

PILDORA DEL DIA DESPUES¹

MUCÁRZEL SUÁREZ ARANA, JORGE MARIO²; ARANCIBIA ULLOA, FERNANDO LUIS³



Jorge Mario Mucárzel Suárez Arana

RESUMEN

Los embarazos no deseados continúan siendo un problema de salud pública no resuelto en el mundo entero, pero muy especialmente en los países del tercer mundo, donde la terminación de estos en gran parte, se lleva a cabo en condiciones inseguras, acarreando para la madre y la sociedad efectos devastadores tanto desde el punto de vista de salud personal como graves consecuencias sociales. Se hace una discusión acerca de la manera como la utilización de la anticoncepción de emergencia contribuye a la prevención de este problema, así como al cumplimiento constitucional de la preservación de los derechos humanos en especial de la mujer.

ABSTRACT

Unwanted pregnancies are still a public health unsolved problem worldwide but the overwhelming majority of these pregnancies occur in developing countries. In these countries unwanted pregnancies are performed in unsafe conditions with devastating effects on the mother's health and serious social consequences. In the present work, we are discussed the use of emergency contraception as an approach to prevent this problem, promote maternal health and protect human rights, especially the rights of women.

PALABRAS CLAVE: Píldora, Día después, Anticoncepción

KEYWORDS: Pill, Day Later, Contraception

INTRODUCCION

La píldora del día siguiente surgió en la década de los años sesenta, como una forma de evitar embarazos y abortos después de una violación. Desde entonces su uso se ha extendido a diferentes circunstancias, que tienen como común denominador el deseo de evitar un embarazo en los días siguientes a la relación sexual.

La anticoncepción de emergencia incluye todos aquellos métodos que pueden utilizarse en los días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo.

Las sustancias que conforman la píldora del día siguiente son las mismas contenidas en las pastillas anticonceptivas combinadas y en la minipíldora, pero indicadas en dosis mayores y en lapsos de tiempo más cortos.

Esta nueva forma de anticoncepción ha encontrado fuertes oposiciones porque se cree que, en algunas circunstancias, puede actuar como un método abortivo. Por eso existe una enorme controversia sobre la conveniencia de su uso.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas y factores de riesgo más comunes de la utilización de la píldora del día después, sus efectos secundarios y su mecanismo de acción

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar las causas más frecuentes de uso del método del día después.

Identificar los riesgos que implica este anticonceptivo.

Concienciar a las mujeres la importancia del uso de anticonceptivos.

Informar a las mujeres los factores de riesgo de dicho método anticonceptivo.

MATERIALES Y METODOS

El diseño metodológico es descriptivo, haciendo hincapié en la revisión bibliográfica para la puesta del estado de arte.

Se calcularon las tasas de mortalidad fetal atendiendo a factores como la edad materna, número de embarazos previos, abortos, sexo del feto y peso al momento de la expulsión, según el tipo de embarazo.

RESULTADOS

Anticoncepción de emergencia

Se entiende por anticoncepción de emergencia la utilización de un fármaco o dispositivo con el fin de prevenir un embarazo después de una relación sexual "desprotegida". En las guías sobre anticoncepción de emergencia se considera relación sexual "desprotegida" aquella en la que no se

1 Monografía de revisión bibliográfica. Asignatura de Salud Materno Infantil 2013. Carrera de Medicina. UCEBOL

2 Estudiante de la Carrera de Medicina. UCEBOL. Autor de la monografía.

3 Docente de Asignatura Salud Materno Infantil. Carrera de Medicina. UCEBOL

ha utilizado ningún método anticonceptivo o ha fallado el método utilizado (rotura o desplazamiento del preservativo, desplazamiento o mala colocación del diafragma, olvidos en la toma del anticonceptivo oral, expulsión parcial o total del DIU, etc.). Se indica también en estas guías la utilización de la anticoncepción de emergencia en los casos de exposición a agentes teratógenos sin estar utilizando ningún método anticonceptivo y después de una violación.

El término anticoncepción de emergencia proviene del término anglosajón "emergency contraception". Para algunos autores, sería más correcto traducirlo por intercepción de emergencia, puesto que la anticoncepción hace referencia a la prevención de la fecundación, mientras que la intercepción se refiere a la prevención de la implantación del blastocisto en el útero, en caso de haberse producido una fecundación. En las guías editadas en español se utiliza el término "anticoncepción de emergencia".

Métodos de anticoncepción de emergencia

Existen en la actualidad varios métodos de anticoncepción de emergencia:

Anticonceptivo oral combinado:

Se conoce como método Yuzpe. Consiste en la administración de 100 ng de etinilestradiol y 0.5 mg de levonorgestrel lo antes posible tras la relación sexual "desprotegida" y una segunda toma (misma dosis) a las 12 horas. Se aconseja la ingesta del preparado hormonal sin que hayan pasado 72 horas desde la relación sexual.

Anticonceptivo oral sólo con progestágeno:

Consiste en la toma de 750 ng de levonorgestrel lo antes posible tras la relación sexual y una segunda toma (misma dosis) a las 12 horas. También es posible la toma de los 2 comprimidos juntos. Actualmente, es el más utilizado por su eficacia y la aceptabilidad de sus efectos secundarios.

Antiprogesterona:

Mifepristona (antagonista de la progesterona a nivel de su receptor): es el compuesto hormonal de la llamada RU-486 o "píldora abortiva". La mifepristona actúa principalmente a nivel endometrial, provocando un retraso en su maduración e inhibiendo la expresión de numerosos factores fundamentales para la implantación. Estas modificaciones provocan que el embrión se desimplante y muera, de ahí que se le conozca como "aborto químico". Se ha estudiado su utilización a dosis más bajas (50, 25 y 10 mg) como píldora de emergencia, siendo eficaz. Sin embargo, no dispone de la indicación de anticoncepción de emergencia y únicamente se utiliza como abortivo químico.

Antigonadotropo: Danazol.

Es un esteroide semisintético, derivado de la 17a-etiniltosterona, con efecto androgénico. Disminuye también la secreción de FSH y LH y antagoniza la acción de la progesterona y de los estrógenos. Su menor eficacia, comparada con

los métodos anteriores y sus mayores efectos secundarios han hecho que no se utilice como anticonceptivo de emergencia.

DIU:

La inserción de un dispositivo intrauterino se utiliza cuando han pasado más de 72 horas desde la relación sexual. Tiene una alta eficacia, incluso cuando se inserta 5 días después de dicha relación.

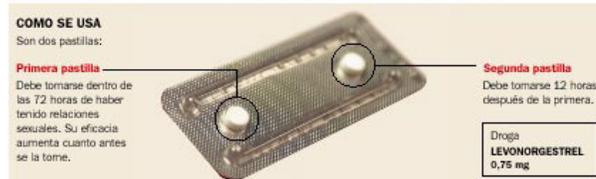
El método Yuzpe y el levonorgestrel son los métodos de "anticoncepción de emergencia" más utilizados. Se les conoce coloquialmente con el nombre de "píldora del día después" (PDD) o "píldora postcoital" (PPC).

Mecanismo de la píldora postcoital

Se han descrito diversos mecanismos de acción de la píldora postcoital. Estos mecanismos pueden clasificarse según actúen antes o después de la fecundación y/o antes de la implantación.

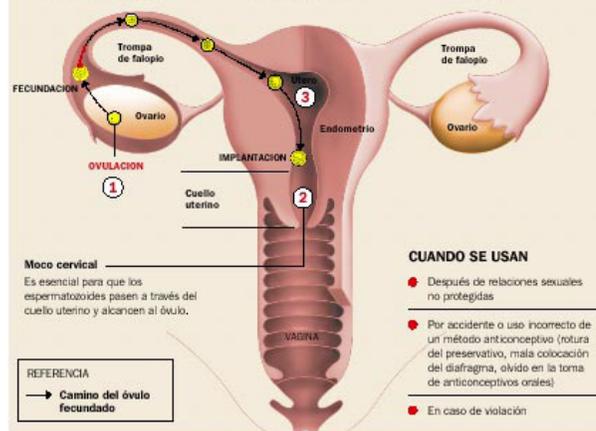
Qué es y cómo actúa

Es un anticonceptivo de emergencia que impide el embarazo luego de una relación sexual.



LA ACCIÓN DE LAS PÍLDORAS

- 1 Impiden la ovulación al inhibir la acción de la hormona hipofisaria en el ovario.
- 2 Además, actúan sobre el moco cervical impidiendo el avance de los espermatozoides.
- 3 Dificultan la sobrevivencia de los espermatozoides en el útero.



Fuente: ... CLARIN

Clasificación de los mecanismos de la acción de la píldora post coital

Prefecundación:

Inhibición o retraso de la ovulación.

Alteración del endometrio (estructural y bioquímica) y de las trompas, que dificulta el transporte de los espermatozoides hasta el óvulo.

Alteración de la secreción cervical (espesamiento), que dificulta la penetración de los espermatozoides en el útero..

Postfecundación:

- Preimplantación: alteración de la motilidad de las trompas, que dificulta el transporte del cigoto al útero.
- Peri-implantación, cambios endometriales (estructurales y bioquímicos) que dificultan la implantación del embrión.
- Postimplantación: interferencia con el cuerpo lúteo.

El momento del ciclo en el que la mujer tome la píldora postcoital y el momento del ciclo en el que haya tenido lugar la relación sexual, determinarán que se evite el embarazo a través de un mecanismo u otro: en unos casos inhibirá o retrasará la ovulación y en otros impedirá la implantación. Por ejemplo, la píldora post coital inhibe la ovulación si se administra antes de que se produzca un determinado desarrollo folicular (12-17 mm.) o de que se haya iniciado la descarga de LH (Croxatto et al., 2004, Hapangama et al., 2001, Marions et al., 2004). Así mismo, teniendo en cuenta que generalmente la píldora postcoital se toma pasadas unas horas de la relación sexual, el efecto sobre la secreción cervical contribuye escasamente a la eficacia contraceptiva, dado que los espermatozoides pueden llegar a las trompas en cinco minutos. Sin embargo, tendrá mayor importancia en aquellos casos en los que todavía no se haya producido la ovulación, puesto que dificultará la supervivencia de los espermatozoides en las criptas cervicales.

Son numerosos los estudios científicos publicados que demuestran que la píldora postcoital modifica el endometrio, impidiendo, en ocasiones, la implantación de un embrión. El embrión no implantado muere, es decir se produce un aborto precoz. Algunos científicos, afirman que la píldora postcoital no es abortiva, puesto que no interfiere con un embrión ya implantado aunque pueda actuar de hecho, impidiendo la implantación del embrión. Estos autores, no califican el mecanismo anti-implantatorio como abortivo porque consideran que el embarazo comienza con la implantación. No obstante, hoy en día, existen suficientes evidencias que demuestran que tras la fecundación se inicia una nueva vida humana.

Independientemente de cuándo se considere el inicio del embarazo y de cómo se denomine al mecanismo antiimplantatorio de la PPC, expertos internacionales de reconocido prestigio en Planificación Familiar, recomiendan que se informe siempre a las mujeres de que la píldora postcoital puede impedir la implantación de un embrión, para asegurar así un correcto consentimiento informado, derecho de toda mujer.

Se puede sugerir que no sería necesario informar a las mujeres sobre la posibilidad de que un método de PF actúe después de la fecundación si dicha posibilidad es muy remota o si no se ha determinado con exactitud la frecuencia con la que actúa de esa manera. Sin embargo, en la práctica del consentimiento informado es imprescindible comentar con el paciente aquellos riesgos o efectos secundarios, que aun

siendo poco frecuentes, pueden ser importantes para él. Por ejemplo, aunque el riesgo de muerte por anestesia es muy bajo, se considera que debe de informarse sobre él, dada la importancia que tiene ara el paciente. De igual manera, el riesgo de que un método de planificación familiar provoque la muerte de un embrión, aunque sea bajo, puede resultar importante para algunas personas, y especialmente para aquellas que opinan que la vida comienza en la fecundación.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios atribuibles a la toma de 1500 mcgr. De Levonorgestrel, como "anticoncepción de emergencia" incluyen: sangrado vaginal irregular, retraso de la menstruación, hipermenorrea, aumento de la sensibilidad mamaria, cefalea, mareos, dolor hipogástrico, náuseas, vómitos, diarrea y fatiga.

Si se produjera un embarazo tras la toma de Levonorgestrel 1500 msgr. Se debe considerar la posibilidad de un embarazo ectópico. Por ellos, no se recomienda su toma a mujeres con riesgo de sufrir un embarazo ectópico (con antecedentes de salpingitis o de embarazo ectópico).

En la ficha técnica de la "píldora del día después" se advierte de que no se aconseja su uso en niñas ya que los datos disponibles en menores de 16 años son muy limitados. Así mismo, la administración reiterada dentro de un ciclo menstrual está desaconsejada debido a un aumento excesivo de hormonas en la mujer y a la posibilidad de alteraciones importantes en el ciclo.

Los estudios científicos sobre la seguridad de la "píldora del día después" no han valorado los efectos a largo plazo de la toma repetida de la píldora del día después. Sin embargo, sí se conocen los efectos adversos del uso continuado de levonorgestrel, puesto que es el preparado hormonal utilizado en implantes subcutáneos anticonceptivos. Entre estos efectos destacan: modificaciones del estado de ánimo y libido, depresión; migrañas; palpitaciones, dolor torácico; hipertensión, venas varicosas; disnea; molestias abdominales; acné, dermatitis de contacto, alopecia, hipertrichosis, exantema, prurito, cambios de pigmentación; síntomas urinarios; vaginitis, quistes ováricos, nódulos mamarios benignos, secreción mamaria; dolor de espalda y pérdida de peso.

EFICACIA DE LA PÍLDORA POSTCOITAL

No existe ningún ensayo clínico realizado con la píldora postcoital (PPC) y con placebo, por lo que únicamente se dispone de estimaciones indirectas, desconociendo su verdadera eficacia. La eficacia se ha calculado comparando el número de embarazos observados tras la toma de levonorgestrel con el número de embarazos esperados si no se hubiese tomado.

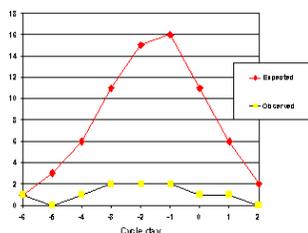
El número de embarazos esperados se calcula multiplicando el número de mujeres que han tenido una relación sexual en cada día del ciclo por la probabilidad de embarazo para ese día, y sumando todos los días del ciclo. La probabilidad

de embarazo para un determinado día del ciclo ha sido calculada por diversos autores a través de estudios con mujeres que querían quedar embarazadas. En estos estudios se han utilizado diferentes métodos para identificar el día de la ovulación, en ocasiones incorrectos, y no se han tenido en cuenta diversos factores que pueden llevar a aumentar dicha probabilidad (como por ejemplo, una mayor fertilidad entre las mujeres participantes en los estudios). Por tanto, las estimaciones de la eficacia de la PPC no son del todo correctas. Según los estudios más recientes, la PPC tiene una eficacia de entre el 49% y el 85%.

Estos porcentajes de eficacia se refieren a la reducción relativa del riesgo de quedarse embarazadas tras haber tomado la píldora postcoital. Es decir, si la eficacia de la píldora postcoital es del 60% y la probabilidad de conseguir un embarazo en el periodo fértil es de aproximadamente el 30%, la píldora postcoital reducirá esa probabilidad al 12%. Es decir, de 100 mujeres que hayan tenido relaciones sexuales en el periodo fértil y que hayan tomado la PPC, 12 se quedarán embarazadas. Si ninguna hubiese tomado la PPC, habría sido 30 embarazos.

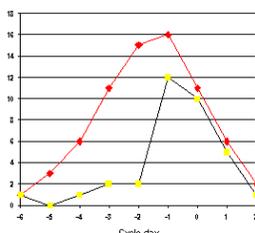
Algunos autores señalan que la PPC es mínimamente eficaz e incluso ineficaz cuando la mujer toma una vez ocurrida la ovulación, concluyendo que el efecto postfecundación no es relevante.

Curva de embarazos observados y esperados de acuerdo a la relación entre el día del coito y el día de la ovulación.



Adaptado de: Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet* 1998; 352:428-33

Si el LNG actúa solo bloqueando la ovulación, la curva de embarazos observados debería tener esta tendencia



El Fondo de Población de Naciones Unidas (Unfpa) recomienda incluir la anticoncepción de emergencia o "la píldora del día después" (PDS) en la gama de suministros disponibles en los programas de planificación de la familia.

La anticoncepción de emergencia reprime la ovulación en la mujer y debe administrarse en las primeras 72 horas después del acto sexual. Se usa generalmente en casos de violación.

La recomendación está en el informe anual sobre el Estado de la Población Mundial 2012, porque Bolivia ocupa el penúltimo lugar de países donde las mujeres usan anticonceptivos modernos. Según la última encuesta de Salud (ENDSA 2008), el 61% de las mujeres de 15 a 49 años usa algún tipo de método anticonceptivo, pero sólo el 34% tiene ac-

ceso a los métodos modernos (anillo vaginal, parches e inyectables, entre otros).

En el área rural, solo el 25.7% de mujeres usa anticonceptivos.

Un dato preocupante es que en Bolivia, el 74% de los embarazos no deseados en adolescentes, entre 15 y 19 años, termina aborto.

A nivel general, la tasa global de fecundidad es de 3.5, sin embargo, las mujeres expresan su deseo de tener sólo dos hijos.

Para disminuir la cifra de embarazos no deseados, el UNFPA aconseja facilitar el acceso de las mujeres a servicios de planificación familiar, así como a la información y a los suministros.

El derecho a la salud reproductiva todavía no es ejercido por la mayoría de la población, en especial por las mujeres, a pesar de la vigencia de programas gratuitos como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

La planificación de la familia basa en los derechos humanos, tiene que estar a disposición de todos y todas, incluyendo a los y las adolescentes.

Es urgente que los servicios, los suministros y la información sean de alta calidad. La planificación de la familia es un derecho cuyo ejercicio posibilita la consecución de toda una gama de otros derechos.

Se podrá por ejemplo, reducir la cantidad de embarazos no deseados, de abortos, así como la mortalidad materna, que es de 190 madres por cada cien mil nacidos vivos.

La meta hasta 2015 es que Bolivia logre bajar esta tasa a menos de 109 decesos por cada cien mil partos.

CONCLUSIONES

La toma de la PDS, según la mejor evidencia disponible, reduce un 81% la probabilidad de embarazo.

Dicho efecto no puede explicarse solamente por un mecanismo anovulatorio. La contribución del efecto anovulatorio al efecto total de la PDS es aproximadamente del 50% (podría ser del 65% si el efecto total de la PDS estuviese en el extremo inferior del intervalo de confianza antes mencionado).

La evidencia disponible muestra que la PDS no afecta a la capacidad de los espermatozoides para alcanzar el útero y activarse para la fecundación. No disponemos de estudios que exploren su influencia en el transporte de los mismos a través de la Trompa de Falopio.

La evidencia directa sobre efectos endometriales de la PDS es inconcluyente. Se han detectado algunas alteraciones, pero sus implicaciones sobre la implantación del embrión son dudosas. Otros efectos, como la alteración del transporte tubárico o de la comunicación hormonal materno-embriónica, no han sido investigados.

Teniendo en cuenta los puntos anteriores, parece muy probable que la PDS actúe parcialmente mediante mecanismos post-fecundación que darían cuenta, al menos, de un 30% y posiblemente de un 50% de su efecto en la disminución de embarazos confirmados. La negación del efecto post-fecundación (abortivo) carece actualmente de base científica relevante y no es consistente con la mejor evidencia clínica disponible sobre magnitud del efecto interceptivo de la PDS; lo mismo, por razones análogas, es aplicable al acetato de ulipristal.

El hecho de que la PDS pueda actuar parcialmente mediante mecanismos que causan la eliminación del embrión, supone un dato de partida para la discusión ética y para las cláusulas de conciencia, y debe ser comunicado a los profesionales. La eliminación del embrión aún no implantado tiene relevancia ética y psicológica para las potenciales usuarias, muchas de las cuales manifiestan que no tomarían un producto de ese tipo. Por tanto, resulta imprescindible que sean informadas, sin ambigüedades ni omisiones, de que la PDS puede tener un efecto abortivo antes de la implantación.

Existe evidencia experimental de máximo nivel que muestra que facilitar la disponibilidad de la PDS no disminuye la tasa de embarazo imprevisto ni la de aborto provocado a nivel poblacional. Las afirmaciones según las cuales la disponibilidad de la PDS —con o sin control médico— contribuiría a disminuir los embarazos imprevistos o los abortos provocados, son contrarias a la mejor evidencia científica disponible y suponen una grave desinformación en materia sanitaria.

No son bien conocidas las causas de la ausencia de efecto sobre dicha tasa de embarazo imprevisto o incidencia de aborto provocado. Varios ensayos clínicos no encuentran cambios en el comportamiento sexual o uso de anticonceptivos, frente a uno que sí encuentra una sustitución parcial del empleo de métodos anticonceptivos habituales —incluido el preservativo—, por la PDS. La fiabilidad de todos estos estudios, que valúan el comportamiento sexual auto declarado, es reducida.

Como cualquier otro producto hormonal, o incluso farmacológico, la PDS supone riesgos para la salud y aún más cuando se usa en poblaciones escasamente representadas en los ensayos clínicos, en condiciones no probadas en los mismos, y/o en personas con riesgos específicos.

En consecuencia, la disponibilidad de la PDS atenta contra la vida de los embriones aún no implantados, supone riesgos para las usuarias, carece de beneficios en términos de reducción de la tasa de embarazo imprevisto y aborto provocado, y ocasiona un gasto superfluo. La expansión actual de la disponibilidad de este producto hormonal, sabiendo que ésta aumenta su utilización pero no aporta beneficios y sí riesgos, parece una decisión contradictoria desde el punto de vista de la salud pública, además de las consideraciones éticas.

RECOMENDACIONES

La anticoncepción de emergencia utiliza los mismos fármacos de las píldoras clásicas y de la mini píldora, pero en dosis muchos mayores.

- Existen muchas formas de tomar estas pastillas. La mujer debe tomarlas respetando la indicación del médico. Se deben evitar atrasos u olvidos.
- Cuando las pastillas son especialmente preparadas, la toma resulta muy sencilla: se toma una pastilla inicial y la segunda a las doce horas. Otras veces la dosis inicial son dos pastillas, y dos más doce horas después.
- Si se utilizan las pastillas anticonceptivas combinadas usuales, la dosis es la misma, pero el número de pastillas es sumamente alto, según la concentración del medicamento en cada pastilla. En estos casos, la toma inicial implica tomar hasta veinte pastillas y un número igual a las doce horas. Esto tiende a asustar a las parejas, pero en realidad es la misma dosis, solo que repartida en ese inusual número de pastillas.
- Si se olvida una pastilla, debe consultarse de inmediato con el médico.
- La anticoncepción de emergencia solo protege de las relaciones sexuales sucedidas en las últimas ciento veinte horas. No evita el embarazo producto de relaciones sexuales acontecidas antes ni después de ese plazo.
- La regla se presentará en la fecha esperada o algunos días antes.
- Si la regla no se presenta cinco días después de la fecha esperada, se debe consultar de inmediato con el médico.
- Si la mujer se embaraza tomando esta píldora, es altamente probable que el niño no corra ningún riesgo.
- Estas pastillas son mejor toleradas si se toman junto con los alimentos.
- Se debe consultar con el médico si se presenta algún episodio de diarrea o vómito.
- Después de usar la anticoncepción de emergencia, es recomendable usar el preservativo hasta el siguiente período menstrual.
- La anticoncepción de emergencia debe usarse como un método ocasional y no como un método permanente. No es recomendable usar esta anticoncepción dos o más veces por mes, ni tampoco varias veces al año. Se debe recordar que la eficacia es mucho menor que en los métodos anticonceptivos regulares.

BIBLIOGRAFÍA

Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy, James Trussell, Elizabeth G. Raymond, MD,

«Anticoncepción de emergencia», Nota OMS N°244.OMS. Consultado el 2 de febrero de 2013.

El Dr. Horacio Croxatto confirma que el acetato de Ulipristal es el anticonceptivo de urgencia no hormonal más eficaz para la mujer, en Noticiasmedicas.es, 26/3/2010

World Health Organization, WHO. (1998). Emergency Contraception: a guide for service delivery. WHO/FR-H7FPP798.19, Geneva.

P.G.L. Lalitkumar, S. Lalitkumar, C.X. Meng, A. Stavreus-Evers, F. Hambiliki, U. Bentin-Ley and Kristina Gemzell-Danielsson - (2007). Mifepristone, but not levonorgestrel, inhibits human blastocyst attachment to an in tro endometrial three-dimensional cell culture model.

Organización Mundial para la Salud (octubre 2005). Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia (en español). Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana. Último acceso 5 de febrero, 2008.

http://www.prospectos.net/postinor_1500_microgramos_comprimido

Planned Parenthood - Mifepristone: Expanding Women's Options for Early Abortion». Consultado el 23 de julio de 2006.

Gemzell-Danielsson, Kristina; Sharon T Cameron (March 2011). «Ulipristal acetate (ellaOne®) for emergency contraception: review of the clinical evidence». *Future Science* 1 (3): pp. 467–472. doi:10.4155/cli.11.6.

Biblioteca Virtual de la Salud - Cochrane BVS - OMS - Bireme - OPS-

Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PFA. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia. Base de Datos de Revisiones Sistemáticas; 2008, Número 2. Art. n.º: CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub3.

Piaggio G et al. (2003). «Meta-analysis of randomized trials comparing different doses of mifepristone in emergency contraception». *Contraception* 68 (6): pp. 447-52. doi:10.1016/S0010-7824(03)00142-2. PMID 14698075.

Wertheimer, Randy E. (15-11-2000). «Emergency Postcoital Contraception». *American Family Physician* (American Academy of Family Physicians).

Ho, Pak Chung, et al. (2002). «Mifepristone: Contraceptive and Non-Contraceptive Uses». *Current Opinions in Obstetrics Gynecology* 14 (3): pp. 325-230. doi:10.1097/00001703-200206000-00013. PMID 12032390.

Gemzell-Danielsson, K.; Marions, L. (10-06-2004). «Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception». *Human Reproduction Update* (Oxford University Press) 10 (4): pp. 341-348. doi: 10.1093/humupd/dmh027. PMID15192056.

Meloxicam: El Anticonceptivo del Momento, en Farmacia Espoz, Chile

Compite Med

Respuesta

Caso N° 2: (Viene de Pag. N° 32)

a) Raquitismo

Las características radiológicas del raquitismo son:

- Alargamiento de los cartílagos de crecimiento
- Irregularidad en las metafisis
- Deformidad en copa en las epífisis por osificación retardada o irregular
- Rosario raquítico por hipertrofia de las uniones costocondrales
- Deformidad en arco de los huesos largos
- Deformidades vertebrales y escoliosis en niños mayores
- Pseudofracturas
- Configuración trirradiada de la pelvis