

Universidad Nacional de Córdoba

Escuela de Salud Pública

**Maestría en Salud Sexual y
Reproductiva**

**Evaluación del uso de la anticoncepción de
emergencia en adolescentes de la ciudad de Villa
Allende desde agosto del 2010 a diciembre 2011**

**Dra. Bibiana Claria
Director Dr. Ricardo Rizzi
Septiembre 2013**

INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	5
Fundamentacion	
Embarazo adolescente.....	7
Legislación.....	13
Panorama Internacional.....	15
Contexto de los profesionales.....	19
La sociedad.....	21
Marco Teórico	
Definición.....	23
Modo de uso.....	26
Mecanismo de acción.....	30
Criterios de elegibilidad.....	32
Consejería en AE.....	35
Objetivos.....	37
Material y método.....	38
Resultados.....	40
Discusión.....	60
Conclusiones.....	73
Bibliografía.....	76

Resumen:

Introducción: El porcentaje de embarazos adolescentes no ha disminuido en casi todos los países de Latinoamérica. La anticoncepción de emergencia es la última oportunidad para prevenir un embarazo no deseado, disminuir el número de abortos y la morbilidad y mortalidad materna secundaria a abortos inseguros. La inequidad en relación a la accesibilidad a la información y a los servicios de salud, la no implementación de las leyes vigentes sumadas a creencias y prejuicios individuales tanto de los profesionales de la salud como de los adolescentes son causas del no acceso a la AE.

Objetivo: Conocer la trayectoria de la conducta sexual y modalidades de uso de la AE en adolescentes de la ciudad de Villa Allende.

Diseño metodológico: Se realizó un estudio descriptivo transversal a partir de datos obtenidos de una encuesta anónima, realizada por un encuestador, aplicada a adolescentes de ambos sexos de 14 a 21 años de la ciudad de Villa Allende. El universo son los adolescentes de la comunidad de Villa Allende y la muestra 240 adolescentes de 4 colegios públicos y privados que están dentro del área programática de la Institución. Las variables estudiadas fueron: acceso a la información y a los servicios de salud, consulta previa y posterior al inicio, modalidades de uso de MAC, uso de AE motivos, dosis, tiempos y conducta posterior al uso.

Resultados: El 36% habían iniciado las relaciones, 44% públicas y 28,9% privadas el promedio de edad de inicio fue de 15,3 años. El 13,7% refirió no haber tenido información en sexualidad, el 49 % del total no conocía la AE y el 26 % de las iniciadas. Consultaron previamente el 24% de las públicas y el 14% en las privadas, solo el 14 % con un profesional. El 85,2 % se cuidó en la relación y el 13% no se cuidó. El 13% del total y el 36% de las que tenían relaciones usó AE, el 53% porque no se cuidó. El 46% de las que usaron AE no consultó con nadie y el mayor porcentaje no fue a los servicios de salud sino a la farmacia. El 93% usó correctamente la pastilla y un bajo porcentaje la tomó más de 3 veces. El 33% del total había consultado al año, 11% después del año del inicio y 23% no consultó. El 31% cambió de método posterior a la AE.

Discusión- Conclusiones: el acceso a los servicios de salud y a la información presentan muchas barreras institucionales y propias de los adolescentes antes del inicio de las relaciones y ante la necesidad de la AE. Se observan conductas de riesgo de embarazo en relación al MAC elegido, a las relaciones ocasionales sin protección, a la inconstancia del uso del preservativo y a la demora en el ingreso al Programa de Salud Sexual.

Ante la necesidad las farmacias son el lugar de obtención, el uso es correcto, pocos los efectos colaterales y bajo el uso recurrente.

Las estrategias para aumentar el acceso deben contemplar a diferentes actores del contexto, referentes naturales de los jóvenes, ayudar a la implementación de la ley ESI e incluir a todos los agentes de la salud con capacitaciones y espacios de reflexión y debate. En los adolescentes se deben incluir estrategias que permitan la reflexión sobre sus conductas y elecciones así como de sus proyectos de vida.

Abstract

Introduction: The percentage of teenage pregnancies has not declined in almost all the countries of Latin America. The emergency contraception is the last chance to prevent an unwanted pregnancy, reduce the number of abortions and the morbidity and mortality secondary to unsafe abortions. Inequity in relation to access to information and health services, not implementing the laws together with beliefs and individual prejudices both health professionals and adolescents are causes of no access to the AE.

Objective: To know the path of sexual behaviour and patterns of use of the AE in adolescents in the city of Villa Allende.

Methodological design: was conducted a descriptive cross-sectional study based on data

obtained from an anonymous survey, conducted by a pollster, applied to adolescents of both sexes from 14 to 21 years of the city of Villa Allende. Universe are the adolescents in the community of Villa Allende and sample 240 adolescents from 4 public and private schools that are within the focus area of the institution. The variables studied were: access to information and to health services, consultation prior and subsequent to the home MAC-use patterns, use of AE reasons, dose, time and conduct subsequent to the use. **Results:** 36% had initiated relations, 44% public and private 28% average age of onset was 15.3 years. 13.7% Referred having no information on sexuality, 49% of the total did not know the AE and 26% of those initiated. 24% Of the public and 14% in private they consulted previously. only 14% with a professional 85.2% care in the relationship and the 135 will not care. 36% And 13% of the total of that line relationships use AE, 53% because not take care of it. 46% Of which used AE not consult with anyone and the highest percentage wasn't to health services pharmacy. 93% Correctly use the pill and a low percentage took it more than 3 times. 33% Of the total had consulted a year, 11% after the year and 23% not consult. 31% Change subsequent to the AE method.

Discussion-conclusions: access to health services and to the information presented many own teens and institutional barriers before the start of relationships and the need of the AE. Seen conduct of risk of pregnancy in relation to the chosen MAC, casual relations without protection, the inconstancy of the use of condoms and the delay in entry into the Sexual health program.

Before the need pharmacies are the place of obtaining, usage is correct, just under the recurrent use and side effects.

Strategies to increase access must contemplate different actors of the natural reference context of young people, help the implementation of ESI Act and include all the health workers with training activities and spaces for reflection and debate. Adolescents should include strategies that allow reflection on their behaviors and choices as well as their life projects

Introducción:

Desde siempre los individuos han buscado diversas maneras, preparaciones, y dispositivos para evitar o interrumpir el embarazo y poder controlar así el número de hijos, o aumentar el espacio ínter genésico.

Así también los estados han buscado la manera de controlar el crecimiento de la población en ciertos momentos.

Estiércol de cocodrilo o elefante (Egipto e India), aceite de oliva y miel y silfio laserpicum (Grecia), lavado con jabón y vinagre, lana embebida en puntas de acacia triturada con miel (Egipto), condones de intestino de animales, anillos de plata etc. son descritos en la historia de la anticoncepción (1)

Estas estrategias han sido en mucho casos, ineficaces e insólitas, y en otros casos mortales en especial cuando el efecto buscado era la interrupción del embarazo como ocurre con el uso de hierbas como el perejil, nuez moscada, helecho macho y otras. (2)

En las últimas décadas el mercado y la ciencia han aumentado la producción, distribución, eficiencia, calidad y seguridad de los anticonceptivos.

Existen programas públicos y leyes que acercan a las parejas y a los individuos a la información y al uso de los mismos y en general la aceptación social de la anticoncepción sobre todo en mujeres y varones solteros ha aumentado.

Sin embargo en la actualidad aun estando dentro de los derechos sexuales y reproductivos existen inequidades muy importantes a la hora de adquirir información o acceder a los diferentes métodos

Existe en la sociedad una fuerte polémica, contradicciones, políticas de salud sexual cambiantes, con grandes dificultades de jóvenes, padres, docentes y adultos en general para hablar sobre sexualidad. Así también las prácticas privadas no coinciden siempre con los discursos y practicas públicas.

El acceso a la anticoncepción de emergencia es de gran importancia a nivel individual, a nivel social y de salud pública por ser esta la última posibilidad de evitar un embarazo no deseado y en consecuencia evitar la realización de abortos inseguros disminuyendo así la mortalidad materna y el sufrimiento de muchas mujeres y sus familias, especialmente entre las más pobres.

Fundamentación

Embarazo adolescente no planificado Un problema de salud publica

Se define fecundidad adolescente a la ocurrida en mujeres menores de 20 años teniendo como limite superior 19 años, pero sin estar definido bien el límite inferior. En muchos trabajos se toma los 15 años como el límite inferior dejando afuera a las adolescentes que son más vulnerables, sufren más violencia y padecen mas las consecuencias del embarazo.

La fecundidad adolescente es en la actualidad un objetivo para toda Latinoamérica ya que no disminuye a la par de las tasas de fecundidad total que si comenzó a disminuir a partir de la década del 70.

Desde 1954 el punto máximo fue en 1980 (81por mil) con un aumento de las tasa de fecundidad en todas las edades.

Las tasas de fecundidad adolescente* tienen una tendencia a disminuir ya que la cantidad de hijos en ese periodo si es menor pero el porcentaje de madres adolescentes no ha disminuido en América del Sur a excepción de Paraguay.

Este indicador es importante porque las políticas de salud sexual deben apuntar a disminuir el porcentaje de madres adolescentes como primera estrategia. (3) (4)

Porcentaje de madres adolescentes

País	Año			
	1991	2001	2008	2010
Argentina	11,9	12,4	15,9	
Bolivia	11,7	13,5	17.9	
Chile	11,8	12,3		15,52
Paraguay	15	12,1	10,2	

(5) (6) (7)

*Tasa de Fecundidad Adolescente: nacidos vivos por mil mujeres de 15 a 19a

El informe del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil de la Mujer y de la Adolescente en la Argentina 2009 evaluó el porcentaje de embarazo adolescente en 15,8% en todo el país y la fecundidad adolescente en 67, por mil (8)

En los indicadores seleccionados por el ministerio de salud en la población adolescente en el 2008 (DEIS 2010) el porcentaje de embarazos adolescentes país fue 15,5 % siendo para Córdoba 14.9%.

La fecundidad adolescente total, tomando la población de 10 a 19 años, es de 34 por mil en el país y de 31.1 en Córdoba y la tardía de 66 por mil en el país y de 62,8 en Córdoba.

La tasa de fecundidad temprana es 1,7 por mil, con 2937 embarazos en niñas de 10 a 14 años en el país, 155 en Córdoba (TFT 1,1), 409 en Santa Fe (TFT 3,2) (9)

De un total de 5734 muertes fetales 920 fueron de madres adolescentes menores de 20 años, un 16 % en el país. En Córdoba un 15.9%, de las muertes fetales de menores de 20 años, 59 de 371

De las 331 defunciones maternas del país, 43 (12.9%) fueron de menores de 20 años y 3 de ellas, 0.9%, menores de 15 años

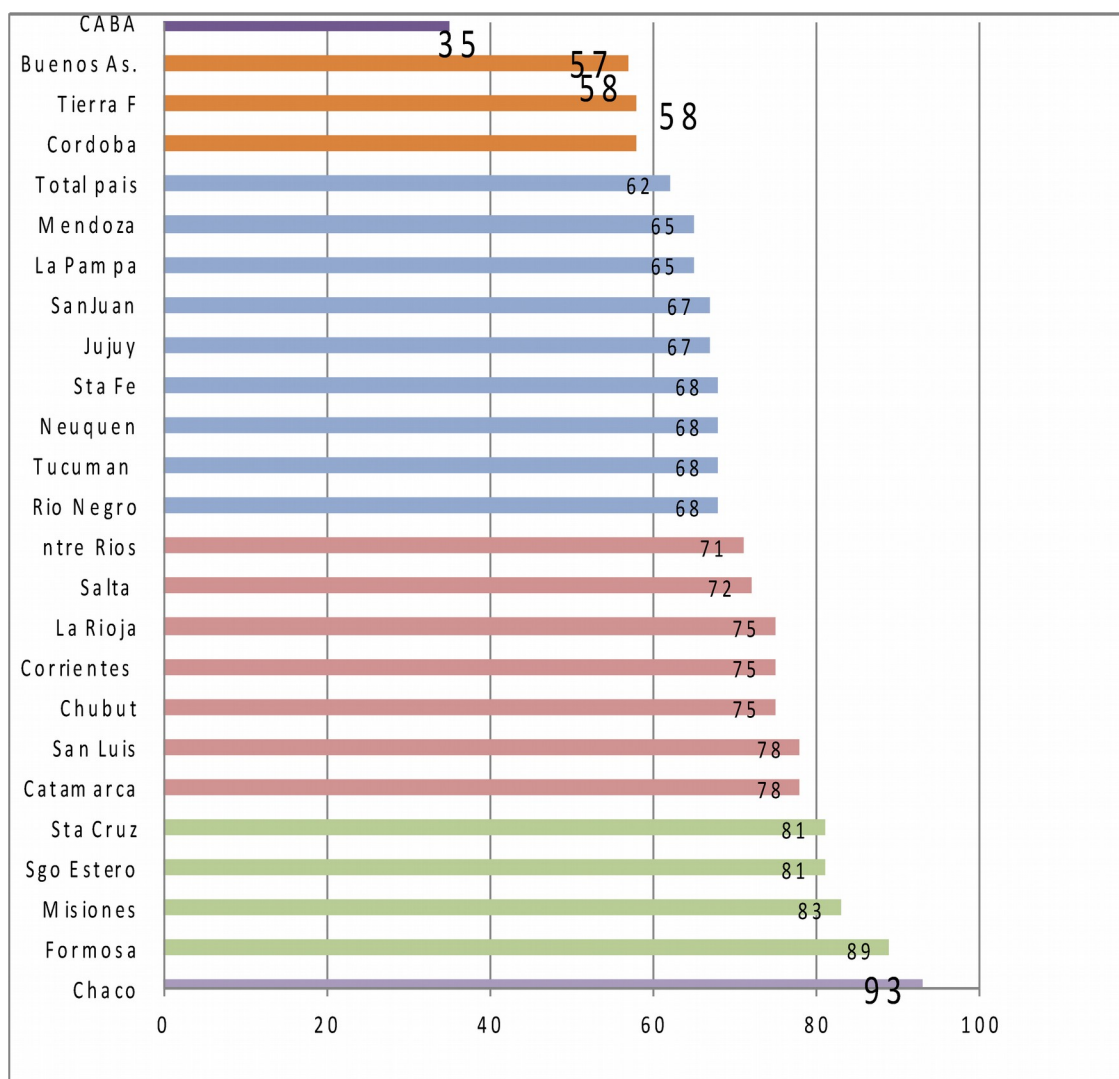
En Córdoba el total de defunciones maternas fue de 28 y 5 menores de 20 años (17.8%). De las 5 defunciones 3 fueron por aborto (10)

Las consecuencias que tiene un embarazo adolescente no planificado dependerán del contexto familiar y social que la madre y el niño tengan y del acceso al sistema de salud. Afecta tanto al niño y sus padres como a la familia que se hará cargo de la pareja ayudándola en el proceso, conformando la triada **progenitores- prole y generación de mayores**, descrita por la CEPAL. (3)

Los diferentes estudios e informes acuerdan que:

Las posibilidades de tener un embarazo adolescente son inversamente proporcionales al ingreso económico, y al nivel de instrucción alcanzado. También para las extranjeras y poblaciones indígenas las tasas son mayores siendo este grupo de gran vulnerabilidad ya que tienen dificultades en el acceso a los consultorios, altos índices de violencia sexual y en gran parte son mujeres solas y pobres. (4) (11)

Podemos visualizar la relación con la situación económica si revisamos las estadísticas de fecundidad adolescente por provincias en Argentina dado por UNFPA en el año 2009, en donde las diferencias entre CABA 35% y Chaco 93% lo confirman (4)



TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE, POR JURISDICCION, ARGENTINA 2006
 Situación de la población en Argentina / coordinado por Edith Pantelides y Martín J. Moreno. -
 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD - UNFPA, 2009.

Sabemos que:

Que existe un mandato cultural que impone a las adolescentes a hacerse cargo de la crianza

Que a esta edad es frecuente el abandono de sus parejas y existe alto riesgo de terminar en la realización de un aborto

Que la necesidad de la dedicación a la crianza interrumpe o dificulta la adquisición de la formación, los conocimientos y la experiencia necesarios para lograr la inserción social-trabajo propia de esta edad. Principalmente el abandono de la escolaridad continuando así con el círculo de la pobreza ya que sus hijos crecen en condiciones precarias y no accederán a trabajos que les permita mejorar sus perspectivas en el futuro. (3) (11)

Que la mayoría de los embarazos no son planeados con un porcentaje de 68,9% en adolescentes de 15 a 19 años. (5)

Si bien cuantitativamente las menores de 15 años no son un número importante es entre ellas en quienes habrá más riesgos en la salud integral para el binomio madre-hijo(3) Comprobándose menor peso al nacer con edad materna más baja relacionado probablemente más a su condición de pobreza que directamente a la edad. El riesgo de sufrir una patología es 40% mayor en menores de 16 años según la subcomisión de ética clínica de la S.A.P.(Sociedad Argentina de Pediatría), aumentando también la mortalidad del niño y de la madre.

Las menores de 15 años muestran porcentajes más bajos en la formación de pareja, y mayor edad de las parejas con relaciones más asimétricas, en el informe presentado por la SAP el 80% de los padres de niños nacidos de menores, eran 10 años más grandes y una cuarta parte 20 años mayores. (12)

La violencia emocional por parte de las parejas es referida en la encuesta SAGIJ 2010 en un 37% y física en un 33% (13)

El aumento de los niveles de educación en las mujeres, la incorporación al trabajo y la mayor dependencia económica de las parejas jóvenes entre otras cosas llevan a la postergación de la maternidad para edades mas avanzadas y a aumentar el espacio ínter genésico.

La brecha entre el comienzo de las relaciones y el momento de planificar una familia es entonces mayor que en décadas anteriores con mayor tiempo de riesgo de embarazos no planificados.

Los jóvenes transcurren normalmente ya una etapa caracterizada por la vulnerabilidad ocasionada por aspectos propios y necesarios de esta etapa como el desprendimiento familiar, la búsqueda de autonomía, la necesidad de probar nuevas experiencias y el sentimiento de omnipotencia.

Se suma a esto un contexto social que muchas veces lo excluye, no ayudando a la resolución positiva de este proceso. Las soluciones buscadas para calmar este malestar se vuelven, en ocasiones, perjudiciales para los jóvenes

Es así que en algunas oportunidades el embarazo adolescente suele ser un camino posible en el proyecto de vida de los mismos que les permite encontrar un sentido a sus vidas, un ser para alguien.

La falta de conocimientos acompaña a los cambios en la conducta sexual, el adelanto de la menarca (12,2 años) y del inicio en las relaciones (15,6 años +- 1.7) (13) (14), la estimulación a la sexualidad a través de los medios, el acceso sin control a pornografía, citas por internet etc.

A la desinformación se suma el inmediatez que promueve la falta de reflexión y conductas compulsivas que dificultan el aprendizaje del autocuidado.

La vergüenza y la culpa, a veces provocada por la actitud de los adultos (incluidos los profesionales), alejan al adolescente de la consulta y dificultan el dialogo con los adultos sobre los temas relacionados a la sexualidad.

Las relaciones sexuales en esta etapa son en muchas ocasiones esporádicas y ocasionales lo que no motiva a la adquisición de un método anticonceptivo regular.

En diferentes estudios se ha demostrado que los adolescentes buscan un método después de un año de haber comenzado sus relaciones, tiempo en el cual se producen los embarazos con mayor frecuencia.

A medida que disminuye el nivel socioeconómico aumenta el tiempo para el inicio de un método más regular (15)

Así también a esta edad se refiere una alta frecuencia de relaciones forzadas. En la encuesta de sexualidad de SAGIJ 2005 el 5% de las 1477 entrevistadas refirió espontáneamente haber sido violada y en el año 2010 2,4 % refiere coerción y 1,21% violencia en el inicio de las relaciones. (13) (14)

Si bien el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado entre las jóvenes se evidencian todavía dificultades a la hora de negociar con la pareja, viéndose en las consultas cotidianas el sometimiento de ellas a las decisiones de su pareja.

A su vez es conocido que los jóvenes tienen menor habilidad para el uso correcto, suficiente y oportuno de los métodos anticonceptivos demostrado por el mayor índice de fracasos que presentan los mismos en este rango etario.

Las dificultades en interpretar las instrucciones dadas por los profesionales y para repreguntar ante las dudas son frecuentes.

El alto porcentaje de fallos en el uso de anticonceptivos combinados entre adolescentes es del 15% en vez del 3% encontrado en mujeres adultas debido al olvido en la toma de las píldoras (15)

Este conjunto de situaciones podrían contribuir a la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente junto a las resistencias institucionales, familiares y sociales a la sexualidad y la autonomía del adolescente; políticas juveniles insuficientes que producen dificultades en la inclusión social, falta de oportunidades educativas, laborales y de proyectos de vida autónomos, en particular a las mas pobres, y una respuesta de la familia que al hacerse cargo de el binomio madre-hijo disminuye los costos de la reproducción temprana.(3)

LEGISLACION

Los importantes cambios producidos en la legislación en los últimos años, que protegen los derechos en materia de salud sexual y reproductiva son desconocidos por gran parte de la población.

En primer lugar es de gran importancia el artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional de 1994 que otorgó jerarquía constitucional a los tratados y Convenciones Internacionales firmados con anterioridad. (16)

Teniendo especial trascendencia en este tema todos aquellos tratados que protegen los derechos sexuales y reproductivos:

*La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (art. 10, 12, 14, 16 y 24)

*El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (art. 2, 3, 7, 9, 17, 18, 19, 26)

*El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (art. 2, 3, 12 y 13)

*La Convención Americana de Derechos Humanos (art. 5, 7, 11, 12, 13)

*La Convención de los Derechos del Niño (art. 2, 3, 12, 13, 14, 16, 19, 24 y 28)

*La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, (Artículo XI) y Declaración Universal de Derechos Humanos (art 25.1)

*La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer

Posterior a esto se promulgan leyes específicas en salud sexual

1-La **ley 25673/ 2002** que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable dice en su artículo 2 que uno de sus objetivos es “garantizar a toda la población el acceso a la información , orientación , métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable”(17)

2-La promulgación de **la Ley 26061/2005** de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes con el objetivo de promover acciones positivas en relación a los derechos de los niños/as y adolescentes, como sujetos de derechos. (18)

En el Decreto 415/2006 en la reglamentación del artículo 14 afirma que “el derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva.”(19)

3-**Ley 26.150/2006** Programa Nacional de Educación Sexual Integral

La incorporación de la educación sexual integral en las escuelas aun se discute, a pesar de las leyes existentes y se ha convertido en un largo camino colmado de obstáculos. Promulgada en el 2006 se le brindo a las instituciones educativas un plazo de cuatro años para organizar el proyecto que incluya la educación sexual integral de manera transversal en la currícula. (20)

Abrir la discusión en escuelas y en las familias ha sido un avance lento pero importante que permite a los adolescentes, docentes y familia acceder a la información aun siendo de manera desarticulada y poco igualitaria.

4-Incorporación de AE en el Programa Medico Obligatorio a través **del Resolución 232/2007** del Ministerio de Salud (21)

Esta resolución considera responsabilidad del Estado la distribución y difusión de la anticoncepción de emergencia en cumplimiento de la ley 25673.

Incorpora con cobertura del 100%:- G03AC03 - Levonorgestrel, comprimidos, 1,5 mg envase por un comprimido.

- G03AC03 -Levonorgestrel, comprimidos, 0,75 mg., envase por dos comprimidos.

La AE había sido aprobada por la ANMAT en julio de 1996 con la disposición N° 3243 inicialmente con el nombre de Cristerona PC4, denominación que fue cambiada por IMEDIAT, mediante disposición ANMAT M° 4595, de 20 de agosto de 1998

5- Articulación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable con el Programa Remediar con distribución a partir de la entrega numero 81 de:

INSUMO
Anticonceptivo Hormonal Inyectable (ACI)
Anticonceptivo Hormonal Oral Combinado (ACO)
Anticonceptivo Hormonal Oral para Lactancia (ACOLA)
Anticonceptivo Hormonal de Emergencia (AHE)
Preservativos

La entrega de botiquines a los CAPS es parte de la estrategia para aumentar la accesibilidad a toda la población. (22)

6-Elaboración de pautas de uso de AE en la Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos del Ministerio de salud de la Nación en el año 2002 (23) distribución de la Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud Ministerio de Salud de la Nación 2007(24), en el 2010 Guía para un acceso sin barreras (25) y en el 2012 con la Guía practica para profesionales de la salud (26)

Panorama Internacional de la anticoncepción de emergencia

Índice CLAE

La difusión y los avances en la anticoncepción de emergencia comenzaron después de la reunión en Bellagio, Italia (abril de 1995) de un grupo de expertos en salud reproductiva.

Este grupo emitió una “Declaración de Consenso” a partir de la cual surgieron grupos de estudio y organismos que emprendieron el camino de su difusión en todo el mundo (27) (28)

Se conformó así el Consorcio para la Anticoncepción de Emergencia con el objetivo de mejorar la difusión, y el acceso a la misma.

En 1999 el Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales incorporó la AE en la lista de Drogas Esenciales (Yuzpe y Gestágeno solo) con la elaboración de la “Anticoncepción de Emergencia Guía para la prestación de servicios” (29)

La AE Ha sido aprobada por:

* Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)

* Agencias reguladoras de Europa, Norte América Asia y de América Latina
(24)

La Situación Actual de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y el Caribe ha sido evaluada por el Consorcio Latino Americano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) en el año 2010. (30)

Para ello el CLAE elaboró un índice de evaluación de la accesibilidad a la AE, la presencia de facilitadores y barreras que imponen las diferentes normativas de cada país, los avances y retrocesos en los últimos años, y los diferentes programas que apuntan al reconocimiento de los derechos sexuales de los individuos.

Como el documento lo explica” el índice representa un indicador de carácter cuantitativo y cualitativo, cuyo objetivo se orienta a describir el porcentaje estimado de potenciales usuarias de AOE en cada país que pueden acceder al método de manera gratuita considerando el marco normativo nacional”

En relación a la información cuantitativa el índice tiene un valor de 0 a 100.

Siendo 0: el 0% de las usuarias potenciales pueden acceder al método

El 100 se interpreta como que todas las potenciales usuarias acceden al método gratuitamente

Las variables que se tuvieron en cuenta fueron:

- 1-Motivos considerados para la entrega
- 2-Restricciones para la entrega AOE según edad solicitante
- 3-Rol del padre, la madre y/o los representantes
- 4-Objeción de conciencia
- 5-Aspectos políticos institucionales
- 6-Barreras no cuantificables

En el cuadro siguiente elaborado se puede comparar las diferentes situaciones en los países de Latinoamérica. Este ha sido elaborado de los cuadros del informe del CLAE 2010.

	AE a la venta en el mercado	Solicitud de prescripción medica	Índice CIAE	Problemas Presupuestarios
Argentina	Si	Si	84,2%	
Bolivia	Si	Si	87,0%	
Brasil	Si	Si	87,6%	
Chile	Si	Si	76,0%	
Costa Rica	No	No aplica	0 %	Si
Colombia	Si	Si	87,6%	
Ecuador	Si	Si	73,6%	
El Salvador	Si	No	87,6%	Si
Guatemala	Si	Si	29,51%	Si
Honduras	No	No aplica	0%	Si
Méjico	Si	No	100%	
Nicaragua	Si	No	87%	Si
Panamá	No	No aplica	87%	Si
Paraguay	Si	No	87%	
Perú	Si	Si	0%	Si
Rep. Dominicana	Si	No	87%	
Uruguay	Si	No	98%	
Venezuela	Si	No	86%	

Podemos concluir de los diferentes informes del CLAE que:

*Los conocimientos en relación a la AE son controvertidos por que se las confunde con mifepristone o “la píldora abortiva francesa”; desconociéndose su mecanismo de acción

*Existe el prejuicio con respecto a la inducción a la promiscuidad, “el fácil uso puede llevar al uso excesivo”

* No hay muchos estudios latinoamericanos ni difusión

*En muchos países la píldora se consigue en farmacias más allá de las disposiciones legales adoptadas.

*Existen en todos los países grupos que se oponen fuertemente a las PAE, pero también a la Planificación Familiar, educación sexual y otros temas de SSR. (31) (32) (33)

En Argentina después de la reunión de Quito en el año 2003 se conformo el Consorcio Argentino de Anticoncepción de Emergencia (CAAE) que tiene como objetivos los derechos sexuales y reproductivos, el mecanismo de acción de los anticonceptivos y la inclusión de estos en las políticas de salud, la educación sexual y los adolescentes como transmisores de información educativa

En el año 2002 la Corte Suprema de Justicia de la Nación retira de la venta el anticonceptivo de emergencia IMEDIAT que había sido aprobado por el Ministerio de Salud haciendo lugar a la denuncia de una ONG que sostiene que es abortivo. (34)

Si bien se realizan apelaciones el fallo continúa vigente no afectando la presencia de otros productos disponibles en farmacias, pero si sentando un precedente importantísimo en la comunidad y en los profesionales.

Año 2007 la resolución 232/2007 el Ministerio de Salud de la Nación incorpora la AE en el Programa Medico Obligatorio de Emergencia y posteriormente su distribución por el Programa Remediar desde la partida N°81. (21) (22)

En la ciudad de Córdoba la AE está incluida en el Programa de Salud Reproductiva, sexualidad y Planificación Familiar Dirección de Medicina Preventiva Dirección de Atención Primaria Municipalidad de Córdoba 2004 (35)

En la Argentina como en otros países de Latinoamérica se desarrollaron diferentes procesos judiciales para evitar la comercialización de la AE contra Ministerios de Salud, contra empresas que lo comercializaban y contra organismos que aprobaron los medicamentos (28)

En la actualidad hay procesos judiciales en trámite: una demanda contra la Ley 25673 que crea el programa de salud sexual y procreación responsable, y en las provincias de Tierra del Fuego y Rio Negro en contra de la distribución de la anticoncepción de emergencia.(31)

En el año 2010 el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, convocó a expertos de diferentes países de América Latina y El Caribe, con el propósito de Conformar un Grupo de Trabajo de anticoncepción de emergencia que acuerde criterios y tenga un posicionamiento.(36)

Contexto de los profesionales

Se han realizado numerosas investigaciones con el objetivo de conocer el proceso que los profesionales de la salud han tenido desde la implementación de nuevas políticas de salud sexual en diferentes países. En estas investigaciones se ha encontrado:

- * Desconocimiento de los mecanismos de acción
- *Desconocimiento de las leyes
- *Temor a problemas legales
- * Pautas dudosas
- *Objeción de conciencia como barrera sin la resolución de la consulta

La Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO) realizó un sondeo y sus conclusiones concuerdan con otras vistas:” 80% de los ginecólogos de ese país no entiende el mecanismo de acción de la AE” (37)

En 175 médicos generales de Cartagena Colombia con edad entre 24 y 53 años evaluados en anticoncepción de emergencia 90,8% conocían la AE, 82,3% está de acuerdo con ella, 54% podía indicar el esquema mas usado, 42% la prescribe, 13,7 % considera que es abortiva, 65% tiene clara las indicaciones, 7% la considera

perjudicial para la salud, 93% quisiera tener más conocimientos, 53% sabe usarla (38)

En un estudio en 7 hospitales de Buenos Aires realizado con grupos focales con 27 ginecólogos es interesante observar que los conocimientos sobre uso de AE era deficiente, con una buena predisposición a entregarla en caso de violación y menos en una relación no protegida o rotura de preservativo. Mas aceptada como herramienta para prevenir el aborto más que para prevenir el embarazo o como derecho de las mujeres. El 50% no conocía su uso correcto, pensaba que era ilegal y desconocía que se distribuía por el Programa de SSR. Lo más preocupante es que refieren que la información sobre la AE fue recibida por el laboratorio que comercializaba un producto. (39)

Estudios con farmacéuticos demuestran escasos conocimientos y poca predisposición a prescribirla si bien los adolescentes no refieren tener dificultades para comprarla en las farmacias y sin prescripción medica

En un estudio en Costa Rica el 64,8 % no considera apropiado el uso de AE por menores de 20 años, 43% contesto apropiadamente el uso adecuado. Los efectos colaterales eran conocidos por el 89 a 93% de los profesionales, el 41% consideraba que era abortiva, 54% no las indicaría, 28% por razones religiosas-éticas

Del porcentaje que si las recetaría la causa más frecuente seria la violación (37%). (40)

Investigaciones realizadas con profesionales sanitarios en el año 2011 en Kenia y Etiopía mostraron que el 88% Kenia y el 85% de los de Etiopía conocían el método solo el 17% y el 37% respectivamente identificaron correctamente el mecanismo de acción. (41)

Una evaluación en estudiantes del último año de medicina de la Provincia de Corrientes el 55% desconocía la indicación apropiada de los anticonceptivos. (42)

De la investigación realizada por Pecheny y otros "Barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina" año 2009 surge como en los otros trabajos que:

-Los profesionales refieren escasa capacitación en el tema, dificultades de comunicación entre servicios y programas, escasa difusión, dificultades para una implementación sistemática y masiva.

Desconocimiento de la normativa y dificultades para la implementación por obstáculos ideológicos que reconocen en sus colegas.

En general conocen el mecanismo de acción así como sus indicaciones, limitando la indicación a 72 horas después de la relación.

La mayoría no la considera abortiva, piensa que no compromete el uso de preservativo y que disminuiría su difusión el número de abortos. (43)

En el monitoreo realizado por el CoNDeRS (Consortio Nacional sobre Derechos Reproductivos y Sexuales) desde el año 2003 evalúa en la mayoría de las provincias avances en la implementación de las leyes. Al referirse a la AE advierte grandes diferencias entre las localidades y la existencia de barreras en la accesibilidad que se originan en falsas creencias o criterios personales en relación a su entrega y difusión. (44)

Estas dificultades se transforman en obstáculos para las usuarias/os a quienes obliga a deambular por servicios que les ayuden y brinden información, retarda la implementación del método, terminando en ocasiones en la realización de un aborto inseguro.

La sociedad:

Mitos, temores, conceptos equivocados en relación a la sexualidad en general y a la anticoncepción están presentes en los jóvenes y adultos.

En relación al uso de la anticoncepción de emergencia los más frecuentes son la creencia de ser abortiva y los efectos colaterales que produce como infertilidad.

Diferentes artículos en diarios alarman sobre su uso descontrolado en las adolescentes con el riesgo del aumento de las ITS por el abandono del preservativo. (45) (46) (47)

Es llamativo el desconocimiento y la ausencia de empoderamiento de los adolescentes en relación al cumplimiento de las leyes que le afectan directamente.

Así también podemos constatar en nuestra práctica profesional en las escuelas la falta de acceso de los docentes a los materiales que brindan tanto la Nación como la

provincia de Córdoba para la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral.

En este contexto la anticoncepción de emergencia (AE) especialmente es un tema de difícil abordaje por los docentes, debido a la falta de información, creencias equivocadas y temor a su abuso por los adolescentes.

Podemos decir que el acceso a la anticoncepción y a la anticoncepción de emergencia depende de diferentes actores sociales que pueden favorecerlo u obstaculizarlo (resumen del Program for Appropriate Technology in Health) (48)

- 1- Las personas encargadas de la toma de decisiones y de la planificación de programas a nivel local y nacional
 - Ministerio de salud
 - Ministerio de Justicia
 - Programa de seguro de salud
- 2- Líderes locales
 - Comunidad
 - Grupos locales que trabajan en el área de salud
 - Grupos de mujeres Líderes religiosos
 - Grupos de apoyo para las víctimas de violencia doméstica
- 3- Grupos de profesionales
 - Asociaciones, sociedades e Instituciones de educación médica
 - Asociaciones de farmacéuticos Institutos y consejos de investigación.
- 4- Instituciones académicas
 - Escuela de Medicina, de Enfermería y de Farmacia
- 5- Proveedores Directores de clínicas y hospitales
 - Trabajadores de la salud, matronas y asistentes de partos tradicionales

Agregaría como punto 6 a las instituciones educativas con la implementación de las leyes de educación sexual integral.

Ante la diversidad de barreras para la AE creo que se justifica estudiar el proceso que viven las adolescentes para mejorar las estrategias de acceso.

Marco teórico:

Consideramos métodos anticonceptivos a los procedimientos usados para evitar un embarazo que se usan antes de la implantación del huevo o cigoto en el útero

La AE surge de la necesidad de reducir los embarazos no deseados y el aborto ante la ocurrencia de una relación no protegida o una violación.

Llamamos anticoncepción de emergencia o postcoital al conjunto de métodos empleados después de un coito sin protección que suponga riesgo de embarazo por haber sucedido en la fase fértil de la mujer, con el fin de evitar embarazos no deseados y dentro de un periodo máximo de tiempo. (26)(29)(39)

En la Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud se la define como : ” el uso de métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales dentro de un tiempo limitado luego de una relación sexual no protegida, con finalidad de prevenir un embarazo no planeado.”(24)

La Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) “consiste en el uso de una alta dosis hormonal dentro de los 5 días de una relación sexual no protegida para prevenir un embarazo no planificado” (24)

La primera vez que se uso la anticoncepción de emergencia en seres humanos fue en los años sesenta en Holanda con la administración de altas dosis de estrógenos con el objetivo de evitar el embarazo en una niña de 13 años después de una violación. (24) (38)

Sin embargo estas dosis de estrógenos eran mal toleradas por las mujeres por lo que se investiga el agregado de progestinas. (49)

En el año 1974 Albert Yuspe publico los primeros estudios sobre AHE con una combinación de estrógenos y progesterona.

En el año 1976 se comunica la eficacia de la inserción de un DIU con el objetivo de evitar el embarazo (29) (49)

En la década del 90 se comprobó que unas dosis de levonorgestrel de 1,5 mg en dos tomas separadas por 12 horas disminuían los efectos colaterales del método Yuspe y era más eficaz. Posteriormente se demostró que una dosis de 1,5 mg dado en una toma no modificaba la eficacia.

La AHE ha sido llamada de diferentes formas “píldora postcoital”; al pensarse que se podía utilizar después de cada relación; y “píldora del día después” por tomarse solo pocas horas después de una relación. La correcta denominación es importante de tener presente ya que evita confusiones en relación al momento de su indicación, ya que se puede tomar antes del “día después” inmediatamente a la relación o hasta los 5 días y refuerza el uso correcto en casos de emergencia y no como método

La AE debe ser utilizada si es solicitada:

-Ante situaciones de violencia sexual, intimidación o coacción para una relación sexual.

-Tras un coito voluntario pero sin protección anticonceptiva

-Por el uso incorrecto o inconsecuente de un método anticonceptivo regular o el fallo de un método:

*rotura o deslizamiento del preservativo

*calculo equivocado del periodo de infertilidad cuando practica la abstinencia periódica o incapacidad para renunciar al coito en los días fértiles

*expulsión del DIU

*fallo del coito interrumpido con eyaculación en la vagina o en los genitales externos, o interrupción tardía del coito.

*interrupción de los anticonceptivos orales durante mas de tres días seguidos

* 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 sin usar más de 24 horas en la semana que correspondía su uso

*El anillo vaginal se ha desplazado, ha habido un retraso en su colocación o se ha extraído antes de lo debido, mas de 3 horas fuera

* El diafragma (o el capuchón cervical) se ha desplazado o roto, o se ha extraído antes de lo debido.

* Una tableta (o una película espermicida) no se ha derretido antes de la relación sexual. (49) (24) (48) (51)

En la actualidad podemos considerar dos métodos de AE disponibles en Argentina:

- 1- Administración de altas dosis de hormonas AHE
- 2- Inserción de un DIU liberador de cobre dentro de los 5 días posteriores a la relación

Anticoncepción hormonal de emergencia:

a- Uso de Levonorgestrel solo

El LVN es un esteroide sintético isómero / activo, del norgestrel, un potente gestágeno sintético perteneciente a la clase de los gonanos derivado de la 19-nortestosterona. Con poca acción androgénica y nula actividad estrogénica. Actúa a través del receptor de la progesterona imitando los efectos de la hormona natural, por lo que se clasifica como agonista o progestina (49) (

Modo de uso

1-Una dosis de 750 microgramos de LVN hasta 120 horas posteriores a la relación seguidas por otra igual a las 12 horas

En Argentina productos disponibles (PD):

Norgetrel Max Secufem 0.75 Ovulol Securite Postin

2- Una dosis de 1500 microgramos de LVN hasta 120 horas posteriores.

PD: Marplan 1.5 mg Norgestrel Max Unidosis Uvulol UD Secufem 1.5 mg Securite UD 1.5 mg

3-Una dosis de 750 microgramos y la segunda 24 horas después (62)

Si no hay productos disponibles específicos se puede utilizar la mini píldora,

25 píldoras de 30 microgramos de un anticonceptivo de uso para la lactancia cada 12 horas

PD: Microlut Norgestrel continuo

20 píldoras de 75 microgramos cada 12 horas

Se sugiere en pacientes con ingieren drogas inductoras enzimáticos como los anticonvulsivantes tomar tres dosis para alcanzar niveles adecuados en sangre (54) (23)(24)(25)(29) (48) (49) (50) (52)(53)

B-Método Yuspe - Método combinado

Conformados por píldoras anticonceptivas que contienen una combinación de estrógenos (etinil estradiol) y progestágenos (levonorgestrel, norgestrel).

Administración de dos dosis de etinilestradiol (100 microgramos) y levonorgestrel (500 ug) con 12 horas de intervalo.

Este método fue incluido en el “The prevén Emergency Contraceptive aprobado por la FDA en el año 1998. Acompañado por un test de embarazo, por el contenido de estrógenos del producto. (53) (54) Cuando se utilizan anticonceptivos orales combinados de uso corriente (49) (29) (26) (23)

Anticonceptivo oral combinado	Dosis
30 ug etinilestradiol	4 comprimidos cada 12 horas
20 ug etinilestradiol	5 comprimidos cada 12 horas
15 ug de etinilestradiol	7 comprimidos cada doce horas

El periodo de tiempo en el que la anticoncepción de emergencia se consideraba eficaz fue de 72 horas en un comienzo, siendo en la actualidad de 120 horas disminuyendo su eficacia en el tiempo. Este hecho debe ser .aclarado al ser administradas

Se citan como ventajas del método de LNG solo en comparación al Método Yuzpe:

- 1-Mayor eficacia
- 2 -Menor frecuencia de efectos colaterales,
- 3 -No interacción con los retrovirales, siendo esto importante en el uso de la AE en violencia sexual o en pacientes sero positivos
- 4-Las contraindicaciones del estrógeno en los pacientes con ACV o enfermedad trombo embolica. (24)

Los efectos colaterales más frecuentes para la AHE son **nauseas y vómitos**. Dada la frecuencia de su presentación en el método combinado es indicado recetar un antiemético una hora antes de la ingesta de la dosis, mientras que en el LNG solo debería indicarse según los antecedentes de tolerancia del paciente. El antiemético no resultara beneficioso si las nauseas ya se han presentado. (29)

Si se producen vómitos dentro de las 4 horas de la ingesta deberá repetirse la dosis.
(26) (23) (53) (54)

(23) (25) (51) (53)(54)

	Nauseas	Vómitos
M. Combinado	43%/ 50%	16% 23%
LVN solo	15% a 25%	1% a 6%

Las alteraciones del ciclo tienen relación con el momento del ciclo en que son ingeridas siendo mayores cuando se toman en las primeras semanas adelantándose el siguiente periodo. Los spotting se presentan entre el 3% al 37% y la disminución o aumento en el sangrado entre el 10% a 15% (51) (53)

La mastalgia es mayor con una dosis de LVN que con dos dosis.

Otros efectos observados fueron mareos, fatiga, dolor abdominal bajo.

Las cefaleas son más frecuentes con el método combinado por el uso de estrógenos 20% vs. 16.8% y más frecuente con levonorgestrel en una sola dosis que en dos tomas. (23)

No se ha evidenciado mayor incidencia de embarazos ectópicos, pero este debe ser tenido en cuenta si hay retraso en el periodo, sangrado irregular o dolor abdominal.
(25) (53) (51) (56)

No se han evidenciado efectos teratógenos (56)

Como otra opción de AE se investigo también el uso del danazol, esteroide sintético con acción androgénica que inhibe la secreción de gonadotropinas hipofisarias.

En la actualidad el acetato de ulipristal modulador selectivo de los receptores de progesterona ha sido aprobado en Europa en el año 2009 y por la FDA en agosto del 2010.

Al ocupar los receptores de la progesterona impide la unión de la progesterona bloqueando su acción. Se puede usar 1 dosis de 30 mg. hasta las 120 horas.

Es más efectivo que el LVN (tasa de embarazo 1,9 vs. 0,9%) Debe descartarse el embarazo ya que podría producir un aborto (5)

MECANISMO DE ACCION LVN

Muchas controversias ha habido sobre el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia. Los trabajos publicados antes del año 2000, incluidos informes de la OMS (29), pudieron poner en duda los efectos sobre la implantación, pero a partir de las investigaciones más específicas realizadas a partir de esa fecha en diferentes países las evidencias sobre el mecanismo de acción se fueron aclarando.

En octubre del 2010 el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia en El Salvador, se elaboró el “Posicionamiento Sobre los Mecanismos de Acción de la Anticoncepción de Emergencia determinando los mecanismos científicamente comprobados hasta el momento. Adhirieron a este posicionamiento la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la OMS (56)

Efecto sobre la ovulación

Definido como el principal mecanismo de acción por la revisión realizada por la FIGO y el Consorcio Internacional de A.E. en el año 2011. (57)

Los efectos que se han observado en esta etapa son la inhibición o retardo de la ruptura folicular, inhibición del pico de LH o luteinización.

La inhibición de la ovulación dependerá del grado de maduración folicular en el momento de la toma de la AE y si se ha producido o no el pico de LH. La relación de la eficacia con el diámetro folicular es inversa siendo menos eficaz a mayor diámetro del folículo, siendo más efectiva cuando el diámetro es menor de 18 mm.

Si la toma se realiza antes del pico de LH se evitara o retardara la ovulación por supresión del pico de LH. Esta acción se produce por disminución de los pulsos de LH y por acción del LVN en la hipófisis (Regulación negativa)

(51) (54) (57) (58) (59)

Efectos sobre la migración espermática:

El LVN produce cambios en el moco cervical volviéndolo espeso, alterando el entramado que normalmente facilita el ascenso de los espermatozoides. (51)(56) (58) (59) (60)

Se cita aumento del pH del fluido uterino y disminución de las contracciones uterinas que paralizarían a los espermatozoides y disminuirían el ascenso y la penetración espermática

Estos dos mecanismos afectarían la fase sostenida de ascensión de los espermatozoides.

La capacidad de los espermatozoides de adherirse al óvulo también esta alterada por la mayor producción de glicodeína-A producida en el útero. (56) (59) (61)

Sin embargo otros estudios no encuentran estos mismos resultados (63)

Efecto sobre el endometrio:

Las píldoras de AE usadas no tienen efecto sobre el endometrio, y como consecuencia su mecanismo de acción no está a este nivel, lo cual descarta la posibilidad de que impida la implantación. Estudios en animales comprueban la ausencia de efectos endometriales. Así también el hecho de que estadísticamente disminuya el efecto a mayor tiempo coito- tratamiento descarta los efectos sobre la implantación, así como la menor eficacia ante coitos repetidos, ya que su efecto no se sostiene en el tiempo (59)

En el estudio sobre cambios endometriales realizado por la División de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Karolinska Estocolmo que buscaba poder encontrar las dosis necesarias para producir aumento de la eficacia de la AE logrando cambios endometriales concluye que las dosis usadas en la actualidad no producen cambios en los receptores de la progesterona en el endometrio.

Que los cambios se producen cuando se realiza dosis mucho más elevadas o repetidas pero que estos no son suficientes en las investigaciones realizadas. (59) (64)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

El criterio de elegibilidad para la AE es **1** en la Guía del año 2012 del Ministerio de la Nación, no estando contraindicada en los casos que si esta la ACO dado que el tiempo de exposición es muy limitado. (26)

En caso de enfermedad hepática se aconseja usar solo progestágenos

En el año 2009 los criterios de elegibilidad de la OMS la consideraban 1-2 pero suponiendo menor impacto clínico en ciertas condiciones y la importancia del uso repetido en las mismas.

CONDICION	CATEGORIA	CLARIFICACIONES/EVIDENCIA
Embarazo	No aplicable	A pesar de que este método no está indicado para una mujer con un conocido o sospecha de embarazo, no se conoce ningún daño a la mujer, en el curso del embarazo o en el feto
Lactancia	1	
Embarazo ectópico anterior	1	
Historia de complicaciones cardiovasculares	2	La duración del uso de la AE es menor que en el uso regular de los AOC por tanto, se supone que tienen menos impacto clínico.
Angina de pecho	2	Idem
Migraña	2	Idem
Enfermedad hepática severa(incluye ictericia)	2	Idem
Uso repetido de AE	1	El uso recurrente es una indicación de que la mujer requiere más asesoramiento sobre otras opciones anticonceptivas y puede ser perjudicial para las mujeres con condiciones clasificados como 2, 3 o 4
Violación	1	

(Medical eligibility criteria for contraceptive use Fourth edition, 2009 A WHO Family planning cornerstone) (67)

En mujeres lactando una investigación recomienda suspender la lactancia por 8 horas posteriores a la toma de AHE pero no más de 24 horas, para disminuir la exposición del lactante.(61) (65)

Eficacia

La eficacia del uso de AE no ha podido ser estudiado con grupos controles con placebos por razones éticas. Para medirla se han utilizado diferentes métodos.

Wilcox aplica una probabilidad de embarazos teniendo en cuenta una población de mujeres en parejas fértiles, sanas con intenciones de embarazarse lo que implica una alta probabilidad, no siendo así en las mujeres que solicitan AE.

Posibilidad de concepción y embarazo después de un coito único

Día del coito según ovulación	Concepción % (hCG + orina)	Embarazo % (embarazo clínico)
-5	8	4
-4	17	13
-3	8	8
-2	36	29
-1	34	27
0	36	8

Wilcox A.J. Weinberg C R. Human reproduction 1998, 13: 394-7

El 40% de las mujeres que solicitan AE por falla en el uso del método de barrera no presentaban espermatozoides en vagina según estudios realizados por Espinós-Gómez y col, citado por Croxato, agregado a que no todas son sanas con parejas fértiles se puede decir que se sobreestima la probabilidad de embarazo en las solicitantes de AE. Es también importante tener en cuenta que las mujeres que la solicitan suponen una falla pero no es posible verificarla en los estudios

La eficacia puede estar subestimada si la pareja tuvo nuevamente relaciones y eso no fue considerado en el estudio. (58) (59)

La eficacia de la AE se mide por la proporción de embarazos evitados utilizando el método o por la cantidad de embarazos producidos en aquellas que la usaron.

La eficacia depende del **momento del ciclo en que se tuvo la relación y del tiempo entre la relación y la toma**

Normalmente la concepción puede ocurrir cuando la relación se produce dentro de los 5 días antes de la ovulación y el día de la ovulación. Los espermatozoides tienen una capacidad fecundante por 5 días y el óvulo deberá ser fecundado dentro de las 24 horas

Estos constituirían los días fértiles del ciclo, variando la posibilidad de embarazo de acuerdo al día. Posterior a una única relación sexual en la mitad del ciclo sin protección existe entre el 8 y el 24 % de posibilidades de que una mujer joven quede embarazada. (49)

La implantación se produce de 5 a 7 días después de la concepción.

Tasa de embarazos dentro de las 72 horas 1,1% a 1,3 % LVN y de 3,2 % Yuzpe. Según Croxatto cuando se usa los primeros cuatro días se previene del 92 al 69% y en el quinto día solo el 31% (58)

Las guías del Ministerio de Salud de la Nación 2012 refieren 95% de eficacia dentro de las 12 horas, entre 49 a 72 horas 58% (26)

La Asociación Médica Argentina de Anticoncepción presenta la tabla siguiente:

Eficacia estimada de AE. Embarazos que se evitarían (49)

LEVONORGESTREL		YUZPE	
Día 1 a 3	91 a 69%	Día 1 a 3	66,5 %
Día 4	83%	Día 4 a 5	54%
Día 5	31%		

Todos los estudios concuerdan que la eficacia disminuye a medida que se aleja la ingesta del momento del coito

La eficacia no muestra diferencia significativa si el levonorgestrel es tomado en una o dos dosis

Ambos métodos tienen menor eficacia que “la anticoncepción hormonal de uso regular, que previene el embarazo hasta en un 99% de las mujeres que tienen relaciones sexuales frecuentes a lo largo de todo un año”

Consejería con AE: (25) (53) (54)

El momento de entrega de la AE es una oportunidad para hablar con las mujeres o las parejas todo lo relacionado a la anticoncepción y al riesgo de ITS o de contactar con el profesional adecuado. Sin embargo esto no debe ser una barrera para la entrega. (26)

En relación a la AE hay que informar a las pacientes que existe la posibilidad de embarazo después de tomar las pastillas si se vuelve a tener relaciones sin protección, por lo que deberán usar un método el resto del ciclo. (49)

Si el ciclo no se normaliza en 3 o 4 semanas debe descartarse el embarazo

Si el sangrado no se produce en tres o cuatro semanas o el sangrado no es regular debería realizarse un test para descartar embarazo intrauterino o ectópico.

Cuando la mujer ha usado la AE en reiteradas ocasiones y no está usando un método regular debería aprovecharse la consulta para evaluar los inconvenientes en su uso y la necesidad de cambiar el mismo. (26)

La AE no protege de las ITS/HIV por lo que se debería realizar el control de las mismas en especial si ha habido violación, coerción o relación ocasional.

Es importante informar que la AE es menos efectiva que la anticoncepción de uso regular.

Esto lleva a plantearnos o preguntarnos como es el uso que se realiza en nuestra comunidad, si este uso aleja a la adolescente de la consulta para una anticoncepción regular programada y con controles periódicos, y si hay abandono del uso del preservativo con consiguiente aumento de la transmisión de ITS.

Nos lleva a replantearnos las estrategias usadas para llegar a los jóvenes con el objetivo de disminuir el embarazo no deseado y el aborto en relación a las barreras propias del adolescente y disminuir las barreras institucionales.

Objetivo General:

Evaluar la modalidad de uso de la anticoncepción de emergencia en adolescentes de la ciudad de Villa Allende.

Evaluar la accesibilidad de los jóvenes a la información y atención en salud sexual y reproductiva

Objetivos específicos:

1-Investigar la frecuencia de uso, causas, dosis, grupo etario de uso más frecuente en adolescentes de Villa Allende.

2-Evaluar el acceso a la anticoncepción de emergencia

3-Evaluar el acceso a la información de los métodos anticonceptivos

4-Evaluar el acceso a la consulta en salud sexual y la influencia de esta en el uso de la AE

Material y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal a partir de datos obtenidos de una encuesta anónima, realizada por un encuestador, aplicada a adolescentes de ambos sexos de 14 a 21 años de la ciudad de Villa Allende.

El universo correspondió a las adolescentes de la comunidad de Villa Allende obtenido del censo de la localidad 2010.

Recolección de datos

Los datos se obtuvieron de encuestas que se realizaron desde abril del 2010 a agosto 2011. Se descartaron las encuestas de menores de 14 años debido a que en las escuelas privadas no se permitió el acceso a las alumnas de esa edad

En la muestra se encuestaron 240 alumnas de escuelas secundarias de la ciudad de Villa Allende.

Las mismas pertenecían a dos escuelas privadas (n 121) y dos escuelas IPEM secundarias y un CENMA nocturno. (n 119)

Se entrevistaron todas las alumnas que accedieron a la entrevista, no aplicándose criterios de exclusión, fueron muy pocas las adolescentes que no quisieron participar y pertenecían a una de las escuelas privadas.

Los colegios elegidos para la realización de las encuestas fueron 4 escuelas cuya población está dentro del área programática del Programa de Salud Sexual del Hospital Municipal de Villa Allende.

Dos de dichas escuelas son privadas con aporte estatal, laicas y se encuentran una de ellas a 2 cuadras del Hospital y la otra a 6 cuadras.

A una de las escuelas se tiene acceso a través de algunos docentes con talleres de prevención en salud sexual y reproductiva, la otra escuela no realiza hasta la fecha la implementación de la ESI.

El otro grupo de escuelas son publicas IPEM y Anexos una de ellas a 10 cuadras, otras a más de 30 cuadras y un CENMA secundaria para adultos a 2 cuadras del hospital

En estas el acceso del equipo de salud es más constante, en algunas oportunidades con la instalación de espacios de consejería y realización de talleres de prevención y con mayor participación docente en relación a la ESI

Los datos obtenidos se procesaron en planillas Excel y se agruparon en “escuelas privadas” y “escuelas públicas”, a fin de comparar las variables, y en “totales”.

Las variables estudiadas fueron:

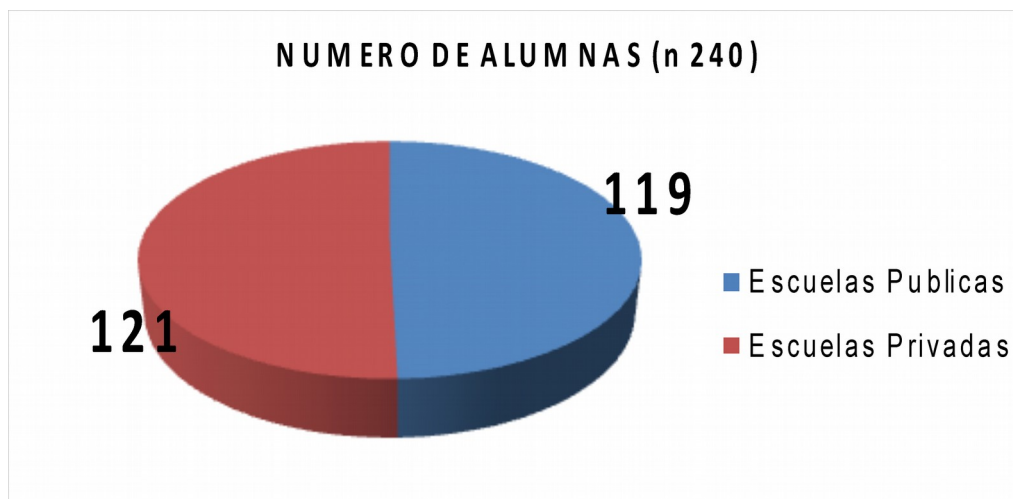
- 1- Acceso a información en anticonceptivos
- 2- Procedencia de la información
- 3- Edad de inicio de relaciones sexuales
- 4- Conocimiento de la anticoncepción de emergencia
- 5- Consulta previa con profesional o con otros al inicio de las relaciones
- 6- Profesionales y lugares de consulta previa
- 7- Razones para no realizar la consulta previa
- 8- Modalidad de uso de AE
- 9-Consulta previa al uso de AE
- 10-Conducta posterior a AE en anticoncepción y consultas

Resultados:

El número total de alumnas encuestadas fue de 240, 119 de escuelas públicas y 121 de privadas.

La edad promedio fue de 15,3 años para las escuelas públicas y 15,5 para las privadas con un rango de 14 a 19 años.

(Cuadro 1)



Cuadro 1.

Información en anticoncepción recibida

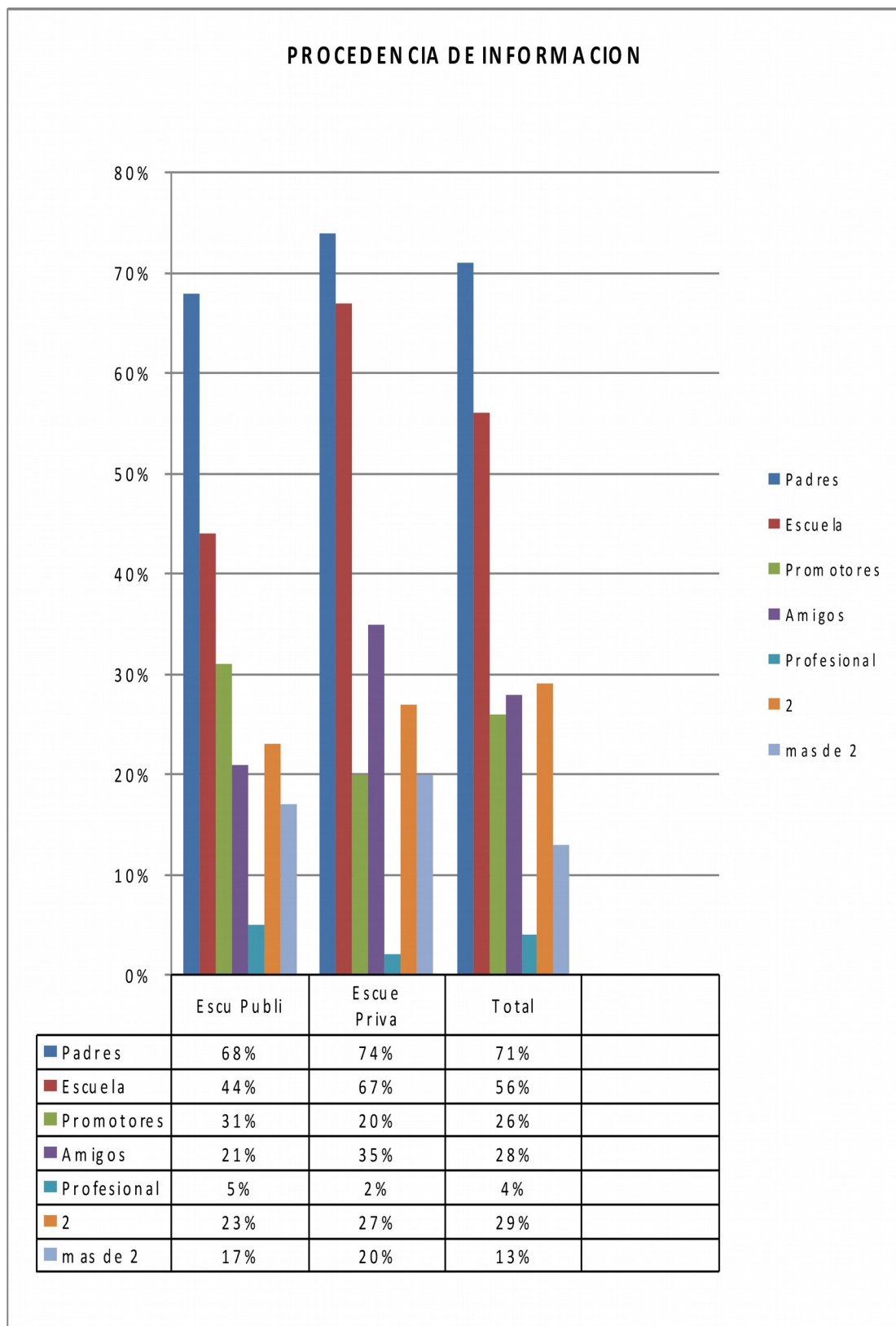
El 13.7 % del total de las alumnas refirieron no haber tenido información en anticoncepción.

De las alumnas que si consideraban haber tenido información el 71% del total refiere que fue de los padres, el 56% de la escuela, el 26% de los promotores de salud.

El 28 % de los amigos y el 4% de algún profesional (Cuadro 2)

En las escuelas públicas el 8% recibió información de familiares, parroquia o libros dentro del ítem otros y de las escuelas privadas el 1.9% refiere en otros a televisión, internet, scout.

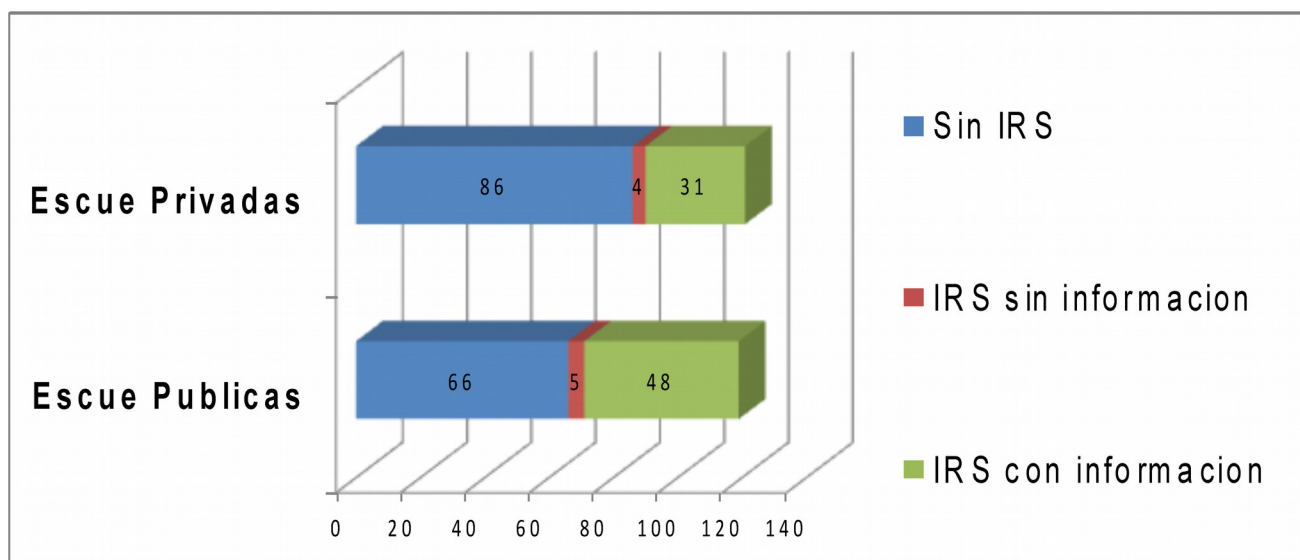
Cuadro 2 Procedencia de la información



Cuadro 2

El 29% del total recibió de 2 ámbitos la información y el 13% de más de 2 ámbitos
 El 10 % de las alumnas que habían iniciado las relaciones sexuales no tenían información, 9.4% en escuelas públicas, y en las privadas 11.7% (Cuadro 3)

Cuadro 3 IRS e información



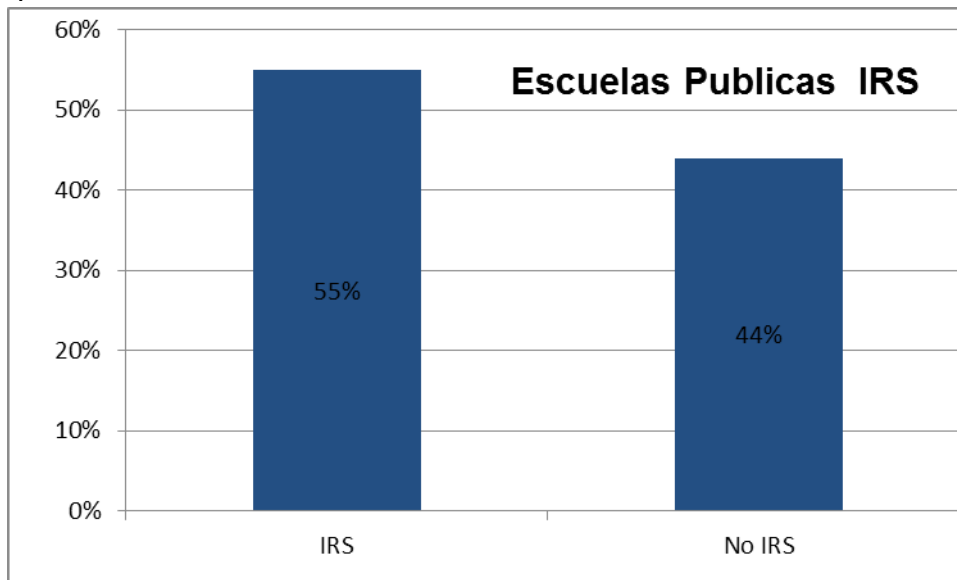
Inicio de las relaciones sexuales

El 36% se habían iniciado sexualmente, 44% de las alumnas de las escuelas públicas y 28.9% en las escuelas privadas. (Cuadro 4 y 5)

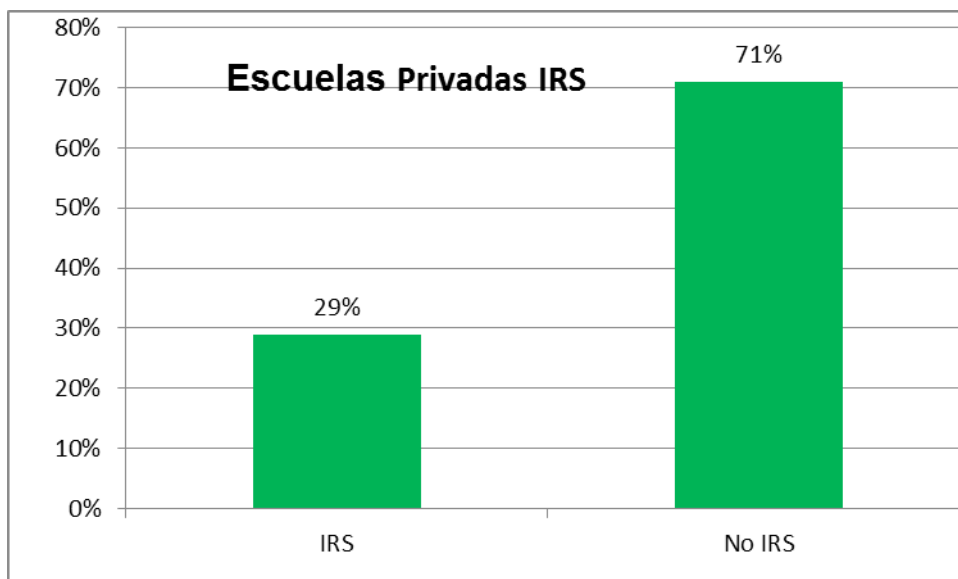
La edad promedio de IRS en las públicas fue de 15,2 años (rango 9), en las privadas la edad promedio fue de 15,1 años con un rango de 4.

Porcentaje de alumnas que tuvieron relaciones

Cuadro 4



Cuadro 5

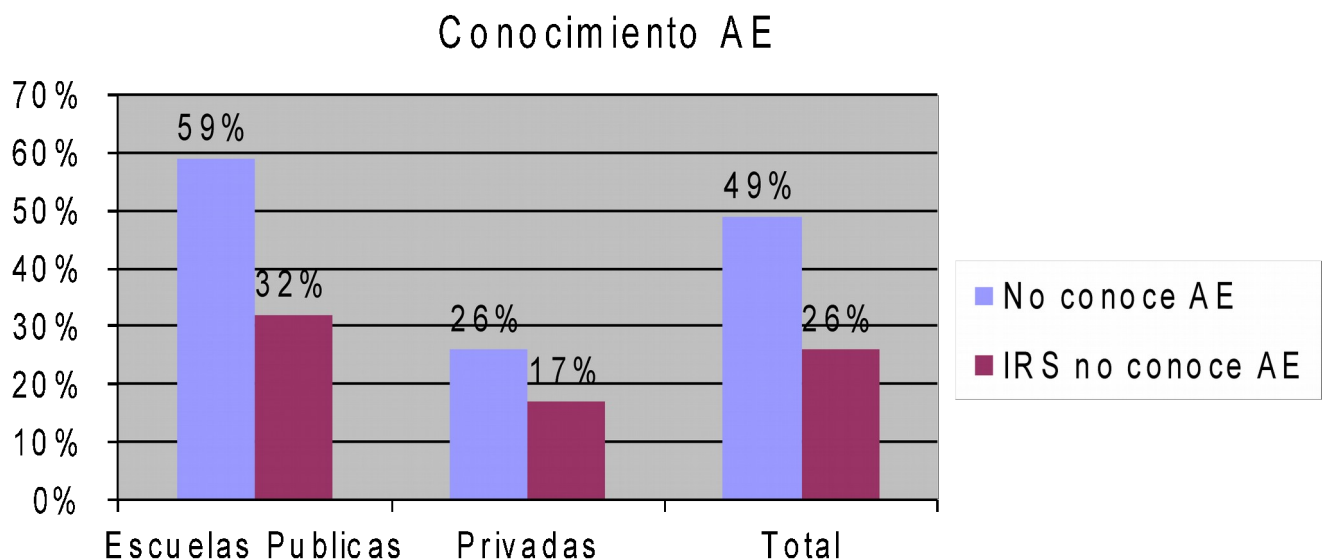


CONOCIMIENTO DE AE

Del total de las alumnas en escuelas publicas el 59% no conocían la AE y en las privadas el 26%, siendo el total de las que no conocían el 49% de las alumnas

El 32% de las alumnas de escuelas publicas que habían IRS no conocían la AE y en las privadas el 17%. Con un total de 26% de las que habían iniciado las relaciones.

(Cuadro 6)



El promedio de relaciones en el último año fue levemente mayor en las alumnas que usaron AE de escuelas públicas vs las que no usaron y las privadas

	Número de parejas ultimo año	
	Publicas	Privadas
No usaron AE	1,26 (r 4)	1,32 (r2)
Si usaron AE	1,79 (r5)	1,46 (r1)

La edad de inicio de las relaciones no presenta diferencias en los diferentes grupos

	Edad Promedio IRS	
	Publicas	Privadas
No usaron AE	15,3	15
Si usaron AE	15,2	15,3

CONSULTAS PREVIAS ANTES DEL IRS

Antes de iniciar sus relaciones el 24,5 % de las adolescentes de escuelas públicas realizaron una consulta con un profesional de la salud, en las esc. privadas el 14%.

Los profesionales a los que consultaron fueron 12 de 13 al ginecólogo y 1 a un clínico en las públicas y todas al ginecólogo en las privadas.

Como se puede observar en el cuadro N° 7 casi la totalidad de las consultas fueron realizadas con el ginecólogo/a 17 de 18, siendo el Hospital Municipal y los consultorios particulares de Córdoba los más concurridos. El 49% de las consultas no se realizan en la ciudad de Va Allende.

El 83% de las alumnas eligió una alternativa por fuera de la salud, amigos 36% y un familiar el 47% del total.

	Consulta con profes	Profes	Hosp VA	Disp VA	Priv VA	Hosp Cba	Disp Cba	Partic Cba	Fliar	Amigo
E. Pub N: 53	24,5% n:13	11 gin 1 clínico 1no contesta	3	1	2	2	2	2	29/ 54% total	13 24,5% total
E. Priv N:35	14% n:5	gin	1		1	0	0	3	13/ 37% total	19 54% total
Total	20 % n:18 del total		22%	5.5%	16%	11%	11%	27%	47% total	36% total

Cuadro 7 Profes:profesional Gin: ginecólogo Hosp:hospital VA: Villa Allende Cba: Cordoba
 Disp: dispensario Fliar:familiar E.Pub:escuela publica E.Priv: escuela privada

Dentro de las alumnas que **no habían iniciado sus relaciones** consultaron con un profesional: en las publicas el 10% de las 66 alumnas y en las privadas el 4,7% de las 85 alumnas.

Dentro de las **razones** para no haber realizado la consulta (cuadro 8) encontramos que en las públicas la vergüenza constituye el mayor porcentaje (45%) y en las privadas la razón principal es lo inesperado de la relación. (22%) Como segunda razón en las publicas se reparte entre los horarios, “no necesario” y que no conocía, mientras que en las privadas los horarios, “no necesario” y miedo al examen. Las causas económicas están en el último lugar.

	Esc Publ n:40	75,4%	Esc Priv N:30	85%	Total N:70	81%
Miedo a los padres	2	5	1	3,3	3	4,2
Horarios	5	12,5	2	6,6	7	10
Inesperadas			7	23	7	10
No necesario	5	12,5	3	10	8	11,4
No pensó	3	7,5	1	3,3	4	5,7
No médicos			1	3,3	1	1,4
Hablo con novio	1	2,5			1	1,4
Vergüenza	18	45	1	3,3	19	27,1
Miedo al examen			2	6,6	2	2,8
Ya sabia	1	2,5	1	3,3	2	2,8
Era chica	2	5	1	3,3	3	4,2
No conocía	5	12,5	1	3,3	6	8,5
Económicas	1	2,5			1	

Cuadro 8

Uso MAC Primera Relación:

El 85.2% del total de las alumnas se cuidó en la primera relación. (83.1% públicas y 91% privadas) El 62.5% utilizó preservativo solo, solo el 9% usó doble método y solo el 1.1% comenzó la relación tomando anticoncepción oral. Las conductas de mayor riesgo corresponden al 13% que no se cuidó, y al 6,8% que se cuidó con el coito interrumpido..

Método usado en la primera relación (cuadro 9)

Método	Pres solo	Pres. + días	Pres + ACO	C.I. solo	Pres + CI	ACO solo	Pres+ ci+ aco	CI+ días	Dias solo	No se cuidó
E. Pub N: 53	27		6	6	1	1	1	1	1	9/16%
E. Priv N:35	28	2	2							3/ 8%
Total:88	55 62.5 %	2	8/ 9%	6/ 6,8 %		1/ 1,1%				12/ 13%

Las razones referidas para no haberse cuidado con ningún método en la primera relación fueron el 41% del total por ser ocasionales, el 25% por miedo a los padres, el 15 % porque no sabía y el 8% porque no tenía ganas. Cuadro 10

Cuadro 10 Razones para no cuidarse en la primera relacion

	Por que no se cuidaron	
Escuelas Publicas	Miedo padres	33%
	Ocasional:	44%
	No sabia:	22%
Escuelas Privadas	Desordenada	33%
	No interés	33%
	Ocasional	33%
Total	ocasional	41%
	miedo padres	25%
	no sabía	16%
	no ganas	8%

Consulta posterior:

De las 40 adolescentes de escuelas públicas que no habían realizado consulta previa 23 la realizaron después de la primera relación. El 52 % en Villa Allende, 8 en el Hospital y 4 en los dispensarios. El resto se dividió en hospitales en Córdoba, dispensarios y el mayor número en consultorios particulares

En las escuelas privadas 18 de las 30 que no consultaron realizaron su consulta posterior el 61% en consultorios particulares en Va Allende. 16% en el hospital y el resto en Córdoba.

Uso de AE:

Del total de las alumnas que se habían iniciado el 36% uso AE.

La principal razón para haberla usado del 53% fue porque no se cuidó, en segundo lugar la rotura del preservativo, 31%, y último la inseguridad con el método, 9,3%

Las que no se cuidaron están conformadas por el 68% de las de escuelas públicas y en las privadas el 30% Cuadro 11

Cuadro 11 Razones para el uso de AE

	Usaron	Insegura con método	Cual	No se cuidó	Rompió preservativo	Otra	Cual
Esc. Publicas	19/53/35%	2		13 (68%)	3	1	Olvido pastilla
Esc. Privadas	13/35/37%	1	Aco	4 (30%)	7	1	Dio madre
Total Con IRS	32/88/ 36%	9,3%		53%	31%	6,2%	
Total	32/240/ 13,3%						

Consultaron:

Ante la necesidad de la AE las adolescentes recurrieron con el objetivo de buscar información previa el 31% a un amigo, el 15% a un profesional de la salud, el 15,2% a un familiar y el 7,6% a la farmacia directamente. Pero un altísimo porcentaje del total 46% no consultó con nadie.

Podemos visualizarlo en el cuadro 12 que las alumnas de escuelas públicas acudieron más con los profesionales

Cuadro 12 Consulta previa a uso de AE

	Profesional	Farmacia	Familiar	Amigo	No consultaron
Esc. Publicas N:19	4 (2 médicos 2ginec) (21%)		2 (10,5%)	7 (36%)	7 (36%)
Esc. Privadas N:13	1 ginecólogo (7,6%)	1 (7.6%)	2 (15.2%)	3 (23%)	6 (46%)
Total	5 (15,6%)	1 (6,25%)	4 (12,5%)	10 (31%)	13 (40,6%)

En relación al lugar en donde obtuvieron la medicación del total 30 adolescentes la consiguieron en una farmacia (el 100 % en las escuelas privadas y el 89% en las públicas), 1 en el hospital y 1 en otro lugar no especificado.

Modalidad de uso de la AE:

El 50% del total tomo la pastilla el primer día posterior a la relación y si agrupamos los tres primeros días encontramos que el 93 % uso correctamente pero un alto porcentaje en las escuelas privadas 46% la tomo pasados 3 día de la relación sexual..

Modalidad de uso Cuadro 13

Toma	1er día	2do día	3er día	Mas de 3
Esc. Publicas (n 19)	10 (52,6%)	6 (31,5%)	3 (15,7%)	
Esc. Privadas (n:13)	6 (46%)	4 (30,7%)	1 (7,6%)	6 (46,1%)
Total (n:32)	16 (50%)	10 (31%)	4 (12,5%)	6 (18,7%)

El novio tomo parte de la decisión o la compro en el 84 % de las adolescentes (17 escuelas públicas y 10 en las privadas)

Consulta posterior al uso de AE:

El 15 % de las alumnas de las escuelas públicas y el 37% de las privadas no habían realizado todavía en el momento de la encuesta una consulta con un profesional.

De las que ya habían usado la AE el 5% de las públicas y el 23 % de las privadas no habían consultado.

Nuevamente las adolescentes de escuela privadas demoran la consulta pero las que la efectúan el mayor porcentaje lo realiza antes del año, siendo menor el remanente posterior al año que en las publicas 7,6% vs 26%

Al año del total de las alumnas el 33,5% había consultado, 26% de las públicas que habían usado AE y 30 de las privadas con AE. Cuadro 14

Cuadro 14 Consulta a un profesional

	Nunca %	3 meses %	6 meses %	1 año %	> 1 año %
Pub no AE	20	32	5	11	0
Pub si AE	5,2	15,7	10.4	0	26,3
Total Publ	15	26	7,5	7,5	13
Priv no AE	45	18,1	4,5	0	9
Priv si AE	23	7,6	23	0	7,6
Total Privad	37	14.5	11,4	0	8,5
Total	23	20	9	4,5	11.3

Si comparamos las que usaron AE y las que no lo hicieron es mayor el porcentaje que no han realizado aun la consulta entre las que no usaron AE (30 vs 12 %) pero hay un grupo de las usuarias de AE que demora mas de un año que es de las escuelas publicas como se ve en el cuadro anterior

Cuadro 15 Porcentajes totales de consulta a un profesional dividido en usuarias y no usuarias de AE

	Nunca	3 meses	6 meses	1 año	>1 año
No AE n56	30,3	25	7,1	7,1	7,1
Si AE n 32	12,5	12,5	15,6	0	18,7

CONDUCTA POSTERIOR AL USO DE AE:

Posterior al uso de AE el 31% de las alumnas cambiaron de método (36% públicas y 23% privadas), 26 % de las públicas tomo dos veces contra 7 % de las privadas y 15% de las públicas vs 7% de las privadas tomo mas de dos veces.

Cuadro 16 Conducta posterior

	Cambio método	Tomo 2 veces	Mas de 2
Escuelas Publicas	7 (36%)	5 (26%)	3 (15%)
Escuelas Privadas	3 (23%)	1 (7%)	1 (7%)
Total	10	6	4
	31%	17.7 %	12.5 %

Si queremos establecer relación entre el uso de AE y la conducta de riesgo mayor que es no cuidarse encontramos que el grupo que presenta mayores porcentajes en relaciones sin protección pertenece a las escuelas publicas tanto si han usado AE(15%) o no (17%) dependiendo probablemente de su contexto social.

Si comparamos entre las privadas el 8% de las que no usaron AE no se cuidó y un 7% en las que si usaron. Así también el grupo de las escuelas publicas uso menos el preservativo el 52% entre las que usaron AE, el 72% entre las que no usaron contra el 89% en las privadas Cuadro 17

Cuadro 17 Comparación de conductas entre usuarias de AE y no usuarios

		Consulta previa SI	Como se cuidaron	
Usaron AE N:32	Publicas 19/35%	9/ 19/47%	8 (42%)	Preservativo sols
			1 (5,2%)	Preservativo +aco
			1 (5,2%)	Preserv+aco+CI
			3 (15%)	CI
			1 (5%)	Aco
			2 (10%)	Ritmo
			1 (5%)	Ritmo +CI
			3 (15%)	No se cuida
	Privadas 13/ 37%	2/13/15%	9 (69%)	Preservativp
			2 (13%)	Preserv+aco
			1 (7%)	Preserv+ aco +ritmo
			1 (7%)	No se cuida
No usaron AE N:5	Publicas 34/60%	7/34/20%	19 (55%)	Preservativo
			5 (14%)	Preserv + aco
			1 (2,9%)	Preserv + aco+ ritmo
			3 (8,8%)	CI
			6 (17%)	No se cuida
	Privadas 22/39%	3/22/13%	18 (81%)	Preservativo
			1 (4%)	Preservativo+ aco
			1 (4%)	Preservativo+ ritmo
			2 (8%)	No se cuida

Trayectoria de uso

Del grupo de las escuelas públicas 3 alumnas (15%) tuvieron un embarazo, 2 no tenían información y 1 solo de la escuela, ninguna había realizado consulta previa y una sola posterior.

De 19 que usaron la pastilla 12 (63%) no se cuidaron la primera vez que la usaron; en la segunda vez no se cuidaron 7 de 14 (50%)

Del total 7 (36%) habían realizado consulta previa y 7 (36%) la realizaron posterior a la primera relación, el resto no consulto

De las 5 que usaron una sola vez la AE 4 (80%) tenían información de más de un espacio, (promotores todos) y una de padres solamente. La restante no tenía información y fue una de las que cursaron un embarazo. Cuadro 18

Del grupo que uso 2 veces o mas el 35% tenia información de 2 o mas referentes y el 65% restante de un solo lado

Si observamos el cambio de método del grupo que uso una sola vez AE encontramos: 2 cambiaron de preservativo a ACO, 1 de CI a preservativo mas ACO, 1 de CI a preservativo y 1 de CI+ días a preservativo. Implicando que las adolescentes que estaban en mayor riesgo cambiaron hacia una conducta mas segura. De las 6, 3 habían realizado consulta previa y posterior, 1 posterior y 2 no consultaron.

De las que usaron 2 veces 3 cambiaron de método 1 a inyectable y 2 agregaron ACO.

Trayectoria de uso alumnas escuelas públicas Cuadro 18

E.Pub	Uso	Cambio	2 veces	+ de 2	
1	Preservativo Salio	ACO	NO		Cons.Pre y post si Prom + esc
2	Preservativo No cuida	No	Rompió	Si embarazo	No consulto No hacía falta Escuela
3	Preserv + aco No se cuida	No	No		Cons pre y post si Padres amigos
4	Prese+aco+CI No cuida	No	No cuida		Cons pre y pos si Padres escuela promotores
5	Pserv solo Inesperada	ACO			Prev y post si Padres Promotores
6	ACO Insegura	No	Insegura		Previa si Padres escuela promotores
7	Pres solo Quedo adentro	No	Rompió Cambio/a co		Previa no Post si Padres
8	1ª no se cuida Pres solo Rompió	No	No cuida Agrego aco	No cuida	Previa no post si Escuela
9	1ª no se cuida Pres solo Rompió	No Esperaba PAP para ACO	No cuida	No cuida	Previa no Post si dan aco no usa Escuela
10	1ª no se cuida Preservat No se cuida	No	Inyectabl e	5 veces no se cuida	Previa no Post si
11	Preserv solo No se cuida	No	No se cuida	4 veces No se cuida	Amigos No consulto
12	Preservativo No se cuida	No	No se cuida turno ACO no tomo		Padres escuela No consulto
13	Dias 1ª no se cuida No se cuida	No	No se cuida No cambio		Previa si Padres
14	Preserv No se cuida	Pres +aco No se cuida	No cambio		Prev no post si Padres escuela
15	Coito Int No se cuida	No	No se cuida		Previa y post si Padres escuela promotores
16	Coito Int No se cuida	No embarazo Pres/aco			Previa no No información

17	1ª no se cuidó ACO-olvido pastilla	No cambio	Insegura con pastillas	3 veces embarazo	Previa no post si aco Escuela
18	Coito interr No se cuidó	Preser			Previa no post si Padres promotores escuela
19	Coito Int + días Insegura	Preserv			Padres No consulto

Trayectoria en las escuelas privadas

En este grupo se presentó un embarazo que culminó con aborto, sin consulta previa, con información de padres y amigos, uso AE una sola vez ya que comenzó con ACO inmediatamente al aborto.

De las 13 que usaron AE 6 no se cuidaron la primera vez (46%), pero ninguna la segunda vez donde la razón del uso fue la inseguridad con el método

Habían realizado consulta previa 2 (15%) de las 13 alumnas, un 30% la realizó posteriormente y 1 después con el aborto

El 53% de las que usó una sola vez AE tenía información de 2 o más espacios, una sola de promotores. De las que usaron 2 veces o más, una que usó hasta 15 veces tenía información de los padres y la otra de 4 referentes.

De las 11 que tomaron una sola vez 4 cambiaron de método, 3 de preservativo a ACO y 1 de nada a ACO. De las 7 que no cambiaron de método 5 usaban preservativo pero en esa oportunidad no lo habían usado, 1 usaba preservativo con ACO y siguió con el mismo y dos siguieron con preservativo y la razón había sido la rotura del mismo

Cuadro 19 Trayectoria en alumnas de escuelas privadas

Privadas	Uso	Cambio	2 vez	+ de dos	
1	Preservativo	rompió	Insegura con método	15 veces antes de aco	Padres Previa no Post si aco
2	Preserv + aco Dio madre	Dio madre por amenorrea			Padres escuela promotores amigos Previa no Post si
3	Preserv Rompió	No cambio			Padres Previa no Post si
4	Preserv Rompió	ACO			Padres Previa si
5	Preserv No se cuidó	No cambio			Padres escuela Previa no Post si
6	Preservativo No cuidó	No cambio			Padres escuela amigos No consulto
7	Preserv aco días Insegura con aco	No cambio	Insegura con preservativo		Padres escuela promotores amigos No consulto
8	No se cuidó	Aco			No consulto Padres amigos
9	Preservativo Rompió	Aco post aborto			Previa no Consulta con aborto Padres amigos
10	Preservativo No se cuidó	No cambio			Escuela No consulto
11	Preserv No se cuidó	No cambio			No consulto Padres amigos
12	Preservativo Rompió	No cambio			Previa si Post no Padres escuela amigos
13	Preserva No cuidó	Aco			Previa no Post si Padres

Efectos secundarios:

Solo 2 adolescentes (6,2%) refirieron haber tenido vómitos con la AE y 5 (15,6%) nauseas

En el transcurso de las encuestas se pudieron recoger opiniones o creencias sobre la AE: miedo a la infertilidad, concepto de que es abortiva, que eran un fraude, o que hacían mal.

Discusión

En la ciudad de Villa Allende la población adolescente femenina es de 2125 según datos del censo del año 2011. (68)

El porcentaje de nacimientos de madres adolescentes fue:

Año 2007 de 8,7%.

2008 de 13,71 %.

2009 11,29 %

2010 11.9 %

2011 9.6%

2012 10,74 % (69)

Fue de mi interés poder visualizar el uso de AE en las adolescentes, la trayectoria, decisiones y estrategias que realizan desde que inician las relaciones, con qué apoyos contaban, la accesibilidad a los servicios de salud y si existe relación entre estas variables.

La anticoncepción de emergencia es la oportunidad de prevenir un embarazo después de haber tenido una relación no protegida o haber sufrido una violación. Es así también la oportunidad para prevenir embarazos no deseados, prevenir el aborto y las muertes por abortos inseguros.

Si bien existen las leyes y los programas de salud sexual necesarios para que la accesibilidad a la AE sea posible, en todo el país los diferentes contextos políticos e institucionales hacen que esta sea desigual o inexistente para algunos.

Si existe la controversia por la ejecución de los programas de salud sexual, más se instala cuando hablamos de adolescentes y se profundiza aun más cuando queremos plantear el acceso de ellos a la anticoncepción de emergencia.

La mirada negativa hacia los adolescentes y su sexualidad enviste a la AE de cierta peligrosidad, de convertirse en un paso a la promiscuidad o descontrol. El miedo de los adultos a dar información subsiste en muchos ámbitos y se transforma en una de las principales barreras para los programas.

El acceso a la información:

El 13.7 % del total y el 10 % de las de las alumnas que ya habían iniciado las relaciones sexuales refirieron no haber tenido ninguna información en anticoncepción. Es inevitable pensar en la cantidad de oportunidades perdidas en una adolescente que concurrió a su escuela y a los servicios de salud para la ficha médica los últimos diez años desde la sanción de las leyes E.S.I y el Programa de Salud Sexual

En la encuesta de Villa Allende en el año 2003 el 46 % de los 187 entrevistados no sabía a dónde recurrir en caso de necesitar información. El 13 % de los que si sabe a dónde recurrir no lo haría por “no tener confianza”, “no tengo interés”, no lo necesito”. (70)

El acceso a la información es el primer paso en esta trayectoria; nadie puede decidir sobre lo que no conoce y no puede cambiar sus conductas de riesgo si la información no es oportuna.

La propuesta de la Ley ESI que impulsa que la información sea sistemática, progresiva y transversal apunta a la construcción de un conocimiento con pensamiento crítico y reflexivo. Un proceso que permita afianzar los conocimientos y adaptarlos a la evolución del alumno, al contexto personal, familiar, social y de las políticas en salud sexual de la comunidad en la que vive.

La implementación de la ley ESI en las escuelas de Villa Allende, como en la mayor parte del país, es escasa, sin proyectos institucionales transversales. En general grupos de docentes sostienen actividades aisladas, desde un enfoque biomédico de prevención. Podemos afirmar que la escuela no es en este momento garantía de información igualitaria y completa.

Aun con la poca implementación de la ley la escuela es referida en un 56% como fuente de información. Muchos docentes refieren no sentirse preparados y existen pocos espacios para el debate entre ellos. Esto dificulta la consolidación de proyectos institucionales transversales.

Al preguntarle a los adolescentes de quien han recibido información sobre anticoncepción observamos que son los padres (en general las madres) quienes son los referentes en un 71%. Porcentaje mucho mayor que en la encuesta de la misma localidad del año 2003 que referían a los padres como informantes el 28%. (70)

Esto podría deberse a un cambio en la actitud de los padres con mayor tolerancia a las relaciones de sus hijos adolescentes y que se puede constatar en la práctica ya que las madres acompañan a sus hijas en las primeras consultas por anticoncepción con mayor frecuencia que 10 años atrás y promueven consultas tempranas.

Cabria preguntarse que calidad y cuanta información brindan los padres y si la AE es parte de la misma. Podría deducirse que poca ya que al usar AE solo 2 adolescentes recurrieron a sus madres de las 32 que la usaron y 10 a los amigos.

El tercer lugar lo ocupan los amigos 28% del total con una diferencia entre las escuelas públicas 21% y las privadas 35%.

Es notable que los profesionales de la salud no sean referentes en los momentos previos a la iniciación sexual ya que solo el 4 % de los adolescentes refiere haber recibido información de un agente de salud. En la encuesta 2003 referían información de profesionales el 12% de los alumnos

Los médicos y los ginecólogos son los únicos consultados, demostrándose la ausencia de los otros agentes de salud como referentes en salud sexual, enfermería especialmente quienes en otros espacios cumplen roles más importantes en la salud de los adolescentes.

Si consideramos que en la información que proviene de padres y escuela es poco probable que incluya la información de anticoncepción de emergencia es importante el porcentaje de alumnos que tienen más de un lugar la información. Solo el 29% tiene información de 2 lados y el 13 % de más de dos. Si uno de estos lados proviene de los promotores de salud la posibilidad de haber recibido información de AE es mayor ya que va incluida en la explicación de postura de preservativo.

Esto parece tener mas peso en las escuelas publicas, en donde el grupo que usa una sola vez la AE el 80% tenia de 2 o mas lados y donde el Grupo de promotores tiene una actividad mas sistemática.

El acceso a la información sobre AE previo al comienzo de las relaciones resulta de gran importancia teniendo en cuenta los datos de la encuesta SAGIJ 2010(14) donde las adolescentes refieren en el inicio 2,47 % coerción y 1,21 % violencia.

El porcentaje de alumnas que no conocían la AE 49% del total es muy elevado sobretodo porque un 26% de las que ya había iniciado sus relaciones no la conocían. Siendo el porcentaje para las públicas más elevado, 59% vs 26% y 32% vs 17% en las que usaron AE.

En cuanto al acceso a la información previo al uso de la anticoncepción de emergencia los amigos fueron consultados en un 31%, los agentes de salud en un 15%, y los familiares un 12%. En este ítem las alumnas de escuelas públicas concurren más a los servicios de salud.

Un porcentaje muy alto de usuarias, 40%, no consulto con nadie y no tuvo así asesoramiento para iniciar un método anticonceptivo regular ni prevención de ITS.

Actitud ante la primera relación:

El mayor porcentaje de alumnas que habían iniciado las relaciones entre las escuelas públicas se corresponde con lo observado en el trabajo del Instituto Gino Germani de la UBA en donde el menor nivel socioeconómico se asocia a menor edad de inicio. (75) Si bien la edad de inicio es semejante la cantidad iniciadas es mayor

La edad promedio de inicio de 15.3 años coincide con la encontradas en otros estudios como en la encuesta país del año 2005 de SAGIJ con 15,6 años y en el año 2010 de 15 años. En Villa Allende en el año 2003 en 187 adolescentes la edad promedio había sido de 14,6 años para las mujeres. (13) (14)(70)

No hay diferencia en la edad de inicio entre escuelas públicas y privadas y entre las que usaron o no usaron AE, importante ya que una creencia presente como barrera es que las adolescentes se iniciarían antes con la posibilidad de usarla.

En nuestra muestra el 85% (68% encuesta SAGIJ) de las adolescentes se cuidaron en la primera relación, 62.5% uso preservativo solo (84,4% SAGIJ) y solo 9% se cuidó con doble método (preservativo mas ACO) (7,8% SAGIJ). (11% públicas y 5,7% privadas)

El porcentaje de alumnas que no se cuidaron fue mucho menor que el de la encuesta SAGIJ, 13% vs 32%

Es interesante visibilizar las diferentes variedades de métodos presentes en las alumnas de las escuelas públicas en donde podemos agrupar las que se cuidaron bien: 67% (preservativo solo o mas ACO, ACO solo, preservativo mas CI y preservativo mas CI mas ACO), se cuidaron mal 15% (coito interrumpido solo, días solo o CI mas días) y no se cuidaron 16,9%. Estando en riesgo de embarazo el 31,9%

En las privadas el 91,4 % se cuidó bien (preservativo solo o con método de los días o ACO) y el 8,5 % no se cuidó siendo mucho menor el riesgo de embarazo.

Llamativamente bajo es el porcentaje que comenzó cuidándose con ACO solo 1%, pero cercano al 2% de la encuesta SAGIJ (13)

Entre las alumnas de escuelas públicas el 11% (4,2% SAGIJ) se cuidó con coito interrumpido mientras que en las privadas ninguna.

Particularmente en adolescentes muchas razones influyen en el uso o no del método elegido a pesar de la información disponible: entre ellos la motivación, los hábitos de vida, uso de alcohol o sustancias, el nivel de instrucción, la conducta sexual, pautas culturales, la religión, las relaciones ocasionales, las dificultades en negociar el uso del condón y las posibilidades de acordar previamente con la pareja.

La Dra. Fuster Margarita cita como motivos para no usar anticoncepción:

*Coito inesperado y esporádico *Falta de disponibilidad

*Pareja única *Falta de información

*Pareja conocida *Fertilidad no probada

En otro estudio realizado en los Ángeles las razones para no uso del condón fueron:

44% no percibía estar en riesgo

33% termino afuera

12% método del ritmo

39% no tenía

33% no quería usarlo

15% no le gusta el condón

9% lo olvido

7% no necesario

En el trabajo del I. Gino Germani en las relaciones ocasionales, entre los varones de sectores mas empobrecidos y mayores de 44 años, destaca la argumentación “no me gusta”, “quita placer”, o “no lo tenia presente” con alto nivel de negación a la exposición al riesgo. (75)

Es importante poder valorar cuales de estas razones pesan más en las alumnas de las escuelas públicas que resulta en mayor riesgo de embarazo. Y considerar dentro de estos factores las diferencias en “la aversión” al embarazo citada en un trabajo por Baecher (72) como factor que pudiera predecir el riesgo de embarazo. Este factor podría estar fuertemente ligado al proyecto de vida de las adolescentes y de sus parejas.

De las que no se cuidaron el 41% refiere por haber sido ocasional la relación, el 25% por miedo a los padres, el 16% porque no sabía y el 8% porque no quería o no le parecía. Concuenda esto con la encuesta SAGIJ con porcentajes más elevados donde el 32 % no se cuidaron y la relación inesperada ocupo un 36%

En las escuelas públicas en la primera relación el 16,9% no se cuidó mientras que cuando usaron AE el 63% refiere no haberse cuidado en la primera vez que la usaron y el 50% de las que la usaron la segunda vez.

En las privadas el 8,5% no se cuidó en la 1ª relación y el 46 % previa al primer uso de AE y en la segunda toma ninguna

Esto comprueba que el uso del preservativo es inconstante entre los adolescentes y tiene mucha relevancia a la hora de reevaluar la manera de abordar los espacios y los momentos de consejería previos a la relación sexual, en los talleres, con la indicación de los métodos y al dar la AE. Poder analizar con el/la adolescente las posibles circunstancias que podrían interferir en el cuidado antes que se presenten aumentaría la adherencia al método anticonceptivo regular. Esta poca constancia no se encuentra solo en adolescentes como refiere el estudio de la Universidad de Buenos Aires del 2008 en donde el 16 % no se habían cuidado con preservativo el último año en las relaciones ocasionales. (76)

La consulta previa al inicio de las relaciones sería un segundo paso de gran importancia teniendo en cuenta que:

- * Solo un 20% de las adolescentes que tuvieron relaciones consultaron antes de iniciarse. (El 75,4% escuelas públicas y el 81% de las privadas)

- * Un 13% no se cuidó en la primera relación

- * El mayor porcentaje 58% la realizara posterior a la misma

- * El 50% realizó la consulta en otra localidad lo que implica que ante una emergencia no tenía un referente de salud próximo.

- *El tiempo hasta la consulta por anticoncepción referida como de un año en diferentes trabajos (14) (74) fue en el 15,8% del total al año o posterior al año, 9% a los 6 meses, 20% a los 3 meses y 23 % no habían consultado todavía.

De las que nunca realizaron consulta, la diferencia entre las que usaron (12,5%) o no AE (30%) podría sugerir como se refiere en algunos estudios que la AE es una entrada a la atención en los servicios. (68) junto con las ITS

Siendo este un tiempo de riesgo importante a trabajar ya que al año el 37,4% de las que no usaron AE y el 49,2% de las que si usaron no habían realizado consulta.

- *El embarazo se produce en el primer año con una edad promedio de 16.7 años (13) otros lo refieren en los primeros 6 meses (14)

Consideramos como ideal la consulta con un profesional suponiéndola como una oportunidad de información efectiva..

Las dificultades de los adolescentes de acceder a la consulta de orientación o consejería comprenden causas personales o institucionales.

Las institucionales no son reconocidas de manera directa por las adolescentes como nosotros hubiéramos esperado ya que solo un 10% del total refirió una dificultad en los horarios, un 2,5% razones económicas y un 1,4 % porque no le gustan los médicos

Dentro de las razones personales la vergüenza surge en las escuelas públicas como una barrera personal importante para acceder tanto a la información como a los métodos anticonceptivos. Está presente en el 27% del total pero 3,3% en las privadas y 45% en las públicas

Sin duda la vergüenza tiene relación directa con la desinformación de los derechos sexuales y reproductivos entre los adolescentes que no se consideran sujetos de derecho y con el trato que reciben cuando se acercan a las instituciones.

Si bien podríamos decir que la vergüenza es ajena a los profesionales de la salud y a las instituciones son estos quienes deben aumentar la accesibilidad incluyendo la sexualidad en sus entrevistas, teniendo el objetivo de dar información, hablar sobre actitudes de cuidado o riesgo y evaluando los conocimientos antes del inicio de las relaciones. Abriendo espacios posibles de encuentro que permitan al adolescente recurrir en caso de necesidad, dejando las puertas abiertas, y aclarando la obligación de confidencialidad en la primera entrevista. Esto requiere un momento y espacio de privacidad, instancia muy controvertida en la práctica médica cotidiana por el miedo a denuncias legales sobre todo en menores y mujeres. Esta dificultad cierta debería ser solucionada por las instituciones con estrategias que incluyan otros profesionales o agentes de salud para que no sea una barrera al acceso.

Es notable la ausencia de este sentimiento en las adolescentes de las escuelas privadas (3,3%) donde la causa más frecuente fue la relación inesperada, 23% en privadas y 0% en públicas. Esto podría quizás encuadrarse en la falta de reconocimiento o aceptación de la propia sexualidad referida por algunos autores (14)

La segunda causa de no consultar las podemos agrupar: “ya sabia”, “no era necesario”, o “no lo pensó” que podríamos adjudicarlo a la omnipotencia de la adolescencia negando la posibilidad de un embarazo o a una actitud de que “es un viaje” cuidarse como de indiferencia. Un 11,4% del total lo considero innecesario, 5,7% no lo pensó

Las alumnas de escuelas privadas refieren miedo al examen físico en un 6,6% no referido en las públicas

“Era chica” 4,2%, “miedo a los padres”4,2% estarían dentro de las barreras personales.

El 8,5% de las adolescentes refiere que no conocía a dónde dirigirse siendo mucho mayor en las escuelas públicas 12,5% que en las privadas 3,3%. Esta dificultad tendría un doble componente individual e institucional ya que no se realiza una difusión sistemática de la existencia del Programa de Salud Sexual, de la inclusión de los adolescentes al mismo y de todas sus prestaciones.

En relación a donde concurrieron para realizar la consulta previa el 50% de las públicas lo realizo en la misma comunidad y el otro 50% en Córdoba y el 61% en el sistema público de salud.

En las escuelas privadas el 80% consulto al sistema de salud privado y el 60% en Córdoba

El ginecólogo fue el profesional buscado por casi todas las adolescentes.

Estos resultados dejan en evidencia la ausencia de otros agentes de salud que sean referentes en sexualidad y la necesidad de la capacitación de estos y su apertura a la comunidad

Uso, acceso....

El porcentaje de adolescentes que uso AE, 13,3% del total es muy cercano al observado en el estudio de Szames y Vázquez en Rauch; provincia de Bs. As. en 387 alumnas de 15 a 18 años. Ubicándose en un lugar intermedio si lo comparamos con otros lugares Suecia 28% y Sudáfrica 4% citados en dicho trabajo. (73)

El rango de cantidad de relaciones sexuales entre los grupos usaron / no usaron es mayor en las adolescentes de escuelas publicas

Ante la necesidad de la AE solo el 15 % de las adolescentes recurrió al sector de salud previo a su uso siendo las alumnas de escuelas públicas quienes concurrieron mas (21% vs 7,6%). Recurrieron a un familiar el 12,5%, a un amigo 31% y directamente a la farmacia solo el 7,6%.

Se convierte así en una oportunidad perdida importante ya que para muchos adolescentes el primer contacto con el servicio de salud será ante una falla en el método anticonceptivo o síntomas de infección de transmisión sexual. (74)

La gravedad de estos datos radica en que solo un 15% de las usuarias tuvo la oportunidad de ingresar al Programa de Salud Sexual, a recibir información correcta sobre AE, y sobre MAC y poder iniciar un método o evaluar las dificultades que ocasionaron la necesidad de AE.

Trayectoria:

Podemos observar que la evolución de la trayectoria de las alumnas es en el tiempo positiva saliendo de situaciones de riesgo por ejemplo al no haber relaciones sin protección en la segunda toma de AE.

Como es descrito en los otros trabajos como en la encuesta SAGIJ, la demora en la consulta de un año aproximadamente preocupa en este grupo pero quizás menos que en el grupo de las públicas en donde el porcentaje que demora más de un año es mayor 26% vs 7,6%

Se suma al mayor tiempo de exposición el uso de métodos más inseguros y la mayor tendencia a no cuidarse Si bien los embarazos son mas en el grupo de escuelas públicas esto no puede tomarse como cierto ya que el aborto no fue preguntado.

Solo 1 de todas las adolescentes uso la AE como método en 15 oportunidades hasta cambiar a ACO y 2 usaron 4 y 5 veces lo que comprueba que el acceso a la AE no promueve un abuso de la misma.

Es importante en el grupo de escuelas publicas la demora en la aceptación del uso de un método regular en muchos casos aun después de realizada la consulta dependiendo esto ya de características individuales y del contexto que acompaña a la adolescente.

Las razones personales para el no uso de la información o del método aun con buena accesibilidad son complejas y deberían ser abordadas. En la encuesta de Rauch Buenos Aires se evaluó que un 57% de varones y un 36% de mujeres tendrían una relación sin protección mas allá de la información recibida. (73)

Esta inconsistencia en el uso la confirman en la investigación en 248 mujeres en Los Ángeles en la cual se evidencia que en solo el 64% de los ciclos las parejas usan el condón, en Gran Bretaña el 40% no lo había usado en la última relación y en China solo el 20% había usado condón en parejas sexuales ocasionales.(71)

La participación de los novios en el 84% de las alumnas puede tener varias lecturas por un lado lo positivo del acompañamiento, la adolescente no se encuentra sola, es una decisión de los dos. Por otro lado lo negativo de que sea una herramienta que interfiera en el uso del preservativo en aquellas que se cuidan solo con preservativo y tienen dificultades para la negociación.

En la práctica cualquiera puede acceder a la AE sin receta en nuestra comunidad siempre que la pueda pagar.

Con solo pedirla en una farmacia más allá de todas las discusiones que se puedan plantear en la sociedad, mas allá de las diferentes posturas conservadoras o amparos legales cualquiera consigue “la pastilla del día después”

En muchos casos la anticoncepción es la primera consulta que realiza la adolescente sola sin algún familiar evidenciando esto la necesidad de la privacidad.

En la investigación realizada en Argentina por Pecheney, Andia, Ariza (42) y otros en el año 2010 el 64% de las entrevistadas recurrieron a la farmacia para su adquisición sin inconvenientes, en otros países aun más pobres también son las farmacias el lugar de mayor accesibilidad (74)

En esta investigación fue del 89 % en escuelas públicas y el 100% de las privadas mostrando claramente que las instituciones públicas de salud no son referentes para las adolescentes como solución a una relación no protegida. En las farmacias la adquirieron sin receta e independientemente de la edad

En nuestra institución es entregada por Remediar y en la farmacia existe un trabajo articulado con el Servicio de Adolescencia y Ginecología con derivación directa y consejería. En la guardia hay más dificultades y resistencia a involucrarse en el tema. El personal no médico no se siente autorizado a indicar la AE como sugiere la Guía de Remediar y resulta no referente para los adolescentes. En la misma dice textualmente “enfermeras/os y obstétricas/os tienen un papel fundamental para proveer los métodos anticonceptivo. Según los criterios de la OMS estos integrantes no médicos del equipo de salud deberían estar en condiciones de proveer los MAC” (25)

En Estados Unidos a mayores de 17 años se entrega sin receta (54), en el Reino Unido desde el 2001 se adquiere sin receta.

Se ha investigado el beneficio de la entrega adelantada de productos, encontrándose diversas respuestas a la misma. En general se observa mayor uso cuando es sin receta o cuando se entrega previamente en una consulta. En el estudio de Baecher (72) el grupo de menor riesgo de embarazo uso 10 veces mas la AE y postula que el grupo aumento sus conductas de riesgo al tener la AE disponible. En otro estudio Nelson (71) la respuesta ante la entrega previa de AE a parejas de mujeres mayores de 18 años, fue la presencia de coitos sin protección no seguido de uso de AE. La Academia Americana de Pediatría cita 7 estudios en adolescentes que concluyen: el aumento del uso con la entrega previa con disminución de la frecuencia de uso, pero refiere aumento de la actividad sexual o disminución en el uso de la anticoncepción regular. (51) (71) (74)

Los datos recogidos indican que las adolescentes tomaron en un 93% en los tres primeros días posteriores a la relación teniendo así una alta eficacia según los trabajos revisados.

Solo un 18% inicio la toma con más de tres días y todas ellas pertenecieron al grupo de escuelas privadas. La proporción en el total no es tan significativa como en el parcial ya que es el 46% de las alumnas de las escuelas privadas que usaron AE. Los factores que influyen en esta diferencia podrían ser menos información, la creencia entre estas alumnas de que la AE es abortiva o produce esterilidad comentario que no surgió en las encuestadas de las escuelas públicas. Esta creencia estuvo en el 90% de las encuestadas en Rauch y en el 60% en el trabajo de Pecheny.

Las nauseas y los vómitos no fueron un inconveniente solo 2 adolescentes del total lo refieren y las menstruaciones se presentaron normalmente

Conclusiones

Sabemos que es el conjunto de elementos históricos y circunstanciales que intervendrán en el momento, antes y después de una relación sexual y que influirán en las decisiones y conductas.

El porcentaje de adolescentes que usaron AE en nuestra muestra (13,3%) es cercano a la encontrada en el trabajo de Rauch Buenos Aires (11%) e intermedia para otros países. (28 a 4%)

Los puntos más importantes son:

- Que no accedieron a la AE dentro del sistema de salud apareciendo las farmacias como el espacio de mayor accesibilidad.
- Que el uso de la AE fue correcto en el 93 % de las alumnas
- que solo el 31% cambio de método lo que es concordante con la poca accesibilidad (15,6 % del total) a los servicios de salud en esa instancia.
- Que hubo abuso en muy bajo porcentaje
- La inestabilidad del uso del preservativo y la alta presencia de la relación ocasional son puntos muy frágiles en la prevención del embarazo que requieren un nivel de reflexión que las modalidades de estrategias de prevención corrientes no permiten realizar.

La ausencia de los profesionales de salud en la información, consulta previa y ante la necesidad de AE es impactante y sin duda es un punto a trabajar con capacitación en consejería, inclusión de la sexualidad en la consulta cotidiana, perspectiva de derechos, información sobre leyes y adecuar los canales de derivación al programa.

La insuficiencia de la información general es evidente los referentes más importantes son la escuela, los amigos y los padres.

Es necesario implementar estrategias que

-Fortalezcan los referentes externos al sector de la salud mejorando la calidad de la información que circula y diversificando las posibilidades de acceso. Esto implica apoyar la implementación de la Ley ESI junto a los docentes de manera transversal y progresiva y abrir espacios para padres con la posibilidad que puedan acceder a la información.

Formar y capacitar a adolescentes en grupos de pares que sean referentes y se convierten en un puente entre el sistema público y las escuelas o los barrios, facilitando el acceso y la información. Estos grupos de formación contienen a los jóvenes, estimulan la participación y el trabajo sobre los proyectos de vida eje fundamental de la prevención en sexualidad.

Fortalecer el ejercicio de los derechos sexuales con la difusión entre los adolescentes del Programa de Salud Sexual. La difusión del Programa de Salud Sexual de manera sistemática, en todos los ámbitos de la comunidad y en los medios de comunicación es una deuda que tiene alta correlación con la desinformación y la poca accesibilidad. Se podría involucrar a las farmacias con una participación articulada con el Programa que fortalezca la difusión, la derivación de las pacientes y la entrega de información adecuada.

Esto permitirá poder trabajar con los adolescentes en las etapas iniciales las barreras propias de la edad como la vergüenza, la omnipotencia, la desvalorización de los riesgos y el miedo y poder conocer las del contexto particular. Si ampliamos los espacios y los agentes de salud capacitados y dispuestos a abordar esta problemática nos permitirá brindar una consejería adecuada en el momento de la AE con información en MAC, ITS y evaluación de las situaciones de riesgo.

El autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona para lidiar con los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo. Actividades cotidianas, íntimas y personales que tienen un patrón y una secuencia y son realizadas dentro de su contexto habitual.

Por ello acuerdo con lo expresado por Rodríguez Vignoli de la necesidad de implementar acciones diferentes y específicas para la población adolescente en información, educación y accesibilidad, y el brindar herramientas para el manejo de los impulsos y emociones, capacidad de negociar y defenderse.

Pero considero de suma importancia implementar acciones y estrategias que incluyan a los profesionales y a las instituciones de salud: a los docentes y a las instituciones educativas que permitan una accesibilidad no teórica de los adolescentes antes de ser “mujeres embarazadas”

Bibliografía

- 1- Percy Skuy. Historia de la Anticoncepción- Argentina -Janssen-Cilag - 1995
- 2- Manuel Antonio Artuz, M.D., Humberto Restrepo, M.D El aborto inducido. Una visión histórica de su manejo. Revista Colombia Médica, Vol. 33, No. 2, 2002, pp. 65-71
- 3- Jorge Rodríguez Vignoli Reproducción Adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe Un llamado a la reflexión y a la acción. CELADE-OIJ CEPAL y la Comisión para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. Noviembre 2008
- 4- Pantelides y Binstock 24 La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI Revista Argentina de Sociología Año 5 N° 9-ISSN 1667.9261(2007),PP 24-43
- (5) Ramiro Coa, Luis H. Ochoa Encuesta Nacional de Demografía y Salud -Instituto Nacional de Estadísticas- Bolivia Mayo 2009
- (6) Situación Actual del Embarazo Adolescente en Chile Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Mayo 2013
- (7) Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva ENDSSR 2008 Centro Paraguayo de Estudios de Población CEPEP Diciembre de 2008 - Asunción, Paraguay
- (8) Implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en Argentina, 2009-2011 Evaluación de medio término Ministerio de Salud de la Nación
- (9) Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años República argentina - Año 2008 Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Anuario Estadísticas Vitales. Octubre de 2010
- (10) Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de residencia Argentina- Año 2010 Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Febrero 2012 Ministerio de Salud de la Nación
- (11) Una región en la que nacen menos niños. CELADE, División de Población de la CEPAL Número 2005

- (12) Subcomisión de Ética Clínica. Sociedad Argentina de Pediatría. Embarazo en niñas y adolescentes. Arch Argent Pediatr 2010; 108(6):562-565 / 562
- (13) Dra. Silvia Oizerovich, Dra. Dora Daldevich y col. Fecundidad: Comportamiento reproductivo “Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente” SAGIJ 2005
- (14) Dra Maria Elena Salvo y col. “Investigación exploratoria sobre SSyR y Prevalencia de Violencia familiar y de pareja en la adolescencia” SAGIJ 2010
- (15) Counseling the adolescent about Contraception Mary E. Rimsza, MD Pediatrics in Review Vol 24 N° 5 May 2003
- (16) Constitución Nacional 1994 artículo 75 inciso 22
- (17) Ley 25673/2002 de Salud Sexual y Procreación Responsable
- (18) Ley 26061/2005 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes
- (19) Decreto Reglamentario 415/2006 de la Ley 26061
- (20) Ley 26.150/2006 Programa Nacional de Educación Sexual Integral
- (21) Boletín Oficial - 09/03/07 SALUD PUBLICA Resolución 232/2007 - MS - Programa Médico Obligatorio
- (22) Remediario N° 81 Programa Remediar Ministerio de Salud de la Nación Resolución Ministerial N° 1991/ 2005
- (23) Dr. Ricardo Schwarcz, Dr. René Castro (Chile), Dra. Diana Galimberti y col Guía para el uso de métodos anticonceptivos Ministerio de Salud octubre 2002 Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Equipo de Salud Reproductiva Materno Perinatal
- (24) Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Guía de Procedimientos para profesionales de Salud Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable según Resolución NO 01/07 - Secretaría de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud de la Nación 2007
- (25) Guía para un acceso sin barreras Ministerio de Salud de la Nación Septiembre 2010
- (26) Métodos Anticonceptivos Guía practica para profesionales de la Salud
- (27) Contracepcion Volume 52, Issue 4, Pages 211-213 (Octubre 1995)
- (28) María José Libertino “ La situación de los derechos sexuales y reproductivos en la argentina: la suprema corte de justicia de la nación contra la anticoncepción de emergencia” Profesora de Derechos Humanos y de Elementos de Derecho Civil de

la Facultad de Derecho de la UBA y Profesora Asociada de derecho en el Ciclo básico común de la UBA.. Presidenta del Instituto Social y Político de la Mujer www.ispm.org.ar

(29) Anticoncepción de Emergencia Guía para la prestación de servicios Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos 1999

(30) José Manuel Morán Faúndes La Situación de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y El Caribe: Barreras y Facilitadores en la Accesibilidad Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia "Índice CLAE" de acceso a la anticoncepción de emergencia. Octubre 2010

(31) Angela Heimburger " La Situación Actual de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y el Caribe" Quito, Ecuador, el 16 de octubre 2002 IPPF/RHO

(32) Estudios para introducir la anticoncepción de emergencia en algunos países. Revista Panamericana de Salud Publica v.16n.6 Washington dic. 2004

(33) Rocío Villanueva Flores La anticoncepción oral de emergencia. El debate legal en América Latina. Instituto Interamericano de Derechos Humanos Peru 2008

(34) Cristina Garzón de Lascano Texto del fallo de la corte -ACCIÓN DE AMPARO- IMEDIAT Cordoba Agosto 1999

(35) Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar Dirección de Medicina Preventiva Municipalidad de Córdoba Secretaria de Salud y Ambiente 2004

(36) Dra. Marina Padilla de Gil Conformación, funciones y posicionamiento del Grupo de Trabajo de Anticoncepción de Emergencia. Octubre 2010 FLASOG

(37) Loren Galvão, Juan Díaz, Margarita Díaz, y col Anticoncepción de Emergencia: Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los Gineco-Obstetras del Brasil Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar Año 2000

(38) Alvaro Monterrosa Castro, M.D Nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en médicos generales que ejercen en Cartagena, Colombia Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Volum. 53 N°4 2002

(39) Dr. Fabián E. Portnoy E Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos toco ginecólogos en relación a la AHE Comisión Salud Investiga (CONAPRIS) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina. Septiembre 2008 CLAE

- (40) Adrián Barrientos Esquivel, Alejandra Vega Montoya, Carmen Marín
 Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) en Costa Rica
 Población y Salud en Mesoamérica - Volumen 9, número 2, informe técnico 1, ene - jun 2012
- (41) Mitos, errores y falsas creencias. Preguntas más frecuentes en anticoncepción de urgencia. Guía actualizada de anticoncepción de urgencia sociedad española de contracepción
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/manual_anticoncepcion_urgencia/mitos.php
- (42) Guillermo H. Cáceres Pallavidino, Dra. Ma. Florencia Echevarría Avellaneda, y col. Nivel de conocimientos sobre métodos Anticonceptivos como futuros profesionales de la Salud en estudiantes del último año de medicina.
 Cátedra de Clínica Ginecológica II. Facultad de Medicina. Corrientes República Argentina Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N°192 – Abril 2009
- (43) Mario Pecheney, Ana Maria Andia, Lucia Ariza, y col.
 Anticoncepción después de....
 Barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina
 Buenos Aires : Teseo, 2010.218 p. ; 20x13 cm. - (Salud pública)
- (44) CoNDERs Monitoreo Social y Exigibilidad sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina Informe Nacional 2010
<http://www.conders.org.ar/pdf/conders2010.pdf>
- (45) Sexualidad adolescente: usan mas la píldora que el preservativo.25-06. 2013-lanacion.com
- (46) Advierten que se abusan de la píldora del día después-13.04.2008-lanacion.com
- (47) “El ginecologo me dijo que me estaba envenenando” 28.01.2012-clarin.com
- (48) Resources for Emergency Contraceptive Pill Programmin: A toolkit
 2004 Program for APPROPRIATE Technology in Health www.path.org
- (49) Anticoncepción del Siglo XXI Asociación Medica Argentina de Anticoncepción
 Coord. Inés de la Parra, Enrique Bagnati Editorial Ascune Buenos Aires 2005
- (50) HRP, Boletín Informativo, octubre 2005, PNUD · FNUAP · OMS · Banco Mundial Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana.

- (51) Emergency Contraception American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2012 www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-2962
- (52) Fernando D. Saravia Contracepción de emergencia con Levonorgestrel Medicina (Buenos Aires) sept./ oct. 2007
- (53) Centers for Disease Control and Prevention U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013
Early Release / Vol. 62 June 14, 2013
- (54) Mimi Zieman, MD Emergency Contraception Revision 2007
Clinical Associate Professor of Obstetrics and Gynecology
Emory University School of Medicine www.update.com
- (55) International Consortium for Emergency Contraception/ CLAE
El Levonorgestrel y el acetato de ulipristal como metodos de anticoncepcion postcoital Mensajes basicos Octubre 2010 www.emergencycontraception.org
- (56) Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de emergencia. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología Posicionamiento sobre los mecanismos de acción de la Anticoncepción de Emergencia Octubre 2010
www.flasog.org
- (57) Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia- Consorcio Internacional de Contracepcion de emergencia. Mecanismo de acción. ¿De que modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo? Marzo 2011 www.who.int/reproductivehealth
- (58) Dr. Horacio Croxatto Avoni, María Elena Ortiz Scarlazzetta
Cómo y cuándo el levonorgestrel previene el embarazo si se administra como anticonceptivo de emergencia Facultad de Química y Biología
Universidad de Santiago de Chile. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
escuela.med.puc.cl./publ/arsmedica./ArsMeduca17/como.html
- (59) Marta Durand, Fernando Larrea, Rafaela Schiavon, Mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación MD Salud Publica de Mexico/ vol. 51, nº 3 mayo-junio de 2009
- (60) Dr. Luis Távora Orozco Puesta al día sobre los mecanismos de acción de la anticoncepción oral de emergencia Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)
- (61) Resúmenes de las comunicaciones Medicina (Buenos Aires) 2007, 67: 53-132

- (62) Suk Wai, Ngai Susan, Fan Shiqin Li, y col. A randomized trial to compare 24 h versus 12 h double dos regimen of levonorgestrel for emergency. Universidad de Hong Kong. *Contraception Human Reproduction* Vol.20, No.1 pp. 307–311, 2005
- (64) C.x. Meng, L. Marions, B.Bystrom and K. Gemzzell-Danielsson Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity
Division of Obstetrics and Gynecology Department of Women's and Children's Health, Karolinska University Hospital/Karolinska Institute. SE-17176 Stockholm, Sweden. [Hum Reprod.](#) 2010 Apr;25(4):874-83. doi: 10.1093/humrep/deq007. Epub 2010 Feb 6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20139427>
- (65) [Batur P.](#) Emergency contraception: separating fact from fiction. [Cleve Clin J Med.](#) 2012 Nov;79(11):771-6. doi: 10.3949/ccjm.79a.12019
- (66) Lin Zhang, Junling Chen, Yasun Wang, y col. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only-emergency contraception failure: a prospective cohort study International Peace Maternity and Child Health Hospital, School Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200030, China
[Hum Reprod.](#) 2009 Jul;24(7):1605-11. doi: 10.1093/humrep/dep076. Epub 2009 Mar 31
- (67) O.M.S Medical eligibility criteria for contraceptive use, fourth edition 2009
- (68) Censo Villa Allende 2010
- (69) Estadísticas 2007/2011 Registro Civil 708 Villa Allende
- (70) Encuesta de sexualidad joven de Villa Allende Municipalidad de Villa Allende Programa de desarrollo Integral del Adolescente año 2003
- (71) Anita L. Nelson. Recent use of condoms and emergency contraception by women who selected condoms as their contraceptive method. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 194, 1710-6
- (72) Laura Baecher, Mark A. Weaver, Elizabeth G. Raymond Increased access to emergency contraception: why it may fall *Human Reprod* 2009 April, 24(4):815-819
- (73) Carolina Szames, Sandra Vazquez, Vilda Discacciati Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires. *Rev. Argent. Salud Publica*, 2012;3 (11): 16-22
- (74) Chris Parker Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries .FHI Working Paper Series No. WP05–01
- © 2005 by Family Health International www.fhi.org

(75) Ana Lia Kornblit El perfil cambiante de una epidemia Revista Encrucijadas, UBA 2003 www.uba.ar/encrucijadas/diciembre_4/notas.htm

(76) Jorge Raúl Jorrot, Paula Barletta, María José Chacón, Manuel E. Riveiro Información, actitudes y conductas en relación con el VIH-sida Centro de Estudios de Opinión Pública (CeDOP) Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires 2008

ANEXO

ENCUESTA ESCUELAS

Fecha Escuela Curso

Edad Trabaja si no

1. ¿Recibió información sobre métodos anticonceptivos? Si no

2- ¿De quién? Padres Escuela Parroquia Otro grupo Amigos
Promotores

3. IRS si no Edad de inicio Número de parejas el ultimo año

4. ¿Realizaste consulta previa a algún profesional de la salud antes de comenzar a tener relaciones sexuales? No ¿Por qué? Vergüenza miedo
¿A qué?

No conocía lugar

Dificultad para sacar turno

Dificultad por los horarios

Económicas

Otras

SI ¿A quién? Clínico Ginecólogo/a Enfermera
Pediatra otro

¿En dónde? Hospital de Villa Allende

Hospital en Córdoba

Dispensario Villa Allende

Dispensario Córdoba

Consultorio particular VA

Consultorio particular Cba

5. ¿Consultaste con algún no profesional? Amigos Familiar Adulto no familiar

6. ¿Comenzaste con algun método anticonceptivo vos o tu pareja en la primera relación?

SI ¿Cuál? Pastillas

Por las fechas

Preservativo

Inyectables

Terminar afuera

Tener relaciones durante la menstruación Otro

NO ¿Por qué?

No sabía

No tenía plata

Tenía miedo que se dieran cuenta mis padres

No lo hable con mi pareja

Fue una relación ocasional

No hubo tiempo

Soy desordenada

No sabía con quien hablar

Otro

7. ¿Cuándo comenzaste a cuidarte con algún método?

Nunca

Dentro de los primeros 3 meses

Dentro de los primeros 6 meses

Dentro del primer año

Después del primer año

8. Después de iniciadas las relaciones ¿Realizaste alguna consulta de control?

Si ¿Donde?

Hospital de Villa Allende

Hospital en Córdoba

Dispensario Villa Allende

Dispensario Córdoba

Consultorio particular VA

Consultorio particular Cba

NO ¿Por qué? Vergüenza Miedo ¿A que?

No conocía un lugar

Dificultad para sacar turnos

Dificultad por horarios

Económicas

9. Durante este último año ¿Usaste la “pastilla del día después” (anticoncepción de emergencia)?

NO SI NO LA CONOCE

10. La primera vez que la usaste ¿Cuál fue el motivo?

No me cuide

Se rompió el preservativo

Me había olvidado de tomar la pastilla

Me sentí insegura con el método ¿Cuál?

11. ¿Consultaste con alguien?

NO SI madre otro familiar amigo/a profesor medico/a ginecólogo/a
Pediatra enfermera guardia hospital Villa Allende
Guardia Hospital Córdoba

12. ¿Dónde la conseguiste?

La busque en el hospital Farmacia Kiosco Otro

13. ¿Como la tomaste?

Un comprimido una vez

Un comprimido cada 12 horas

Dos comprimidos juntos

Otra forma

14. ¿Cuántos días después de la relación la tomaste? 1 2 3 4 5 mas

15. ¿Tuviste nauseas? Si no

16. ¿Tuviste vómitos? Si no

17. ¿Menstruaste dentro de los 4 a 15 días? SI NO

18. ¿Intervino tu pareja en la decisión de tomarla? SI NO

Lo decidimos juntos La compro Me dijo que la tomara Le daba lo mismo

19. ¿Después de tomar la AE iniciaste algún método en caso de que no estuvieras usando uno?

SI ¿Cuál?

NO

20. Si usaste la AE por segunda vez ¿Cuál fue el motivo?

No me cuide

Rotura de preservativo

Olvido de pastilla

Insegura con el método ¿Cuál?

21.¿Consultaste con alguien? NO SI madre fliar amigo profesor

medico ginecólogo pediatra enfermera guardia hospital Villa

Allende guardia hospital Córdoba

22.¿Cambiate de método? O iniciaste algún método?