gozar del aval del organismo rector a nivel internacional de las políticas de salud, la OMS.

Se aprovecharon también materiales interactivos tales como vídeo, flashes, de organizaciones internacionales que trabajan en el campo jurídico de los derechos sexuales y reproductivos y que ilustran de mejor manera el complejo mecanismo de acción de este método.

Fueron seleccionadas fichas sobre el tema, proporcionadas por el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), lo que facilitó de gran manera la evidencia científica y legal.

Resulta importante mencionar al estudio de la Carta Magna y demás recursos legales con que cuenta el Ecuador y que plasman el derecho que tiene la mujer ecuatoriana de acceder a este método.

Con estos materiales se procedió a escoger el material bibliográfico de acuerdo al sustento científico - legal a la fecha del estudio, al espacio de publicación del artículo y a la relación con nuestro trabajo.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Aspectos generales del método anticonceptivo de emergencia

Desde que se empezó a utilizar la AE, se explicó su mecanismo de acción por analogía con lo demostrado a esa fecha para los anticonceptivos hormonales orales combinados, en el sentido de que ejercen su actividad anticonceptiva a través de la supresión de la **ovulación**. Otro mecanismo de acción probado por Esteban Kesseru desde al año 1973 ⁽⁸⁾ fue el relacionado con el espesamiento del **moco cervical**, el cual impide la migración de los espermatozoides. Sin embargo, en los años que siguieron, fueron incorporados otros mecanismos hipotéticos, sin comprobación científica, en relación a:

- Aceleración de la **motilidad tubaria**
- Cambios en el endometrio que impiden la **implantación**

El total de mecanismos mencionados han continuado siendo referidos por los diferentes autores durante muchos años, y al momento ya se tiene claridad para poder discernir con evidencias científicas, cuales son los que realmente se aceptan con base al rigor de las investigaciones más recientes.

2.1 Fisiología de la ovulación y fecundación

Para entender más claramente los mecanismos de acción de la PAE aceptados y comprobados científicamente hoy en día, revisemos muy rápidamente los aspectos fisiológicos de la ovulación y fecundación

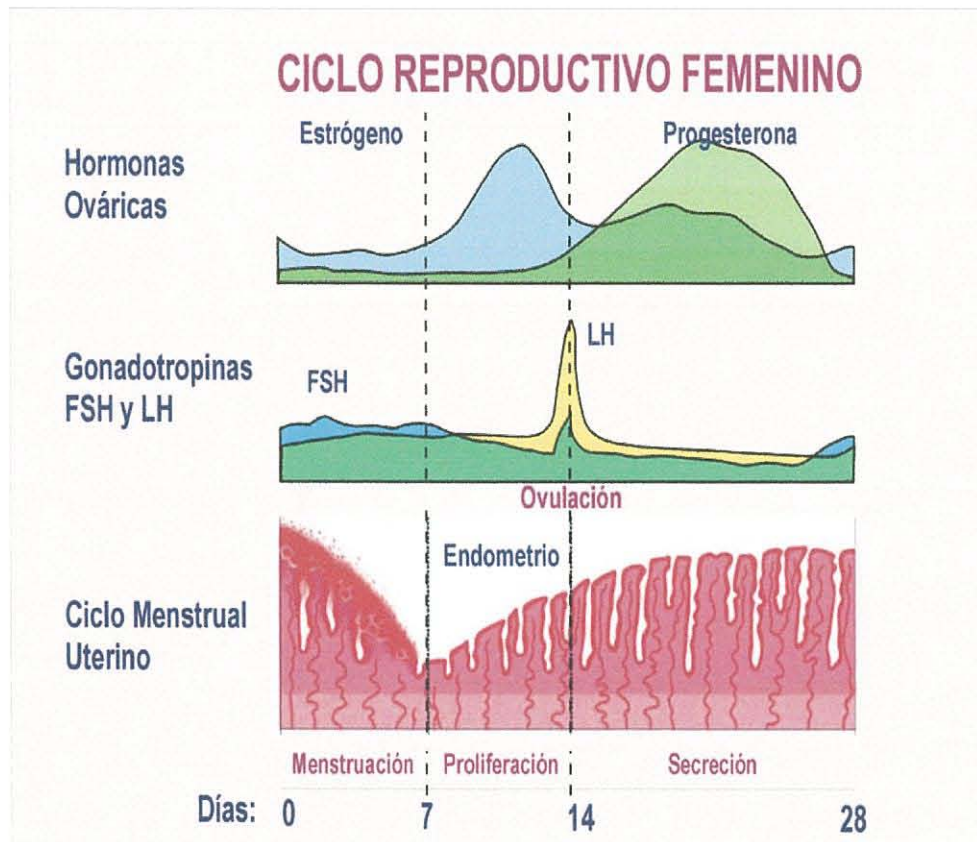
Hasta hace algunos años se creía que el coito, la ovulación, la fecundación y la implantación eran fenómenos que todos ocurrían simultáneamente y algunas personas lo siguen creyendo así. Sin embargo, para que ocurra la implantación y como consecuencia el inicio de un embarazo, se presentan una serie de fenómenos sucesivos y hasta aleatorios como los que se describe a continuación:

La mujer en edad fértil tiene un ciclo menstrual que se extiende desde el primer día de una menstruación hasta el día inmediatamente antes de la siguiente menstruación. Este ciclo es el resultado de mecanismos sincrónicos entre el [hipotálamo](#), [hipófisis](#), [ovario](#) y [endometrio](#) (mucosa del útero)

El hipotálamo, a través de las hormonas liberadoras de gonadotropinas regula la producción de FSH (hormona folículo estimulante) y LH (hormona luteinizante) a nivel de la hipófisis. Estas dos hormonas hipofisarias, a su vez, regulan el crecimiento y desarrollo del folículo ovárico y la producción de hormonas del ovario: estrógenos y progesterona. La ovulación, que ocurre al promediar el ciclo, es precedida por una súbita elevación de la LH hipofisaria. Los [estrógenos](#) estimulan el crecimiento del endometrio uterino y la progesterona prepara a este para la probable implantación de un huevo fecundado que llega al útero en forma de blastocisto. Si no hay [fecundación](#), no hay implantación, y consecuentemente terminada la segunda parte del ciclo, ocurre la menstruación.

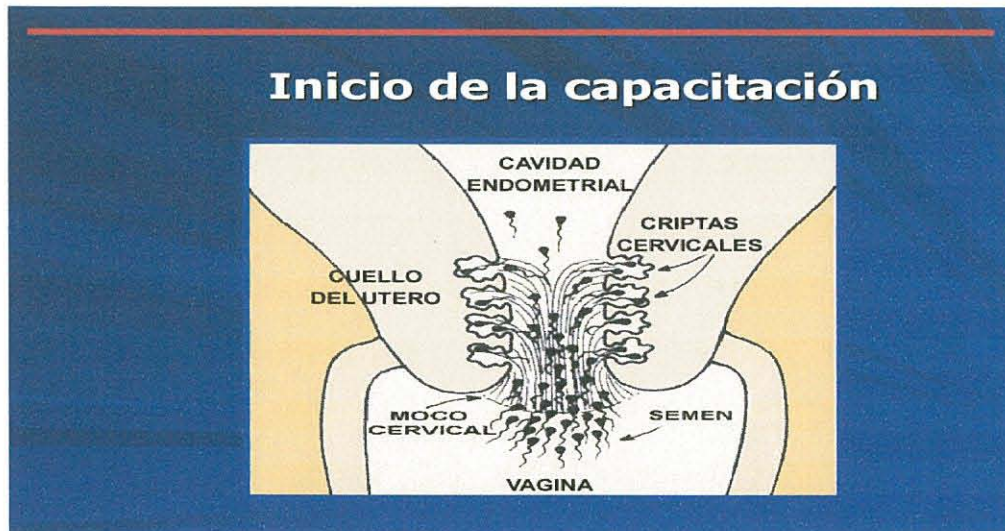
La figura 1 resume la relación funcional entre los órganos mencionados.

Fig 1.- Regulación del funcionamiento ovárico por las hormonas de la Hipófisis y del funcionamiento del endometrio por las hormonas del ovario



La figura 2 nos muestra que cuando se sucede un coito, los espermatozoides son depositados en la vagina, los que entran en contacto con el moco cervical y son almacenados en las **criptas** de las glándulas **endocervicales**. Aquí inician el proceso llamado de **capacitación espermática**, el que dura horas y días, antes de que estén listos los espermatozoides para migrar hacia las partes más altas del tracto genital femenino.

Fig. 2.- Depósito de espermatozoides en la vagina e inicio de la capacitación espermática a nivel de las criptas cervicales

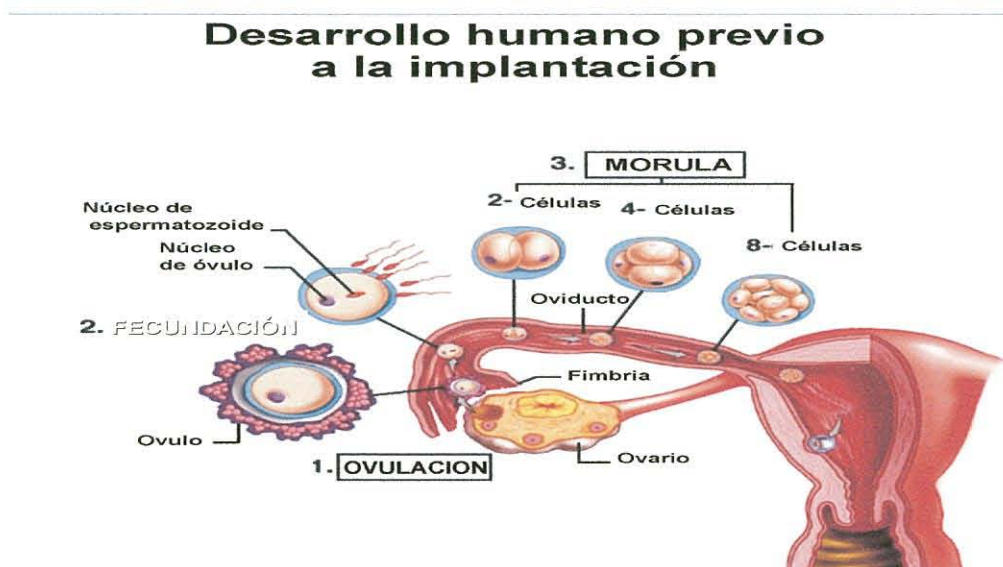


En condiciones normales, los espermatozoides deben esperar entre 1 y 5 días para poder migrar, por que sin el requisito de la capacitación no son capaces de fecundar al óvulo.

A partir del momento en que ocurre la ovulación queda un tiempo máximo de 24 horas para que se produzca la fecundación. Terminada la migración espermática a lo largo del cuello uterino, del útero y de la **trompa de Falopio** y habiendo ocurrido el fenómeno ovulatorio, el espermatozoide que ha completado su capacitación y luego la reacción acrosómica (que lo hace fecundante) a nivel de la trompa de Falopio, penetra al óvulo en el tercio externo de la trompa, produciéndose así el fenómeno de la fecundación o fertilización. En este momento se restituye la **fórmula cromosomal** en el huevo fecundado, empieza un proceso de multiplicación celular (mórula) y luego de 3 a 4 días de tránsito por la trompa llega al endometrio, el mismo que ha sido preparado **morfológica** y bioquímicamente por la progesterona, para facilitar la implantación del

blastocisto, aproximadamente una semana después de la fecundación. Estos hechos se pueden visualizar en la Fig 3:

Fig 3.- Fenómenos de ovulación, fecundación y tránsito del huevo fecundado hacia el endometrio



2.2 Mecanismos de acción demostrados en la PAE

Los mecanismos de acción de la PAE son complejos, por que sus efectos dependen del día en que se usa, y la fertilidad de la mujer varía de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual en que se encuentra, conforme lo ha determinado Wilcox ⁽⁹⁾.

2.2.1 Efecto sobre la migración espermática

Al ser inminente el fenómeno de la ovulación, el moco cervical presenta condiciones adecuadas para la migración espermática. En estas condiciones el moco es claro, transparente, abundante, elástico, y sus

moléculas se disponen en paralelo formando verdaderos canales, los cuales facilitan la migración de los espermatozoides

Esta arquitectura normal es alterada por la presencia de la PAE que torna al moco cervical grueso, espeso, hostil, y sus moléculas se encuentran entrecruzadas, sin formar canales, lo que impide el proceso de migración (Fig 4). Este fenómeno fue demostrado por Kesseru ⁽¹⁰⁾, quien observó que ya a las tres horas después del tratamiento con Levonorgestrel (sustancia usada en la PAE) aumenta también el pH del fluido uterino y aumenta la viscosidad del moco cervical; fenómenos que inmovilizan a los espermatozoides.

En condiciones normales, ocurrido el coito, los espermatozoides migran en dos fases: una primera fase rápida y breve, durante la cual llegan los primeros espermatozoides a la trompa en pocos minutos, y una segunda fase sostenida en el tiempo, durante la cual los espermatozoides almacenados en las criptas del cuello uterino migran sucesivamente hacia la trompa en el curso de varios días. Sólo los espermatozoides que migran en la fase tardía tienen capacidad fecundante ^(11,12), pero este proceso es alterado por la PAE.

Fig 4.- Cambios en el moco cervical por acción de la PAE



2.2.2- Efecto sobre la ovulación

Swahn et al ⁽¹³⁾ administraron el método de Yuzpe (es la PAE que utiliza las mismas píldoras combinadas de etinil estradiol + levonorgestrel, que se usan como anticonceptivos regulares) el día 12 del ciclo y observaron supresión o postergación del pico de LH en 6 de las 8 mujeres estudiadas, lo cual demuestra su acción anticonceptiva. Por otro lado, Croxatto y Col ⁽¹⁴⁾ administraron también el método de Yuzpe en diferentes momentos de la fase folicular a nivel del ovario: cuando el diámetro del folículo dominante tenía de 12 a 14 mm, de 15 a 17 mm ó 18 mm (ovulación inminente) y comprobó una excelente correlación inversa entre este marcador (diámetro folicular) y la inhibición de la ovulación. Mientras más grande fue el diámetro, menor fue la capacidad de la PAE de producir anovulación, por ello fue que ésta ocurrió en 80%, 50% y 0% de los casos, según fuera el diámetro folicular. Estos hallazgos significan que mientras más cerca de la ovulación se encuentra la mujer, el efecto de la PAE es nulo o incipiente.

La Fig. 5 presenta un folículo listo para ovular, por cuanto ha llegado a tener un diámetro crítico de 18 mm. ⁽¹⁵⁾

Fig. 5:- Folículo ovárico en estado de inminente ovulación



La Fig. 6 expresa la correlación inversa que existe entre el diámetro del folículo y el efecto de la PAE. Mientras más grande es el folículo, menor es la acción de la PAE. Esto quiere decir que para que este anticonceptivo sea eficaz, la mujer debe utilizarlo con mayor seguridad en la fase anterior a la ovulación

Fig. 6.- Relación inversa entre la eficacia anticonceptiva de la PAE y el diámetro del folículo ovárico.



Las barras ilustran que mientras más cerca esté de la ovulación, el efecto de las píldoras de emergencia no es capaz de detenerla y como consecuencia, aquella ocurre, y de haber las condiciones adecuadas puede ir seguida de fecundación, sin que ésta pueda ser interrumpida por la PAE

En el estudio experimental doble ciego de Hapangama y Col. ⁽¹⁵⁾, se comprueba que aún en el día de la ovulación (elevación súbita de LH), si se administra levonorgestrel (LNG), se puede inhibir la ovulación en 7 de las 12 mujeres estudiadas. Estos mismos autores probaron que si el LNG se administra **preovulatoriamente**, se retrasa la ovulación ú ocurre **anovulación**.

El estudio experimental de Marions y Col. ⁽¹⁶⁾ reveló que el LNG administrado a mujeres antes de la ovulación inhibe la súbita elevación de LH, lo que explica la anovulación identificada en estas mujeres

Supuesto efecto sobre el endometrio:

Es tal vez este hipotético efecto el que más posiciones encontradas ha tenido porque hasta hace pocos años se afirmó que la AE alteraba la implantación a nivel del endometrio y por ello se le daba el calificativo de “abortivo”.

En los años iniciales de la investigación sobre PAE, algunos estudios observacionales afirmaron encontrar modificaciones endometriales histológicas y bioquímicas posteriores a la administración del método de Yuzpe (Etinil estradiol + LNG), y que esas modificaciones alteraban la implantación ^(17,18,19,20).

Más tarde, Taskin ^{et al (21)} en un estudio experimental, encontró que en biopsias de endometrio de mujeres que habían recibido altas dosis de anticonceptivos orales, no se alteraban las alfa-1 y las beta-3 integrinas, que son citoquinas necesarias para el proceso de implantación del blastocisto en el endometrio.

Estudios recientes, de corte experimental con asignación aleatoria, llevados a cabo con mucha rigurosidad científica han determinado lo siguiente:

Swahn ⁽¹³⁾ en Europa (1996) y Raymond ⁽²²⁾ en los Estados Unidos (2000) examinaron biopsias de endometrio tomadas en el período supuestamente de implantación en mujeres que tomaron PAE según el régimen de Yuzpe y no encontraron diferencias significativas en los

parámetros morfológicos y moleculares examinados, cuando fueron comparados con los ciclos control (sin PAE) en las mismas mujeres.

Marions y Col. ⁽¹⁶⁾ en Estocolmo examinaron biopsias de endometrio obtenidas de mujeres que recibieron LNG antes y después de la ovulación. Al analizar 8 parámetros morfométricos al microscopio de luz, uno morfológico al microscopio electrónico de barrido y 5 parámetros moleculares por [inmunohistoquímica](#) y [citoquímica](#) para valorar los receptores de progesterona e integrinas, que son indispensables en el proceso de implantación. Ninguno de estos parámetros mostró diferencias con lo observado en las biopsias obtenidas en los ciclos control (sin PAE) de las mismas mujeres.

En México, Durand y Col. ⁽²³⁾ examinaron en un estudio experimental con asignación aleatoria, el efecto del LNG sobre el endometrio en 24 mujeres. Tomaron biopsias de endometrio en el día 9 después de la ovulación en mujeres que habían ingerido LNG antes, durante y después de la ovulación. La histología del endometrio fue normal en todos los ciclos ovulatorios tratados, cuando fueron comparados con los ciclos sin tratamiento

Los resultados obtenidos en los experimentos anteriormente descritos demuestran claramente que la PAE no tiene efecto sobre el endometrio, y como consecuencia su mecanismo de acción no está a este nivel, lo cual descarta definitivamente la posibilidad de que sea un [abortivo](#).

También han sido efectuados estudios experimentales en animales que han contribuido a aclarar el mecanismo de acción del LNG. Müller ⁽²⁴⁾ examinó la ocurrencia de efectos post-fertilización del LNG en la rata, administrando dosis varias veces más altas que las utilizadas en las

mujeres. En las ratas, el LNG inhibió la ovulación y no tuvo efecto sobre la fertilización o la implantación cuando se administró inmediatamente antes o después del apareamiento o antes de la implantación.

Más recientemente, Ortiz y Col. ⁽²⁵⁾ estudió experimentalmente el efecto de la administración postcoital del LNG en la mona Cebus Apella para examinar los probables eventos post-fertilización. Para ello se administró LNG ó vehículo solo (sin LNG) por vía subcutánea ú oral. En los casos en los que se administró el LNG o el vehículo solo cerca de la ovulación y después del coito, la tasa de embarazos fue exactamente la misma en ambos grupos; lo que demuestra que una vez ocurrida la fecundación, el LNG no ejerce ninguna acción y ocurre la implantación.

Habiendo sido el tema de los mecanismos de acción de la PAE, motivo de encendidos debates en Perú, Ecuador y en otros países, finalmente los resultados de los más recientes estudios, aquí presentados, aclaran el panorama, en el sentido que la PAE no afecta la implantación del blastocisto a nivel del endometrio, y ello explica que cuando este anticonceptivo se administra después de la ovulación o después de la fecundación, el embarazo que de ello se pueda derivar sigue adelante ⁽²⁶⁾. Esto se traduce en que durante el uso práctico de la PAE puede darse una proporción de embarazos normales que varía entre el 11 y el 40%.

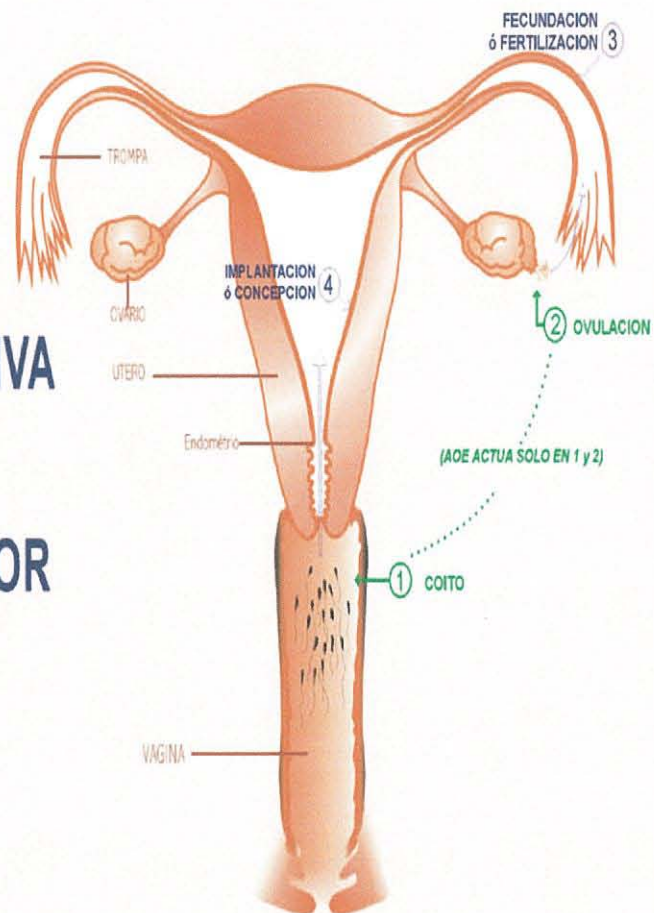
En la Fig. 7 se resumen los lugares en donde actúa la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE):

La figura nos muestra claramente que los mecanismos de acción de la PAE son anteriores a la fecundación y más aún a la implantación, puesto que altera la migración espermática por espesamiento del moco cervical y retrasa o impide la ovulación.

Los autores que respaldan esta teoría se pueden encontrar en la bibliografía adjunto.

Fig. 7.- Lugares en donde comprobadamente actúa la PAE

SECUENCIA REPRODUCTIVA Y APARATO REPRODUCTOR FEMENINO



CAPITULO III

3. ANÁLISIS DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

3.1 Desde el punto de vista ético

La introducción de la Anticoncepción de Emergencia (AE) en América Latina y el Caribe ha estado enmarcada en un intenso debate sobre los aspectos éticos del método. Los sectores que se oponen a la AE sostienen sin fundamentos que se trata de un método abortivo y que, su uso esta reñido con la moral católica y con la legislación vigente en la mayoría de los países de la región. Estos grupos se niegan a reconocer la evidencia científica reciente que confirma que la AE no es abortiva y son los mismos que se oponen a la anticoncepción moderna y el uso del condón para la prevención de **infecciones de transmisión sexual** (ITS) y del VIH/SIDA.

El Ecuador no ha estado exento de esta realidad y su primera incursión en el debate surgió en el mes de noviembre del 2004, cuando los medios de comunicación, pusieron sobre el tapete que el Ecuador contaba con un moderno anticonceptivo de emergencia.

3.1.1 La controversia

La discusión básica de los aspectos éticos del método gira entorno a una serie de falsas alegaciones sobre la AE. A continuación se clarifica el porqué estas acusaciones no son verdaderas y así mismo, que no toman en cuenta en sus argumentaciones los mas recientes descubrimientos.

- **Afirmación incorrecta:**

“La anticoncepción de emergencia impide la implantación del óvulo fecundado en el útero”

Esta afirmación no es cierta ya que no hay evidencia científica que la respalde. Un mecanismo de acción demostrado para las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) es la inhibición de la ovulación, lo cual se ha comprobado en la mujer, en la mona y en la rata. Por otro lado, el levonorgestrel inhibe la penetración de los espermatozoides en el tracto genital de la mujer. Además, no se han encontrado alteraciones del endometrio en mujeres tratadas con levonorgestrel en las dosis usadas para AE. Por el contrario, estudios recientes realizados en animales de experimentación (monas y ratas), muestran que la implantación ocurre con la misma frecuencia en animales tratados con levonorgestrel que con placebo, después de un coito en el día de la ovulación ⁽²⁵⁾.

- **Afirmación incorrecta:**

“La AE puede afectar el embrión antes de que se produzca la implantación, impidiendo su desarrollo”

No hay evidencia directa que se refiera al efecto de las hormonas usadas en AE sobre el embrión humano. Es imposible obtener dicha evidencia, por razones éticas, y tampoco existe para ningún otro medicamento usado en medicina. La evidencia indirecta, proveniente de otros anticonceptivos de uso regular que contienen las mismas hormonas (pastillas e implantes), muestra que no hay efectos teratogénicos o ningún tipo de malformación congénita en los niños nacidos cuando ha ocurrido la falla del método.

- **Afirmación incorrecta:**

“La Anticoncepción de Emergencia induce un aborto”

El embarazo es el proceso de desarrollo de un embrión que es posterior a la implantación ⁽²⁶⁾. La información disponible en la literatura científica no provee ninguna evidencia de que la AE interrumpa el embarazo, impida la implantación o afecte al embrión, ya sea antes, durante o después de la implantación. Por lo tanto la AE no provoca un aborto.

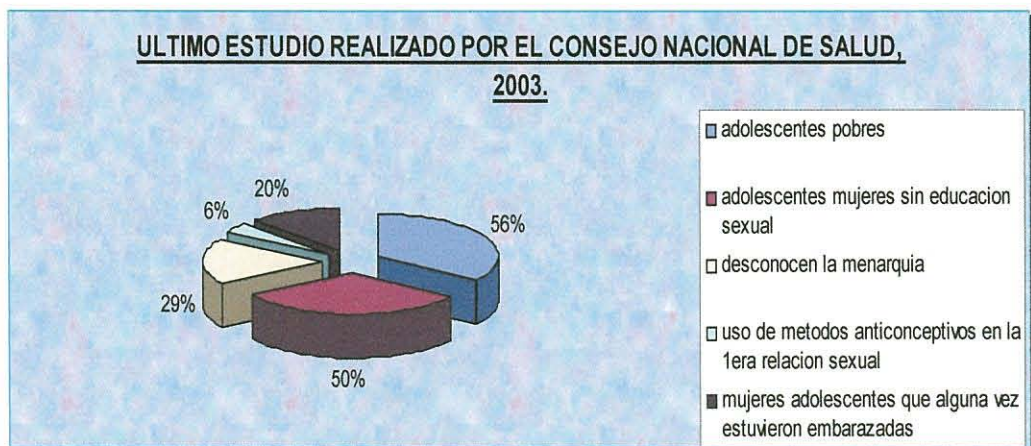
En síntesis, cuando una mujer usa AE en un momento de su ciclo menstrual en que aún puede interferir con la ovulación, previene la fecundación. Si las toma cuando ya es muy tarde para impedir la ovulación, el método falla y la mujer se embaraza si es que ese ciclo era fértil. En definitiva, las píldoras anticonceptivas de emergencia no son abortivas, lo cual desplaza la AE del ámbito de debate ético y moral en el que se sitúa al aborto.

Desde **la perspectiva ética**, la AE debe evaluarse de la misma manera en que se evalúan otros métodos anticonceptivos. La evaluación debe basarse en los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, equidad y justicia, autonomía y respeto por las personas, y también en la perspectiva de los derechos humanos establecidos por la Convención de Naciones Unidas de 1968. Estos principios hacen un llamado al resguardo del pluralismo en las sociedades, el respeto a las diferentes posiciones que pueden tener las personas sobre la regulación de la fertilidad, así como a la libertad para decidir sobre el uso de los métodos anticonceptivos ⁽⁸⁾.

3.1.2 Ética y uso de anticoncepción:

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) ⁽²⁷⁾, cada año, de un total de 200 millones de embarazos que ocurren en el mundo, se producen 529.000 muertes maternas, de las cuales el 13% son por abortos practicados en condiciones de riesgo. Cada año, 10,6 millones de niños mueren antes de cumplir los 5 años de edad, y 20 millones de niños tienen bajo peso al nacer.

Estas situaciones se concentran en las regiones menos desarrolladas del mundo y fundamentalmente en las zonas más pobres y desatendidas de los países. Además, hay severos efectos negativos sobre la salud física y mental de las mujeres y sus hijos cuando los embarazos no deseados se llevan a término, siendo la alta incidencia de maltrato infantil uno de estos efectos. Muchos embarazos no deseados se producen en la adolescencia, con graves consecuencias para la vida de las madres jóvenes y sus hijos. Evitar estos problemas es una de las metas de los programas de planificación familiar y salud reproductiva ⁽²⁸⁾.



En el Ecuador, el aborto es una importante causa de muerte, que ocupa a nivel de Latinoamérica el cuarto lugar y una importante fuente de problemas socioeconómicos y de disfunción familiar.

Otras motivaciones importantes para la aceptación de los métodos de regulación de la fertilidad han sido el bienestar familiar y la intención de reducir la pobreza. El concepto de “**paternidad responsable**” aparece así ligado a tener el número de hijos que se pueden querer, cuidar, mantener y educar.

El uso de la anticoncepción cumple con los principios de la bioética ya que sirve al bienestar y la autonomía de las personas; protege el derecho a la vida y a la salud; apoya el derecho de las mujeres y hombres ecuatorianas (os) y de todo el hemisferio, a disfrutar de su sexualidad y reproducción y a decidir sobre la misma desde su derecho de autonomía, así como el derecho de hijos e hijas a nacer siendo deseados.

Las autoridades de los servicios de salud, públicos o privados, tienen la responsabilidad ética de facilitar y supervisar que estas condiciones se cumplan. El debate sobre los aspectos éticos en la regulación de la fertilidad no debería estar centrado en la tecnología anticonceptiva sino en la calidad de la información y de los servicios que se ofrecen, para que se cumpla con los principios de respeto a las personas y a su autonomía, de beneficencia y de no maleficencia, en el marco de los derechos humanos.

3.2 Desde el punto de vista Técnico.

3.2.1 Concepto de Anticoncepción de Emergencia

Como bien mencionamos con anterioridad, la Anticoncepción Hormonal de Emergencia o Anticoncepción de Emergencia (AE), consiste en ingerir

dosis específicas de anticonceptivos orales dentro de las 120 horas (cinco días) siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva. Se usan píldoras de levonorgestrel (LNG) solo o píldoras combinadas de etinil-estradiol y levonorgestrel. Es decir; la AE usa las mismas hormonas que contienen los anticonceptivos hormonales orales de uso regular, con la diferencia de que se administran en dosis más altas y en un plazo de tiempo definido. Estos regímenes y composiciones han sido ampliamente estudiados durante los últimos años por diversos investigadores y en estudios multicéntricos coordinados por la Organización Mundial de Salud (OMS) y su seguridad y eficacia han sido demostradas ⁽²⁸⁾.

3.2.2 Mecanismo de Acción de la AE:

Durante el desarrollo del marco teórico se detalló el mecanismo de la Anticoncepción de Emergencia, fundamentado en los estudios recientes realizados por científicos en diversas partes del mundo.

En ese capítulo se pudo apreciar que el mecanismo de acción de la AE, es complejo porque el efecto de las hormonas administradas depende del día del ciclo menstrual en que se usan, y de la fertilidad de la mujer, que varía de acuerdo a la etapa del ciclo en que se encuentre. Si se usa antes de la ovulación, las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) pueden impedir la liberación del óvulo. Las PAE también pueden alterar el transporte de los espermatozoides (ya que el levonorgestrel produce la alteración del moco cervical) y la validez de los espermios. Ambos mecanismos impiden la fecundación. Las PAE NO impiden la implantación.

3.2.3 Eficacia anticonceptiva

En cuanto a la eficacia anticonceptiva, la AE es eficaz para prevenir embarazos después de una relación sexual sin protección anticonceptiva. Sin embargo, es menos eficaz que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular, debido a su mecanismo de acción. Esta es una de las razones para recomendar su uso solamente después de una relación sexual no protegida, ya que en este momento no hay otras alternativas anticonceptivas ⁽²⁸⁾.

3.2.4 Seguridad y efectos secundarios

La Anticoncepción de emergencia es un método seguro para la salud de las mujeres ⁽²⁸⁾. No existen condiciones médicas conocidas en las cuales no deben usarse las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE). Dado que las píldoras anticonceptivas se usan por un tiempo tan corto, los expertos opinan que las precauciones asociadas al uso continuo de anticonceptivos orales no aplican a las PAE.

Todas las investigaciones llevadas a cabo han determinado que la AE no produce ningún tipo de daño a la mujer ni a un embarazo en curso. Si se confirma un embarazo establecido, pues, no cumple el objetivo ya de prevención y consecuentemente éstas no tienen un efecto abortivo y por lo tanto no interrumpirían el embarazo.

Los efectos secundarios más comunes de la ingestión de anticonceptivos hormonales de emergencia son náusea y vómito, que ocurren con menos frecuencia con el régimen de levonorgestrel solo ⁽²⁹⁾. Otros efectos menos comunes son dolor abdominal, fatiga, dolores de cabeza, mareos, sensibilidad mamaria y manchado o sangrado vaginal irregular. Si ocurre el vómito dentro de las dos primeras horas después de la ingesta de

cualquiera de las dos dosis, se debe repetir la dosis para garantizar la eficacia del método. Se puede reducir la incidencia de náusea y vómitos utilizando un antiemético (medicamento contra náuseas y vómitos), antes del uso de las píldoras, en las mujeres que experimenten estos síntomas.

3.2.5 Orientación y consejería

La anticoncepción de emergencia AE se puede administrar en las siguientes situaciones:

- a) Después de una relación sexual no protegida
- b) Entrega por adelantado, es decir, en previsión de un accidente en el uso de un anticonceptivo, o de una relación sin protección.
- c) Entrega en conjunto con el preservativo, en previsión de los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- d) La entrega después de AE, después de una violación.

Los pasos a seguir durante la orientación, en las tres primeras situaciones, serán los mismos:

- Iniciar una relación de empatía y respeto con la persona.
- Identificar su contexto socio-económico y cultural;
- Entender la situación o circunstancia por la cual esta recurriendo a la AE;
- Conocer en lo posible sus hábitos de riesgo (vivencia de la sexualidad y uso de anticonceptivos);
- Informar de la AE, entregar el método y explicar su uso;

- Solicitar consentimiento informado escrito cuando se requiera para respaldo institucional y personal; e
- Informar sobre otros métodos anticonceptivos más seguros y confiables, sugiriendo y explicando su uso.

En caso de atender a una mujer que ha sufrido una violación, además de prestar apoyo psicológico, legal y social a la víctima, la atención médica que se le brinde debe incluir asesoría sobre la prevención de ITS, incluido el VIH, e información sobre AE. Al aconsejar sobre la Anticoncepción de Emergencia a víctimas de violación, el profesional de la salud debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Si la mujer viene sola o acompañada;
- Si es menor de edad y si viene sola o acompañada por sus padres;
- Si esta lúcida y en capacidad de tomar una decisión;
- Si su estado de salud física y mental permite realizar una orientación; y
- Si es una persona con discapacidad mental.

Aunque el apoyo de los acompañantes no es importante, la mujer violada es quien debe tomar la decisión final de utilizar o no la anticoncepción de emergencia. Por ello, se recomienda ofrecer la información y el método a ella directamente y respetar la decisión que ella tome. En los casos en que la víctima por alguna razón no está en capacidad de decidir, se deben tener previstos los procedimientos que permita la ley y proceder en consecuencia con ellos.

3.3 Análisis Psicosocial

Las personas que necesitan anticoncepción son mujeres, hombres y jóvenes con diferentes características biomédicas y distintos estilos de

vida, rodeados por entornos sociales determinados que influyen en su vida diaria y en sus planes de futuro. Estas personas están inmersas en sistemas de valores y en vivencias según su género, con distintos niveles de conciencia de la influencia que esto tiene sobre su comportamiento. Es en este contexto en que se toman las decisiones, cuando es posible, sobre las conductas sexuales y reproductivas.

Se debe tener presente que el acceso a la Anticoncepción de Emergencia es un derecho sexual y reproductivo. Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos en una serie de conferencias internacionales ⁽⁸⁾ que son de obligatorio cumplimiento para los Estados que las han ratificado.

Los siguientes derechos son reconocidos en las Constituciones y normas legales de los países latinoamericanos:

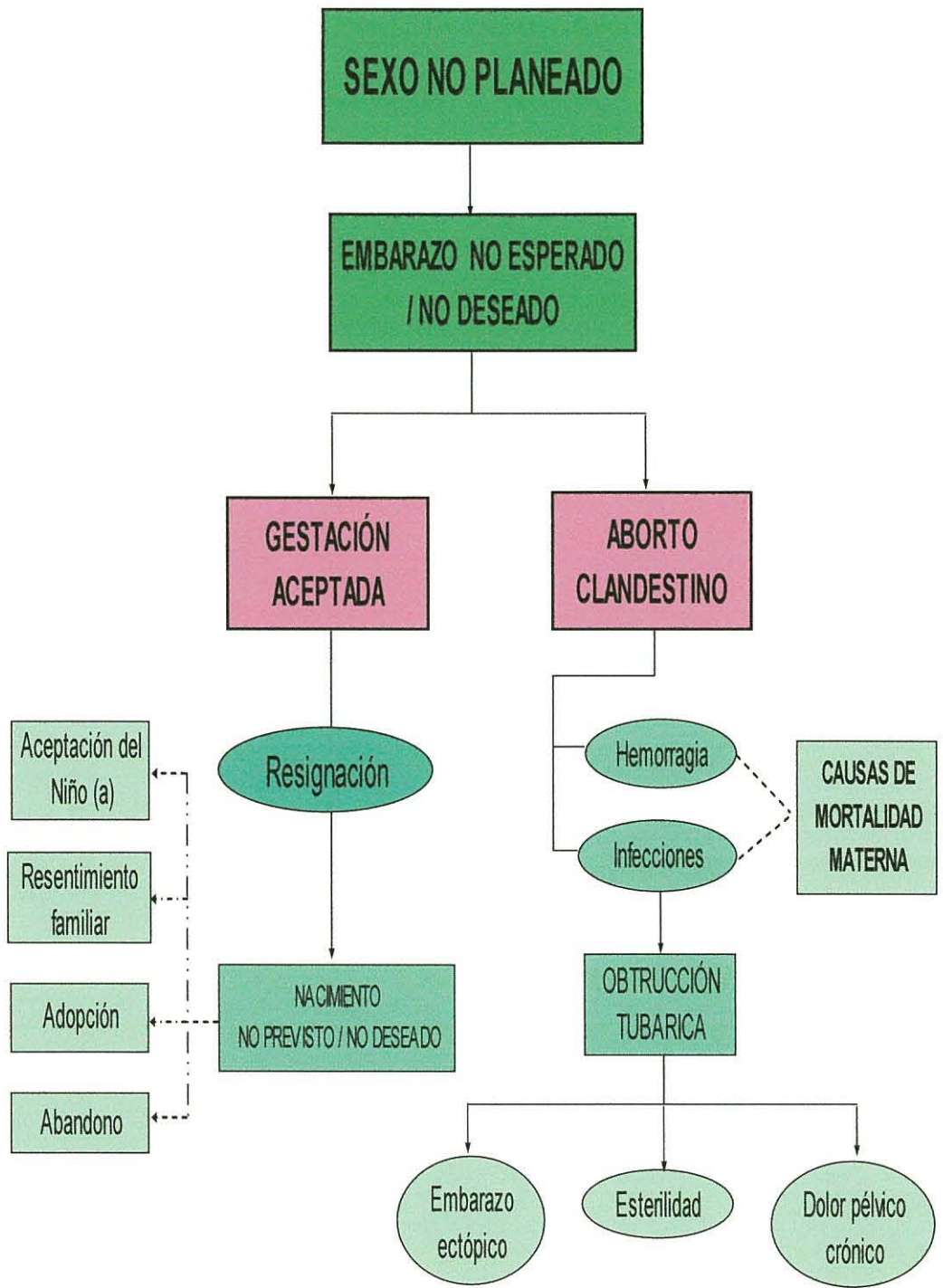
- Derecho a la salud física y mental, que comprende el derecho a la salud sexual y reproductiva, incluyendo información sobre la salud;
- Derecho a la vida y a la salud, pues el uso de la anticoncepción protege la vida y la salud de las mujeres, porque evita abortos realizados en condiciones de riesgo y embarazos en mujeres con patologías que las exponen a riesgos graves si se embarazan. También protege la salud de las madres, porque les permite recuperarse, desde el punto de vista físico, anímico, nutricional, etc., al permitir prolongar el intervalo entre los embarazos. Incrementar el espacio intergenésico (período entre un embarazo y otro) supone ofrecer mayores garantías de vida a los niños y a las niñas, ya que las tasas de mortalidad infantil son más altas cuando los embarazos se producen en intervalos menores de dos años, que cuando son separados por intervalos mayores.

- Derecho a la intimidad, que conlleva el derecho a tomar decisiones sobre la propia sexualidad y reproducción sin interferencia del Estado o de terceros;
- Derecho a decidir el número e intervalo entre los nacimientos, que implica el derecho a decidir tener hijos o no, y en que momento;
- Derecho a fundar una familia y a la igualdad en ella, que incluye el derecho a tomar decisiones bien informadas sin imposición de ningún credo religioso;
- Derecho a los beneficios del progreso científico, que implica acceso a la información, los métodos y los servicios que posibiliten la determinación del número de hijos, el momento de su nacimiento y su espaciamento. Supone también que en la práctica médica, los profesionales de la salud deben guiarse por estándares basados en la evidencia científica más reciente sobre métodos y procedimientos (medicina basada en evidencia); y
- Derecho a vivir libre de maltrato o tortura: La anticoncepción evita el aborto y permite evitar las consecuencias físicas, psicosociales y legales de éste, que equivalen a una forma grave de maltrato.

Muchos países, como: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela han incorporado en sus normas de planificación familiar o de salud reproductiva la anticoncepción de emergencia, logro que se ve amenazado por la influencia de los grupos de poder, los que no visualizan los beneficios que para la salud pública, tiene la aplicación del método, pues proporcionaría una segunda oportunidad anticonceptiva a las mujeres, prevendría los embarazos no

planificados, los niños no deseados, el maltrato y abandono infantil y por ende, la disfunción familiar, lo que provoca efectos negativos tanto desde el punto de vista social como económico.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES QUE PUEDEN EVITARSE SI SE PREVIENE UN EMBARAZO NO DESEADO



CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

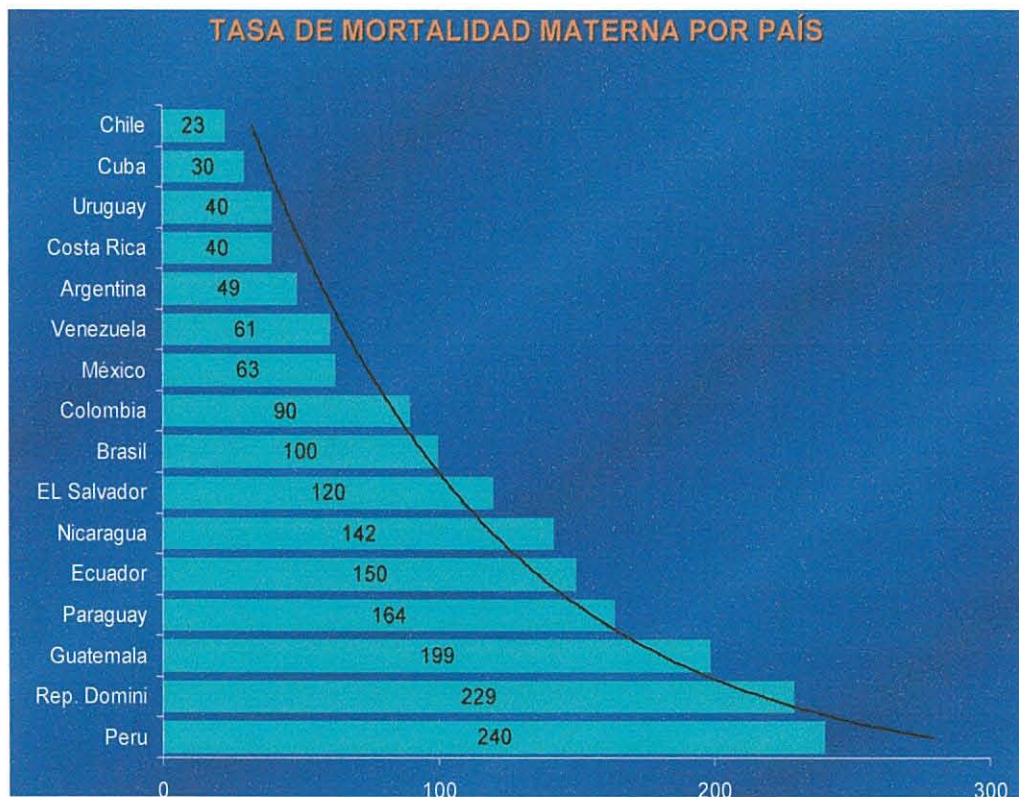
4.1 Conclusiones

Después de la extensa revisión bibliográfica realizada es menester realizar algunas acotaciones en forma de resumen, lo que nos permitirá resaltar los aspectos fundamentales sobre le tema en cuestión.

La frecuencia de embarazos en adolescentes muestra una tendencia a aumentar en todo el mundo. Las mujeres entre 15 – 19 años de edad, en su mayoría dan a luz aproximadamente a los 17 anos de los 131 millones de niños y niñas que nacen cada año. ⁽²⁷⁾. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2001, la tasa de fecundidad anual en adolescentes (nacidos vivos por mil mujeres entre 15 – 19 años de edad) fluctuaba entre 40 y 160 niños en América Latina y el Caribe, mientras que en los países desarrollados es menor de 20 por mil ⁽²⁸⁾. Las jóvenes de América Latina y el Caribe constituyen entre el 25% y 50% de quienes tienen embarazos no deseados.

En Latinoamérica, los y las adolescentes inician su actividad sexual a edades tempranas, teniendo escaso acceso a información sobre sexualidad y reproducción y sobre cómo ejercerlas sin riesgos para su salud. Por otro lado, encuentran serias dificultades y restricciones para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos eficaces, ya sea por restricciones culturales, económicas, religiosas y/o subordinación en la casa, la escuela y en la sociedad.

En el Ecuador, el promedio de inicio de las actividades sexuales es de 14 años, ocupando el 4to lugar a nivel de Suramérica ⁽⁷⁾ y la situación de los y las adolescentes y jóvenes no es una realidad diferente al resto de los países subdesarrollados.



El embarazo es el proceso de desarrollo de un embrión, posterior a la implantación ⁽²⁶⁾. Desde el punto de vista médico la AE no interrumpe un embarazo, y por lo tanto no provoca un aborto. La información disponible en la literatura científica no provee ninguna evidencia de que la AE interrumpa el embarazo, impida la implantación o afecte el embrión, ya sea antes, durante o después de la implantación. Datos recientes sobre el mecanismo de acción de la AE muestran que su efecto anticonceptivo es mediado por la inhibición de la ovulación y por fenómenos que ocurren antes de la implantación.

Esta posición ha sido respaldada por organismos internacionales como la Organización Mundial de Salud (OMS) ⁽²⁷⁾, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ⁽²⁸⁾, UNICEF, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Banco Mundial, entre otros ⁽²⁷⁾.

Sin embargo, en general, los y las adolescentes no son considerados sujetos de derecho en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

Dada esta situación, es de crítica importancia garantizar el acceso de jóvenes y adolescentes a la Anticoncepción de Emergencia (AE). La difusión de la AE para jóvenes y adolescentes debe hacerse en el contexto de la promoción de su integridad afectiva, psicológica y corporal, y con pleno respeto a sus derechos. De acuerdo al principio de no-discriminación, debe tratarse a los y a las jóvenes como ciudadanos y ciudadanas sujetos de derechos sexuales y reproductivos.

Si entendemos la AE desde el marco de estos derechos, podemos generar estrategias que faciliten su acceso y contribuyan al empoderamiento de las y los jóvenes, puesto que estaremos facilitando herramientas para que tomen sus propias decisiones de forma libre y responsable respecto a su vida sexual y reproductiva. ⁽⁴⁾

Conseguir que la Anticoncepción de Emergencia esté disponible para todas las mujeres de América Latina y el Caribe que la requieran, es un objetivo que precisa la puesta en marcha de acciones y estrategias diversas para su logro. Son fundamentales aquellas relacionadas con la difusión de información a distintas audiencias, basadas en el uso de argumentos sólidos y veraces, relativos a los derechos de las mujeres, los avances de las ciencias médicas y la evidencia científica. También requiere el desarrollo de alianzas entre organismos y personas que contribuyan desde distintos ámbitos a facilitar el acceso a la AE ⁽²⁹⁾.

La construcción de alianzas es una de las estrategias más poderosas para fortalecer las acciones de abogacía, enfrentar y responder a los grupos de poder interesados en socavar los derechos humanos legítimos, ampliar la red de organizaciones de apoyo, diseminar información, crear oportunidades y compromisos de colaboración y trabajo, optimizar el uso de los recursos para alcanzar un objetivo de interés común.

Consecuentemente, después de haber conocido la situación, alcance e importancia del método anticonceptivo podemos concluir que, respetando la autonomía de las personas y tomando en cuenta que el Estado es laico y que reverenciando el pluralismo de nuestras sociedades y en especial del Ecuador, la Anticoncepción de Emergencia es una necesidad justificada con las estadísticas descritas con tendencia al aumento del gravamen de los embarazos no deseados, abortos y deserción escolar, además de la morbilidad materna; es una opción, pues se retoman los principios de la primacía de la conciencia bien informada y de la doctrina del probabilismo. Estos postulados sostienen el valor supremo de la conciencia personal. Así, las personas, incluidas las católicas, enfrentadas a tomar una opción que implique un problema moral (como es evitar embarazos no deseados) tienen la libertad de decidir de acuerdo a su conciencia al margen de las enseñanzas de la jerarquía católica ⁽³⁴⁾; y un derecho, pues se encuentra contemplado dentro de la Carta Magna, los Derechos Humanos, los Derechos Sexuales y Reproductivos, así como los Convenios y/o Tratados Internacionales suscritos; los Acuerdos Ministeriales (en el Ecuador, el Ministerio de Educación, y de Salud, la Ley Orgánica de Salud), entre otros.

El decidir cuándo y cuántos hijos tener es un derecho humano, como lo es el evitar el embarazo producto de una agresión sexual. Los métodos anticonceptivos, dentro de los cuales está la AE, deben ser accesibles para las mujeres y las parejas que lo necesiten.

Es responsabilidad de los gobiernos facilitar este acceso e implementar programas de planificación familiar que cuenten con alternativas para cada situación de vida o condición médica.

Ecuador ha suscrito el compromiso a través de los acuerdos de las Conferencias de El Cairo y de Beijing. Queda pues, abogar y poner en la agenda gubernamental estas políticas como parte de la estrategia de salud pública a implantar.

4.2 Recomendaciones

Después del análisis de la Anticoncepción de Emergencia, en cuanto al mecanismo de acción, abogacía y acceso, pensamos que las siguientes recomendaciones contribuirían a mejorar la situación y panorámica de nuestros países a uno de los derechos humanos fundamentales: la planificación familiar:

- a- **Identificar a e involucrar a actores políticos** que apoyen la AE para generar un debate público que ponga el tema en la agenda política del Estado y de los Estados latinoamericanos.

- b- **Crear conciencia** entre los profesionales de los medios de comunicación, y los profesionales de los sectores salud, educación y judicial, sobre la importancia de la AE para la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

- c- **Establecer alianzas con los medios de comunicación** para que se sumen a las campañas de información y divulgación de la AE basadas en evidencias científicas y que refutan los argumentos de los grupos opositores.

- d- **Difundir información clara y simple sobre AE** a través de los medios de información escritos y audiovisuales, para que todas las mujeres sin excepción, conozcan esta opción adicional que les ofrece la tecnología anticonceptiva y que les permita tomar una decisión libre e informada al enfrentar la posibilidad de un embarazo no deseado.

- e- **Garantizar la disponibilidad** y el acceso de las mujeres y las adolescentes a AE para que puedan ejercer libremente sus derechos humanos y reproductivos, sin presiones, coacción, ni intimidación. Si no pueden acceder a AE, muchas mujeres deberán tomar decisiones que las pueden llevar al sufrimiento, a la discapacidad permanente, e incluso a la muerte.

- f- **Revisar, documentar y divulgar la normativa vigente** en cada uno de nuestros países, en especial Ecuador, con respecto a los derechos humanos y reproductivos de la mujer, y analizarla a la luz de los compromisos adquiridos en tratados y convenios internacionales firmados por los Estados participantes. Facilitar el acceso a la AE a todas las mujeres y parejas que lo requieran, es parte intrínseca del cumplimiento de los compromisos asumidos por un Estado, de velar por los derechos sexuales y reproductivos de su población.

- g- **Organizar grupos interdisciplinarios** con una fuerte presencia de mujeres y jóvenes, para desarrollar estrategias que promuevan y monitoreen el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a los beneficios del avance médico y científico, incluyendo la AE, y la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de salud.

h- **Preparar, incorporar y divulgar argumentos sólidos y conceptualmente claros** en torno a conceptos fundamentales como fecundación, implantación, gestación, embarazo, etc., para poder refutar los argumentos de los grupos opositores, sumando los argumentos técnicos y científicos de los planteamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- ⁽¹⁾ Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE). Promoción y Defensa de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y el Caribe. 2da edición, 2005. Institución Coordinadora del CLAE, Santiago, Chile. Ficha 1: La Anticoncepción de Emergencia en el contexto de salud, género y los derechos sexuales y reproductivos.
- ⁽²⁾ Constitución Política del Ecuador, Artículo 23 numerales 1,2,3,4,5,7,8,20,25 y 26 y Derechos Económicos Sociales y Culturales en los Artículos 37,39,40,41,42,43 párrafo dos, 49,50 numeral 4 y 7.
- ⁽³⁾ Ley sobre Educación, Sexualidad y el Amor (PLANESA). Registro Oficial. Publicado en Quito, 4 marzo, 1998.
- ⁽⁴⁾ Ley 103 de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Registro Oficial, Fecha de publicación, Quito, 23 julio, 1998.
- ⁽⁵⁾ Plan Nacional de Educación Sexual en Adolescentes. (PLANESA). Registro Oficial. Fecha de publicación, año 2006.
- ⁽⁶⁾ Ley Orgánica de Salud, Registro Oficial. Fecha de publicación: 22 diciembre, 2006.
- ⁽⁷⁾ ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD MATERNO INFANTIL (ENDEMAIN), CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION Y DESARROLLO SOCIAL (CEPAR), 2004.
- ⁽⁸⁾ Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y sus respectivas ratificaciones a los cinco y diez años.

(9) Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation effects on the probability of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby. *New Engl J Med* 1995; 333: 1517.

(10) Kesseru E y Cold, 1974; Raymond y cols, 2000; Durand y cols, 2001; Croxatto y cols, 2001; Hapangama y cols, 2001; Marions L, 2002; Croxatto y cols, 2002. Croxatto HB y cols, 2003; Muller y cols, 2003; Palomino y cols, 2003; Brache y cols, 2003; Marions, 2004; Ortiz y cols, 2004; Gemzell – Danielsson K, Marions L, 2004.

(11) Croxato HB. Gamete transport. In: Adashi EY, Rock JA, Rosenwolk Z. *Reproductive endocrinology, surgery and thecnology*. New York: Lippincot-Raven, 1996, Pág. 368.

(12) Ortiz ME, Gajardo G, Leon CG, Herrera E, Valdez E, Croxato HB. Sperm migration through the female genital tract of the new-world monkey *Cebus Apella*. *Biol. Reprod.* 1995; 52: 1121.

(13) Swahn ML, Westlund P, Hohannsson E. Effect of postcoital contraception method on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 738.

(14) Croxato HB, Fuentealba B, Brache V. Effects of the Yuzpe regimen given during the follicular phase, upon ovarian function. *Contraception*, 2002

(15) Hapangama D, Glasier A, Baird DT. The effects of periovulatory administration of lenonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63: 123.

(16) Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 65.

(17) Ling WY, Robichoud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril* 1979; 32: 297.

(18) Kubba AA, White JO, Guillebaud J, Elder MG. The biochemistry of human endometrium after two regimen of postcoital contraception: a dl-norgestrel/ ethinylestradiol combination or danazol. *Fertil Steril* 1986; 45: 512.

(19) Ling WY, Wrixon W, Zayid I, Acorn T, Popart R, Wilson E. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effects of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertil Steril* 1983; 39: 292.

(20) Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Postcoital contraception – a pilot study. *J. Reprod. Med* 1974; 13: 53.

(21) Taskin O, Brown RW, Yong DC, Poindexter AN, Wiehle RD. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial alpha-1 and beta-3 integrins in the late implantation window. *Fertil Steril* 1994; 61: 850.

(22) Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial activity. *Hum Reprod* 2000; 15: 2355.

(23) Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Duran-Sanchez O, Cruz-Hinojosa ML, Castell-Rodriguez A, Schiavon R, Larrea F. On the

mechanism of action of short term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64: 227.

(24) Müller AL, Lladós C, Croxatto HB. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception*, 2003; 67: 415.

(25) Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, Parraguez VH, Croxatto HB. Postcoital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus Apella*. *Contraception* 2004. In press.

(26) Pan American Health Organization. Emergency contraception in the Americas. Fact Sheet, Women Health and Development Program. Washington, DC: PAHO, no date.

(28) Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Pronunciamientos en el III Congreso Internacional, 2003.

(29) Pronunciamiento del Representante de la Organización Mundial de la Salud. World Health Organization (WHO), 2003.

(30) Glasier A, 1998; Nurris Turner A, Ellertson C, 2002; WHO, 2003. Vasilaskis C. y cols. 1999.

(31) Pronunciamientos del Representante de Plan Internacional. Population Action International, 2001.

(32) Pronunciamientos del Representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2001.

(33) Basado en el documento “La Anticoncepción de Emergencia: un importante camino para ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos” elaborado por el equipo redactor de la Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivo de América Latina y el Caribe (REDLAC): Elige Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C. (México); Profamilia (Colombia); Unión de Mulheres (Brasil); Católicas por el Derecho a Decidir (Bolivia).

(34) www.usaid.gov/espanol/. Agencia de Estados Unidos Para el Desarrollo Internacional (USAID), 1999.

(35) www.catholicsforchoice.org/spanish/

GLOSARIO:

Abortivo: Sustancia, proceder médico o quirúrgico que provoca aborto

Anovulación: No se produce la ovulación ya sea por causas psicológicas, físicas, biológicas o medicamentosas.

Anticoncepción de Emergencia: Método hormonal (anticonceptivo) para prevenir que se una el óvulo con el espermatozoide, y por ende la fecundación.

Blastocito: Las células del centro de la mórula forman la masa celular interna que originara los tejidos del embrión, y las células periféricas forman la masa celular externa que dará origen al trofoblásto. Cuando la mórula entra en la cavidad uterina, entra líquido en ella, desplazando la masa celular interna a un polo del embrión formando una cavidad:

Capacitación espermática: Condición sine que non (necesaria) para la fecundación del óvulo. Puede tardar en producirse hasta 24 horas.

Citoquímica: Estudio de la composición química celular de dos procesos biológicos a nivel molecular que se desarrollan al interior de las células.

Citoquinas: Las **citoquinas** (o citocinas) son un grupo de proteínas de bajo peso molecular que actúan mediando interacciones complejas entre células de linfoides

CLAE: Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia.

Coitalmente: Que sucede o se produce a través del coito

Criptas: Epitelio vaginal que presenta unas hendiduras (**Criptas**) que son invaginaciones de células

Cromosomal: Término que proviene de los cromosomas, encargados de transmitir el sexo al futuro ser. Los **cromosomas** son los portadores de la mayor parte del material genético y condicionan la organización de la vida y las características hereditarias de sus progenitores.

Derechos Reproductivos y Derechos Sexuales: Forman parte de los derechos humanos que permiten que todos los individuos y sus parejas puedan desarrollarse plenamente, en el campo de la sexualidad y de la reproducción.

Dietilestilbestrol: El dietilestilbestrol o DES es un estrógeno sintetizado por el hombre. Entre 1938 y 1971 a millones de mujeres en los EE. UU. se les dio DES para prevenir el aborto espontáneo (perder los bebés) o dar a luz antes de tiempo. El DES se usó en otros países hasta por lo menos 1980.

Endocervicales: Que se encuentran al interior del cérvix

Endometrio: El **endometrio** es la mucosa que cubre el interior del útero. Su función es la de alojar al huevo o cigoto después de la fecundación.

Estrógenos: Hormona que se produce en el ovario de la mujer, y que se puede sintetizar artificialmente para elaborar píldoras anticonceptivas.

FDA: Food and Drugs Administration (entidad administrativa que en EEUU regula los alimentos y medicamentos.

Fecundación: Proceso que ocurre en los vivíparos, y es aquel que ocurre con la unión de los gametos: óvulo y espermatozoide.

Hipófisis: La hipófisis o glándula pituitaria, (así llamada por Aristóteles al creer que secretaba flema), es una glándula compleja que se aloja en un espacio óseo sobre la base del cráneo.

Hipotálamo: El hipotálamo (del gr. hypó, "debajo de" y thálamos, "cámara nupcial, dormitorio") es una glándula que forma parte del diencéfalo, El hipotálamo es una estructura muy compleja del cerebro que regula muchas reacciones químicas importantes del cerebro.

Implantación: Proceso en el cual el huevo fecundado recorre la trompa de Falopio hasta adherirse o implantarse en las paredes del endometrio

Inmunoquímica: Método indirecto de empleando. Peroxidasa. Tiene utilidad diagnóstica en identificación de diferenciación.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual, son aquellas que se transmiten a través de las relaciones sexuales anales, bucales o por penetración.

Levonorgestrel: (LNG) El principio activo de esta sustancia es una versión sintética de la progesterona, una de las hormonas que produce el ovario de la mujer, utilizada por más de 20 años.

Método Yuzpe: Desarrollado en 1970, el régimen de **Yuzpe** para la anticoncepción de emergencia utiliza píldoras que contienen tanto estrógeno como progestina.

Moco cervical: Es un líquido transparente producido por las glándulas que se encuentran en el cuello del útero. Su función es regular el paso de los espermatozoides y contribuir así en la fecundación.

Morfológica: Estudio de las formas y particularidades de las células.

Motilidad Tubaria: Contracción o espasmos de la Trompa que suceden para favorecer el transporte del huevo hacia el endometrio

OMS: Organización Mundial de la Salud Organismo Rector de las políticas de salud a nivel internacional

Ovarios: Los órganos sexuales internos de la mujer

Ovulación: La ovulación es el proceso de producción y liberación de un óvulo. Cada uno de los ovarios, de forma alternativa, va produciendo mes a mes un óvulo maduro el cual si no es fecundado dará lugar a la menstruación y si es fecundado pudiera dar origen a un embarazo.

Paternidad Responsable: Es la práctica del derecho de planificar los hijos a tener, el número, y el tiempo y el lugar.

Placebo: Se llama efecto placebo al fenómeno por el cual los síntomas de un paciente pueden mejorar con un "falso" medicamento.

ANEXOS

1. Pronunciamiento del Dr. José Villacís, Director General de Salud al Presidente del Tribunal Constitucional.
2. Pronunciamiento de apoyo del Ministerio de Salud Pública al método anticonceptivo de emergencia como parte de la política de salud sexual y reproductiva vigente en el país desde el año 1998.
3. Pronunciamiento de apoyo hacia el método anticonceptivo de emergencia de la FEDERACIÓN MEDICA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
4. Pronunciamiento de respaldo del Colegio Médico de Pichincha al método anticonceptivo de emergencia.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCION GENERAL DE SALUD



SDG-10-05

Señor Doctor
Estuardo Gualle Bonilla
Presidente del Tribunal Constitucional
Presente.

0000368

20000000

De mi consideración:

De frente al debate público ocasionado por la llegada al país de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE), cuyo principio activo es el LEVONORGESTREL, mismo que ha surgido por el rechazo de una parte de la sociedad civil, que lo considera como método abortivo, el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria y en cumplimiento del mandato constitucional del derecho a salud y la vida de los ciudadanos del país, informa:

- La Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, a través del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, conformó una comisión de profesionales del área de la Gineco-Obstétrica, constituida por ginecólogos de varias unidades operativas de salud de esta Cartera de Estado y de CEMOPLAF, quienes han analizado detenidamente la bibliografía técnico-científica correspondiente a la utilización del principio activo Levonorgestrel, como anticonceptivo de emergencia.
- Los documentos analizados por la comisión, provinieron de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), la Organización de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales. Paralelamente se revisaron también las argumentaciones médico-legales de otros países latinoamericanos, que permitieron la implementación de este método anticonceptivo
- El análisis realizado por la comisión, se centró en dos componentes básicos:
 1. Componente técnico - científico
 - Estructura química y propiedades físico químicas del principio activo
 - Mecanismo de acción
 - Fármaco cinética
 - Fármaco patología
 - Usos clínicos y contraindicaciones
 - Interacciones medicamentosas
 - Necesidad de incluir la PAE en el cuadro básico de medicamentos en la sección de anticonceptivos
 2. Sustento legal



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCION GENERAL DE SALUD



Quito, 14 de marzo del 2005
SDG-10-05-0009


Señora Doctora
Ana de la Peña
Presidenta de COOPRENDE
Presente.

De mi consideración:

El Ministerio de Salud Pública ha establecido dentro de su política de Salud Sexual y Reproductiva las normas para la anticoncepción de los usuarios y usuarias, como parte del derecho de las personas a la planificación familiar.

Una de estas normas vigente desde el año 1998 es la anticoncepción oral de emergencia con la utilización del principio activo levonorgestrel, la misma que es apoyada y respaldada por esta Cartera de Estado.

Atentamente,


Dr. José Villacís Verdesoto
Director General de Salud





FEDERACION ECUATORIANA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTORIO: 2002 - 2004

SEDE: QUITO, PLAZA FLORIN, FLORIN, 1700

www.fesgo.org.ec

FESGO
2002

Presidentes: Dr. Andrés CALLE M.
Secretario: Dr. Armando CHAVEZ A.
Tesorero: Dr. Jorge MORALES A.

VOCALES: Dr. Guillermo CISNEROS J. - Dr. Ramiro HIDALGO Y.
Dr. Carlos JARAMILLO J. - Dr. Fabián SALAZAR B.
Dr. Diego TORRES O. - Dra. Gabriela AYALA C.
Coordinador Científico Nacional: Dr. Wellington AGUIRRE S. **Síndico:** Dr. Angel T. GARZON Z.

Quito, 29 de octubre del 2004
Oficio 241-FESGO-04

Señores
COPPRENDE
Presente.-

De mi consideración:

En vista que la presencia en el mercado farmacéutico ecuatoriano llevara en los próximos días a incluirse el producto hormonal para ser utilizado en Anticoncepción de Emergencia (Levonorgestrel 0,75) y con la seguridad que aquella necesidad anticonceptiva va a generar debates, en mi calidad de Presidente de la FESGO debo manifestar la siguiente posición científica:

1. Hasta la presente fecha no existen publicaciones serias y científicas que hayan demostrado que el mencionado producto es abortivo.
2. La administración científica y adecuada, prescrita por un profesional conector de la ciencia no produce efectos abortivos, ni secundarios de importancia.
3. El mecanismo de acción del Levonorgestrel 0,75 no incluye procesos abortivos, por cuanto sus efectos se dirigen al proceso de ovulación y/o al efecto endometrial, así como a la calidad del moco cervical, situaciones que no se relacionan con mecanismos relacionados al aborto.
4. Es necesario que las autoridades respectivas presenten una normativa estricta, con la finalidad de que el producto sea comercializado en farmacias, previa presentación de receta médica, la cual deberá ser retenida. Esta receta deberá ser exclusiva de un médico especialista y deberá procederse a realizar estadísticas sobre los profesionales que las emiten.
5. Es importante que las usageras del producto conozcan sus días fértiles (realizando y profundizando procesos de Educación en Salud), con la finalidad de evitar la toma indiscriminada del producto (por ejemplo en toda relación sexual), ya que ello devendría en alteraciones importantes del ciclo menstrual.

Esta posición científica de la FESGO, constituye igualmente un eje integrador en la propuesta final de evitar embarazos no deseados y todas las consecuencias que de esta posibilidad se deriven, las mismas que en muchas ocasiones incrementan las preocupantes tasas de Salud Pública del Ecuador, referentes a Salud Reproductiva

Atentamente,

Dr. Andrés CALLE M.
PRESIDENTE FESGO

cc. archivo

Colegio Médico de Pichincha

Av. Naciones Unidas E2-17 e Iñaquito • Telefax: 245-4812, 246-0218, 225-4822
• Casilla 17-1106447 • Página web: www.cmpichincha.med.ec • E-mail: cmpichincha@andinanet.net
QUITO - ECUADOR



Marzo, 24 del 2005
Of. No. 0960 CMP - RBA - 05

DIRECTIVA 2004 - 2006

PRESIDENTA

Dra. Rosario Bonilla Acosta

VICEPRESIDENTE

Dr. Edgar Godoy Lombocida

VOCALES

- Dr. Hernán Izurieta Ramos
- Dr. José Cevallos Cevallos
- Dra. Rosa Terán Terán
- Dr. Edgar Muzón Martillo
- Dr. Juan Narváez Olalla
- Dr. Jorge Salazar Flores
- Dr. Iván Salazar Borja
- Dr. Marcelo Bonilla López
- Dra. Mónica Chávez Guerrero
- Dra. Magda Nina Lasso
- Dr. Fabián Urresta Burhano
- Dra. María Esther Ramírez
- Dra. Ximena Maldonado Piñeiros

SECRETARIO

Dr. Jorge Mera Vergara

TESORERO

Dr. Ronald Contreras Andrade

PRO-SECRETARIO

Dr. Edison Yépez Quiroz

SINDICO

Dr. Ruben Castro Orbe

Señora Doctora

Ana de la Peña

PRESIDENTA

COPPRENDE

Av. Colón E 6 12 y Rábida. Edif. Ave. María

Presente

De mi consideración:

El Directorio del Colegio Médico de Pichincha se pronuncia por el libre derecho de la mujer para decidir sobre el uso, bajo prescripción médica, de la anticoncepción de emergencia en beneficio del bienestar y la salud de la mujer y de la familia ecuatoriana.

Hago propicia la ocasión para reiterarle mi sentimiento de consideración.

Atentamente,

M. Rosario Bonilla Acosta
 Dra. Rosario Bonilla Acosta
 PRESIDENTA

c.c.: archivo
RBA/mnc.



Estimados Doctores y Doctoras:

Existe mucha confusión sobre el uso del levonorgestrel para la Anticoncepción de Emergencia. Hay personas que proclaman que es abortivo sin evidencias científicas... Ellos prefieren imponer sus creencias sobre el tema. La misión de COPPRENDE es el mejoramiento de la Salud Reproductiva de la población ecuatoriana, sobre la base de una información veraz por lo cual, queremos compartir con Ustedes el último Boletín Informativo (Marzo 2005) emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tema. Como bien expresa el párrafo en relación al Mecanismo de Acción, se concluyó "...no provocarán un aborto".

Mucho le agradeceríamos a Ud. coloque esta carta en un lugar visible, lo que les permitirá a sus clientes leerlo y tomar sus propias decisiones.

**Dra. Ana de la Peña
COPPRENDE
PRESIDENTE**

**Alan Lambert, MHS
PROSALUD INTER AMERICANA
PRESIDENTE**



**Organización
Mundial de la Salud**



UNDP•UNFPA•WHO•WORLD BANK•Special Programme of Research,
Development and Research Training in Human Reproduction

Boletín Informativo – Marzo 2005

Levonorgestrel para Anticoncepción de Emergencia

La anticoncepción de emergencia se refiere a métodos que las mujeres pueden usar como respaldo y en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado. Los métodos anticonceptivos de emergencia no son adecuados para uso regular.

El régimen de anticoncepción de emergencia recomendado por la OMS es:

- 1,5 mg de levonorgestrel administrado en una sola dosis.

¿Quiénes necesitan anticoncepción de emergencia?

Toda mujer en edad reproductiva podría necesitar, en algún momento, anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo no deseado. La anticoncepción de emergencia puede utilizarse en situaciones tales como:

- cuando no se ha usado ningún método anticonceptivo;
- cuando ha ocurrido una falla del método anticonceptivo o éste ha sido usado de manera incorrecta, incluyendo casos en que:
 - el condón se ha roto, deslizado o se ha usado de manera incorrecta
 - la mujer ha olvidado tomar tres o más píldoras anticonceptivas orales combinadas consecutivas
 - la mujer se ha atrasado más de tres horas en tomarse una píldora de progestágeno solo (minipíldora)
 - ha habido un retraso de más de dos semanas en la administración de la inyección anticonceptiva de progestágeno solo (acetato de medroxiprogesterona de depósito o enantato de noresterona)
 - ha habido un retraso de más de siete días en la administración de la inyección mensual combinada de estrógenos más progestágeno
 - el parche transdérmico (o el anillo vaginal) se ha desplazado, ha habido un retraso en su colocación o se ha extraído antes de lo debido
 - el diafragma (o el capuchón cervical) se ha desplazado o roto, o se ha extraído antes de lo debido
 - el coito interrumpido ha fallado (por ejemplo, eyaculación en la vagina o en los genitales externos)
 - una tableta (o una película espermicida) no se han derretido antes de la relación sexual

- ha ocurrido un error en el cálculo del método de abstinencia periódica o no ha sido posible practicar la abstinencia en los días fértiles del ciclo
- ha ocurrido una expulsión del DIU;
- cuando ha ocurrido una agresión sexual y la mujer no está protegida con un método anticonceptivo eficaz.

Mecanismo de acción

Se ha demostrado que las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) que contienen levonorgestrel previenen la ovulación y que no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento interno del útero) o en los niveles de progesterona, cuando son administradas después de la ovulación. Las PAE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no provocarán un aborto.

Eficacia

De acuerdo con los informes de cuatro estudios en que participaron casi 5.000 mujeres, el régimen de levonorgestrel utilizado dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección redujo las probabilidades de embarazo en un 60-90 por ciento. La eficacia del régimen es mayor mientras se utilice lo más pronto posible después de la relación sexual.

Criterios médicos de elegibilidad

Las píldoras anticonceptivas de emergencia no deben ser administradas a una mujer que presenta un embarazo confirmado porque ya es demasiado tarde para prevenir el embarazo. Los expertos creen que no hay daño para la mujer embarazada o para el feto si se usan píldoras anticonceptivas de emergencia inadvertidamente durante las primeras semanas de embarazo.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia deben ser usadas sólo en casos de emergencia y no son apropiadas como método anticonceptivo de uso regular, debido a que existe una mayor probabilidad de falla en comparación con los anticonceptivos modernos. Además, el uso frecuente de anticoncepción de emergencia tiene como resultado efectos secundarios, como irregularidades menstruales. No obstante, el uso repetido no conlleva riesgos conocidos para la salud.

**Anticoncepción de Emergencia
Una opción, una necesidad, un derecho**

Ciudad de Quito, 3 de Julio del 2007.

Sres. del Departamento de Docencia
Instituto de Altos Estudios Nacionales
IAEN

Estimados Señores:

Reciban ustedes un cálido saludo de quien suscribe.

A través de la presente, les autorizo formalmente a la utilización o publicación de la presente monografía, citando la fuente correspondiente y con el respeto correspondiente a la propiedad intelectual.

Espero que la investigación realizada se convierta en un instrumento útil para quienes pretender mejorar la salud pública en el Ecuador.

Saludos cordiales,



Dra. Ana de la Peña
Cursante
V Maestría
Alta Gerencia.

Ciudad de Quito, 3 de Julio del 2007.

Sr. General Moncayo
Director
Instituto de Altos Estudios Nacionales
IAEN
Presente.-

Estimado General Moncayo:

Reciba usted un cordial saludo de quien suscribe.

Por medio de la presente, doy cumplimiento a la presentación formal del trabajo de Monografía correspondiente al III DIPLOMADO EN ALTA GERENCIA, en un original y dos copias, además de un respaldo en electrónico.

Aprovecho para agradecerle la oportunidad de ampliar mis conocimientos en el Instituto que usted exitosamente representa y espero que mi trabajo permita al Ecuador avanzar en temas médicos y científicos rompiendo viejos paradigmas y favoreciendo el desarrollo de la salud pública y la medicina integral preventiva.

Sin más me suscribo de usted respetuosamente,


Dra. Ana de la Peña