

Anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios. ¿Qué tanto usan y conocen este método los jóvenes?

Manuel R Escalante-Reinozo,¹ Desireé G Bermúdez-Morantes,²
Antonio J Villavicencio-Moreno.³

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que posee un grupo de estudiantes universitarios sobre la anticoncepción de emergencia, además de, conocer con qué frecuencia usan estos métodos.

Métodos: Investigación cuantitativa, de tipo correlacional, de corte transversal. Se aplicó una encuesta a todos los estudiantes de la cátedra de Fisiopatología de la facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes en Mérida-Venezuela. El instrumento de recolección de datos, fue validado por Matzumura-Kasano en su investigación y se utilizó previa autorización, además, se hizo revisión de la literatura, indagando sobre los aspectos más controversiales de los anticonceptivos de emergencia.

Resultados: Ochenta y siete personas encuestadas, entre 21 y 36 años, 66 mujeres. El 77 % mantienen relaciones sexuales activamente. El 59,8 % nunca han recibido información sobre métodos de emergencia. El 71,2 % sabe el momento ideal para usar anticonceptivos postcoitales. El 89,7 % considera que los anticonceptivos de emergencia no son seguros y tienen repercusiones en la salud, el 82,8 % piensan que no son efectivos para prevenir un embarazo y el 53 % desconoce cómo actúan.

Conclusión: Existe poca educación sobre anticonceptivos de emergencia en los entrevistados, la mayoría desconoce cómo actúan. La mayoría de los encuestados sabe el momento ideal para usar métodos postcoitales, pero consideran que no son seguros, tienen repercusiones en la salud y que no son efectivos para prevenir embarazos, lo cual, demuestra la necesidad de informar a la población.

Palabras clave: Anticonceptivos de emergencia, Embarazos, Anticonceptivos postcoitales.

Emergency contraception in college students. How much do young people use and know about this method?

SUMMARY

Objective: To determine the level of knowledge that a group of university students have about emergency contraception, in addition to knowing how often they use these methods.

Methods: Quantitative, correlational, cross-sectional research. A survey was applied to all the students of the Physiopathology course of the Pharmacy and Bioanalysis Faculty of the Universidad de Los Andes in Mérida-Venezuela. The data collection instrument was validated by Matzumura-Kasano in her research and was used with previous authorization, in addition, a review of the literature was made, inquiring about the most controversial aspects of emergency contraceptives.

Results: 87 people surveyed, between 21 and 36 years old, 66 women. Seventy-seven percent actively have sexual intercourse. 59.8 % have never received information on emergency contraception methods. 71.2 % know the ideal time to use postcoital contraceptives. 89.7% consider that emergency contraceptives are not safe and have repercussions on health, 82.8% think that they are not effective in preventing pregnancy and 53% do not know how they work.

Conclusion: There is little education about emergency contraceptives among the respondents, most of them do not know how they work. Most of the respondents know the ideal time to use postcoital methods, but consider that they are not safe, have health repercussions and are not effective in preventing pregnancy, which demonstrates the need to inform the population.

Keywords: Emergency contraceptives, Pregnancy, Postcoital contraceptives.

¹Especialista en Obstetricia y Ginecología-ULA, Master internacional en Mastología Umberto Veronesi Academy, Grupo Médico Mérida. ²Especialista en Obstetricia y Ginecología-ULA, Curso de perfeccionamiento en disfunción y cirugía reconstructiva del piso pélvico UCV, Grupo Médico Mérida. ³Doctor en gerencia avanzada UFT. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Profesor asociado, Facultad de Farmacia y Bioanálisis, cátedra de Fisiopatología ULA-Mérida, Grupo Médico Mérida, Venezuela.
Correo de correspondencia: manuelricardo2204@gmail.com

Forma de citar este artículo: Escalante-Reinozo MR, Bermúdez-Morante DG, Villavicencio-Moreno AJ. Anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios. ¿Qué tanto usan y conocen este método los jóvenes? Rev Obstet Ginecol Venez. 83(4): 425-437. DOI 10.51288/00830409

INTRODUCCIÓN

La mitad de los embarazos en el mundo no son planificados, según el Fondo de Población de Naciones Unidas, 121 millones de embarazos anuales son no deseados, muchas mujeres quedan embarazadas por no tener información sobre anticonceptivos, por no

poder decidir sobre su salud sexual, por deficiencias en el sistema de salud (1).

Venezuela, para el 2022, ocupó el primer lugar de embarazos adolescentes de Sudamérica, con 96 casos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años, duplicando el promedio de Latinoamérica, siendo un problema de salud pública en varios países (2).

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología define anticoncepción de emergencia como: métodos anticonceptivos utilizados para evitar embarazo los primeros días tras una relación sexual sin protección, una agresión sexual o el fallo de un anticonceptivo, mientras que, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia la menciona como: métodos anticonceptivos que se utilizan para evitar embarazo después de mantener relaciones sexuales, con recursos como píldoras anticonceptivas de emergencia o dispositivos intrauterinos de cobre (3, 4).

Los anticonceptivos de emergencia ofrecen, un seguro adicional contra los embarazos, pero no se puede pretender que este recurso se convierta en una práctica habitual, mucho menos en adolescentes (5).

Investigaciones demuestran que los anticonceptivos de emergencia sin control, aumentan la incidencia de enfermedades sexuales, pero no reduce tasas de aborto, ni embarazos no deseados (6,7).

El levonorgestrel es un anticonceptivo de emergencia seguro, también existe el acetato de ulipristal y la mifepristona, pero estas últimas no tienen amplia distribución. Otro método de emergencia es el dispositivo intrauterino de cobre, la desventaja es que debe ser colocado por un especialista, mientras que, las píldoras pueden ser adquiridas, incluso sin prescripción (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que se pueden usar píldoras de emergencia, tantas veces como se necesite, teniendo en cuenta, que no protegen contra infecciones de transmisión sexual (8).

Desde 2015, la OMS incluyó al acetato de ulipristal como anticonceptivo de emergencia que actúa como modulador selectivo de los receptores de progesterona, inhibiendo o retrasando la ovulación, pero en Venezuela, no se encuentra disponible (8, 9).

La OMS incluye al levonorgestrel como medicamento esencial, para mejorar su adquisición, buscando reducir tasas de embarazos no deseados, pero el acceso sigue siendo desigual, en Venezuela la distribución en establecimientos públicos es prácticamente inexistente (10,11).

En Estados Unidos, para 2006, el 10 % de las mujeres usaba anticoncepción de emergencia, el levonorgestrel se vende con prescripción médica a menores de 15 años y sin recípe para las mayores. En Venezuela, es de venta libre sin importar la edad, de allí, la importancia que tienen los farmaceutas de estar informados sobre ventajas, desventajas y forma segura de usarlo (12,13).

Desde los noventa, se ha indicado que el personal de salud y la población, poseen poco conocimiento con respecto a anticonceptivos poscoitales, siendo uno de los principales obstáculos para no utilizarlos o usarlos incorrectamente (14).

Una creencia es que los anticonceptivos de emergencia generan efectos secundarios frecuentes y graves, ignorando que, si se usaran correctamente, solo en Estados Unidos se evitarían un millón de abortos y dos millones de embarazos (15).

*ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
¿QUÉ TANTO USAN Y CONOCEN ESTE MÉTODO LOS JÓVENES?*

La anticoncepción poscoital fue descrita por Yuzpe y Lance (16) en 1977, para 1982 se publicó un estudio multicéntrico, dando a conocer el método Yuzpe, que consiste en administrar 200 microgramos de etinilestradiol y 2 miligramos de levonorgestrel cada 12 horas por 2 dosis, dentro de las primeras 72 horas. Esta investigación reporta una tasa de embarazos del 1,6 % con efectos secundarios (náuseas, vómitos, alteración ciclo menstrual) del 50 %, por lo cual, solo debe usarse de emergencia (17).

Debido a los efectos adversos del método Yuzpe, se realizaron estudios para obtener un anticonceptivo seguro, eficaz, pero con casi ninguna consecuencia, por lo cual, se ha usado el levonorgestrel, pudiendo repetir su uso durante el mismo ciclo menstrual (15,18).

Hace cinco décadas investigaciones demostraron, que el levonorgestrel es una molécula segura (más eficaz que el método Yuzpe), que casi no tiene contraindicaciones como anticonceptivo de emergencia. Se ha estudiado en adolescentes de 12 años, teniendo gran seguridad y tolerancia, además, sus efectos secundarios son transitorios y similares a los que presentan las adultas (19-22).

El levonorgestrel actúa inhibiendo o retrasando la ovulación, algunas publicaciones indican que puede alterar la fecundación, implantación y motilidad tubárica, pero como método de emergencia, solo es eficaz antes de que ocurra la ovulación, porque no tiene capacidad de interrumpir embarazos. Los anticonceptivos de emergencia no son capaces de producir abortos (15,23).

En pacientes obesas se recomienda doblar la dosis de levonorgestrel, debido a que, la obesidad interfiere en la farmacocinética del medicamento, así se estaría asegurando su efectividad, otras investigaciones cuestionan esta práctica y recomiendan dosis habituales en este grupo, sin aumentar el riesgo de embarazo (24-26).

Es importante la dosis y tiempo en el que se usa el anticonceptivo de emergencia, para que tenga la efectividad adecuada, para levonorgestrel existen dos formas de administrarlo y según Shohel y cols. (15), el régimen de dosis única o dos dosis tiene efectividad similar, pero su eficacia es inversamente proporcional al tiempo de uso después de la relación sexual (27).

El levonorgestrel durante la lactancia, no está contraindicado, porque no causa alteraciones en calidad, ni cantidad de leche, tampoco causa efectos adversos en lactantes, por lo cual, se recomienda su uso en casos de emergencia, sin necesidad de suspenderla (28,29).

El acetato de ulipristal es un modulador selectivo de receptores de progesterona y según la OMS, puede ser utilizado sin restricciones, incluso con antecedentes de embarazo ectópico, durante la lactancia, en casos de migraña, enfermedades cardiovasculares, debido a que, los beneficios superan a los riesgos, siendo más efectivo que el levonorgestrel en obesidad, y se puede utilizar hasta 120 horas después de la relación sexual, pero no se distribuye en todos los países (8,27,30).

El dispositivo intrauterino de cobre es el anticonceptivo más utilizado a nivel mundial, siendo el único método no hormonal que puede usarse de emergencia, siendo más eficaz (evita 99 % de embarazos) que las píldoras, además de poder mantenerse 10 años, puede considerarse como primera opción para anticoncepción poscoital, incluso en pacientes obesas (21,27,31,32).

Los anticonceptivos hormonales actúan inhibiendo o retrasando la ovulación, si se utilizan después de la misma, su efectividad disminuye, por ello, se recomienda la inserción de un dispositivo. Dada la efectividad de los anticonceptivos poscoitales, estos deben tener otros mecanismos de acción como alteración de la función del cuerpo lúteo, espesamiento del moco cervical, alteraciones en el transporte del

cigoto, pero no se han confirmado y siguen en estudio (31,33).

La inhibición de la fecundación es el principal mecanismo de acción de los dispositivos intrauterinos de emergencia, el cobre ejerce un efecto toxico sobre los espermatozoides, afectando su movilidad, si se llega a producir la fecundación, el cobre genera una respuesta inflamatoria a nivel endometrial que impide la implantación, pero el mismo debe ser colocado los primeros 7 días de la relación sexual, ya que, el objetivo es colocarlo antes de la implantación del cigoto, porque no se utiliza como método abortivo, por eso Turok y cols. (33) indican que, con una prueba de embarazo negativa, el dispositivo puede colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual (21,27,34).

El cuadro 1 presenta un resumen de los métodos anticonceptivos de emergencia con dosis y porcentajes de efectividad.

El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de conocimiento que posee un grupo de estudiantes universitarios sobre la anticoncepción de emergencia, además de establecer con qué frecuencia usan estos

métodos. La hipótesis es que el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos poscoitales es bajo y la forma de usarlos inadecuada, por lo cual, se plantea el presente estudio, buscando crear conciencia en las ventajas y desventajas de esta herramienta, para que sea utilizada de forma correcta.

MÉTODOS

Investigación cuantitativa, de tipo correlacional, de corte transversal, con un muestreo no probabilístico. Se aplicó una encuesta a todos los estudiantes de la cátedra de Fisiopatología de la facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de Los Andes en Mérida-Venezuela. El instrumento de recolección de datos, fue validado por Matzumura-Kasano y Ruiz-Arias (11) y se utilizó previa autorización, además se hizo revisión de la literatura, indagando sobre los aspectos más controversiales de los anticonceptivos de emergencia, la encuesta se aplicó a la par que se realizaba la revisión, desde marzo a abril del presente año.

Cuadro 1. Resumen métodos anticonceptivos de emergencia

Anticonceptivo	Dosis	Eficacia	Tasa de embarazos	Tiempo límite para el uso*
Anticonceptivos combinados (Método Yuzpe)	100 µg etinilestradiol + 1 mg de levonorgestrel cada 12 horas por 2 dosis	57 %	43 %	72 horas
Levonorgestrel	Opción 1: 1,5 mg en una dosis Opción 2: 0,75 mg cada 12horas/2dosis	89 % Primeras 72 horas	2,2 %	72 horas
Acetato de ulipristal	30 mg VO una dosis	5 días pos relación sexual	1,4 %	120 horas
Dispositivo intrauterino	Inserción poscoital por personal entrenado	99 %	0,1 %	120 horas

*Después de la relación sexual sin protección

*ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
¿QUÉ TANTO USAN Y CONOCEN ESTE MÉTODO LOS JÓVENES?*

RESULTADOS

Se encuestaron 87 personas, entre 21 y 36 años, con media de 25,9 años, 66 mujeres. El 86,2 % no tenían hijos y el 77 % mantienen relaciones sexuales activamente.

En la gráfica 1, se observa la distribución sobre el uso de anticonceptivos, siendo el más utilizado las píldoras, seguido por los condones, el 16 % no utiliza ningún método y 1 encuestado usa de rutina anticonceptivos de emergencia.

El 50,57 % de los entrevistados señaló que si han utilizado anticoncepción de emergencia en algún momento de su vida.

La concepción es el momento en que espermatozoide y óvulo se unen dentro del aparato femenino y forman el cigoto, esto es conocido por el 86,2 %. Desde el punto de vista fisiológico se considera que un embarazo comienza cuando el cigoto se implanta en la cavidad

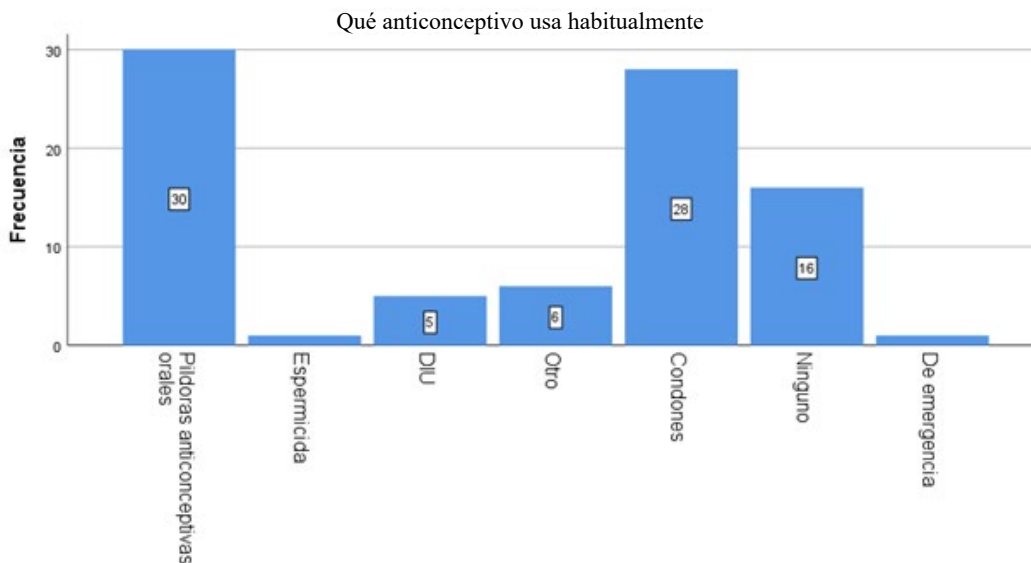
endometrial y esta información fue reconocida por el 67 %, mientras que el 56,3 % considera que la vida comienza cuando el corazón empieza a latir.

La tabla 1 expresa el nivel de conocimiento sobre el momento en que funcionan los anticonceptivos de emergencia.

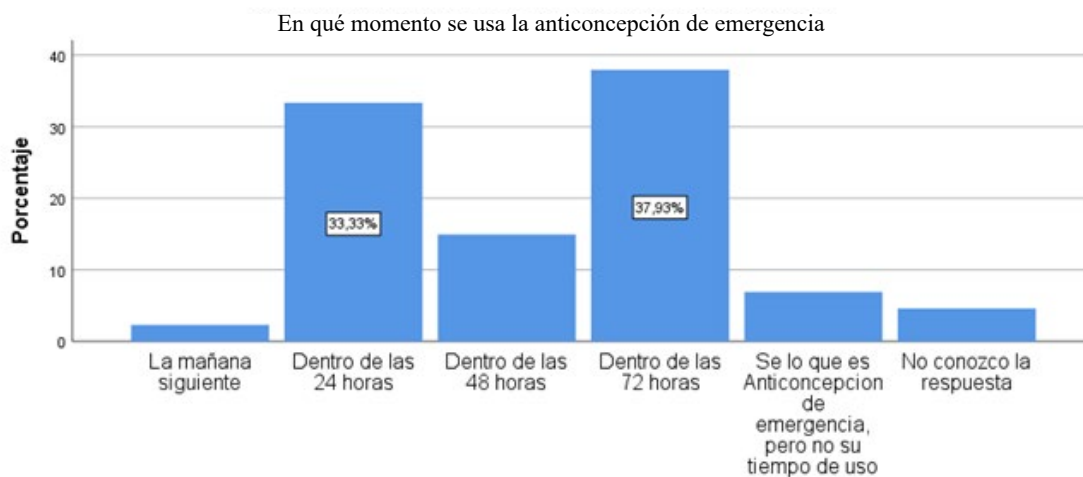
Tabla 1. Cuando funciona la anticoncepción de emergencia

Momento antes de:	Frecuencia	Porcentaje
Esperma y óvulo se unan dentro del aparato reproductor femenino	41	47,1
Ocurra la implantación	30	34,5
El corazón comience a latir	1	1,1
Inseguro	9	10,3
Otro	6	6,9

Gráfica 1. Distribución en cuanto al uso de anticonceptivos



Gráfica 1. Distribución en cuanto al uso de anticonceptivos



El 42,5 % reconoció que usaría anticonceptivos de emergencia solo si funcionan antes de que espermia y óvulo se unan dentro del aparato reproductor femenino, el 29 % estaba inseguro con respecto a su uso. El 46 % señaló que utilizarían anticonceptivos poscoitales solo si un médico les indica que no provocaría aborto, 19 encuestados están inseguros y 14 nunca usarían anticonceptivos de emergencia. El 59,8 % indicaron que nunca han recibido información de un médico sobre métodos de emergencia.

En cuanto al momento ideal para usar anticonceptivos de emergencia, en la gráfica 2, se demuestra que el 37,9 % la usarían en las primeras 72 horas después de la relación sexual y el 33,3 % en las primeras 24 horas, mientras que el 11,5 % no conoce el momento ideal para utilizar estos métodos.

El 92 % conoce que los anticonceptivos poscoitales se pueden adquirir sin prescripción médica, el 57,5 % consideraría usarlos en algún momento. En cuanto a que si pedirían un método poscoital en una farmacia donde nadie los conozca el 46 % no sentiría vergüenza y el 33,3 % sentiría vergüenza, pero igual lo pediría. Aunque los conocieran en el sitio, el 46 % compraría el anticonceptivo.

En cuanto al costo que pueden tener los anticonceptivos, el 48,3 % no conocen su precio, el 41 % reportó que podían costar menos de diez dólares, lo cual, se corresponde a los precios en Venezuela.

El 89,7 % considera que los anticonceptivos de emergencia no son seguros y tienen repercusiones en la salud, además, 72 participantes (82,8 %), piensan que no son efectivos para prevenir un embarazo, solo el 17,2 % si los consideran eficaces.

DISCUSIÓN

El 47 % de los entrevistados indicó que los métodos de emergencia funcionan antes de que óvulo y espermia se unan dentro del aparato reproductor femenino, lo cual, demuestra que el 53 % desconoce el mecanismo de acción. En Europa y Estados Unidos el 40 % de personas estudiadas desconocen la forma como actúan estos métodos. A pesar de esto, en la actual investigación, el 42,5 % reconoció que usarían estas técnicas anticonceptivas, mientras que, en la investigación realizada por Williams y cols. (30), el

*ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
¿QUÉ TANTO USAN Y CONOCEN ESTE MÉTODO LOS JÓVENES?*

80,2 %, habían escuchado sobre anticonceptivos de emergencia (35,36).

La mayoría de los encuestados (59,8 %) indicó que nunca han recibido información por parte de un médico sobre métodos de emergencia, revelando la importancia de abordar estos temas en consulta, esto concuerda con investigaciones, donde se evidencian altas tasas de uso, pero con desinformación sobre su mecanismo de acción, confirmándose la hipótesis de esta investigación y la necesidad de informar a la población (13, 37-39).

El 50 % reconoció haber usado un método de emergencia, lo cual, concuerda con investigaciones, donde más del 40 % aceptan su uso en algún momento, a pesar, del desconocimiento que tienen sobre el régimen (37,40,41).

El 70 % señaló que el momento ideal para utilizarlos, son las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual, lo cual, indica que tienen conocimiento sobre el momento ideal de uso, esto coincide con investigaciones realizadas en adolescentes (42,43).

En el cuadro 2 se resumen aspectos a tener en cuenta sobre las opciones que existen como anticonceptivos poscoitales.

Es importante establecer el momento de la relación sexual con respecto a la ovulación, si esta ya se ha producido, la opción ideal es un dispositivo intrauterino, que evitaría la implantación del cigoto, porque los métodos hormonales pasada la ovulación, disminuyen su efectividad. Se puede hacer una estimación sobre la fecha probable de ovulación, restándole 14 días a la duración del ciclo más corto en los últimos 6 meses,

Cuadro 2. Anticonceptivos de emergencia (15, 19, 22-24, 26-29)

Método	Mecanismo de acción	Reacciones adversas	Ventajas	Desventajas	Contraindicaciones
Levonorgestrel (LVNG)	Inhibe o retrasa ovulación Altera motilidad tubarica	Nauseas; Dolor abdominal Cefalea; Fatiga; Cambios menstruales Dismenorrea	Puede usarse durante la lactancia Venta sin prescripción médica Pueden iniciar otro anticonceptivo hormonal de inmediato	Uso máximo a las 72 horas Menos efectivo que AU Efectividad disminuye por fármacos inductores hepáticos Vómitos disminuye su efectividad	Embarazo conocido Alergia al fármaco Insuficiencia hepática severa
Acetato de Ulipristal (AU)	Inhibe o retrasa ovulación Psible alteración de función espermiática y tubarica	Nauseas; Dolor abdominal Cefalea; Fatiga; Cambios menstruales Dismenorrea	Más efectivo en pacientes obesas que el LVNG -Uso durante 120 horas	Suspender lactancia por 5 días después de usarlo No disponible en todos los países y venta con prescripción médica Efectividad disminuye por fármacos inductores hepáticos Vómitos disminuye su efectividad No se puede iniciar de inmediato otro anticonceptivo hormonal (mínimo 5 días)	Embarazo conocido Alergia al fármaco Insuficiencia hepática severa Asma severa mal controlada
Dispositivo intrauterino	Inhibe fecundación Impide la implantación	Sangrado menstrual abundante Perforación y/o infección uterina Expulsión del dispositivo	Es el método más efectivo Puede usarse durante la lactancia Se puede usar por 10 años Su efectividad no se afecta por otros fármacos Efectividad no varía por peso de paciente	Debe ser colocado por un especialista entrenado No debe usarse en pacientes con infecciones intrauterinas	Infección pélvica activa Malformación uterina Embarazo conocido

si bien es cierto, que no es un método confiable y cuestionado, se considera aceptable para determinar el método ideal para ese momento (27,31,44).

En la figura 1, se plantea un algoritmo para elegir el anticonceptivo de emergencia, resaltando que, una consulta por métodos poscoitales es la ideal para orientar sobre planificación familiar y uso de anticonceptivos de rutina.

El conocimiento sobre anticoncepción es insuficiente, investigaciones han demostrado conocimientos inadecuados y actitudes negativas contra estos métodos, incluso en personal de salud, por lo cual, resulta vital promover la educación médica, la información sobre anticonceptivos y planificación familiar e identificar las barreras para eliminarlas (45-47).

Existen diversas actitudes hacia los anticonceptivos de emergencia, desde prestadores de salud que

los ven como métodos negativos y se niegan a suministrar información, hasta los que consideran deben suministrarse ampliamente sin recetas médicas, incluso que las pacientes puedan tenerlos antes de necesitarlos (4,48).

Existe la discusión sobre si facilitar el acceso a los anticonceptivos poscoitales fomenta comportamientos sexuales de riesgo, además de disminuir el uso de anticonceptivos de rutina. Por otro lado, el no dar información, aumenta la tasa de embarazos no deseados y abortos. Otras investigaciones no han demostrado que mejorar el acceso a la anticoncepción poscoital disminuya estas tasas, pero es cierto que se debe brindar asesoría a pacientes sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos de planificación, para que tomen decisiones conscientes (21,49,50).

En algunos países, el acceso a anticonceptivos de emergencia es limitado, se necesitan récipes para

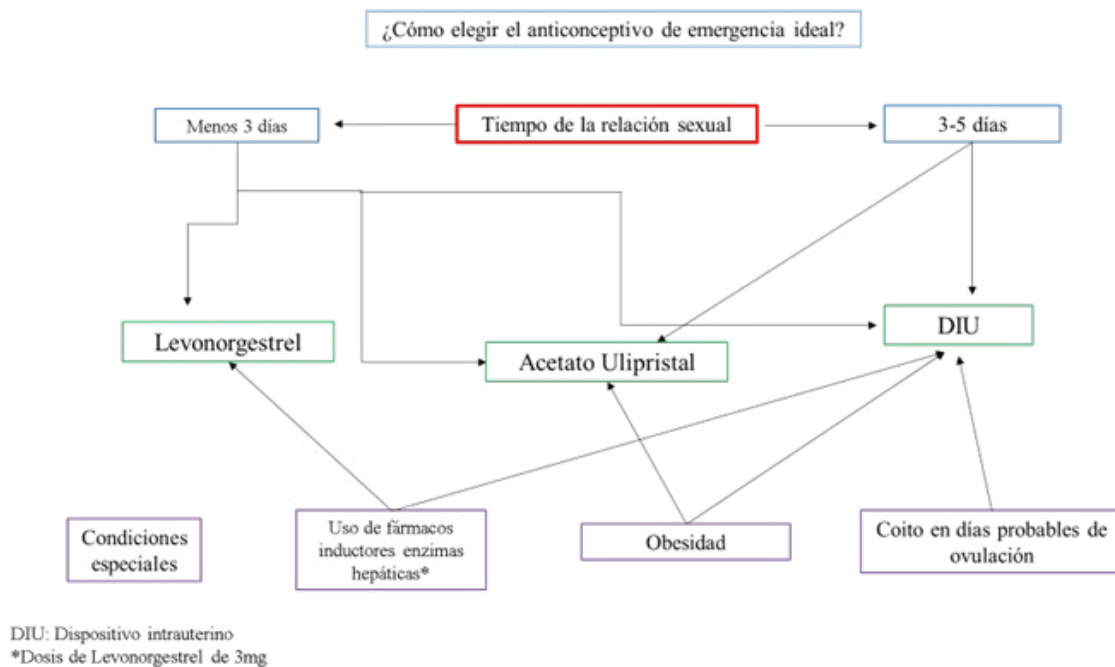


Figura 1. Algoritmo para elegir anticonceptivo de emergencia

*ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
¿QUÉ TANTO USAN Y CONOCEN ESTE MÉTODO LOS JÓVENES?*

adquirirlos, en otros es de venta libre y sin límite de edad, siendo esto, un tema de discusión. Se considera que los adolescentes están en capacidad de comprender el uso adecuado de los anticonceptivos, pero se entiende que puede aumentar la tasa de infecciones de transmisión sexual, además de promover el no uso de anticonceptivos de rutina, disminuyendo el compromiso con su salud sexual y reproductiva (51,52).

El 92 % de los encuestados, conoce que los anticonceptivos de emergencia se pueden comprar sin recípe y el 57,5 % consideraría usarlos en algún momento, cada vez más países facilitan el acceso a los anticonceptivos (51,53).

La anticoncepción de emergencia busca evitar embarazos, por eso, se piensa que, su uso debería disminuir las gestaciones y los abortos, pero esto no ha sucedido, se presume que no es por la efectividad de los métodos, sino por la subutilización de los mismos, además, muchas pacientes consideran que no los necesitan o no saben usarlos (21,52,54).

El comportamiento sexual de los adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y los riesgos de usar anticonceptivos, no cambian cuando se tiene acceso a los anticonceptivos de emergencia e incluso cuando los tienen antes de necesitarlos, tampoco influye en el uso de preservativos u otros métodos, es por ello, que se considera a la educación sexual una materia fundamental, donde médicos y padres están en la obligación de dar a conocer a los adolescentes de los beneficios de mantener una vida sexual responsable (19,55).

La revisión realizada por Rodríguez y cols. (49) demostró que facilitar el acceso anticipado a anticonceptivos poscoitales aumenta la tasa de efectividad y no eleva las relaciones sexuales sin protección, tampoco eleva el uso de estos métodos, ni el

riesgo de enfermedades sexuales. El desconocimiento de los métodos de emergencia y no conocer el momento adecuado para utilizarlos, son las principales barreras.

Los dispositivos intrauterinos de levonorgestrel no están aprobados como anticonceptivos de emergencia, es cierto que cualquier dispositivo intrauterino reduce la penetración de los espermatozoides y genera una reacción inflamatoria endometrial que inhibe la implantación, pero solo el cobre, ejerce toxicidad sobre espermatozoides y óvulos, lo cual, es necesario para funcionar como anticonceptivo poscoital. Algunos estudios señalan que pueden utilizarse como emergencia y no los consideran menos eficaces, pero en esta investigación se plantea que, al no estar aprobados, además de tener un costo más elevado con respecto a los dispositivos de cobre, no los convierte en buena opción para anticonceptivos poscoitales (21,56-58).

El 89,7 % de los encuestados considera que los anticonceptivos de emergencia no son seguros y que tienen repercusiones en la salud. El 82,8 %, piensa que no son efectivos para prevenir un embarazo, esto demuestra el desconocimiento que presenta un grupo de estudiantes universitarios. Diversas investigaciones demuestran la eficacia y seguridad de los métodos poscoitales, cuyos beneficios superan a los riesgos, excepto el método Yuzpe (23,59-61).

El método de emergencia más efectivo es el dispositivo intrauterino de cobre, pero como debe ser colocado por un especialista, por falta de información y por temor a que pueda doler su colocación, en muchas oportunidades no es utilizado, por lo cual se debe mejorar la información, para que sea usado como método poscoital. La OMS recomienda que se mantenga como mínimo 12 días para asegurar que no se va a producir implantación del cigoto, aunque lo ideal sería mantenerlo como método anticonceptivo de largo plazo (62,63).

Cada día se usan más anticonceptivos de emergencia, razón por la cual, los médicos deben educar a la población para que hagan uso responsable, incluso acabando con el mito de que no se pueden utilizar de forma repetida (64).

La anticoncepción de emergencia debe ser explicada y ofrecida a las pacientes desde la adolescencia, incluso sin el consentimiento de sus padres, pero, asegurando que están comprendiendo la información y están orientados a mantener una sexualidad responsable, que permita disminuir las tasas de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (65).

Se concluye que existe poca educación y conceptos errados sobre anticonceptivos de emergencia en la población objeto de estudio; la mayoría de los entrevistados sabe el momento ideal para usar métodos poscoitales, pero consideran que no son seguros, tienen repercusiones en la salud y que no son efectivos para prevenir embarazos.

El personal de salud debe conocer cómo funcionan los métodos de emergencia, saber indicarlos, además de revelar los efectos adversos, sin perder la oportunidad de asesorar sobre planificación familiar y descartar enfermedades de transmisión sexual.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Casi la mitad de todos los embarazos son no intencionales, una crisis mundial, afirma nuevo informe del UNFPA [Internet]. Nueva York: Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas; 2022 [consultado 30 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/press/casi-la-mitad-de-todos-los-embarazos-son-no-intencionales-una-crisis-mundial-afirma-nuevo>
2. Venezuela, a la cabeza de Sudamérica en embarazos adolescentes [Internet]. La Prensa de Lara. 19/07/2022 [consultado 30 de junio 2023] Disponible en: <https://www.laprensalarara.com.ve/nota/49518/2022/07/venezuela-a-la-cabeza-de-sudamerica-en-embarazos-adolescentes>
3. Committee Opinion No 707: Access to Emergency Contraception. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):e48-e52. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002162.
4. Westley E, Kapp N, Palermo T, Bleck J. A review of global access to emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123(1):4-6. DOI: 10.1016/j.ijgo.2013.04.019.
5. Durand-Carbajal M. Anticoncepción de emergencia en la práctica clínica. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(Supl 1):S121-S130. DOI: 10.24245/gom.v88iSupl1.3850
6. Mulligan K. Access to Emergency Contraception and its Impact on Fertility and Sexual Behavior. *Health Econ.* 2016;25(4):455-69. DOI: 10.1002/hec.3163.
7. Durrance CP. The effects of increased access to emergency contraception on sexually transmitted disease and abortion rates. *Econom Inq.* 2013;51(3):1682-95. DOI:10.1111/j.1465-7295.2012.00498.x
8. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed [Internet]. Ginebra: WHO; 2015 [consultado 30 de junio 2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9
9. Cravioto MD. Nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el uso de los métodos anticonceptivos. *Gac Med Mex [Internet].* 2016 [consultado 30 de junio 2023];152(5):601-603. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n5/GMM_152_2016_5_601-603.pdf
10. WHO Model List of Essential Medicines 17th List [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2011 [consultado 30 de junio 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70640/a95053_eng.pdf?sequence=12011
11. Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez Crespo HF, Ruiz-Arias RA. Creencias, actitudes y conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia en estudiantes universitarios de medicina. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2022 Sep; 82(3): 350-361. DOI: 10.51288/00820310.
12. Young S, Griffin B, Vest K. Active-learning instruction on emergency contraception counseling. *Am J Pharm Educ.* 2013;77(5):104. DOI: 10.5688/ajpe775104.
13. Nibabe WT, Mgutshini T. Emergency contraception amongst female college students--knowledge, attitude and practice. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2014;6(1):E1-7. DOI: 10.4102/phcfm.v6i1.538.

*ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
¿QUÉ TANTO USAN Y CONOCEN ESTE MÉTODO LOS JÓVENES?*

14. Pearson VA, Owen MR, Phillips DR, Gray DJ, Marshall MN. Pregnant teenagers' knowledge and use of emergency contraception. *BMJ*. 1995;310(6995):1644. DOI: 10.1136/bmj.310.6995.1644.
15. Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014;14:54. DOI: 10.1186/1472-6874-14-54.
16. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dienorgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril*. 1977;28(9):932-936. DOI: 10.1016/S0015-0282(16)42793-7
17. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dienorgestrel as postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril*. 1982;37(4):508-513. DOI: 10.1016/S0015-0282(16)46157-1.
18. Cahill EP, Blumenthal PD. Pericoital contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):400-406. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000491.
19. Thompson KM, Raine TR, Foster DG, Speidel JJ, Darney PD, Brindis CD, *et al*. Access to levonorgestrel emergency contraception: science versus federal politics. *Womens Health (Lond)*. 2013;9(2):139-43. DOI: 10.2217/whe.13.8.
20. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, *et al*. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-103. DOI: 10.15585/mmwr.rr6503a1.
21. Thomlin A, Keller V, Daraï E, Chabbert-Buffet N. Consequences of emergency contraceptives: the adverse effects. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(7):893-902. DOI: 10.1517/14740338.2014.921678.
22. Leung VW, Soon JA, Lynd LD, Marra CA, Levine M. Population-based evaluation of the effectiveness of two regimens for emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(3):342-346. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.10.017.
23. Endler M, Li R, Gemzell Danielsson K. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: A review. *Contraception*. 2022;109:8-18. DOI: 10.1016/j.contraception.2022.01.006.
24. Edelman AB, Cherala G, Blue SW, Erikson DW, Jensen JT. Impact of obesity on the pharmacokinetics of levonorgestrel-based emergency contraception: single and double dosing. *Contraception*. 2016;94(1):52-7. DOI: 10.1016/j.contraception.2016.03.006.
25. Kardos L. Levonorgestrel emergency contraception and bodyweight: are current recommendations consistent with historic data? *J Drug Assess*. 2020;9(1):37-42. DOI: 10.1080/21556660.2020.1725524.
26. Kardos L, Magyar G, Schváb E, Luczai E. Levonorgestrel emergency contraception and bodyweight. *Curr Med Res Opin*. 2019;35(7):1149-1155. DOI: 10.1080/03007995.2018.1560250.
27. Black KI, Hussainy SY. Emergency contraception: Oral and intrauterine options. *Aust Fam Physician [Internet]*. 2017 [consultado 30 de junio 2023];46(10):722-726. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/october/emergency-contraception-oral-and-intrauterine-options/>
28. Shaaban OM, Abbas AM, Mahmoud HR, Yones EM, Mahmoud A, Zakherah MS. Levonorgestrel emergency contraceptive pills use during breastfeeding; effect on infants' health and development. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;32(15):2524-2528. DOI: 10.1080/14767058.2018.1439470.
29. Polakow-Farkash S, Gilad O, Merlob P, Stahl B, Yogev Y, Klinger G. Levonorgestrel used for emergency contraception during lactation-a prospective observational cohort study on maternal and infant safety. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;26(3):219-21. DOI: 10.3109/14767058.2012.722730.
30. Williams BN, Jauk VC, Szychowski JM, Arbuckle JL. Adolescent emergency contraception usage, knowledge, and perception. *Contraception*. 2021;103(5):361-366. DOI: 10.1016/j.contraception.2021.01.003.
31. McKay RJ, Gilbert L. An emergency contraception algorithm based on risk assessment: changes in clinicians' practice and patients' choices. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2013;39(3):201-206. DOI: 10.1136/jfprhc-2012-100495.
32. Sanders JN, Turok DK, Royer PA, Thompson IS, Gawron LM, Storck KE. One-year continuation of copper or levonorgestrel intrauterine devices initiated at the time of emergency contraception. *Contraception*. 2017;96(2):99-105. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.05.012.
33. Turok DK, Godfrey EM, Wojdyla D, Dermish A, Torres L, Wu SC. Copper T380 intrauterine device for emergency contraception: highly effective at any time in the menstrual cycle. *Hum Reprod*. 2013;28(10):2672-6. DOI: 10.1093/humrep/det330.
34. Dunn S, Guilbert É, Burnett M, Aggarwal A, Bernardin J, Clark V, *et al*.; Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Emergency contraception: no. 280 (replaces No. 131, August 2003). *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120(1):102-7. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.09.006.
35. Lopez-del Burgo C, Mikolajczyk RT, Osorio A, Carlos S, Errasti T, de Irala J. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. *Contraception*. 2012;85(1):69-77. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.04.007.

36. Campbell JW 3rd, Busby SC, Steyer TE. Attitudes and beliefs about emergency contraception among patients at academic family medicine clinics. *Ann Fam Med*. 2008;6 Suppl 1(Suppl 1):S23-7. DOI: 10.1370/afm.744.
37. Barbian J, Kubo CY, Balaguer CS, Klockner J, Costa LMVD, Ries EF, *et al*. Emergency contraception in university students: prevalence of use and knowledge gaps. *Rev Saude Publica*. 2021;55:74. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003076.
38. Veloso DL, Peres VC, Lopes Jda S, Salge AK, Guimarães JV. [Emergency contraception: knowledge and attitudes of nursing students]. *Rev Gaucha Enferm*. 2014;35(2):33-39. Portuguese. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.02.41561.
39. Fink GN, Dean G, Nucci-Sack A, Arden M, Lunde B. Emergency Contraception Use in School-Based Health Centers: A Qualitative Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(2):175-181. DOI: 10.1016/j.jpag.2018.10.005.
40. Bauzà ML, Esteva M, Molina J, Pereiró I, Ingla M, March S. Emergency contraception and risk habits in a university population. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018;23(6):427-433. DOI: 10.1080/13625187.2018.1533547.
41. Waltermaurer E, Doleyres HM, Bednarczyk RA, McNutt LA. Emergency contraception considerations and use among college women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(2):141-146. DOI: 10.1089/jwh.2012.3780.
42. Chofakian CB, Borges AL, Sato AP, Alencar GP, Santos OA, Fujimori E. Does the knowledge of emergency contraception affect its use among high school adolescents? *Cad Saude Publica*. 2016;32(1):S0102-311X2016000100703. DOI: 10.1590/0102-311X00188214.
43. Monteiro DLM, Pereira MFVR, Herter LD, Avila R, Raupp RM. Emergency hormonal contraception in adolescence. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2020;66(4):472-478. DOI: 10.1590/1806-9282.66.4.472.
44. Mittal S. Emergency contraception - potential for women's health. *Indian J Med Res [Internet]*. 2014 [consultado 30 de junio 2023];140 Suppl(Suppl 1):S45-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345752/>
45. Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Farshbaf-Khalili A, Moeinpoor R. Emergency contraception: providers' knowledge and attitudes and their relationship with users' knowledge and attitudes at public health centers/posts of tabriz. *J Caring Sci*. 2012;1(1):53-9. DOI: 10.5681/jcs.2012.008.
46. Batur P, Kransdorf LN, Casey PM. Emergency Contraception. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(6):802-7. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.02.018.
47. Babatunde OA, Ibirongbe DO, Omede O, Babatunde OO, Durowade KA, Salaudeen AG, *et al*. Knowledge and use of emergency contraception among students of public secondary schools in Ilorin, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2016;23:74. DOI: 10.11604/pamj.2016.23.74.8688.
48. Cwiak C, Howard B, Hsieh J, Ricciotti N, Sucato GS. Sexual and Contraceptive Behaviors among Adolescents Requesting Emergency Contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(6):643-647. DOI: 10.1016/j.jpag.2016.06.003.
49. Rodriguez MI, Curtis KM, Gaffield ML, Jackson E, Kapp N. Advance supply of emergency contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):590-601. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.09.011.
50. von Rosen FT, von Rosen AJ, Müller-Riemenschneider F, Tinnemann P. Awareness and knowledge regarding emergency contraception in Berlin adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017;22(1):45-52. DOI: 10.1080/13625187.2016.1269162.
51. Society for Adolescent Health and Medicine. Emergency Contraception for Adolescents and Young Adults: Guidance for Health Care Professionals. *J Adolesc Health*. 2016;58(2):245-248. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.11.012.
52. Michie L, Cameron ST. Emergency contraception and impact on abortion rates. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;63:111-119. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2019.06.008.
53. Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):741-50. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000056.
54. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub6.
55. Upadhyia KK; Committee on adolescence. Emergency Contraception. *Pediatrics*. 2019;144(6):e20193149. DOI: 10.1542/peds.2019-3149.
56. Kumari S, Sarkar A, Kulshreshtha A, Zangmo R, Roy KK. Exploring the Role of Levonorgestrel Intrauterine System (LNG-IUS) as a Method of Emergency Contraception (EC). *Cureus*. 2022;14(11):e31959. DOI: 10.7759/cureus.31959.
57. Turok DK, Gero A, Simmons RG, Kaiser JE, Stoddard GJ, Sexsmith CD, *et al*. Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception.

*ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
¿QUÉ TANTO USAN Y CONOCEN ESTE MÉTODO LOS JÓVENES?*

- N Engl J Med. 2021;384(4):335-344. DOI: 10.1056/NEJMoa2022141.
58. Fay KE, Clement AC, Gero A, Kaiser JE, Sanders JN, BakenRa AA, *et al.* Rates of pregnancy among levonorgestrel and copper intrauterine emergency contraception initiators: Implications for backup contraception recommendations. *Contraception.* 2021;104(5):561-566. DOI: 10.1016/j.contraception.2021.06.011.
59. Cameron ST, Li H, Gemzell-Danielsson K. Current controversies with oral emergency contraception. *BJOG.* 2017;124(13):1948-1956. DOI: 10.1111/1471-0528.14773.
60. Li HW, Lo SS, Ho PC. Emergency contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(6):835-844. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2014.04.011.
61. Lee JK, Schwarz EB. The safety of available and emerging options for emergency contraception. *Expert Opin Drug Saf.* 2017;16(10):1163-1171. DOI: 10.1080/14740338.2017.1354985.
62. Wright RL, Frost CJ, Turok DK. Experiences of Advanced Practitioners with Inserting the Copper Intrauterine Device as Emergency Contraception. *Womens Health Issues.* 2016;26(5):523-528. DOI: 10.1016/j.whi.2016.04.007.
63. Najera DB. Emergency contraception: Focus on the facts. *JAAPA.* 2016;29(1):20-4; quiz 1. DOI: 10.1097/01.JAA.0000475459.00348.81.
64. Kaller S, Mays A, Freedman L, Harper CC, Biggs MA. Exploring young women's reasons for adopting intrauterine or oral emergency contraception in the United States: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2020;20(1):15. DOI: 10.1186/s12905-020-0886-z.
65. Signore F, Napoletano S, Bruti V, di Luca NM. Medical advancements: emergency contraception (EC). Medico-legal implications of EC on adolescents. *Clin Ter.* 2018;169(1):e. DOI: 10.7417/T.2018.2051.

Recibido 14 de julio de 2023
Aprobado 25 de septiembre de 2023