

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN –Managua

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**

UNAN - MANAGUA

Tesis para optar al Título de Médico General en Cirugía

TEMA:

**CONOCIMIENTO S, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE METODOS
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA DE ADULTOS PRIVADOS DE LIBERTAD DEL
SISTEMA PENITENCIARIO DE CHONTALES; SEGUNDO SEMESTRE 2013.**

**AUTOR: Br. LESTER JAVIER URBINA
MEDICO EGRESADO**

**TUTORA: Msc. YADIRA MEDRANO MONCADA, SMP
PROFESORA TITULAR, UNAN MANAGUA**

Managua, Nicaragua 2018

INDICE

Contenido

i.	DEDICATORIA	2
ii.	AGRADECIMIENTOS	3
iii.	CARTA DEL TUTOR.....	4
iv.	RESUMEN	5
I.	INTRODUCCIÓN.....	7
2.1	ANTECEDENTES	9
2.2	JUSTIFICACION	13
2.3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
II.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	15
III.	MARCO TEORICO	16
IV.	DISEÑO METODOLOGICO.....	57
V.	OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	64
VI.	RESULTADOS	68
VII.	DISCUSIÓN	73
VIII.	CONCLUSIONES.....	80
IX.	RECOMENDACIONES.....	81
X.	BIBLIOGRAFIA.....	82
XI.	ANEXOS	86

i. DEDICATORIA

A Dios por ser el centro de mi vida quien me ha guiado en este caminar.

A mis padres los cuales atreves de como guiaron mi camino me hicieron crecer y conocer el infinito amor de Jesucristo.

A mi segunda mama Nanci Gutiérrez quien siempre estuvo desde mi infancia pendiente de mi educación.

A mi tercera mama y hermana que con orgullo es un pilar en mi vida.

A mi cuarta mama Sonia Gutiérrez por haberme dado esta carrera y verme como un hijo más.

A José Silva mi padre espiritual quien me preparo para los caminos más difíciles que he enfrentado.

A Erika de la Cruz Soriano Martínez por que fuiste quien permitió que finalizara esta investigación.

A todos mis hermano de la Iglesia La Roca por sus oraciones por ese amor silencioso que nadie puede ver.

ii. AGRADECIMIENTOS

A ti mi señor Jesús por alcanzarme con tu amor y haberme dado la oportunidad de finalizar esta carrera.

A mis padres, tres mamas, abuelita Eduarda Urbina, papa espiritual y a ti Érica Soriano Martínez.

A mi ángel guardián, mentora espiritual y hermana en la fe Heylin Eugenia Cerda Martínez.

A mi tutora por su apoyo incondicional msc. Yadira Medrano Moncada.

Al Alcaide Darling Morales por permitirme realizar esta investigación en el establecimiento penitenciario de Juigalpa.

A mis hermano en la fe por sus oraciones en especial a Carlos Espinoza y su esposa Nilda Ramírez, Ana Bonilla y sus esposo y Gabriela Gutiérrez.

A Donald Hurtado, Ronal Hurtado y a la Dra.: Ingri Conrado por permitirme darme una segunda oportunidad.

A los adultos privados/as de libertad entrevistados para la realización del presente estudio, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la elaboración de esta investigación.

A todos mis maestro de la UNAN- Managua por ese don de enseñar.

iii. CARTA DEL TUTOR



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
2018. “Año de la Internalización de la Universidad”**

OPINION DE LA TUTORA

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Métodos Anticonceptivos de Emergencia en adultos privados de libertad. Sistema Penitenciario de Chontales. II semestre 2013”. Autor: Lester Javier Urbina, médico egresado de la Facultad.

El Br. Urbina, durante el desarrollo del trabajo demostró responsabilidad y compromiso, además realizó su trabajo en una población vulnerable.

Entre los resultados se destacan una población con escolaridad entre primaria y secundaria de religión católica, procedentes del Departamento de chontales, Región autónoma del Atlántico Sur, así como de otros departamentos de Nicaragua; en su mayoría menores de 45 años, con regular conocimiento acerca de los Métodos anticonceptivos de emergencia aunque tienen una actitud favorable sobre los mismos. Al asociar el nivel de conocimiento con la práctica de dichos métodos se encontró que esta era entre regular y mala.

Es deseable que el autor del trabajo haga entrega de los resultados del estudio a las autoridades correspondientes, para que las recomendaciones puedan ser incorporadas en el proceso de educación de las personas participantes.

Dada en la Ciudad de Managua, Nicaragua a los cinco días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho.

Yadira Medrano Moncada.

Profesora Titular UNAN-MANAGUA

Cc/Archivo

“¡A la libertad por la Universidad!”

Teléfono 22771850 ext 5511 *Apartado Postal # 663

Rotonda Universitaria Rigoberto López Pérez, 150 metros al este, Managua, Nicaragua
margaritadefatimaperez@gmail.com / [http:// www.unan.edu.ni](http://www.unan.edu.ni)

iv. RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos de emergencia (MAE) en los adultos privados de libertad del sistema penitenciario de Chontales durante el segundo trimestre 2013.

El tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron todos los adultos privados de libertad del sistema penitenciario de Chontales. La muestra fue de 100 y el muestreo fue aleatorio simple. Primeramente se entrevistó a informantes claves (adultos, mujeres, líderes religiosos privados de libertad y funcionarios) para elaborar el instrumento de recolección de información y validarlo.

De los cien adultos encuestados el 100% habían escuchado sobre los métodos de planificación familiar, el 40% habían oído hablar de MAE y solo el 60% habían usado un MAE. En general el nivel de conocimientos sobre los MAE es regular en un 80%. Las principales debilidades se encuentran en que los encuestados desconocen los tipos de MAE, ya que 67.5% conocen la PPMS, 2.5% al DIU y 17.5% a Lo-femenil como métodos anticonceptivos de emergencia, desconocen la forma de uso y la mayoría no saben que estos métodos están disponibles en las unidades de salud y hospitales puesto que el 100% los adquiere en farmacias privadas.

El 60% de los adultos que conocían la anticoncepción de emergencia tenían una actitud favorable a la misma, lo cual está asociado a factores cognitivos, afectivos, conductuales y religiosos.

Los/as adultos en estudio en su mayoría con un nivel de educación media, el 65% iniciaron su vida sexual entre 10-14 años el 57.5% de los adultos en adultez temprana son los que han utilizados MAE.

En cuanto a la frecuencia de la utilización de lo MAE el 45% tiene menos de 5 años de prisión, el 45.8% lo han utilizado en más de dos ocasiones, lo que preocupa por que lo utilizan como un método anticonceptivo regular, lo que les puede provocar alteraciones hormonales y de los adultos que han utilizado MAE el 63.1% lo hizo de forma incorrecta.

Los adultos manejaron información general sobre los MAE, pero carecen de información vital para realizar el uso adecuado y por ello tienen unas prácticas incorrectas.

El conocimiento de los adultos sobre MAE fue clasificado como regular en un 80% la actitud hacia los MAE fueron clasificado como favorables en un 87.5%. Las prácticas de MAE fueron clasificadas como incorrectas en un 54.1%, por lo tanto se recomienda proporcionar educación a los adultos sobre métodos anticonceptivos regulares y de emergencia, para que sean utilizado de forma adecuada y de esta manera evitar los embarazos no deseados y la incidencia de los abortos.

I. INTRODUCCIÓN

Entre 2000 y el 2011 se estimaron 338 millones de embarazo no deseados ni planificados en todo el mundo (28% de 1.2 millones durante ese periodo). Estos embarazo no deseados provocaron alrededor de 700,000 muertes por mortalidad materna (casi una quinta parte de la mortalidad materna durante el mismo periodo). Más de un tercio de las muertes se debieron a problema relacionado con el embarazo o el parto, pero la mayoría (64%) fueron por complicaciones producto de las prácticas de abortos inseguros. La mayoría de las muertes ocurrieron en las regiones menos desarrollada del mundo, donde no se dispone de planificación familiar y los servicios de salud apenas existen. ⁽²⁷⁾

Además, en Latinoamérica y el Caribe el 36.4% de los embarazo no son deseados (n=114.4 millones de embarazo) y el 39.7% de las muertes materna se atribuyen a embarazo no deseados. Por otro lado, los abortos representan el 24.5% de todos los embarazo, y el 66.9% de esto se debe a embarazo no deseados.

La anticoncepción de emergencia (MAE) se define como un medicamento o dispositivo que se utiliza como medida de emergencia para prevenir un embarazo luego de tener relaciones sexuales sin protección, y suele resultar útil también en caso de agresión sexual, pero debería evitarse términos usados para describir este método., por ejemplo, “píldora para la mañana siguientes” y píldora para después del sexo, ya que pueden ocasionar confusión con respectos al momento que se deben tomar y a su propósito.

Se trata de técnica de uso alternativo y ocasional, no de una forma periódica de anticoncepción y constituye una intervención oportuna en países en desarrollo con altas tasas de mortalidad materna en los cuales el aborto en malas condiciones es secundario a un embarazo no deseado, que a su

vez es consecuencia de la falla de métodos anticonceptivos o relaciones sexuales sin protección. Existe suficiente evidencia de que las tasas de muerte materna son evitable y prevenible si se hubiese utilizado MAE oportunos. ⁽²⁷⁾

Se calcula que, solo en EE.UU el uso generalizado de la anticoncepción de emergencia podría llegar a prevenir más de un millón de abortos y dos millones de abortos no deseados que llega a términos por años. La mayoría de los obstetra y ginecólogos estado unidenses conocen la existencia de esta técnica, sin embargo la prescriben en muy contadas ocasiones. Solo un porcentaje mínimo 1% de mujeres de ese país informa haber utilizado alguna vez este tipo de anticoncepción.

En Nicaragua la mitad de la población son adultos jóvenes, y tienen la fertilidad más alta de Latinoamérica, en donde las mujeres de 15-30 años ya son madres y constituyen el 25% son embarazo no deseados. En Nicaragua el grupo de 15-40 años ha utilizado loa MAE solamente el 0.8%, debido a la falta de conocimientos de esto métodos y a problemas relacionados a su adquisición. ⁽⁶⁾ Estas cifras son alarmante si tomamos en cuenta que los embarazos no deseados son un fenómeno prevenible, y que una forma de hacerlo es con el uso de métodos anticonceptivos de emergencias.

2.1 ANTECEDENTES

Dado que el aborto es ilegal en Nicaragua, la anticoncepción postcoital es una opción importante para prevenir embarazo no planeado. Los MAE están disponible sin receta en las farmacias nicaragüenses, pero los conocimientos y actitudes del personal de farmacia respectos a estos métodos pueden afectar el acceso. ⁽⁵⁾

Un estudio realizado por la OMS en 1995 encontró que la inserción del DIU como MAE informo una tasa de embarazo menor del 1% en 84000 inserciones postcoitales. ⁽³⁾

En la india una encuesta realizada por el consorcio de anticoncepción de emergencia en el 2001 en 4000 mujeres entre 18 y 55 años, llevado acabó en el estado de Delhi revelo un escaso conocimiento 3.2%, el conocimientos en áreas rurales fue inferior al 2%, con un conocimiento escaso de médicos generales de un 15%. ⁽¹¹⁾

Estudios realizado por la OMS en el 2002, analizando 81 estudio clínicos (70 de ellos realizado en China) en los que participaron 45842 mujeres con el objetivo de determinar cuál es el método anticoncepción de emergencia más efectivo, seguro y conveniente posterior a relaciones sexuales sin protección para la prevención de embarazo, esto estudio compararon los diferentes MAE como el Yuzpe, Levonorgestrel, Danazol, Mifepristona, Anodrin, Misoprostol, Tamoxifeno y el DIU. Encontrando que el mifespristona y el levonorgestrel son efectivos y bien tolerado, que la dosis media del mifespristona debería ser el método de preferencia, pero no está disponible en todos los países.

Que el Yuzpe debería de usarse cuando no están disponible las dos opciones antes mencionadas y ofrecer el DIU a toda mujer que solicite un método anticonceptivos a largo plazo y que los otros métodos como Anodrin, Tamoxifeno, Danazol y misoprostol desconocen ventaja alguna. ⁽¹⁰⁾

Un estudio realizado por Von Hertzen en el 2002 comparativo de 4071 mujeres en 15 clínicas de países, que evaluó dos regímenes de leonorgestrel (dosis única y dos dosis) ⁽²⁶⁾ contra mifeprestona en dosis única mostraron que la tasa de embarazo para ambos fármacos no difirió estadísticamente y la efectividad no se afectó aun si el tratamiento se postergaba más allá de las 72 horas. ⁽¹³⁾

Un estudio de la OMS (Von HERTZEN, 2002) revelo que una dosis única de 1.5 mg de levonorgestrel puede sustituir a dosis de 0.75 mg de administrada con un intervalo de 12 horas, ambas forma son eficaces de prevenir gestación. ⁽⁷⁾

Estudio realizado por la OMS en el 2004 sobre esteroide como el Danazol utilizado como MAE, mostro poca efectividad en la prevención del embarazo, ya que sustento tasas de embarazo de hasta el 6%. ⁽³⁾

Un estudio exploratorio de la literatura cubana y extranjera disponible en la biblioteca del hospital Tamara Norte del instituto superior de ciencia médica durante el periodo 2004-2005 sobre MAE encontrando dos grandes corrientes adoptada por prestigiosa autoridades en la temática:

a-La que la definen como un método abortivo, teniendo en cuenta que el embarazo se inicia con la fecundación.

b-La que no lo la considera como un método abortivo pues estima que el embarazo se inicia cuando ocurre la implantación. ⁽⁹⁾

Estudio realizado por la OPS/OMS en el 2006 sobre la eficacia del método del Yuzpe ofrece resultado donde la tasa de fallo del método varía desde aproximadamente el 0.2%, hasta tazas de eficacia es útil porque indica que todas las mujeres tratadas con este método es probable que se quedaran embarazada 2% o menos. ⁽⁸⁾

Una revisión sistemática realizada por la universidad de Oxford e el 2007, EE.UU de 48 estudio que incluyeron 33110 mujeres confirmo que el levonorgestrel y el mifeprestona son más efectivo y seguro que los preparados hormonales combinados, sin embargo el levonorgestrel de 1.5 mg en dosis única se considera de primera elección por su simplicidad de uso accesibilidad y bajo costo.

⁽²²⁾

En el 2008 el Dr. Horacio Croxato y el equipo científico de ICMER (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva) realizaron un ensayo clínico publicados en el 2010 con una muestra de 27 mujeres con ciclo menstrual regular (18-40 años) con Miloxican de 15 a 30 mg al día vía oral por cinco días consecutivos durante la fase folicular con un folículo de 18 mm de diámetro. Al final del estudio 22 voluntaria finalizaron el estudio encontrando que inhibe la ovulación, impide la rotura del folículo que contiene el ovulo tomándose dosis de 30 mg al día por cinco días después de la relación sexual sin protección el cual también no altera el sistema endocrino y no causa alteraciones menstruales. ⁽¹²⁾

En un estudio multicentrico a gran escala, realizado en el 2009 por la OMS descubrieron que un régimen de dos dosis de 0.75 mg de levonorgestrel, previene el embarazo después del coito sin protección. ⁽³⁾

En el 2004 el centro de salud de Villa Libertad realizo un estudio CAP de MAE en adolescentes que acudieron al centro con una muestra de 152. Encontrando que el 77% no conocían a los MAE el 91% dijo no conocer cuando se usan y el 80% que no lo usaba. ⁽⁶⁾

En marzo del 2011 la coordinadora del consorcio latinoamericano de anticoncepción de emergencia realizo una encuesta transversal en Managua a 93 empleados de farmacia para determinar el nivel de conocimiento y actitudes en relación a la PPMS.

Encontrando que el 45% tiene conocimientos malos y el 65% actitudes malas y más de la tercera parte del personal entrevistados 39% pensaba que la píldora puede inducir aborto. ⁽⁵⁾

En febrero del 2011 la Dra. Margarita Toledo y Maribel Urbina realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en 336 adolescente del municipio de Juigalpa sobre CAP de MAE encontrando que solo 72.1% conocen los MAE y solo el 19.3% conoce la PPMS y el DIU el 7.6% además se encontró que tiene una actitud favorable 85.5% y en la practica el 50% lo había utilizado en más de dos ocasiones.⁽⁶⁾

2.2 JUSTIFICACION

EL impacto de un embarazo es un problema multidimensional, cuando este no es deseado, lo que se traduce aun mayor número de hijos, desempleo, fracaso con la pareja. Lo que contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza, lo cual puede ser prevenible a través del uso eficiente de métodos de planificación familiar, como los MAE.

El ministerio de salud ha trabajado en la reducción de la muerte materna, llevándola al quinquenio 2006-2010 de 92.8% a 66.6%, representando un 25% de reducción. ⁽²⁷⁾ Los centros de salud cercanos al sistema penitenciario aunque ofertan y dan cobertura con los métodos de planificación familiar a los privados/as no ofertan como alternativa los MAE.

Esto ocasiona que una alta proporción de usuarios sexualmente activos no dispongan con la alternativa de una planificación familiar completa. Por lo tanto se espera que los resultados obtenidos de este estudio pueda proveer evidencia para el ministerio de salud y autoridades penitenciaria vean la necesidad de disponer de esto métodos para los privados de libertad.

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua el uso de anticonceptivos modernos en mujeres casadas/unidas de 15-49 años es de 69.8% y la tasa de necesidad insatisfecha de planificación familiar es de 10.7. ⁽²⁷⁾

Actualmente en Chontales el uso de anticonceptivos es de 76% para todas las mujeres en edad fértil. Siendo el método más utilizado la esterilización femenina con un 30%. Y únicamente el 0.1% han utilizado anticoncepción de emergencia y de esta la mujeres unidas lo han usado 1.9% y las no unidas sexualmente activas en un 5.2% ⁽⁶⁾ ubicándose el municipio de Juigalpa para septiembre del 2012 en cobertura de planificación familiar en el 3%, siendo esta la cifra más inferior en relación a los otros municipio del departamentos y a nivel nacional. Razón por la que el número de embarazo no deseado es de 79%, en este municipio. ⁽²⁷⁾

Debido a esto se realizó una encuesta a 50 adultos privados/as de libertad escogido al azar en donde el 90% menciono que si ellos tuvieran la información adecuada sobre métodos anticonceptivos de emergencia lo usarían para evitar embarazos no deseados. Por todo lo anteriormente planteado se pretende despejar la siguiente interrogante.

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos de emergencia que tienen los adultos privados de libertad del sistema penitenciario de Chontales durante el segundo trimestre del 2013?

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.1 Objetivos General

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos de emergencia (MAE) en adultos privados/as de libertad del sistema penitenciario de Chontales, en el segundo trimestre 2013

2.2 Objetivos Específicos

- 1- Caracterizar demográficamente a los adultos privados/as de libertad en estudio sobre MAE.
- 2- Describir la información y el conocimiento de los adultos privados/as de libertad en estudio acerca de los MAE.
- 3- Identificar la actitud de los adultos privados/as de libertad en estudio.
- 4- Determinar las prácticas de los adultos privados/as de libertad sobre MAE.

III. MARCO TEORICO

3.1 Generalidades de métodos anticonceptivos regulares.

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí misma tener o no, el número de hijos/as que desean, así como el momento oportuno Para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible.

La ANTICONCEPCIÓN (CONTRACEPCIÓN) impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivo o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito puede realizarse sin fecundación.

La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consciente, asegura la probabilidad mínima de embarazos. ⁽⁴⁾

3.2 Clasificación de los métodos anticonceptivos

1-Metodos anticonceptivos femeninos	2-Metodos anticonceptivos masculinos.	3-Metodos anticonceptivos en situaciones especiales
Métodos temporales Naturales De barrera Mecánicos Hormonales	2.1 Métodos temporales a- Naturales b- de barrera	Anticoncepción en la adolescencia Anticoncepción en la peri-menopausia Anticoncepción en post-parto, post-aborto y trans-cesaria. Anticoncepción de emergencia
Métodos permanentes Oclusión tubarica bilateral.	2.2 Métodos permanentes. a- Vasectomía	

Fuente: ⁽⁴⁾

3.3 Métodos anticonceptivos femeninos

3.3.1 métodos temporales

3.3.2 naturales

3.3.3 abstinencia

Es una práctica sexual que los hombres o las mujeres con la pareja adopta voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando totalmente tener relaciones sexuales.

- **Abstinencia periódica**

Definición: La Organización Mundial de la Salud los ha definido como: métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual de la mujer; existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y el acto sexual, cuando ocurre, es completo.

- **Tipos de métodos de abstinencia periódica**

- ✓ Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
- ✓ Método de temperatura corporal basal o método térmico
- ✓ método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
- ✓ Método sintotérmico.
- ✓ Método del collar o días fijos.

- **Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.**

Este método se basa en la abstinencia durante el periodo fértil de la mujer, periodo que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales.

➤ **Método de temperatura corporal basal o método térmico**

Este método identifica el periodo de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La temperatura corporal basal es la temperatura más baja que alcanza el organismo en una persona, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas, apenas se despierte y antes de que realice alguna actividad, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal, o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

➤ **método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.**

Este método reconoce los cambios del moco cervical en los periodos pre y post ovulación por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y bulbares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos. ⁽⁴⁾

➤ **Método sintotérmico.**

Este método combina varias técnicas de abstinencia periódica determinando la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación de señales.

En principio esta combinación del método del moco cervical, el método del calendario y la temperatura corporal basal.

También puede utilizar los datos de ciclo anteriores y secundariamente síntomas tales como el dolor abdominal bajo intermenstrual, manchas de sangrado intermenstrual, sensibilidad en los senos y cambios de humor.

El uso de varias técnicas permite tener más precisión para identificar el periodo fértil de ciclo menstrual.

➤ **Método del collar o días fijos.**

El método del collar del ciclo o días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su periodo fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días

❖ **Barrera**

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a las usuarias ningún método de planificación familiar de barrera (preservativos femeninos, espermicidas y diafragma.

➤ **Preservativos Femeninos:**

Definición: Es un método anticonceptivo temporal. Tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

❖ **Mecánicos**

❖ **Dispositivo intrauterino DIU**

Definición: El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos.

❖ **Hormonales**

• **Métodos hormonales orales combinados.**

Definición: Píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas (una progestina y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesteronas y estrógeno en el cuerpo de la mujer y que administrados por vía oral evitan el embarazo. ⁽⁴⁾

➤ **Eficacia anticonceptiva**

Su eficacia es alrededor del 97% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000) esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92 % por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por años de uso.

• **Métodos hormonales inyectables:**

➤ **Intramusculares hormonales combinados mensuales.**

Definición: anticonceptivos que contienen dos hormonas, una progestina y un estrógeno, similares a las hormonas naturales que produce el cuerpo de la mujer, cuyo uso es intramuscular y con efecto anticonceptivo de un mes.

Eficacia: la eficacia es mayor al 99 % se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

➤ **Métodos permanentes**

❖ **Oclusión tubarica bilateral (OTB)**

Métodos femeninos permanentes: Oclusión Tubarica Bilateral (OTB), esterilización quirúrgica voluntaria, corte y ligadura tubarica, tubectomía.

Definición: Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el ovulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

3.4 Métodos anticonceptivos masculinos

3.4.1 métodos temporales

3.4.2 naturales

3.4.3 Abstinencia (ya descrita en los métodos naturales femeninos)

3.4.4 Coitus interruptus, coito interrumpido, retiro.

➤ **Método del Coito interrumpido**

Definición: Es un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación, es muy poco confiable. ⁽⁴⁾

➤ **Barrera**

❖ **Condón o Preservativo**

Definición: Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

➤ **Métodos permanentes**

❖ **Vasectomía**

Definición: Es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio que pone fin a su capacidad reproductiva.

3.5 Métodos anticonceptivos en situaciones especiales:

3.5.1 Anticoncepción en la adolescencia.

3.5.2 Anticoncepción en la peri menopausia.

3.5.3 Anticoncepción en postparto, post aborto y trans-cesaria.

3.5.4 Anticonceptivos de emergencia.

Se trata de usuarias con una condición especial: jóvenes, adolescentes, anticoncepción de emergencia, o posterior a finalizar un embarazo, en la peri menopausia.

El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos, o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.

➤ Anticoncepción en la adolescencia.

Definición: Es el uso de anticonceptivos por un/a adolescente o pareja de ellos, al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa. La vida sexual generalmente es esporádica, no planificada o permanente.

➤ Anticoncepción en la peri menopausia

Se entiende por mujer en periodo de peri menopausia a aquella que se encuentra en el grupo de edad mayor de 35 años, en quienes la función biológica del ovario empieza a declinar (declinación exponencial del número de ovocitos) y se presenta alteración de la regulación hormonal feed-back hipofisaria, fluctuación en la producción de hormonas ováricas que provocan menstruación irregular y varía la cantidad del sangrado, se considera menopausia cuando tiene un año sin menstruación.

➤ **Anticoncepción en postparto, post aborto y trans-cesaria.**

Anticoncepción al finalizar un embarazo:

Es la estrategia que permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente después de un parto, cesaría o aborto y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida o como parte de las acciones que se brinda durante la atención domiciliar ya sea para su atención o referencia. ⁽⁴⁾

➤ **Anticonceptivos de emergencia**

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección. La probabilidad de quedar embarazada por un solo coito sin protección a la mitad del ciclo menstrual es del 2 al 10 %. ⁽⁴⁾

3.6 Generalidades de los Métodos Anticonceptivos de Emergencia

3.6.1 Historia de los métodos anticonceptivos de emergencia

A mediados de los años 60, el Dr. holandés Ary Haspels, pionero en el campo de la planificación familiar, administró por primera vez altas dosis de un estrógeno postcoital a una niña de 13 años víctima de violación, dando inicio así a lo que se transformó en el primer régimen estándar de hormonas esteroideas usadas para prevenir el embarazo

Pronto se comenzó a investigar con otros regímenes. A mediados de los años 70, las investigaciones realizadas por el médico canadiense Albert Yuzpe sobre el uso de las altas dosis de píldoras anticonceptivas orales combinadas llevaron a la adopción masiva del régimen estrógeno-progestina (etinil estradiol mas levonorgestrel) como régimen Preferido para anticoncepción de emergencia luego de un coito sin protección anticonceptiva.

El régimen de Yuzpe ha sido el tratamiento estándar alrededor de 25 años, pero en casi todos los países se encuentra ya subutilizado.

A principio de los años 70 a principios de los años, investigadores de varios países comenzaron a realizar estudios con dosis variables de levonorgestrel para su uso en anticoncepción poscoital de rutina. Los resultados de los primeros estudios mostraron que una dosis única de 0.75 mg administrada poco después de un coito sin protección era eficaz para prevenir el embarazo. Sin embargo, presentaba una alta incidencia de alteraciones menstruales al usarse como anticoncepción poscoital de rutina. Sin embargo, estos primeros estudios sugirieron que el levonorgestrel podrá ser útil en anticoncepción de emergencia postcoital.

El levonorgestrel representa la generación más reciente en anticoncepción de emergencia. En Hong Kong, el primer estudio comparativo patrocinado por la OMS en 834 mujeres, sugirió que el levonorgestrel solo, usado dentro de 48 horas después de un coito sin protección anticonceptiva, era tan eficaz como el régimen Yuzpe y causaba menos efectos secundarios. El estudio multicéntrico siguiente realizado por la OMS en 21 centros de 24 países que involucró a 1988 mujeres confirmó estos resultados.

Este estudio que fue publicado en el año 1998 en la revista médica Lancet, mostró que el régimen de levonorgestrel (en dosis de 0.75 mg repetida 12 horas más tarde) era al menos tan eficaz como el régimen yuzpe dentro de las 72 horas siguientes y era mucho mejor tolerado. El estudio de la OMS demostró que cuanto antes se tome el método anticonceptivo de emergencia después de un coito sin protección, más eficaz es su acción. ⁽³⁾

3.6.2 Definición de MAE.

Según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), La anticoncepción de emergencia (AE) es un método de prevención de embarazos que funciona dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber mantenido una relación sexual sin protección. ^(1,2) No se considera un método de planificación familiar, su uso Se reserva sólo para situaciones de emergencias. ⁽³⁾

3.6.3 Tipos de MAE

Básicamente hay dos tipos de anticoncepción de emergencia:

➤ **Métodos hormonales** ⁽³⁾

➤ **métodos mecánicos (DIU)** ⁽³⁾

❖ **Métodos hormonales**

• **Métodos hormonales orales combinados:**

✓ Estrógeno +progesterona (método de Yuzpe) etinilestradiol 50mcg + levonorgestrel 250mcg (neogyon, eugynon) o etinilestradiol 50mcg +norgestimato 500 mcg (ovral) por vía oral tomar dosis única 4 tabletas cada 12 hora total de 8 tabletas.

✓ Etinilestradiol 30 mcg + levonorgestrel 150mcg (lo-femenal, micorgynon) (nordette) o etinilestradiol 30 mcg + norgestrel 300mcg tomar en dosis única 8 tabletas o 4 tableta cada 12 horas, total de 8 tabletas. ⁽¹⁴⁾

• **Progestágeno solo.**

✓ levonorgestrel 0.03mg (microlut) tomar dos dosis únicas de 50 tabletas o 25 tabletas cada 12 horas.

✓ Levonorgestrel 0.0375 mg (ovret)

- ✓ Levonorgestrel 75mg (PPMS-POSTINOR-2) Tomar en dosis única dos tabletas o una tableta cada 12 horas total 2 tabletas. ⁽¹⁴⁾

➤ **Formulas hormonales.**

Fórmula	Marca	Dosis c/12h	Dosis única	Total de dosis
EE 50mcg+LNG 250mcg	Neogynon	2 tab.	4 tab.	4 tab.
EE50mcg + NG 500mcg	Eugynon	2 tab.		
	Ovral			
EE 30mcg + LNG 150mcg	Lo-Femenal	4 tab.	8 tab.	8 tab.
EE 30mcg + NG 300mcg	Microgynon	4 tab.		
	Nortatte			
LNG 0.03mg	Microlut	25 tabletas	50 tab.	50 tab.
LNG 0.0375mg	Ovret	20 tab.	40 tab.	40 tab.
LNG 75mg	PPMS	1 tab.	2 tab.	2 tab.
	Postinor-2			

Fuente: ⁽¹⁷⁾

3.7 Métodos Mecánicos

3.7.1 Dispositivo intrauterino (DIU)

Definición: Es el dispositivo intrauterino (DIU), es un método anticonceptivo regular y de emergencia reversible seguro y efectivo, hechos de metal y plásticos que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos. ⁽⁴⁾

3.8 Generalidades de los métodos anticonceptivos de emergencia

3.8.1 Hormonales orales combinados.

➤ Método Yuzpe:

El método Yuzpe es el más estudiado de anticoncepción oral postcoito, pues permite evitar un embarazo dentro de las primeras 72 horas, después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Actualmente se realiza en México pruebas del método Yuzpe de administración por vía vaginal, en cremas y aerosoles. Si bien el tratamiento exacto varía mucho en los países del mundo, este consiste en tomar ciertas dosis de píldoras anticonceptivas luego de una relación sexual sin protección o hasta 72 horas después.

Este método para la anticoncepción de emergencia utiliza píldoras que contienen tanto estrógenos como progestina y se administran en dos dosis. La dosis inicial dentro de las primeras 72 horas después de un contacto sexual sin protección y una segunda dosis 12 horas después. Hasta hace una década era el único método hormonal disponible de anticonceptivos de emergencia. ⁽⁷⁾

Los efectos secundarios del efecto Yuzpe son los mismos que se experimentan comúnmente con el uso a corto plazo de anticonceptivos orales: náuseas, vómitos en 20% de los casos, dolores de cabeza, hipersensibilidad de mamas, dolores abdominales y mareos. Las náuseas es el efecto secundario más común, generalmente lo sufre el 50% de las usuarias. Algunos clínicos recomiendan el uso de un medicamento antiemético que previene las náuseas por ejemplo el dimenhidrinato o el clorhidrato de ciclicina una hora antes de las dosis. En cuanto a la próxima menstruación ocurre usualmente alrededor del tiempo esperado o antes.

Una de las razones de la popularidad del método Yuzpe es que las hormonas utilizadas son los ingredientes activos que se encuentran en varias marcas comunes de anticonceptivos orales

combinados, por ejemplo las mujeres de Nicaragua pueden usar la Microgynon o la Lo-Femenal para practicar el método Yuzpe; en otras palabras deben tomar cuatro píldoras por cada mitad de régimen.

En los países en desarrollo no se encuentra ningún producto empacado específicamente para el método Yuzpe, si bien los anticonceptivos orales para este tratamiento se encuentran disponibles en muchos países, en varios países europeos las tabletas equivalentes a Ovral se encuentran disponibles en envases de cuatro tabletas con una etiqueta que explícitamente la recomienda para casos de emergencia.⁽⁷⁾

➤ **Precauciones del método de Yuzpe**

Si se toman las pastillas de un paquete que contiene 28 píldoras es necesario asegurarse de tomar las que contienen hormonas. No hay que olvidar que los paquetes de 28 pastillas tienen 7 de ellas que son de azúcar y vienen marcadas con colores diferentes.

Solo en caso de vómitos se debe tomar una dosis extra. Tomar más pastillas de las indicadas no hace al método más efectivo y puede incrementar la sensación de náuseas.

➤ **Advertencias del método de Yuzpe**

Este no es un método abortivo, por lo que no funciona si ya hay un retraso en la menstruación.

Consultar al médico antes de tomar cualquier medicamento cuyo uso requiera receta médica.

No debe ser usada en lugar de los métodos de planificación familiar.

Solo debe ser empleado en urgencias como violación, cuando fallan los anticonceptivos si la fémina ha olvidado tomar dos o más pastillas anticonceptivas y cuando se ha tenido relaciones sexuales sin protección o se rompe el preservativo y la mujer quiere evitar el embarazo.

No previene contra infecciones de transmisión sexual (ITS).

Si las mujeres que han empleado este método piensan reanudar sus relaciones sexuales y no utilizan anticonceptivos en ese momento, deben planear la adopción de alguno de éstos.

Los anticonceptivos de emergencia disminuyen considerablemente su eficacia 72 horas después de la relación sexual desprotegida, por lo que no se recomienda tomarlo en este periodo. ⁽⁷⁾

3.9 Hormonales solo (progestágenos solo)

3.9.1 PPMS (Levonorgestrel 0.75 mg) ⁽¹⁶⁾

➤ Farmacocinética

Farmacocinética	
Biodisponibilidad	100%
Unión proteica	55%
Metabolismo	Hepático
Vida media	36+_13 horas
excreción	Renal: 45%; Fecal:32%

Fuente: ⁽¹⁶⁾

➤ Química del Levonorgestrel.

El levonorgestrel (levo= izquierda) es una forma de una hormona que existe en dos forma con imagen en espejo izquierdo y derecho.

Químicamente el levonorgestrel es un enantiómero levorrotatorio de la mezcla racémica norgestrel hormonalmente activo. Es un progestinagonano derivada de la 19- nortestoreno.

Sus afinidades de unión relativas en vitro en los receptores de hormonas esteroides humana son: 32% que el de la progesterona en el receptor de la progesterona, 58% que el de la testosterona en el receptor androgénico (AR), 17% que el de la aldosterona en el receptor mineralocorticoide, 7.5% que el del cortisol en el receptor glucocorticoide, y menor 0.02% que el del estradiol en el receptor estrogénico. ⁽¹⁶⁾

➤ **Levonorgestrel como MAE**

El levonorgestrel como píldora emergencia en formulación única elevada de 1.5mg o dos dosis de 0.75 mg cada una separada por 12 horas que deben tomarse antes de transcurrido tres días del coito sin protección.

➤ **Mecanismo de acción,**

De la anticoncepción, el levonorgestrel inhibe la liberación de las hormonas gonadotroficas de la glándula pituitaria. La hormona gonadotropina corionica humana (HCG) controla la actividad de los ovarios y el remodelado del endometrio. ⁽¹⁶⁾

Previene la ovulación, la maduración y la salida del óvulo del ovario (efecto anovulatorio), evitando la unión del ovulo con el espermatozoide.

Dificultad el transporte de los espermatozoides, impidiendo que estos se unan al ovulo (efecto anticonceptivo).

Altera las paredes del útero (estrecha el endometrio) impidiendo la implantación del blastocito al útero.

Se discute sobre el último mecanismo y el hecho de que la existencia del embarazo diagnosticado por un médico antes de las 72 horas no siempre es posible determinar.

➤ **Efectividad del levonorgestrel.**

El uso del levonorgestrel dentro de las 72 horas posteriores a una relación sexual sin protección tiende a reducir el embarazo entre un 60 y 90%. La efectividad aumenta mientras se utiliza la formulación de altas dosis lo más pronto posible después de la relación sexual. ⁽¹⁶⁾

➤ **Efectos secundario del LNG.**

Los posibles efectos secundarios del levonorgestrel incluyen: náuseas, vómitos, dolor de estómago, desmayo, sensibilidad en las mamas, cansancio, debilidad, dolor de cabeza, cambios menstruales y diarrea.

El levonorgestrel disminuye la testosterona libre, la androtestoterona, el sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), la dihidrotestoterona (DHT) y la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), pero no tiene efectos en la función sexual ni en los marcadores de bioactividad androgénica. ⁽¹⁶⁾

3.10 Dispositivo intrauterino:

El dispositivo intrauterino o DIU es el método anticonceptivo reversible más frecuentemente usado en el mundo, por unos 160 millones de mujeres, más de dos tercios de las cuales están en China, donde es el método anticonceptivo más usado, incluso por delante de la esterilización. ⁽¹⁸⁾

El dispositivo intrauterino debe ser introducido y extraído del útero por un profesional de salud, normalmente un ginecólogo. El DIU permanece en el útero continuamente mientras que no se desee el embarazo. Dependiendo del tipo de DIU puede tener una permanencia y duración entre 10 y 12 años (el modelo de cobre T380A es eficaz hasta por 14 años).

3.10.1 Historia del dispositivo intrauterino

El dispositivo intrauterino es un dispositivo especial que se coloca dentro del cuello uterino. El más común está diseñado para liberar progesterona, hormona sexual que es producida por el mismo cuerpo.

Se considera a Hipócrates (siglo IV a.C.) el precursor del dispositivo intrauterino o (DIU) ya que descubrió el efecto anticonceptivo derivado de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales (es posible que utilizado en camellas). Pero no será hasta 1928 cuando el alemán Richard Richter inicie la anticoncepción intrauterina moderna que desde entonces ha mejorado su eficacia y duración. ⁽¹⁸⁾

3.10.2 Clasificación del DIU

Hay dos tipos principales de dispositivos intrauterinos, los que son inertes basados en cobre y aquellos basados en hormonas que funcionan por la liberación de progestágenos. En los Estados Unidos, por ejemplo, solo se producen dos tipos de DIU, el Para Gard de cobre y el hormonal Mirena. En el Reino Unido, existen siete tipos de DIU de cobre, solo a éstos se les refiere como un DIU. Los contraceptivos uterinos hormonales son considerados una forma aparte de dispositivo anticonceptivo y son llamados Sistemas Intrauterinos.

La mayoría de los DIU inertes no-hormonales son plásticos y tienen un marco en forma de T que envuelve un alambre electrolítico puro y tiene collarines o mangas de cobre.

El Para Gard, por ejemplo, mide 32mm en la porción horizontal (el tope de la T) y 36mm en dirección vertical. En algunos DIU, como el Nova T380, el cable de cobre puro tiene un centro de plata que ha sido usado para prevenir que el alambre se rompa. Los brazos del marco mantienen al dispositivo en su posición cercano al fondo del útero. Otras versiones como el GyneFix, no tiene

forma de T, sino que es un círculo compuesto por varios tubos de cobre. Todos los DIU tienen un número asociado a sus nombres, el cual indica la superficie de área contenida por el cobre (en milímetros cuadrados) que provee el DIU. ⁽¹⁸⁾

3.10.3 Efectividad del DIU

Todos los DIU de segunda generación de cobre en forma de T tienen una tasa de fallo menor al 1% cada año y una tasa de fallo acumulado por 10 años entre 2-6%. Un ensayo a gran escala por la Organización Mundial de la Salud reportó un fallo acumulativo por 12 años para el T380A del 2.2%, o una tasa de 0.18% de fallos cada año durante 12 años, un valor equivalente a la ligadura de trompas que tiene un fallo por 10 años del 1.8%. El GyneFix que carece del marco, también tiene un fallo menor que el 1% cada año. A nivel mundial, los modelos más antiguos de DIU con tasas de efectividad más bajas han dejado de ser producidas por el mercado.

3.10.4 Mecanismo de acción

La presencia del dispositivo en el útero estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas por el endometrio, como parte de una reacción al cuerpo extraño. Estas sustancias son hostiles tanto para el espermatozoide como para los óvulos fecundados y los cigotos. La presencia de cobre incrementa el efecto espermicida y es un abortivo eficiente confiable. ⁽¹⁸⁾

Los DIU no poseen elementos protectores contra una enfermedad de transmisión sexual o la enfermedad pélvica inflamatoria. Los DIU no-hormonales de cobre son considerados seguros durante la lactancia. Por lo tanto el mecanismo de los DIU es el espermicida/ovicida. Algunos médicos y grupos pro-vida cristianos creen que los métodos post-fertilización contribuyen significativamente a su efectividad. De modo que como se define en algunos organismos que la

fertilización es el comienzo del embarazo, este modo de acción secundario ha hecho que algunos individuos y organizaciones pro-vida etiqueten a los DIU como abortivos.

3.10.5 **Contraindicaciones del DIU**

La organización Mundial para la Salud y su capítulo Criterios de Elegibilidad Médica para el uso de contraceptivos y la Facultad de Planificación Familiar y Salud Reproductiva del Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos hacen un listado de las siguientes condiciones en las que la inserción de un DIU no es usualmente recomendado (categoría 3) o condiciones donde un DIU no debe ser insertado (categoría 4):

Existe cierta preocupación en mujeres con sensibilidad al metal del cobre o níquel por la posibilidad de una reacción adversa al DIU. El metal usado es 99.99% cobre, en el que un estudio encontró un máximo contenido de níquel del 0.001%. Por razón de que el níquel tiene un elevado potencial alérgico, algunos investigadores sugieren que incluso esa minúscula cantidad puede llegar a ser problemática.

Algunos informes presentan casos con dermatitis eccematosa y urticaria en un pequeño grupo de pacientes con DIU de cobre o níquel por absorción sistémica. Sin embargo, la absorción diaria del metal es mucho menor a la absorción diaria del mismo metal en la dieta, por lo que muchos dermatólogos dudan de que los síntomas descritos en estos casos hayan sido causados por sensibilidad al metal.

A pesar de que las mujeres que nunca han dado a luz (nulíparas) tienen un mayor riesgo de efectos secundarios, esto no es una contraindicación para el uso de DIU. Algunos profesionales de la salud prefieren insertar los DIU durante la menstruación con el fin de verificar que la paciente no esté embarazada en el momento de la inserción. Sin embargo, los DIU pueden ser insertados en

cualquier día del ciclo menstrual, con la salvedad de que la paciente este embarazada o se sospeche la fecundación. La inserción puede resultar más cómoda durante la mitad del ciclo, cuando el cérvix está naturalmente dilatado.

3.11 Resumen de los MAE

3.11.1 Mecanismo de acción de los MAE

Depende del momento del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer cuando usa el método y de Cuando ocurrió la relación sexual no protegida. ⁽¹⁴⁾

Se ha demostrado que demora o inhibe la ovulación si la toma en el período pre ovulatorio. Podría también funcionar previniendo la fecundación del ovulo durante la fase post-ovulatoria.

Ninguno de los regímenes de las AE interfiere en un embarazo ya establecido, ni puede causar daños el feto.

➤ Periodo Pre-Ovulatorio:

Impide o retrasa la ovulación a través de inhibir el desarrollo folicular, la maduración y expulsión del ovulo por parte del ovario. Se pierde la capacidad de llevar a cabo una ovulación adecuada.

➤ Periodo post ovulatorio:

- ❖ Altera la consistencia del moco cervical (lo vuelve más espeso) impidiendo el pase de los espermatozoides. Interfiere en el transporte y capacitación de los espermatozoides.
- ❖ Altera el transito del semen, del ovulo o del huevo cigoto por las trompas.
- ❖ Interfiere en otras funciones hormonales que se producen antes de la fecundación.
- ❖ A nivel de ovarios, perturba el cuerpo lúteo, alternando la producción de las hormonas necesarias (progesterona) para que se produzca el embarazo.

- ❖ Los estudios no son concluyentes sobre si la anticoncepción de emergencia altera el endometrio impidiendo la implantación del ovulo fecundado

Actúa antes de la implantación del ovulo fecundado en el útero de la mujer.

La AE no causa aborto, previene el embarazo. Según definición médica, científica-técnica, el embarazo comienza cuando el embrión se ha implantado en el útero de la mujer.

La anticoncepción de emergencia actúa antes de que se produzca la implantación, antes del comienzo del embarazo. ⁽¹⁴⁾

3.11.2 Forma de administración de los MAE

➤ Hormonales:

La toma de AE hormonales debe ser lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección o hasta los primeros cinco días (120 horas). El riesgo de embarazo aumenta con el tiempo a medida que se demora el tratamiento. Una vez que ocurrió la nidación endometrial, estos métodos no son eficaces.

No deberán administrarse si la mujer ya está embarazada, el índice de fallas es de uno en 500 a uno en 1000.

➤ DIU T de cobre:

El DIU T de Cobre debe aplicarse lo más pronto posible o hasta un máximo de 7 días posteriores a la relación sexual sin protección.

3.11.3 Efectos colaterales:

Entre las mujeres que utilizan el método Yuzpe, el 50% presentan náuseas y el 20% vómito. En las que utilizan progestágenos solos, el 23% presentan náuseas y el 6% vómito, estos son los efectos más frecuentes.

Para prevenirlos se aconseja tomar el AE con algún tipo de alimento o tomar media hora antes del AE un antiemético (dimenhidrinato).

Otros efectos secundarios son el aumento en las mamas, cefaleas o sensación de mareo, estos efectos no duran más de 24 horas, se puede tratar con analgésicos corrientes.

3.11.4 Eficacia de los MAE.

El régimen combinado (Yuzpe) tiene una eficacia del 74%.

El régimen de la PPMS (Levonorgestrel) reduce la probabilidad de embarazos en un 85%. Esta eficacia es mayor si se administra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección.

El DIU como AE tiene una eficacia de hasta el 99%. ⁽¹⁴⁾

3.11.5 Aspectos sociales de los MAE en Nicaragua

Nuestro país en desarrollo tiene altas tasas de mortalidad materna, el aborto en malas condiciones es secundario a un embarazo no deseado que a su vez es consecuencia de falla de métodos anticonceptivos o relaciones sexuales sin protección. Las muertes maternas son evitables y prevenibles si se hubiesen utilizado métodos anticonceptivos oportunos como es AE. ⁽⁶⁾

3.11.6 Hay cinco aspectos que los medios de comunicación han emitido respecto a los

MAE:

- Problema de carácter ético y moral.
- Es un fármaco micro abortivo.
- Promoción de la promiscuidad.
- Adelanto en el despertar sexual de los adolescentes.
- El embarazo no es una enfermedad. ⁽⁸⁾

3.11.7 Postura de la iglesia sobre los MAE en Nicaragua

La postura de la Iglesia en relación a los MAE se evidencia en la carta enviada a la ministra de salud en el año 1998. Dicha postura ha sido firme hasta el momento, la cual consiste en la consideración de los MAE como métodos abortivos. A continuación un fragmento de dicha carta:

“Me motiva a escribir la presente, el tener conocimiento del registro es inscripción en el Ministerio de Salud, de al menos dos productos que inevitablemente actúan como abortivos, lo cual está en contra de lo expresado en nuestro sistema jurídico.

Los productos farmacéuticos a que hago referencia al inicio de la presente son: Píldoras P.P.M.S. (Píldora para la mañana siguiente) maquiladas por laboratorios PANZIMA de Nicaragua, cuyo contenido es Etinilestradiol 0.1mg y Levonorgestrel 0.5m. El otro producto, VERMAGEST, es un compuesto inyectable con una combinación de complejo estrógeno-progestágeno 60mg.

Ambos productos son para ser usados dentro de las primeras 48 horas de un contacto sexual no protegido en días fértiles. Su mecanismo de acción es alterar el endometrio uterino, a fin de que el cigoto u óvulo fecundado no pueda implantarse en el útero por tanto es abortado en ese estado.

Indudablemente todo ovulo fecundado, convertido en cigoto ya es una nueva vida humana. Su eliminación por cualquier método, constituye segar esa vida, abortando toda la potencialidad humana de su ser y de su persona. La implantación es solo una etapa más en su proceso de crecimiento y desarrollo. Y a como se dijo anteriormente al iniciarse ésta, ya ese cigoto con su propia autonomía ha dictado ordenes bioquímicas al cuerpo materno.

Consideramos que la venta de estos productos se realiza violando las disposiciones de nuestra Constitución Política, la convención Americana sobre Derechos Humanos y el Código Civil, siendo sancionadas por nuestro Código Penal.”⁽⁶⁾

Esta carta fue emitida por el Dr. Rafael Cabrera Artola, encargado de Pastoral de Vida e Infancia de la arquidiócesis de Managua.

(1) Arto. 74.-“El estado otorga protección especial al proceso de reproducción humana”

(2) Arto. 2.-Son personas naturales todos los individuos de la especie humana, cualquiera que sea su edad, sexo, estirpe o condición.

Arto.11.-Son personas por nacer las que están concebidas en el vientre materno.

Arto.12.-Al que está por nacer puede nombrársele guardador de sus derechos eventuales.

Arto. 13.-La ley protege la vida del que está por nacer. La autoridad, en consecuencia, tomará a petición de cualquier persona, o de oficio, todas las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del que está por nacer siempre que crea que de alguna manera peligr.

Arto.19.-Desde la concepción en el seno materno, comienza la existencia natural de las personas; y antes de su nacimiento deben ser protegidas en cuanto a los derechos que por su existencia legal

puedan obtener. Estos derechos quedan irrevocablemente adquiridos, si los concebidos en el seno materno nacieren con vida.

(3) Artos. 162 a 164 del Código Penal.

(4) Propiedades “La píldora para la mañana siguiente es un tratamiento postcoital efectivo para reducir el riesgo de embarazo cuando se presenta las siguientes condiciones: 1. Coito sin protección. 2. Cuando ha tenido sexo sin usar contraceptivos. 3. Condón roto o vencido. 4. Cuando su diafragma o esponja esta fuera de lugar. 5. Sexo forzado, contra su voluntad o sin consentimiento.

Indicaciones: Prevención del embarazo (P.P.M.S. anticonceptivo oral para la mañana siguiente.)

(5) Ante esta situación tengo a bien referirme a la presentación de la Santa Sede en Bangkok con el tema: ETICA Y VALORES HUMANOS EN LA PLANIFICACION FAMILIAR: DIALOGO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PERSONAS Y SOCIEDADES. ⁽⁶⁾

3.11.8 La presentación de la santa sede en dicha reunión fue la siguiente:

“El derecho a la libertad de conciencia y el derecho a la información exigen que se informe a las personas que los usen y a las que se recomiende su uso o se les proporcione tal producto o medio, sobre los efectos abortivos primarios o secundarios de dicha sustancia o medio anticonceptivo.

Esta sería cuestión ética se plantea cuando se puede demostrar que ciertos DIU, píldoras o vacunas empleadas por la mujer, probablemente pueden ocasionar de hecho un aborto a corto termino. Las mujeres tienen derecho a saber si el uso de ciertos productos o medios les provoca abortos precoces. Así mismo los maridos tienen derecho a saber si la nueva vida humana que han generado

queda destruida antes o después de la implantación. Los médicos y el personal para-médico tienen derecho a saber si son agentes directos que ocasionan abortos precoces.

Presentar un abortivo como mero agente esterilizador es decir una mentira, por el hecho, precisamente, de que muchos usuarios o proveedores se opondrían a tomar parte de un aborto. Si ocultasen el efecto abortivo primario o secundario de un producto o medio anticonceptivo, los investigadores y promotores violarían la conciencia de las mujeres y los hombres, también su libertad religiosa y el derecho a mantener las tradiciones de una cultura, nación o tribu. Teniendo en cuenta la producción de abortos en el sistema reproductor de la mujer, se plantea también la cuestión moral de su derecho a la fertilidad en el futuro y de su salud física y psicológica.

La cuestión de conciencia no es una afirmación directa del Derecho a la Vida; más bien presenta el derecho de toda persona a mantener y llevar a la práctica dicho Derecho a la Vida, si así lo han decidido él o ella. La libertad de conciencia en cuanto a derecho a vivir según un código ético elegido, debe ser admitida por los investigadores y promotores de abortivos. Claro está que si los abortivos van etiquetados correcta y sencillamente, muchas mujeres y muchos hombres, por razones éticas y sanitarias, se abstendrán de usarlos. Ello demostraría también que los abortivos no son medio socialmente eficaces de planificación familiar. ⁽⁶⁾

3.11.9 Algunos mitos de los MAE en Nicaragua

Idea Falsa No.1: La AE es una forma de aborto: No es cierto. Los MAE contribuyen a evitar el embarazo de diferentes modos, según el momento del ciclo menstrual en el que se aplican. No “descolocan” un embrión implantado, ni permiten poner término a un embarazo establecido.

Idea Falsa No. 2. La AE promueve comportamientos sexuales irresponsables o promiscuos: No hay ningún dato que haga pensar que el empleo de la AE de lugar a comportamientos sexuales

irresponsables o promiscuos. Por el contrario puede servir para dar información sobre anticonceptivos y asesorar sobre su empleo regular, así como para informar sobre la prevención de las ETS y el VIH/SSIDA. Esto es especialmente útil en el caso de los jóvenes que tienden a recurrir a un servicio de salud cuando necesitan un AE.

Idea falsa No. 3: La AE está destinada principalmente a adolescentes solteras y puede socavar la autoridad parental y la moral comunitaria: Las adolescentes no constituyen el único grupo destinatario, ya que en cualquier edad, las mujeres pueden tener que recurrir a la contracepción de emergencia. Ahora bien el riesgo de embarazo no deseado es especialmente alto entre jóvenes sin grandes conocimientos ni experiencia. ⁽⁶⁾

3.12 Otros anticonceptivos de emergencia de uso mundial

3.12.1 Mifepristona:

La **mifepristona** (o RU-486) es un compuesto sintético esteroideo usado como medicamento con propiedades antiprogéstágeno y antiglucocorticoide. Es un antagonista del receptor de progesterona usado como abortifaciente en los primeros meses de embarazo, y a dosis menores como un anticonceptivo de emergencia en los días posteriores al coito. Durante los primeros ensayos, se conocía como RU-38486 o simplemente RU-486, su designación en la compañía *Roussel-Uclaf*, quien diseñó el farmacéutico.

La mifepristona se utiliza como medicamento abortivo en la interrupción voluntaria del embarazo junto con un análogo de prostaglandina (usualmente el misoprostol), entre las primeras 7 a 9 semanas de embarazo (49 a 63 días). La mifepristona también es utilizada para tratar tumores cerebrales, endometriosis, fibroides y para inducir el parto en mujeres embarazadas. El fármaco fue inicialmente disponible en Francia, y posteriormente otros países le siguieron, a menudo en

medio de controversia. Se comercializa bajo los nombres comerciales **Mefaprix**, **Zacafemyl**, **Mifeprex** y **Mifegyne**. Se encuentra en la Lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

➤ **Farmacología**

En la presencia de progesterona, la Mifepristona actúa como un antagonista del receptor de progesterona competitivo (en la ausencia de progesterona, la Mifepristona actúa como un antagonista parcial). La Mifepristona es un esteroide 10-nor con un sustituyente *p*-(dimetilamino)fenilo voluminoso arriba del plano de la molécula en la posición 11 β responsable de inducir o estabilizar una conformación de receptor inactiva, y un sustituyente propinil hidrofóbico debajo del plano de la molécula en la posición 17 α que incrementa su afinidad con el receptor de progesterona. ⁽¹⁹⁾

Además de ser un antiprogestágeno, la Mifepristona también es un anti glucocorticoide y un anti andrógeno débil. La afinidad relativa de la Mifepristona en el receptor de progesterona es más del doble que el de la progesterona, su afinidad relativa de la Mifepristona en el receptor de glucocorticoides es más de tres veces que el de la dexametasona y más de diez veces que el del cortisol; su afinidad relativa en el receptor androgénico es menos de un tercio que el de la testosterona. No se une con el receptor de estrógenos ni con el receptor de mineralcorticoides

La mifepristona como un anticonceptivo regular a 2 mg al día previene la ovulación (1 mg al día no lo hace). Una única dosis de 10 mg preovulatoria de mifepristona retarda la ovulación por 3 a 4 días es tan efectiva como un emergencia como una única dosis de 1,5 mg del progestágeno levonorgestrel.

En mujeres, la mifepristona a dosis mayores o iguales a 1 mg/kg antagoniza los efectos endometriales y miometriales de la progesterona. En humanos, un efecto antiglucocorticoide se manifiesta a dosis mayores o iguales a 4,5 mg/kg por un aumento compensatorio en ACTH y cortisol. En animales, un efecto antiandrogénico débil es visto con una administración prolongada de dosis muy altas de 10 a 100 mg/kg.

En regímenes abortivos, el bloqueo de la mifepristona en los receptores de progesterona causa directamente una degeneración en el decidua, un ablandamiento y dilatación cervical, la liberación de prostaglandinas endógenas, y un incremento en la sensibilidad del miometrio a los efectos contráctiles de las prostaglandinas.

La descomposición decidual inducida por la mifepristona conduce indirectamente a un desprendimiento del trofoblasto, resultando en una producción reducida de HCG por el sincitiotrofoblasto, que a su vez causa una disminución en la producción de progesterona por el cuerpo lúteo (el embarazo es dependiente de la producción de progesterona por el cuerpo lúteo durante las primeras 9 semanas de gestación hasta que la producción placental haya incrementado lo suficiente para ocupar el lugar de la producción de progesterona del cuerpo lúteo).

Cuando la mifepristona es seguida secuencialmente por una prostaglandina, 200 mg de mifepristona es (100 mg podría ser, pero 50 mg no lo es) tan efectivo como 600 mg en la producción de un aborto médico. ⁽¹⁹⁾

3.12.2 Historia de Mifepristona:

En abril de 1980, como parte de un proyecto formal de investigación en *Roussel-Uclaf* para el desarrollo de un antagonista del receptor de glucocorticoides, el químico Georges Teutsch sintetizó la mifepristona (RU-38486, el compuesto número 38.486 por Roussel-Uclaf desde 1949

a 1980; acortado a RU-486); que también fue descubierto de ser un antagonista del receptor de progesterona. En octubre de 1981, el endocrinólogo Étienne-Émile Baulieu, un consultor para Roussel-Uclaf, organizó pruebas para su uso en abortos médicos en once mujeres en Suiza por el ginecólogo Walter Herrmann en el Hospital Cantonal de la Universidad de Ginebra, con exitosos resultados anunciados el 19 de abril de 1982. El 9 de octubre de 1987, siguiendo un ensayo clínico mundial de 20.000 mujeres usando la mifepristona con un análogo de prostaglandina para el aborto médico, Roussel-Uclaf buscó la aprobación en Francia para su uso en abortos médicos, con la aprobación anunciada el 23 de septiembre de 1988. ⁽¹⁹⁾

El 21 de octubre de 1988, en respuesta a protestas antiabortistas y las preocupaciones del dueño mayoritario (54,5%) Hoechst AG de Alemania, los ejecutivos de Roussel-Uclaf y junta directiva votaron 16 a 4 para detener la distribución de mifepristona, que anunciaron el 26 de octubre de 1988. Dos días después, el gobierno francés ordenó a Roussel-Uclaf distribuir la mifepristona en interés de la salud pública.

El ministro de Salud francés Claude Évin explicó que: "No podía permitir que el debate sobre el aborto privara a las mujeres de un producto que representa un avance médico. Desde el momento que el Gobierno aprobó el medicamento, el RU-486 se convirtió en la propiedad moral de las mujeres, no sólo la propiedad de una compañía farmacéutica. Seguido por el uso de 34.000 mujeres en Francia desde abril de 1988 a febrero de 1990 de mifepristona distribuida de forma gratuita, Roussel-Uclaf comenzó a vender Mifegyne (mifepristona) a hospitales en Francia en febrero de 1990 a un precio (negociado con el gobierno de Francia) de \$48 USD la dosis de 600 mg.

El mifegyne fue posteriormente aprobado en Gran Bretaña el 1 de julio de 1991, y en Suecia en septiembre de 1992, pero hasta su retiro a fines de abril de 1994, el presidente de Hoechst AG,

Wolfgang Hilger, un devoto católico, bloqueó toda nueva expansión en la disponibilidad de mifepristona.

El 16 de mayo de 1994, Roussel-Uclaf anunció que iba a donar sin remuneración todos los derechos para uso médico de la mifepristona en EE.UU. al Consejo de Población (*Population Council*), que posteriormente licenció la mifepristona a *Danco Laboratories*, una nueva compañía de un solo producto inmune a boicoteos antiabortistas, quien ganó la aprobación de la FDA como Mifeprex el 28 de septiembre del 2000.

El 8 de abril de 1997, después de comprar el 43,5% restante de las acciones de Roussel-Uclaf a principios de 1997, Hoechst AG (\$30 USD mil millones de ingresos anuales) anunció el final de su manufactura y venta de Mifegyne (\$3,44 USD mil millones de ingresos anuales) y la transferencia de todos los derechos para el uso médico fuera de los Estados Unidos a Exelgyn S.A., una nueva compañía de un solo producto inmune a boicoteos antiabortistas, cuyo CEO era el ex CEO de Roussel-Uclaf, Édouard Sakiz. En 1999, Exelgyn ganó la aprobación de Mifegyne en 11 países adicionales, y en 28 países más durante la siguiente década.

En México desde 2011 está disponible con el nombre de Zacafemyl. ⁽¹⁹⁾

3.12.3 Patente del mifepristona.

La molécula fue protegida en la patente francesa 2,497807 (9 de enero de 1981) y se obtuvo la patente europea 0057,115 B1 el 20 de marzo de 1985. En Estados Unidos se obtuvo la patente 4,386085 el 31 de mayo de 1983. ⁽¹⁹⁾

3.12.4 Indicaciones del mifepristona.

La mifepristona es vendida fuera de los Estados Unidos por *Exelgyn Laboratories* como *Mifegyne*, hecho en Francia, y está aprobada para:

- ❖ Terminación médica de embarazos intrauterinos de hasta 49 días de gestación (hasta 63 días de gestación en Gran Bretaña y Suecia)
- ❖ Ablandamiento y dilatación del cuello uterino antes de la dilatación cervical mecánica para la terminación del embarazo
- ❖ Usada en combinación con gemeprost para la terminación de embarazos de entre 13 a 24 semanas de gestación
- ❖ Inducción del parto en la muerte fetal en útero.

La mifepristona es vendida dentro de los Estados Unidos por *Danco Laboratories* como *Mifeprex*, hecho en China, y está aprobado por la FDA para la terminación de embarazos intrauterinos de hasta 49 días de gestación. Bajo el régimen aprobado por la FDA, una dosis de 600 mg es administrada por un médico seguido de una sesión de consejería. Dos días después, un médico administra 400 µg de otra medicina, misoprostol, para inducir contracciones. En estudios europeos, este método terminó el 96 a 99% de los embarazos de hasta 49 días de gestación, pero en un gran ensayo multicentrico en los Estados Unidos llevado a cabo desde septiembre 1994 a septiembre 1995, la eficacia fue menor (92%), que los autores del estudio sugirieron que pudo haber sido debido a la falta de experiencia con este método en los Estado Unidos y/o el diseño del estudio. En Europa y China, un periodo de observación de varias horas es requerida después de la administración de misoprostol. Si la expulsión del tejido fetal no ocurre durante el periodo de observación, se ofrece un aborto quirúrgico. El periodo de observación no es requerido en los Estados Unidos, pero es altamente recomendable. ⁽¹⁹⁾

De acuerdo con la guía médica basada en evidencia actual del Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido: ⁽²⁰⁾

- ❖ Todos los métodos abortivos de primer trimestre conllevan un pequeño riesgo de fracaso en la terminación del embarazo, lo que exige un procedimiento adicional. El riesgo de un aborto quirúrgico es de alrededor de 0,23% y el de un aborto médico entre 0,1% y 1,4% (dependiendo del régimen usado y la experiencia del centro médico).
- ❖ El aborto médico usando mifepristona más prostaglandina es el método abortivo más efectivo en gestaciones menores a 7 semanas.
- ❖ La vacuoextracción convencional debería ser evitada en gestaciones menores a 7 semanas.
- ❖ La vacuoextracción temprana ocupando un protocolo riguroso (que incluye la magnificación de la materia extraída e indicaciones para un seguimiento de β hCG) podría ser usada en gestaciones menores a 7 semanas, aunque los datos sugieren que la tasa de fracaso es más alta que el de un aborto médico.
- ❖ El aborto médico usando mifepristona más prostaglandina continúa siendo un método apropiado para las mujeres en el bando de 7-9 semanas de gestación. ⁽²⁰⁾

3.12.5 Mifepristona como anticonceptivo de emergencia.

La mifepristona también puede ser usada a menores dosis como un anticonceptivo de emergencia; si es que es tomada después del coito pero antes de la ovulación, la mifepristona puede prevenir la ovulación y por ende el embarazo.

En este rol, una dosis de 10 mg no es tan efectiva como una de 600 mg, pero tiene menos efectos secundarios. ⁽²¹⁾ El uso de mifepristona en una dosis de 25 mg a 50 mg (considerada una dosis media) como anticonceptivo de emergencia viene avalado por estudios clínicos del año 2008 que consideran a la mifepristona junto con el levonorgestrel y el DIU, pero por delante de éstos, como métodos anticonceptivos de emergencia más efectivos que el método de Yuzpe, el Danazol y

Anodrin, estando asociados a menos efectos secundarios. El *Mifeprex* y *Mifegyne* están disponibles sólo en tabletas de 200 mg.

El acetato de ulipristal y el levonorgestrel son los anticonceptivos hormonales postcoitales de referencia en América y Europa occidental. En China y Rusia el anticonceptivo de urgencia más utilizado es la mifepristona. ⁽²¹⁾

Una revisión de estudios en seres humanos encontró que los efectos anticonceptivos de una dosis de 10 mg eran probablemente debidos principalmente a sus efectos en la ovulación, y no en la inhibición de la implantación, pero "el conocimiento del mecanismo de acción sigue siendo incompleto." Tratamientos con 200 mg de mifepristona cambia la expresión de receptores esteroideos en las trompas de Falopio, inhibiendo el desarrollo endometrial, y efectivamente previniendo la implantación. ⁽²¹⁾

3.12.6 Otros usos del mifepristona.

Otras aplicaciones médicas de la mifepristona que han sido estudiadas en la Fase II de ensayos clínicos incluye el uso regular y a largo plazo como un anticonceptivo oral, y el tratamiento de: miomas, endometriosis, depresión con rasgos psicóticos, glaucoma, meningiomas, cáncer de mama, cáncer de ovario, y cáncer de próstata. La mifepristona ha sido usada para tratar el síndrome de Cushing con tratamientos durando hasta 10 años sin efectos adversos notables. ⁽²¹⁾

La mifepristona ha sido estudiada como un antirretroviral por su interferencia *in vivo* con la proteína reguladora VPR del VIH. No mostró actividad anti-VIH detectable en ensayos clínicos. Actualmente está siendo estudiada como un tratamiento para el síndrome del Golfo. La mifepristona no ha sido aprobada por la FDA para ninguno de estos usos. ⁽²¹⁾

La mifepristona ha mostrado una eficacia significativa en la depresión psicótica mayor, una forma de depresión resistente al tratamiento normal. El efecto fue rápido y el estudio fue doble ciego, pero era limitado por un pequeño grupo de estudio y de un tiempo de tratamiento limitado. ⁽²¹⁾

➤ **Contraindicaciones del mifepristona:**

En ensayos clínicos, casi todas las mujeres que usando mifepristona experimentaron dolor abdominal, calambres uterinos, y sangrado o manchado vaginal por un promedio de 9-16 días. Hasta un 8% de las mujeres experimentaron algún tipo de sangrado por 30 días o más. Otros efectos secundarios menos comunes incluyeron náusea, vómito, diarrea, mareos, fatiga, y fiebre. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una rara pero sería complicación.

El sangrado excesivo y la terminación incompleta del embarazo requieren de una intervención adicional por un doctor (tal como una vacuoextracción). Entre 4,5 y 7,9% de las mujeres requirieron una intervención quirúrgica en los ensayos clínicos. La mifepristona está contraindicada en la presencia de un dispositivo intrauterino (DIU), como también en embarazos ectópicos, falla suprarrenal, trastornos hemorrágicos, porfiria heredada, y terapias de anticoagulantes o de cortico esteroides de largo plazo.

La información prescrita por la FDA indica que no existen datos sobre la seguridad y eficacia de la mifepristona en mujeres con condiciones médicas crónicas, y que "las mujeres que tienen más de 35 años de edad y que también fumen más de 10 cigarrillos al día deberían tratarse con cuidado debido que dichos pacientes fueron generalmente excluidos de los ensayos clínicos de la mifepristona. ⁽²¹⁾

➤ **Efectos adversos del Mifepristona:**

No se han hecho estudios de largo plazo para evaluar el potencial carcinogénico de la mifepristona. Los resultados de estudios hechos *in vitro* y en animales revelaron ningún potencial genotóxico de la mifepristona.

La expuesta neonatal a una sola dosis alta de mifepristona en ratas no fue asociada con ningún problema reproductivo, aunque la exposición crónica a bajas dosis de mifepristona en ratas recién nacidas fue asociada con anomalías reproductivas estructurales y funcionales. ⁽²¹⁾

Estudios teratológicos en ratones, ratas y conejos mostraron teratogenicidad para los conejos, pero no en ratas ni ratones. La tasa de defectos de nacimiento en infantes humanos expuestos *in útero* a la mifepristona y misoprostol es muy baja y podría ser debido únicamente al misoprostol. ⁽²¹⁾

Un sumario de postcomercialización encontró que, de los alrededor de 1,52 millones de mujeres que han recibido mifepristona hasta abril de 2011 en los Estados Unidos, catorce habrían fallecido después de la aplicación. Ocho de estos casos fueron asociados con sepsis; los otros seis tuvieron varios casos como abuso de drogas y sospecha de asesinato. Otros incidentes divulgados a la FDA incluyeron 612 hospitalizaciones no letales, 339 transfusiones de sangre, 48 infecciones graves, y en conjunto 2.207 (0,15%) eventos adversos. ⁽²¹⁾

3.13 Acetato de Ulipristal:

es un modulador selectivo de los receptores de la progesterona (SPRM) utilizado como anticonceptivo femenino de emergencia, eficaz durante cinco días (120 horas) después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección o haberse producido un fallo del anticonceptivo utilizado. Para evitar embarazos no deseados ella ONE es una alternativa eficaz a otros anticonceptivos de emergencia ya que se pueden utilizar hasta 5 días después de relaciones

sexuales sin protección, mejorando los resultados del anticonceptivo de emergencia con levonorgestrel en los 3 primeros días y continuando su eficacia 2 días más. Se le concedió la autorización de comercialización por la Agencia Europea de Medicamentos-(EMA) en marzo de 2009. El acetato de ulipristal se le conoce *píldora de los cinco días después* y pasa a formar parte del grupo de medicamentos denominado píldora del día después. ⁽²³⁾

También se utiliza para reducir los miomas uterinos bajo la denominación ESMYA.

➤ **Farmacocinética del acetato de Ulipristal.**

En estudios con animales, el fármaco mostró una rápida y casi completa absorción en el intestino. La ingesta de alimento retrasa la absorción, pero se desconoce si este retraso es clínicamente relevante.

El acetato de ulipristal se metaboliza en el hígado, lo más probable por el CYP3A4, y, en menor medida por CYP1A2 y CYP2D6. Los dos principales metabolitos que se ha demostrado que son farmacológicamente activos, pero en menor medida que el medicamento original. La vía principal de excreción es a través de las heces. ⁽²³⁾

➤ **Farmacodinamia del Acetato de Ulipristal:**

Como modulador selectivo de los receptores de la progesterona (SPRM), el acetato de ulipristal ocupa los receptores a los que normalmente se une la progesterona, impidiendo así que la hormona ejerza su efecto. Al actuar sobre los receptores de la progesterona afecta a la ovulación y previene así el embarazo, además de producir cambios en el endometrio de forma que, en el caso de que se haya producido una fecundación, impida la eventual anidación del embrión. De este modo, tendría un efecto anti-implantatorio abortivo. ⁽²³⁾

➤ **Contraindicaciones del acetato de Ulipristal:**

El acetato de ulipristal no debe ser tomado por mujeres con enfermedades graves de hígado a causa de su metabolismo mediado por CYP. No ha sido estudiado en mujeres menores de 18 años. ⁽²³⁾

❖ **Embarazo**

A diferencia de levonorgestrel, y como la mifepristona, el *acetato de ulipristal* es embriotóxica. Antes de tomar este medicamento el embarazo debe ser excluido. La EMEA ha indicado que se evite cualquier mención de su posible uso como abortivo en el prospecto que acompaña al medicamento para evitar cualquier uso como indicación no aprobada (*Off-label use*). ⁽²³⁾

❖ **Lactancia**

No se recomienda amamantar durante las 36 horas posteriores a la toma del fármaco ya que no se sabe si el *acetato de ulipristal* o sus metabolitos se excretan en la leche materna.

➤ **Reacciones adversa del acetato de Ulipristal:**

Los efectos adversos comunes incluyen dolor abdominal, alteraciones menstruales, náuseas y dolor de cabeza.

➤ **Interacciones del acetato de Ulipristal.**

No se han realizado estudios sobre las interacciones. El *acetato de ulipristal* es probable que interactúe con sustratos de CYP3A4, pero esto podría no ser clínicamente relevante ya que se toma una sola dosis del medicamento. También podría interactuar con levonorgestrel y otros sustratos de receptores de progesterona, así como con glucocorticoides. ⁽²⁴⁾

➤ **Comparación, valoración y eficacia del Acetato de ulipristal:**

❖ **ElIAOne**

El Acetato de ulipristal o píldora de los cinco días después (marca ellaOne), es considerada por el chileno Horacio B. Croxatto -experto en anticoncepción de emergencia y creador del implante subcutáneo-, el anticonceptivo de urgencia no hormonal más eficaz para la mujer, es cinco veces más potente que el levonorgestrel en la inhibición o retraso de la ovulación.

Además, y en comparación con el levonorgestrel es el triple de eficaz si se administra en las primeras 24 horas, y el doble si se suministra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección o haberse producido un fallo en el método anticonceptivo utilizado. ⁽²⁴⁾

El experto en anticoncepción de emergencia James Trussell, en su informe de 2010: Anticoncepción de emergencia: la última oportunidad para prevenir embarazos no deseados señala que el acetato de ulipristal es altamente efectivo y bien tolerado. ⁽²⁴⁾

❖ **ESMYA**

El mecanismo de acción de esta molécula en miomas uterinos aún no está bien dilucidado. Al igual que los otros SPRM, modula la acción de la progesterona, siendo esencialmente antagónica en pruebas funcionales, gracias a su capacidad de reclutar represores transcripcionales, Sin embargo, su acción específica del acetato de ulipristal en los miomas sigue siendo poco conocida. *In vivo*, el acetato de ulipristal reduce la proliferación de las células tumorales, induce su muerte por apoptosis y reduce la fibrosis presente en estos tumores, probablemente bajo la acción de las metaloproteinasas de la matriz. ⁽²⁴⁾

3.14 Meloxican un antiinflamatorio como MAE.

La anticoncepción de emergencia es necesaria después del coito sin protección o cuando se produce un fallo o accidente con el método anticonceptivo principal. Los anticonceptivos de emergencia disponibles en la actualidad incluyen estrógenos y píldoras de progestágenos combinados (régimen de Yuzpe), progestágenos solos (levonorgestrel) y moduladores del receptor de progesterona como la mifepristona. Estos métodos esteroides pueden tener efectos secundarios, como sangrado inadecuado, lo cual puede crear dificultades para determinar el inicio del próximo ciclo. ⁽²⁵⁾

La efectividad de los métodos anticonceptivos de emergencia disponibles en la actualidad varía bastante. Por ejemplo, en nueve estudios que incluyeron un total de 9500 mujeres que utilizan levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia, la probabilidad de embarazo se redujo en un 59-94%. La inhibición de la síntesis de prostaglandinas puede proporcionar una nueva diana para el desarrollo de los anticonceptivos de emergencia. Las prostaglandinas producidas dentro del folículo ovulatorio son necesarias para que se produzca la ovulación. Las prostaglandinas estimulan muchos procesos periovulatorio, incluyendo la expansión de las células de los cúmulos que rodean al ovocito y mejoran la actividad de las enzimas proteasas que degradan la matriz extracelular para que el ovocito pueda salir del ovario. ⁽²⁵⁾

El paso limitante en la producción de la prostaglandina es catalizado por la enzima ciclooxigenasa (COX). En los folículos periovulatorio, la isoforma COX-2 es la responsable de la producción de prostaglandinas. La expresión de la enzima COX-2 por las células foliculares aumenta después del pico en sangre de la hormona ovulatoria luteinizante (LH) que desencadena la ovulación. La inhibición de la COX-2 inhibe la producción de prostaglandinas, evita la rotura del folículo y la liberación de los ovocitos.

Los medicamentos que inhiben la COX-2, generalmente antiinflamatorios, pueden ser eficaces como anticonceptivos. De hecho, existen evidencias de infertilidad en las mujeres que toman inhibidores de la COX. ⁽²⁵⁾

El inhibidor de la COX-2 de meloxicam tiene un excelente potencial para el desarrollo como un anticonceptivo de emergencia. Este medicamento genérico es barato y está disponible sin receta en muchos países. La administración de meloxicam a las mujeres durante 5 días retrasa o impide la ovulación en el 50-91% de las mujeres, dependiendo de la dosis. Además, las mujeres mantienen los ciclos menstruales normales según la definición de los niveles séricos de estradiol y progesterona, por lo que el **meloxicam** puede proporcionar una alternativa para evitar el embarazo sin los efectos secundarios de los esteroides anticonceptivos de emergencia.

En el año 2010 se publicó el primer estudio que demuestra que la administración oral de un inhibidor de la COX-2 se puede prevenir la liberación de ovocitos en los primates, quedando estos atrapados dentro de los folículos luteinizados. ⁽²⁵⁾

3.15 Panorama mundial de los MAE.

La anticoncepción de emergencia se comercializa actualmente en 20 países, aunque ha tardado más de una década en difundirse masivamente. Sin embargo en los dos últimos años ha ganado aceptación por la distribución de productos cada vez más perfeccionado y de menos efectos colaterales. ⁽¹⁵⁾

Francia fue de los primeros países en el mundo en aprobar su comercialización y hoy prácticamente todas las naciones de la Unión Europea, Canadá, Estado Unidos y los países de Latinoamérica la distribuyen en distintas modalidades, sea con receta médica o de venta libre. Lo mismo sucede en países asiático. ⁽¹⁵⁾

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo de corte transversal.

4.2 Universo:

Todos los adultos privados/as de libertad del sistema penitenciario del departamento de Chontales, que corresponde a una población de 878

4.3 Muestra:

El tamaño de la muestra se calculó utilizando el muestreo aleatorio simple, cuya fórmula es:

$$n = \frac{N (k)^2 p q}{(N-1) (e)^2 + (k)^2 p q}$$

Donde:

k= nivel de confianza = 95%

N= población universo = adultos

q= probabilidad de fracaso = 50% = 0.5

p= probabilidad de éxito = 50% = 0.5

e= error estándar = 5% =0.05

n= tamaño de la muestra.

$$n = \frac{878 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(878-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

Muestra total: 100 adultos.

4.4 Criterios de Inclusión

- 4.4.1 Adultos privados/as de libertad de 18 a 60 años.
- 4.4.2 Adultos privados/as de libertad que estén de acuerdo en el llenado del instrumento de recolección de información.
- 4.4.3 A todos los adultos privados/as de libertad que acudan a la clínica penitenciaria en horarios de atención según el orden ya establecido en el establecimiento.
- 4.4.4 Que el instrumento de recolección de los datos se encuentre debidamente llenado sin machones y borrones.

4.5 Criterios de Exclusión

- 4.5.1 Todos aquellos adultos privados/as de libertad que no desean participar en el estudio.
- 4.5.2 Adultos privados/as de libertad mayor de 60 años.
- 4.5.3 A todos aquellos adultos privados/as de libertad que no acudan en horario establecido según la normativa del establecimiento en la clínica penitenciaria.
- 4.5.4 Que la ficha de recolección de la información se encuentre con daños o mal llenado de la misma.

4.6 Aspectos Éticos

- 4.6.1 Tengo la obligación de proteger la privacidad y dignidad de las personas que participaran de forma voluntaria en el estudio.
- 4.6.2 No se obligara ni se dará ningún tipo de incentivo a la población en estudio para que participen y es opción del participante retirarse en cualquier momento durante la entrevista.
- 4.6.3 La selección de los voluntarios se realizó al azar y que cumplan con los criterios de exclusión e inclusión.
- 4.6.4 Solicitar la autorización del estudio a las autoridades como son: el Alcaide, Reeduación penal y consejo disciplinario del establecimiento penitenciario de Chontales.
- 4.6.5 Se realizó consentimiento informado a los voluntarios escogido al azar para indicar el propósito de la investigación, el procedimiento a realizar, el posible beneficio y de qué manera la información personal de cada participante se mantendrá en confidencialidad.

4.7 Técnicas y Procedimientos

- 4.7.1 Elaboración de instrumento de para informantes claves.
- 4.7.2 Entrevista a informantes claves con el objetivo de obtener pautas de información y conocimientos en anticoncepción de emergencia. La entrevista conto con 15 preguntas abiertas y fue aplicada a un total de 50 persona conformadas por:
 - a) 20 adultos de 18 a 60 años privados/as de libertad.
 - b) 10 mujeres (parejas) que visitan a sus privados de libertad.
 - c) 10 funcionarios trabajadores del sistema penitenciario de Chontales.
 - d) 10 líderes religiosos privados/as de libertad del sistema penitenciario Chontales.

- 5 Con los resultados obtenidos en la entrevista a informantes claves se analizaron las preguntas conveniente para el estudio y se elaboró el instrumento a utilizar para los adultos seleccionados, cuyas pregunta fueron adecuadas para la comprensión de los mismos.
- 6 Validación del instrumento con adultos del sistema penitenciario de Chontales.

Las preguntas destinadas para evaluar el conocimiento acerca de anticoncepción de emergencia fueron sobre: que son, como se usan, donde se obtienen, reacciones adversas, quienes deben y quienes no deben usarlas así como su eficacia.

Para evaluar el conocimiento de los adultos que se encuestaran se consideraran los criterios de bueno, cuando obtengan de 30- 40 preguntas acertadas; regular de 15-29 preguntas acertadas y mala cuando obtengas menos de 15 preguntas acertadas.

La evaluación de la actitud, se realizó con la Escala de Likert abordando aspectos: afectivos, cognitivos y conductuales, sobre el uso de la anticoncepción de emergencia. Las preguntas se redactaron en forma de preposición, y tendrán un valor máximo de 4 para el mayor grado de acuerdo y el valor de 1 para el menor grado de acuerdo; el valor de cero correspondió a los indecisos. Las repuestas se agruparon de la siguiente manera:

- 1- Totalmente de acuerdo.
- 2- De acuerdo.
- 3- Indeciso
- 4- En desacuerdo
- 5- Totalmente en desacuerdo.

Dichos puntajes se sumaron para obtener un total que determino el grado de actitud del entrevistado, considerando los criterios de:

- 1- Favorable (mayor 50 puntos)
- 2- Desfavorable (menor de 50 puntos)

Las prácticas se valoró con preguntas abiertas y cerradas, relacionadas a: inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos en la primera relación sexual y en la actualidad, tipo de método utilizado, forma de uso, reacciones adversas y disponibilidad tanto de anticoncepción regulares como de emergencia. A cada pregunta abierta se asignó un valor máximo de 5 puntos que fueron otorgados a las preguntas que fueron contestada como correctas, según criterios basados en la literatura médica sobre el uso correcto de anticoncepción de emergencia. Se consideró los criterios de correctos e incorrectos.

4.8 Variables:

1- Característica demográficas de los adultos privados/as de libertad:

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión
- Años de prisión

2- Información que tiene los adultos privados/as de libertad sobre anticonceptivos de emergencia.

- Contenido de la información.
- Fuentes de información.
- Frecuencia con la que se tiene la información.
- Informantes.

3- Conocimientos que tiene los adultos privados/as de libertad sobre anticonceptivos de emergencia.

- Concepto de anticoncepción de emergencia.
- Quien los usa.
- Forma de uso.
- Reacciones desfavorable que provocan.
- Condiciones de uso.
- Distribución de anticonceptivos de emergencia.
- Eficacia de los anticonceptivos de emergencia.

4- Actitud de los adultos privados/as de libertad sobre anticonceptivos de emergencia.

- Aspectos cognitivos.
- Aspectos emocionales.
- Aspectos conductuales.
- Aspectos religiosos

5- Prácticas de los adultos privados/as de libertad sobre anticonceptivos de emergencia.

- Inicio de vida sexual.
- Forma de uso de métodos anticonceptivos de emergencia.
- Frecuencia de uso de anticonceptivos de emergencia.
- Reacciones adversas que provocan los métodos de emergencia
- Eficacia de los métodos anticonceptivos de emergencia.
- Distribución de los anticonceptivos de emergencia.

4.9 Plan de Tabulación

Los resultados obtenidos se procesaron electrónicamente por el programa estadístico de ciencia sociales SPSS versión 6.0 las tablas de salida ya sean de una sola variable o de cruce entre ellas, conteniendo la frecuencia para cada alternativa de respuesta y sus respectivos porcentajes respecto al total de casos.

4.10 Plan de Análisis

- 1- Características demográficas de los adultos privados/as de libertad.
- 2- Información sobre métodos de anticoncepción regular y MAE
- 3- Conocimientos sobre MAE.
- 4- Actitud MAE.
- 5- Prácticas antes MAE.
- 6- Características demográficas de los adultos privados/as en estudio v/s conocimientos sobre los MAE.
- 7- Características demográficas de los adultos privados/as en estudio v/s actitud ante los MAE.
- 8- Características demográficas de los adultos privados/as en estudio v/s prácticas antes los MAE.
- 9- Conocimientos de los adultos privados/as de libertad en estudio v/s actitudes sobre los MAE.
- 10- Conocimientos de los adultos privados/as de libertad en estudio v/s prácticas sobre los MAE.
- 11- Actitud de los adultos privados/as de libertad en estudio v/s prácticas sobre los MAE.

V. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Conceptos	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Edad	Años cumplidos al momento de la entrevista		Años	-18-30 años -31-45 años -46-60 años
Sexo	Características biológica del individuo		Fenotipo	-Masculino -femenino
Procedencia	Lugar de donde es originario		Departamento o región del país	-Boaco -Rama -Nueva guinea -San Carlos -Juigalpa
Estado civil	Situación de convivencia de una persona en relación al estado de otra.		Estado conyugal.	-Casado/a -Soltero/a -Unión libre
Escolaridad	Ultimo grado aprobado al momento de la entrevista.		Ultimo grado aprobado.	-Analfabeto -Primaria -Secundaria -Universitario
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica.		Tipo de actividad	-Estudiante -Trabajador -Desempleado -Ama de casa
Religión	Doctrina religiosa que práctica al momento de la entrevista		Práctica religiosa que profesa	-Católica -Evangélica -Testigo de Jehová -Mormón -Atea -Otras

Variables	Conceptos	Dimensiones	Indicador	Escala/Valor
Conocimientos sobre anticonceptivos de emergencia	Grado de conocimiento general que el individuo tiene acerca de los MAE.	Conceptos de MAE	Tipos de MAE	-es la pastilla de la mañana siguiente -es una inyección - es el DIU -coito interrumpido -métodos regulares a dosis mas altas
			Razón de uso.	-Previene embarazos -Planificación familiar -Previene ITS -Uso postcoital -Métodos abortivos
		Forma de uso	Sexo	-Hombre -Mujer
			Vía de administración	-Oral -Inyectable -Aplicación del DIU
		Intervalo de uso	Horas	Inmediatamente -A las 12 horas -Antes de las 12 horas -Antes de la 72 horas -72 horas después
		Reacciones adversas	sintomatología	-Dolor de cabeza -Sangrado -Hemorragias -Dolor de mamas -Nauseas -Vómitos

Variables	Conceptos	Dimensión	Indicador	Escala/Valor	
Actitud respecto a los MAE	Es una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o propósito en particular	Condición de uso	Indicaciones	-después de una violación. -coito no planeado y sin protección. -Uso correctos de anticonceptivos -No planifica -Falla del preservativo -evitar embarazos no deseados	
Actitud respectos a los MAE	Favorables o desfavorables		contraindicaciones	-Embarazos de sospecha de embarazo	
			Distribución de los MAE.	Lugar de distribución	-C/S -hospitales -farmacia privadas -ONG" -Clínicas privadas -no sabe
			Eficacia	Evitar embarazo no deseados	-si -no
			Aspectos : -cognitivos -afectivos -conductuales -religiosos	Grado de acuerdo	-Totalmente de acuerdo -de acuerdo -indeciso -desacuerdo -totalmente en desacuerdo.

Variables	Conceptos	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Prácticas de uso de MAE.	Es el ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a reglas, destrezas con el ejercicio	Inicio de vida sexual	Años	-Menor de 10 años -10-14 años -15-19 años -ETC
		Forma de uso	Vía de administración.	-Oral -Inyectada -DIU
		Intervalo	Horas o días	- inmediatamente -12 horas después. -después de 3 día.
		Frecuencia de uso de MAE	número de veces que lo ha usado	-siempre -más de 2 veces. -solo una vez.
		Reacciones adversas de lo MAE,	Síntomas	-dolor de cabeza. -sangrado- -hemorragia -dolor de mamas -nauseas -vómitos -otros
		Distribución de los MAE	Lugar	-farmacia privada -C/S -hospitales -otros
		Eficacia de los MAE.	Evita embarazo no deseados	-si -no

VI. RESULTADOS

Previo a la entrevista con los adultos privados/as de libertad se realizó una encuesta con informantes claves para obtener insumo para la encuesta con los privados/as de libertad resultando información, como que el condón es un MAE y que estos métodos previenen infección de transmisión sexual, que son abortivos y que el personal de salud del sistema penitenciario no influye en el uso de MAE. (anexo2)

Los datos obtenidos de los informantes claves fueron los siguientes 100.0% (50), de estos solo el 18.0% conoce los MAE. (anexo3A) Y la información que tienen sobre estos métodos, refirieron que los MAE, el 77.7% y el 66.6% que evitan embarazo e ITS respectivamente. Mencionando el 100.0% que el condón es un MAE y otra proporción del 44.4% que también la inyección de tres meses, refiriendo además el 77.7% que los usan cada vez que tienen relaciones sexuales y en su totalidad el 100.0% aseguro que están indicado para evitar embarazo y el VIH. Y el 100.0% que el principal efecto adverso es que engordan, y únicamente 22.2% (2) había usado actualmente un MAE y que lo compraron el 100.0% en farmacia privadas y que nunca (0.0%), habían recibido información de los MAE del personal de salud del sistema penitenciario. (anexo3B)

De los adultos encuestados la mayoría tenía entre 18-30 años de edad (48.0%), el 82.0% era del sexo masculino, de creencias católicas 61.0%, con escolaridad primaria 47.0% y secundaria el 41.0%. en cuanto a lo que respecta al estado civil eran soltero 42 (42.0%) y el 41.0% tenían unión libre. En relación a la actividad laboral que tienen los adultos en el sistema penitenciario 58.0% eran estudiantes y el 32.0% desempeñaba un área laboral. (tabla1)

De los 100 adultos encuestados el 100.0% habían escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos (MA) y de estos solamente el 40.0% (40) habían escuchado hablar de MAE. La descripción de la información recibida sobre métodos anticonceptivos se presenta en la **tabla 2**.

En la **tabla 2** se revela que el 43.8% de los adultos había escuchado que los métodos anticonceptivos son para prevenir embarazo y que los principales tipos de métodos son 82.4%; 80.7% la inyección de tres meses y un mes, el 36.8% refirió que se usan cuando se tiene relaciones sexuales, que su principal ventaja es no salir embarazada (56.6%) y el 36.8% refirió que su desventaja es que pueden fallar, el 66.6% dice que se usan solo inyectados y el 71.9% no saben cuándo están indicado. A la vez el 57.8% no sabía cuándo estaban contraindicado y que el principal efecto adverso es la cefalea (52.6%) y que se encuentran únicamente en farmacia afirmo el 82.0% por otro lado solamente el 40.0% de los 100 adultos dijeron haber escuchado sobre MAE, refiriendo un alto porcentaje (67.5%) a la PPMS como método de emergencia y una mínima cantidad del 2.5% al DIU. (tabla3)

De los 40 adultos que han escuchado hablar de MAE, el 87.5% (35) piensan que son los que se usan cuando se rompe el condón. (tabla4) en cuanto a la posibles razones por las cuales se usan los MAE, el 97.5% dicen que se usan para evitar embarazo no deseados, con respecto a los adultos que utilizan los MAE, el 60.0% (20) afirman que lo usan más mujeres jóvenes que las mayores. En lo que concierne a la forma de uso de los MAE el 62.5% (25) piensa que se toma una pastilla después de la relación sexual y otra a la 12 hora. (tabla5) Al preguntar sobre reacciones adversas, el 85.0% afirma que provocan malformaciones del bebe si la mujer ésta embarazada y en cuanto a la eficacia de los MAE, el 60.0% que si se pone una inyección inmediatamente o al tercer día de la relación sin protección la mujer no queda embarazada y que los MAE son distribuido por un 72.5% por los centros de salud y hospitales. (tabla6)

Al asociar el conocimiento de las características socio demográficas se determinó que el porcentaje de regular conocimiento (clasificado como regular) fue mayor en la edad de la adultez intermedia (31-45 años) con un 86.6% V/S 73.5%, sexo femenino (100% V/S 75.7%) y en aquellos adultos con escolaridad primaria y secundaria, casados, católicos de ocupación estudiantes y los procedentes de la diferentes regiones del país. (tabla7)

Con relación a las actitudes de los sobre MAE, de los 40 que dijeron conocer los MAE, el 65.0% que es bueno que los familiares y amigo utilicen MAE. El 70.0% están de acuerdo que los MAE pueden disminuir el número de embarazo no deseados, pero un 65.0% afirmo que pueden causar problema de fertilidad en el futuro. (tabla8) Que son utilizado en un 55.5% por mujeres promiscua que sostienen relaciones sexuales con hombres que no son su pareja. Con lo que respecta a la distribución de estos métodos el 92.5% (33) afirmo que deben distribuirse en los centros de salud y hospitales. En lo que respecta al derecho de uso el 97.5% (39) afirmo que todas las mujeres tienen derecho a usar MAE y un 77.5% afirma que si un profesional de salud explica el uso correcto de MAE lo utilizarían. (tabla9)

Al asociarse con las características demográficas se determinó que el porcentaje de actitudes favorables fue mayor en la adultez intermedia (31-54 años) con el 93.3% (19) V/S 82.6% (14) de la adultez temprana (18-30 años) en relación con el sexo masculino el 87.8% (29) V/S 85.7% (6) y en aquellos adultos con procedencia de otras regiones del país, Rama, la Guinea, Evangélicos, y los de escolaridad secundaria, y estudiantes activos (tabla10)

Las actitudes sobre los MAE fueron clasificadas como favorables y desfavorables en un 87.5% (35) y 12.5% (5) respectivamente. (tabla14)

De los 100 adultos en estudios el 100.0% había escuchado hablar de métodos de planificación familiar de los cuales el 40.0% habían escuchado hablar de MAE y únicamente 67.5% (27) conocen a la PPMS como método de emergencia y un mínimo porcentaje del 2.5% al DIU. (tabla3)

De los 40 adultos que tienen conocimientos sobre MAE, solo el 77.5% (31) tienen pareja actualmente de los cuales solo el 60.0% (24) ha usado actualmente un MAE, utilizando el 100.0% (24) únicamente a la PPMS como MAE. (tabla11 A) Y refirieron que su principal efecto adversos son los dolores de cabeza 66.6% (16) (tabla11 B) y que los lugares que mayormente adquieren estos métodos los 24 (100%) de los adultos refirieron a las farmacia privadas. (tabla12)

El porcentaje de prácticas correctas fue mayor en adultos de 18-30 años 60.0% e incorrectas en adultos de 31-45 años (77.7%). De igual manera los del sexo masculino, los procedentes de San Carlos, Evangélicos, los de unión libre, estudiantes de secundaria, primaria y trabajadores (tabla13)

Del total de adultos que habían oído hablar de los MAE (n=40) solo 24 habían utilizado los MAE. Las prácticas de MAE fueron clasificadas como correctas e incorrectas, en un 45.8% V/S 54.1% respectivamente. (tabla15)

De los 40 adultos que expresaron tener conocimientos sobre MAE, el 2.5% (1) tiene un nivel de conocimiento malo, el 80.0% (32) tiene un nivel de conocimiento regular y el 75% (7) tiene un nivel de conocimiento bueno. (tabla14)

Los adultos con conocimientos de MAE tuvieron en general el 87.5% (35) actitudes favorable hacia los MAE. De los 7 que tuvieron un nivel de conocimiento el 100% de ellos tuvo una actitud favorable de igual forma el 84.3% (27) con conocimientos regulares tuvieron una actitud favorable de la misma manera aquellos con conocimientos malos 100% (1) su actitud fue favorable ante el uso de MAE. (tabla14)

De los 4 adultos con un nivel de conocimientos bueno sobre MAE el 75% (3) presento practicas correctas y de los 19 adultos con conocimientos regular 63.1% (12) tuvo practicas incorrectas y uno de los adultos con conocimientos malo (100.0%) tuvo practicas correctas de los MAE. ^(tabla15)

De los 21 adultos que tienen actitudes favorables, el 52,3% (11) tiene practicas correctas y 3 de los adultos con actitudes desfavorable el 100.0% tiene practicas incorrectas de los MAE. ^(tabla16)

VII. DISCUSIÓN

El embarazo no deseado emerge como un problema de salud independientemente en la edad reproductiva que aparezca. Y aunque lo ideal sería que los adultos se abstuvieran a tener una sola pareja, en la práctica médica hemos observado que la conducta al sexo es muy precoz. La actividad sexual en la diferente etapa de la edad adulta es continua en todo el mundo el problema está en que países como el nuestro en subdesarrollo con el poco acceso a la educación sobre salud sexual y reproductiva así como la dificultad para acceder a servicios de planificación familiar y de los esfuerzo que el gobierno realiza, esto trae consecuencias sociales económicas y de salud, que aumentan por la idiosincrasia, creencias, mitos y percepciones religiosa que tiene la población sobre los MAE y regulares.

En Nicaragua según ENDESA 2011-2012 en la medida que aumenta la el nivel de instrucción formal también aumenta aumentan la prevención de uso de métodos anticonceptivos pasando el 72.4% entre mujeres sin educación formal al 80,4% en aquellas que tienen educación superior. En este contexto se debe señalar que en nuestro estudio los adultos con un nivel universitario es apenas 9.0%, secundaria 41.0% y primaria 47.0%.

La tasa de fecundación global en Nicaragua ha venido disminuyendo de forma muy importante de pasar de 5 hijos/as por mujer para el quinquenio 2002-2007 a 2.4% para el quinquenio 2007-2012. Aunque la tasa de fecundidad específica para los adultos ha disminuido, el crecimiento de embarazos no deseados ha disminuido 0.6% (ENDESA 2011-2012). Los AE en los adultos podrían ayudar a disminuir aún más este indicador. A pesar que los MAE se incluyen en la lista básica desde 1995 no se promueve su uso de hecho según ENDESA 2011-2012 solo el 0.1% de las mujeres han usado al menos en una ocasión algún tipo de AE. En este estudio del total de adultos,

el 100.0% habían escuchado hablar sobre métodos de planificación familiar y de estos el 40.0% habían escuchado hablar de MAE esta cifra es ligeramente inferior al 80.4% reportado según ENDESA 2011-2012 para mujeres solteras sin experiencia y de igual inferioridad al estudio realizado en adolescentes del municipio de Juigalpa en febrero 2011, de que solo el 72.1% conocían los MAE.

De los 100 adultos encuestados el 40.0% contestaron afirmativamente que a veces habían escuchado hablar de MAE empeorando la situación aún más en relación al estudio CAP en adolescente que el 57.2% había escuchado de estos métodos, que al hacer preguntas específicas sobre estos métodos no lograron los adultos responder de forma adecuada por ejemplo solo el 2.5% sabía que el DIU puede ser utilizado como MAE, pero nunca lo han usado, dato muy similar al estudio CAP de adolescentes que solo el 5.3% sabían de este método de emergencia, resultado muy alarmante ya que desde 1995 con estudio realizado por la OMS en 8400 inserciones el DIU se encontró que este evita una tasa menor del 1% de los embarazos no deseados y es claro que con los resultados obtenidos se ve claramente que se desconoce la eficacia de este método de emergencia.

Los resultados del estudio muestran un elevado número de adultos que conocen los anticonceptivos regulares y una alta proporción de estos el 60.0% no conocen la anticoncepción de emergencia hecho que coincide con lo encontrado en estudio CAP de adolescente que solo 38 de 336 conocen estos métodos de emergencia y un 0.0% desconoce que existe el método de Yuzpe cuyo MAE según estudio de la OMS/OPS realizado en el 2006 informo una tasa de fallo del 0.2%-2%.

El mayor problema en lo que respecta al conocimiento sobre MAE se presenta en los tipos de métodos que existen y están disponibles en los centros de salud y hospitales y la forma de uso de los mismos, el 100.0% afirmó que la PPMS es el único método que conocen.

Según ENDESA 2011-2012 en la medida que aumenta el nivel de instrucción formal también aumenta el uso y conocimientos de los métodos anticonceptivos aumentando hasta un 80.4% en aquellos que tienen instrucción superior, en relación a nuestro estudio los adultos con un nivel universitario el 50.0% tenía conocimientos regulares y un 33.3% conocimientos buenos si lo comparamos con la educación secundaria que alcanza 19.0% y primaria 8.3% con buenos conocimientos. Datos similares en el estudio CAP de adolescentes que el 52.8% de educación universitaria presentaba mejor conocimientos.

En cuanto al sexo de las 7 mujeres que conocían de los MAE el 100.0% tenía conocimientos regular y el 82,5% de los varones encuetados el 75.7% tuvo también conocimiento regular a pesar que en nuestro país la mayoría de los hombres piensan que las mujeres deberían ser responsable de su sexualidad, de planificar de conocer los anticonceptivos de usarlo correctamente los hombre se están involucrando en todas estas decisiones, datos que se observan según ENDESA 2011-2012 que el 47.1% de los hombres desea usar un método y de estos el 56.9% lo ha usado.

En general el conocimiento de los adultos privados/as de libertad es regular por el nivel educacional que han logrado durante su estancia en el sistema penitenciario que es parte del plan de reeducación que se desarrolla para la reinserción social de cada individuo. Datos que se confirman en este estudio ya que apenas el 35.0% afirmo que los MAE son abortivos y un 97.5% afirmo que están indicados para evitar embarazos no deseados y que solo se encuentran en farmacia privadas 42.5%.

La gran mayoría delos adultos presento una actitud favorable 87.5% esto puede deberse al contenido de información que reciben. A pesar que los medios escritos no se reciben a diario la radio y la televisión que es parte de la recreación están disponibles en el sistema penitenciario de

igual manera en el estudio CAP de adolescente en Juigalpa se observó una actitud favorable hacia los MAE.

Debemos mencionar que una barrera muy importante en nuestra cultura que impide la difusión abierta sobre MAE es la religión, en este estudio es evidente que cada individuo presta algún tipo de creencia, sin embargo del 57.5% de los encuestados un 82.6% presento una actitud favorable de igual manera el 93.7% de los evangélicos. Lo que indica que actualmente la religión no influye en las decisiones sobre el uso de los MAE. Ejemplo de esto está que solo un 25.0% afirma que se avergonzaría utilizar estos métodos. La iglesia católica presento al AE como un aborto químico. Y como se sabe que nuestra sociedad que es altamente religiosa y profesa algún tipo de religión es muy conocido que durante años las denominaciones religiosas de mayor protagonismo en nuestro país se han opuesto al empleo de métodos de interrupción del embarazo señalando a los MAE como métodos abortivos.

La AE prácticamente desde su inicio está en la mira de los autodenominados grupos pro-vida, pues el hecho de que este tipo de contracepción sea empleado después del acto sexual, ha provocado que muchos desconocedores de la fisiología de la reproducción humana le llamen “aborto” y señalen además que su nombre de anticoncepción poscoital no es otra cosa que el enmascaramiento de un aborto realizado con medicamentos sin embargo como se conoce “La Federación internacional de Ginecología” (FIGO); señala que el embarazo comienza únicamente después de la implantación del huevo fecundado en el endometrio uterino lo cual ocurre varios días después del coito (de 5 a 6 días), siendo abortivos todo proceder que se emplee para la acumulación de la gestación después de este momento y estos anticonceptivos se emplean antes. Así por definición la anticoncepción de emergencia al actuar en un momento previo a la implantación no puede considerarse como abortivo.

Pero es interesante que la mayoría de los adultos privados/as de libertad tienen una actitud favorable, el 77,5% están de acuerdo en usarlo si un profesional de la salud les explica y solo el 27.5% afirmó que le avergonzaría usarlo sin saber específicamente su verdadero uso por sus creencia religiosa.

Los adultos encuestados afirmaron el 70.0% que los MAE ayudarían a disminuir los embarazos no deseados y el 60.0% los abortos ilegales, sin embargo un 92.5% afirmaron que estos métodos deben de promoverse y distribuirse en las unidades de salud, esto indica que pesar que desde 1995 la AE se incluye en la lista básica y que se cuenta con un protocolo de planificación familiar las unidades de salud no están ofertando la anticoncepción de emergencia, resultado que se vio en el estudio CAP de adolescentes de Juigalpa.

Según cifras de ENDESA 2011-2012 el porcentaje de hombres de unión libre que han usado algún método anticonceptivos moderno es del 79.3% y los MAE como la PPMS es del 0.1% en hombres y mujeres, correspondiendo al departamento de Chontales 79.8% V/S 1.2% para los MAE. En este estudio el 75.0% tienen un buen conocimiento; pero un 45.8% prácticas incorrectas. El 50.0% de las mujeres que uso los MAE tuvieron practicas correctas a diferencia de los varones que el 54.5% tuvo practicas incorrectas.

Nuestro estudio conto con 100 adultos privados/as de libertad de estos el 40.0% habían escuchado hablar de MAE de los cuales 70.0% habían utilizado un método anticonceptivo regular y únicamente 24.0% (24) habían hecho uso de un MAE de los cuales 45.8% de los adultos lo había usado más de dos veces. Datos muy similares a los resultados que presentaron los adolescentes del estudios CAP en Juigalpa en donde el 50.0% de ellos ha usado en más de dos ocasiones los MAE.

De los adultos que habían usado un MAE el 100.0% conocía únicamente la PPMS esto coincide con la poca información que obtienen ya que el 100.0% no conocía otro método de emergencia, datos similares al estudio CAP de adolescente que el 72.1% conocían a la PPMS como único método de emergencia. Estos hallazgos son similares por que la información sobre anticoncepción la habían recibido de amigos por la idiosincrasia de la población nicaragüense por lo que podemos inferir que también tienen un mal conocimiento sobre el tema siendo esto una de las principales barrera que impide el uso de los MAE. Lo que se puede observar es que los adultos encuestados no saben que estos métodos están a su alcance y que el factor tiempo es muy importante para obtener una adecuada efectividad del mismo, pero sin embargo un 66.6% sabe que uno de los efectos adversos de la PPMS es el dolor de cabeza.

Según ENDESA 2011-2012 las principales fuentes de suministro de anticonceptivos proviene del sector publico 68.6% (centro de salud 34.2% y hospitales públicos 31.1%) y del sector privado 29.9% (principalmente farmacia 14.7%, segundo empresa medica provisional 7.8% y clínica y hospitales privado con 2.6% cada uno.) en este estudio el porcentaje de farmacia fue mayor; el 100.0% afirmo que los MAE los ha obtenidos únicamente en farmacia privadas.

El conocimientos de los adultos fue menor que las actitudes adecuadas y las prácticas incorrectas de estos. Así que aproximadamente 8 de cada 10 adultos no sabía usar un MAE, sabiendo aún que estos métodos son legales en Nicaragua. Reconocieron solo un método como anticonceptivos de emergencia y conocen su dosis y vía de administración este hallazgo es similar con el estudio hecho en Villa Libertad en donde se reportó que solamente el 33.0% conocía un MAE.

Curiosamente los adultos que tuvieron malos, regulares y bueno conocimientos tuvieron actitudes favorables, pero prácticas incorrectas.

Los AE son métodos efectivos para evitar embarazo no deseados y sus consecuencia negativas por lo que deben formar parte de los lineamientos de todos los programa nacionales de salud reproductiva. Como consecuencia del limitado conocimiento y malas prácticas en la anticoncepción de emergencia por los adultos se seguirá con el problema de los embarazos no deseados que independiente en la edad en que aparezca afecta al gremio familiar, social y personal de cada individuo y se vuelve un problema de salud pública para la nación.

VIII. CONCLUSIONES

De los 100 adultos privados/as de libertad que se encuestaron el 48.0% tiene entre 18-30 años, el 82.0% son hombres de diferentes regiones y departamentos del país con un 61.0% de creencia católica, soltero y con unión libre, cuya ocupación es estudiar cursando la primaria el 47.0%. Al asociar demográficamente a los adultos privados/as de libertad con el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas, únicamente el 40.0% había escuchado sobre los MAE, de los cuales solo el 60.0% (24) habían utilizado estos métodos, resultando estos con un conocimiento regular y actitudes favorable, pero con prácticas incorrectas.

En general el nivel de conocimiento sobre los MAE es regular en un 84.3%, aunque los encuestados desconocen cuales métodos están disponible en la unidades de salud y hospitales ya que el 100.0% los adquieren solo en farmacia privada, desconociendo los principales tipos de MAE ya que del 40.0% que había oído hablar de estos métodos el 67.5% conocía únicamente a la PPMS y de los que habían utilizado un MAE el 100.0% utilizo la PPMS como único método y la forma como este método se utiliza.

El 87.5% de los participantes del estudio presentaron una actitud favorable ante el uso de los MAE. En general los métodos de emergencia son aceptados por los adultos privados/as de libertad; la creencia religiosa no parece influir. Esta actitud favorable fue determinada por factores cognitivos, afectivos, conductuales y religioso. A pesar de la actitud favorable hacia los MAE, las prácticas en un 54.1% fueron incorrectas ya que el 45.8% lo utilizo en más de dos ocasiones y un 16.6% los utiliza siempre; en si el conocimiento regular está relacionado al igual proporción de las actitudes favorables y en correlación a las prácticas incorrectas, cuyo origen se debe a que únicamente el 31.1% recibió información de parte de los servidores de salud pública.

IX. RECOMENDACIONES

La anticoncepción de emergencia es una forma segura y eficaz para prevenir un embarazo no deseado. No deben de existir barreras médicas o legales el acceso universal, oportuno, para las mujeres y parejas quedando entendido que esta no reemplaza, sino que apoya la práctica anticonceptiva regular por lo que se recomienda.

Organizar en conjunto con las autoridades penitenciaria y unidades de salud que se realicen foros en la escuela y curso técnico sobre anticonceptivos regulares y MAE y capacitar a los maestro par que brinden información correcta sobre estos temas en los adultos.

Que los centros de salud que tienen en su jurisdicción a los diferentes establecimientos penitenciario del país, oferten a los métodos anticonceptivos de emergencia y regulares a la población penal que está bajo su autoridad como una alternativa ante las relaciones de riesgo y evitar los embarazos no deseados.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1- Instituto nacional de información desarrollo (INIDE) encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA) 2011/2012. Informe preliminar. Managua: INIDE/MINSA 2011/2012. Pág. 12, 13, 14, 18, 24, 44, 45, 49, 50.
- 2- Padilla R. Blandón M. 2010. Anticoncepción de emergencia. Un derecho de las mujeres nicaragüense. Managua, Ipas. Centroamérica pág. 53, 54, 55, 61, 63.
- 3- OMS. Aspectos del servicio en anticoncepción de emergencia: guía para la prestación de servicio disponible 2011 OPS/OMS.org
- 4-Nicaragua, ministerio de salud. Norma y protocolo de planificación familiar. Generalidades.2ª.ed.MINSA. Managua 2009 pág. 40, 41, 42, 43, 44, 45.
- 5-Arrollo Navarrete I. anticoncepción de emergencia: conocimientos y actitudes en empleados de farmacia de Managua, Nicaragua marzo 2011 pág. 70, 80, 88.
- 6-Toledo m. y Urbina M: CAP sobre MAE, de adolescente del municipio de Juigalpa, Chontales. Febrero 2011. Pág. 3,50
- 7- Biblioteca Cochrane, revisión sobre anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <<http://ccp.unc.edu.au/accocrane.htm>> [consulta 9 y 16 mayo consulta 9 y 16 mayo 2012]
- 8- Castañeda Adolfo J. La anticoncepción de emergencia. [Biblioteca virtual en línea] <<http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/artolu.html>> [consulta el 10 mayo 2012]

9- Restrepo H. La anticoncepción de emergencia ¿de interés para salud pública? [Biblioteca virtual en línea] <<http://geosalud.com/antic-emergency/anticoncepconsp.htm>> [consulta: 10,12, 22, 23 junio 2012]

10- Anticoncepción de emergencia [biblioteca virtual en línea] <http://www.reproductiverights.org/esp.pub.fac.anticoncep.html>[consulta: 14, 15, 17 junio 2012]

11-Mittal S, Lakhatia m, Kumar S. contraceptive awareness and acceptance in Indian metropolitan city. Cosortium on National consensus for Emergency Contraception 2001.

12-Cristian Jeam, Ana Maria Salvatierra, Jill L. Schwartz, Horacio B. Croxatto, suppression of follicular rupture with Meloxicam, a ciclooxigenase-2 inhibitor: potential for emergency contraception, Human Reproduction, 2009.volume 25, Issue 2, pp. 368.

13-Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J. et al. Low dose mifepristone and two regimen of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomized trial. Lancet, 2002: 360: 1803-10

14-Nicaragua, ministerio de salud plan nacional de salud.2004- 2005, segunda edición. Managua, Nicaragua. Minsa 2010-2011

15-Revista mujer salud. Red de salud de las mujeres Latinoamericana y del Caribe marzo 2001 pág. 4, 5, 8

16-Organización mundial de salud (octubre 2015). Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia. Programa especial de investigaciones, desarrollo y formación de investigadores sobre reproducción humana. Ultimo acceso 08 noviembre 2012.

17-Prospectos Posday comprimidos. Anticonceptivos. Investigación farmacéutica, S.A. de C.V. México.

18-Historia de la anticoncepción, en portal de la sociedad canaria de medicina de familia y comunitaria, España.

19-Mittal S. Intervenciones par la anticoncepción de emergencia: Comentario de la BSR (última revisión: 1 noviembre de 2008). La biblioteca de salud reproductiva de la OMS; Ginebra: OMS.

20-RCOG (2004) (PDF), The Care of Woman Requesting Induced Abortion: evidence based clinical guideline number 7. London: RCOG Press, ISBN 1-904752-06-3.

21-Piaggio G et al. (2003). <<Meta-analysis of randomized trials comparing different doses of mifepristone in emergency contraception>>. Contraception 68 (6): pp. 447, 52.

22-Gemzell-Danielsson, k; Marion, 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:

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

24-[<http://ec.pricenton.edu/news/Glasier UPA>]. PDF Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non- inferiority trial and meta- analysis, The Lancet, volume 375 Issue 9714. Pages, 55-562, A. Glasier, S. Cameron, p. Fine, S, Logan, W. Casale, J. Van Horn, L. Sogor, D. Blite, B. Scherrer. Mathe, et al.

25-Cristian Jesan, Ana María Salvatierra. Jill L. Schwatz, Horacio B. Croxatto, Suppression of follicular rupture with Meloxicam, a cyclooxygenase-2 inhibitor: potential for emergency contraception, Human Reproduction, 2009, volume 25, Issue 2, Pp. 368-373 text complete.

26-Arowojolu AO, Okewole LA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. Contracepción 2002; 66:269-273

27-Nicaragua, ministerio de salud, programa conjunto para controlar el cumplimiento de la ODM 4 y 5 (a .y b.) en los departamentos de Nueva Segovia, Chontales, RACCS. Generalidades, datos estadísticos, salud materna. Primera edición ed. Minsa. Managua. 2012. Pág. 6, 7, 8, 9, 32, 33, 47.

XI. ANEXOS

ANEXO # 1

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS A INFORMANTES CLAVES.

ENCUESTA A INFORMANTES CLAVES.

Tipos de informantes claves.

- ❖ 20 adultos privados de libertad.
- ❖ 10 mujeres parejas de los privados de libertad.
- ❖ 10 funcionario trabajadores del sistema penitenciario de Chontales.
- ❖ 10 líderes religioso privados libertad.

Preguntas a informantes claves

1. ¿podría decirnos que son los métodos anticonceptivos? (si la respuesta es sí continuar).
2. ¿sabe usted que son los métodos anticonceptivos de emergencia? (si la respuesta es sí continuar).
3. ¿conoce usted algún MAE? (si la respuesta es sí mencione cuales).
4. ¿sabe usted para que se usan los MAE?
5. ¿sabe usted cuales son las reacciones adversa de los MAE?
6. ¿ha usado algún MAE?
7. ¿los MAE previenen ITS?
8. ¿Quiénes tienen derecho de usar MAE?
9. ¿actualmente ha usado algún MAE?
10. ¿dónde ha comprado su pareja MAE?
11. ¿de quién ha recibido información de los MAE?
12. ¿tu pareja influye en que use un MAE?
13. ¿el personal de salud del sistema penitenciario influye en el uso de los MAE?

ANEXO # 2

RESULTADOS DE ENCUESTA A INFORMANTES CLAVES

Preguntas	Adultos privados de libertad	Mujeres pareja de interno	funcionario	Líderes religioso
Que son los MA.	-No saben -evitan embarazo	-evitan embarazo -evitan aborto	-No saben -Para prevenir embarazo	-prevenir embarazo -prevenir ITS
Sabe que son los MAE.	-no saben -son los condones	-no saben -son los que se usan para abortar	-no saben	No saben
Conoce algún MAE	-pastilla para planificar -el condón	-inyección de tres meses -el condón	-condón -retirar el pene antes de eyacular	-condón
Cuando se usa un MAE	-para evitar ITS -no sabe	-cada vez que se tienen relaciones sexuales. -no saben	-en relaciones sexuales no planeadas -no saben	-cuando se tienen relaciones con la pareja
Menciones reacciones adversas de los MAE	-no saben	-retraso del periodo menstrual -engordan -no saben	-nauseas -Dolor durante las relaciones sexuales -no saben	No saben
Ha usado algún MAE.	-no	Si -condón -no saben	Si -condón -no saben	no
Los MAE previenen ITS	Si -gonorrea -VIH -no saben	Si -VIH -no saben	Si -VIH -No saben	Si -gonorrea- -condiloma -no saben
Quienes tienen derecho de usar MAE.	-solo las mujeres	-mujeres nada mas	-El hombre para no contagiarse	-algunas mujeres - es prohibido usarlo

Actualmente ha usado un MAE.	-el condón -nunca han usado	-si la píldora de planificar	-El condón	-no
Donde compra los MAE	-farmacia	-centro de salud	-centro de salud -farmacia	-centro de salud -farmacia -hospitales
De quien ha recibido información MAE,	-de nadie	-centro de salud	-centro de salud	-de la pareja -de nadie
Cree que la religión influye en el uso de los MAE.	-si pero nadie deja de usarlo	-dicen que no se usen -que son abortivos	-No sabe -Si para evitar embarazo	-si porque no les permiten el uso
Tu pareja influye en que use un MAE.	-no hablan de eso	-No le dicen nada lo usan y ya	-no le gusta hablar de eso.	-no se toca el tema -no es necesario
El personal de salud del sistema penitenciario influye en el uso de MAE.	NO	NO	NO	NO

ANEXO # 3^a

Resultados de las encuestas realizada a informantes clave, sobre si conocen alguna MAE.

n=50

Conoce los MAE	#	%
SI	9	18.0
NO	41	82.0

Fuente: encuesta de informantes claves, del SPR-Chontales.

SPR: sistema penitenciario regional.

ANEXO # 3^b

Información sobre MAE recibidas por informantes claves para la elaboración del instrumento de datos del estudio CAP de adultos privados/as de libertad.

n=9

Información de MAE de informantes claves	#	%
¿Qué son?		
Evitan embarazo	7	77.7
Evitan ITS	6	66.6
¿Cuáles son?		
Pastilla de planificar	1	11,1
El condón	9	100.0
Inyecciones de tres meses	4	44.4
Retirar el pene antes de eyacular	1	11.1
¿Cuándo se usan?		
Cuando se tienen relaciones sexuales con la pareja	6	66.6
Cada vez que se tiene relaciones sexuales	7	77.7
No saben	1	11.1
¿Cuándo están indicado?		
Evitar embarazo	9	100.0
Evitar el VIH	9	100.0
Evita la gonorrea	1	11.1
¿Cuáles son los efectos adversos?		
Engordan	9	
Nausea	8	
Dolor de cabeza	50	100.0
Retraso del periodo menstrual	5	
¿Dónde ha encontrados MAE?		
farmacia	50	100.0
¿De quién ha recibido información de MAE?		
Religión	1	11.1
Pareja	2	22.2
Personal de salud del SPR	0	0.0

Fuente: encuesta de informantes claves, del SPR-Chontales.

SPR: sistema penitenciario regional.

ANEXO # 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA DE ESTUDIO:

EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA (MAE) EN SDULTOS PRIVADOS/AS DE LIBERTAD DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE CHONTALES, SEGUNDO TRIMESTRE 2013.

AUTOR: Br. LESTER JAVIER URBINA.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos de emergencia en adultos privados/as de libertad en estudio, dicha información será empleada en la realización de tesis monográfica y podrá ser tomada como referencia para la toma de decisiones para la elaboración de programas o campañas educativas sobre métodos anticonceptivos.

La presente encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos anticonceptivos de emergencia en adultos privados/as de libertad del sistema penitenciario de Chontales en el segundo trimestre 2013. Consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencillas, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca del tema antes descrito.

Las persona encuestada pueden contestar de manera tranquilamente posible dado que no se pide nombre ni identificación alguna, por lo que se asegura privacidad del encuestado, además la información se utiliza para fines estrictamente investigativos se pide al encuestado que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la repuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante.....

Firma de investigador.....

ANEXO # 5

ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS.

DATOS GENERALES

1-EDAD

- 1. 18-30 años**
- 2. 31-45 años**
- 3. 46-60 años**

2-SEXO

- 1. Femenino**
- 2. Masculino**

3-PROCEDENCIA

- 1. Rama**
- 2. Juigalpa**
- 3. Nueva Guinea**
- 4. San Carlos Rio San Juan**
- 5. Boaco**
- 6. Otros**

4-RELIGIÓN

- 1- Católica**
- 2- Evangélica**
- 3- Testigo de Jehová**
- 4- Atea**
- 5- Otras**

5-ESTADO CIVIL

- 1. Casado/a**
- 2. Soltero/a**
- 3. Unión libre**

6-ESCOLARIDAD

- 1. Analfabeto**
- 2. Primaria**
- 3. Secundaria**
- 4. Universitario**

7-OCUPACION

- 1. Estudiantes**
- 2. Trabajador/a**
- 3. Desempleado**
- 4. Ama de casa**

Información sobre anticoncepción

Marque solo una respuesta.

8-¿ha escuchado hablar de métodos anticonceptivos?

(Si la respuesta es SÍ, continuar con la encuesta)

- 1- SI**
- 2- NO**

9-¿Qué has escuchados sobre los métodos anticonceptivos?

- 1. ¿Qué son?**
- 2. ¿Cuáles son?**
- 3. ¿Cuándo se usan?**
- 4. ¿ventajas?**
- 5. ¿desventajas?**
- 6. ¿Cómo se usan?**
- 7. ¿indicación?**
- 8. ¿contraindicaciones?**
- 9. ¿Efectos no deseados?**
- 10. ¿Dónde encontrarlos?**

10-¿Qué tan seguido encuentras información sobre los métodos anticonceptivos?

- 1. Siempre**
- 2. A veces**
- 3. Nunca**
- 4. Sin respuesta**

11-¿por cuál de los siguientes medios de comunicación ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos? (puede marcar más de una)

1. Trípticos
2. Radiales
3. Tv
4. Periódicos
5. Internet
6. Publicitarias
7. Libros
8. Revistas
9. Ninguno

12-¿con quién hablas sobre temas de planificación familiar y métodos anticonceptivos?

1. Esposo/a
2. Novio/a
3. Padres de familia
4. Hermanos/as
5. Amigos
6. Maestros
7. Líder religioso
8. Personal de salud
9. En la ONG
10. Otros

13-¿Ha escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos de emergencia?

(Si la respuesta es sí, continuar la encuesta)

1. SI
2. NO

14-¿Conoce usted de algún método anticonceptivo de emergencia?

(Si la respuesta es sí, mencione cuales)

1.
2.
3.

Conocimientos sobre anticonceptivos de emergencia.

LOS métodos anticonceptivos de emergencia son:	si	no	no sabe
15- son los que se usan cuando se rompe un condón			
16- son los que se usan después de violaciones			
17-son los que se usan cuando no se está planificando y se tiene relaciones sexuales sin protección.			
18- los anticonceptivos de emergencia son las pastillas de la mañana siguiente.			
19- son métodos abortivos.			
20- son las pastillas anticonceptivas a dosis más altas.			
21-es cuando el hombre saca el pene de la vagina antes de terminar.			

Los métodos anticonceptivos de emergencia se usan para:	si	no	no sabe
22-evitar embarazo no deseados			
23-evitan enfermedad de transmisión sexual como el VIH			
24-se usan para la planificación			
25-se usan para abortar			

Los anticonceptivos de emergencia son utilizado por:	si	no	no sabe
26-solo las mujeres lo pueden usar			
27-lo usan hombres y mujeres			
28-la usan más las mujeres mayores que la jóvenes			
29-lo usan más las mujeres jóvenes que las mayores			
30-mucho adultos en Nicaragua usan los métodos de emergencia			

Los anticonceptivos de emergencia están indicado en las siguientes situaciones.	si	no	no sabe
31-despues de una violación			
32-cuando tiene relaciones sin protección			
33-cuando se rompe el condón			
34-cuando se tiene relaciones con desconocido			
35-cuando se tiene relaciones y no se planificando			
36-no se deben usar si una mujer esta o está sospecha estar embarazada			

La forma de uso de los métodos de emergencia es la siguiente.	si	no	no sabe
37- es una pastilla que se toma inmediatamente después de terminar las relaciones sexuales			
38-inyecciones que se ponen en la nalca hasta 72 horas después de la relación sexual			
39-son óvulos vaginales que se colocan en la vagina después de terminar la relación sexual			
40-es la colocación del DIU al quinto día de la relación sexual sin protección			
41-se toma una pastilla después de la relación sexual y otra a las 12 horas			
42-las pastillas se pueden utilizar hasta tres días después de la relación sexual			
43-se utiliza durante la relación sexual			

Los métodos anticonceptivos de emergencia provocan las siguientes reacciones.	si	no	no sabe
44-los anticonceptivos de emergencia provocan náuseas y vomito			
45-los anticonceptivos de emergencia provocan dolor de cabeza			
46-los anticonceptivos de emergencia provocan dolor en los pechos			
47-los anticonceptivos de emergencia provocan diarrea			
48-alteran los días del sangrado de la regla			
49-pueden engordar			
50-pueden provocar infertilidad en mujeres en mujeres que lo usan			
51-provocan malformación del bebe si la mujer está embarazada			

La Eficacia de los métodos de emergencia	si	no	no sabe
52-al usar los métodos de emergencia correctamente la mujer puede salir embarazada			
53-si toma una pastilla en la mañana y otra 12 horas después de la relación sexual sin protección las mujeres no quedan embarazada			
54-si solo toma una pastilla tres días después (72 horas) de la relación sin protección la mujeres no queda embarazada			
55-si se pone una inyección inmediatamente o al tercer día de la relación sin protección no queda embarazada			
56-si una mujer se pone la T de cobre al quinto día de una relación sexual sin protección no queda embarazada			

Los anticonceptivos de emergencia pueden ser adquiridos en:	si	no	no sabe
57-solo son vendidos en farmacia privada			
58-los centro de salud y hospitales brindan estos métodos de forma gratuita			
59-solo están disponibles en clicas como: Pro-familia, IXCHEM.SI MUJER, etc.			
En Nicaragua el uso de MAE es legal			

Actitudes antes los anticonceptivos de emergencia

Marque la opción que usted considere correcta:

TDA: total mente de acuerdo; DA: de acuerdo; ID: Indeciso; ED: en desacuerdo; TED: totalmente en desacuerdo.

Actitud	TDA	DA	ID	ED	TED
61-te avergonzaría utilizar algún método de emergencia					
62-es bueno que tu familiares y amigo utilicen anticonceptivos de emergencia					
63-es inmoral usar anticonceptivos de emergencia					
64-es pecado usar anticonceptivos de emergencia para evitar embarazos					

Para que se usan.	TDA	DA	ID	ED	TED
65-los anticonceptivos de emergencia previenen ITS					
66-si una familiar fuera víctima de una violación utilizaría algún método anticonceptivo de emergencia para evitar embarazo no deseados					
67-la anticoncepción de emergencia puede disminuir el número de embarazos no deseados					
68- la anticoncepción de emergencia puede disminuir el número de abortos ilegales					
69- la anticoncepción de emergencia se usa para abortar un hijo no deseados					
70-las parejas pueden dejar de usar anticonceptivos regulares si se facilita el acceso a los anticonceptivos de emergencia					
71-si las mujeres utilizan métodos de emergencia los hombres se negarían a utilizar el condón					
72-los métodos anticonceptivos de emergencia promueven la practicas de las relaciones sexuales irresponsables entre los adultos					

Quienes usan estos métodos de emergencia	TDA	DA	ID	ED	TED
73-los métodos de emergencia solo lo utilizan la mujeres jóvenes y soltera					
74-los métodos anticonceptivos de emergencia lo utilizan las trabajadores sexuales					
75-los métodos de emergencia lo utilizan mujeres promiscua que sostienen relaciones sexuales con hombre que no son su parejas					
76-las persona que usan los anticonceptivos de emergencia son promiscua e irresponsable					

Efectos que provocan los métodos de emergencia	TDA	DA	ID	ED	TED
77-Los métodos de emergencia pueden causar problema de fertilidad en el futuro					
78-los métodos de emergencia provocan aumento de peso					
79-los métodos de emergencia provocan aumento de los días del sangrado de la regla de la mujeres					

Quienes tienen derecho al uso de estos métodos de emergencia.	TDA	DA	ID	ED	TED
80-todas las mujeres tienen derecho a usar métodos de emergencia					
81-si un profesional de salud explicara el uso correcto de métodos de emergencia los utilizara					
82-todas la mujeres tienen derecho a obtener información sobre los métodos de emergencia					

Los métodos de emergencia deben distribuirse en:	TDA	DA	ID	ED	TED
83-los métodos de emergencia deberían distribuirse en todos los centros de salud y hospitales					
84-los métodos de emergencia solo se encuentran en farmacia privada					
85-los métodos de emergencia se deberían de distribuir en clínicas como IXCHEN y Pro-familia					

PRÁCTICAS EN RELACIÓN A LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA.

Conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible.

86-¿tiene pareja actualmente?

1. SI
2. NO

87-¿a qué edad inicio su vida sexual?

1. Menor de 10 años
2. 10-14 años
3. 15-19 años

88-¿en su primera relación sexual utilizo, algún método anticonceptivo?

1. SI
2. NO

89-¿Qué método utilizo?

- 1- Tipo de método anticonceptivo.....
- 2- Dosis.....
- 3- Vía de administración.....
- 4- Intervalo.....

90-¿Cuántas parejas ha tenido este último año?

- 1. Una
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Más de cuatro

91-¿está utilizando algún método?

- 1. SI
- 2. NO

92-¿Qué tipo de método anticonceptivo está utilizando?

Tipo de método anticonceptivo	
Dosis	
Vía de administración	
Intervalo	

93-¿alguna vez ha utilizado métodos anticonceptivos de emergencia?

(Si la respuesta es SÍ, continuar con la encuesta, si es no finalizar la encuesta)

1. SI
2. NO

94-¿Qué tipo de método de emergencia ha utilizado?

Tipo de método anticonceptivo	
Dosis	
Vía de administración	
Intervalo	

95-¿usted utiliza los métodos de emergencia?

1. Siempre
2. Más de dos ocasiones
3. Solo lo utilizo en una ocasión

96-¿los métodos de emergencia le provocan las siguientes reacciones secundarias?

1. Dolor de cabeza
2. Alteraciones en el sangrado menstrual
3. Dolor de mamas
4. Nauseas
5. Vómitos
6. Diarrea
7. Ningún malestar
8. Otros

97¿usted compra o adquiere estos métodos anticonceptivos en los siguientes lugares?

- 1. Farmacia privada**
- 2. Centro de salud**
- 3. Hospitales**
- 4. Centro tales como: Pro familia, IXCHEN, SI MUJER, etc.**
- 5. ONG**
- 6. Otros**

Gracias por su cooperación

Que tenga un buen día. ;;;

ANEXOS # 6**Cuadro # 1****Características demográficas de adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, Segundo trimestre 2013****n=100**

Características demográficas	Total	
EDAD	#	%
18-30	48	48.0
31-45	38	38.0
46-60	14	14.0
SEXO		
Femenino	18	18.0
Masculino	82	82.0
PROCEDENCIA		
Rama	9	9.0
Juigalpa	20	20.0
Nueva Guinea	15	15.0
San Carlos	14	14.0
Boaco	12	12.0
Otra región	30	30.0
RELIGIÓN		
Católico	61	61.0
Evangélico	37	37.0
Otra	2	2.0
ESTADO CIVIL		
Casado	17	17.0
Soltero/a	42	42.0
Unión Libre	41	41.0
ESCOLARIDAD		
Analfabeto	3	3.0
Primaria	47	47.0
Secundaria	41	41.0
Universidad	9	9.0
OCUPACIÓN		
Estudiante	58	58.0
Trabajador	32	32.0
Desempleado	5	5.0
Ama de Casa	5	5.0

Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema penitenciario regional

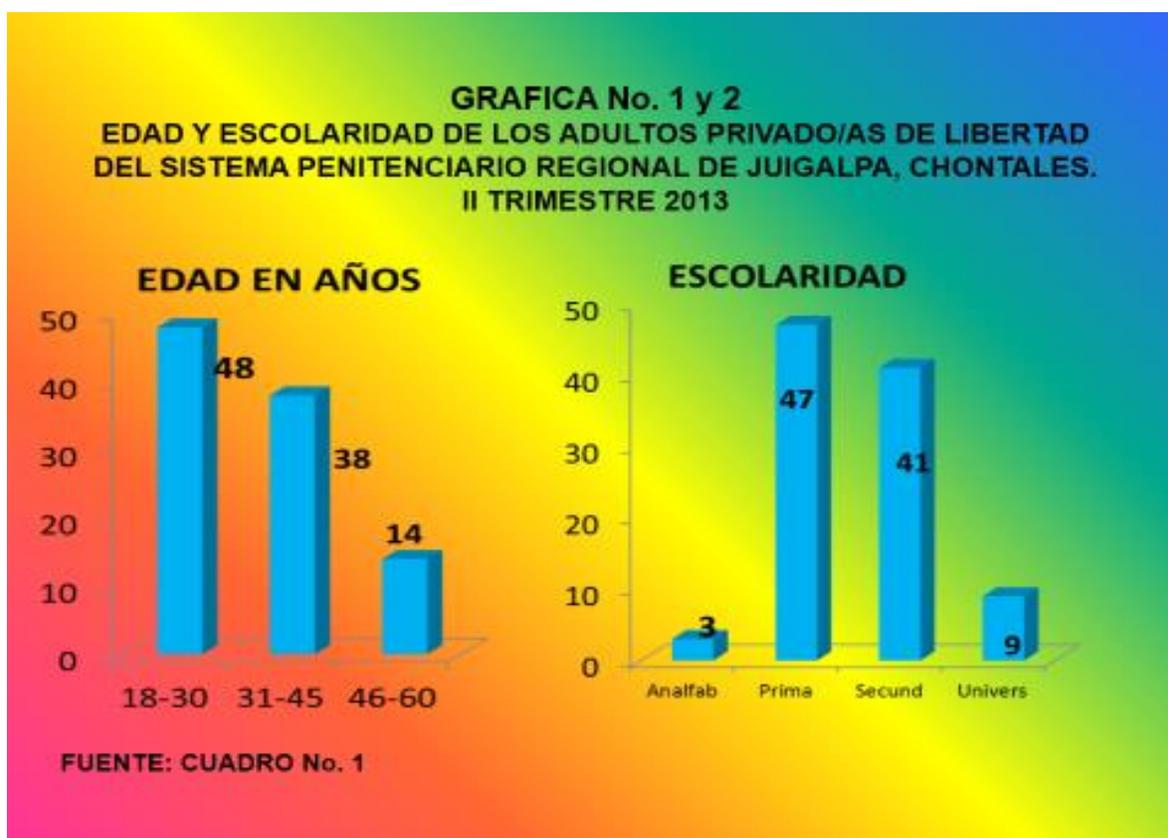
*CAP= Conocimiento, actitudes y practicas

*MAE= Método anticonceptivo de emergencia

FIGURA 1

Característica socio demográficas de los adultos privados/as de libertad del SPR- Chontales, Segundo trimestre 2013

n=100



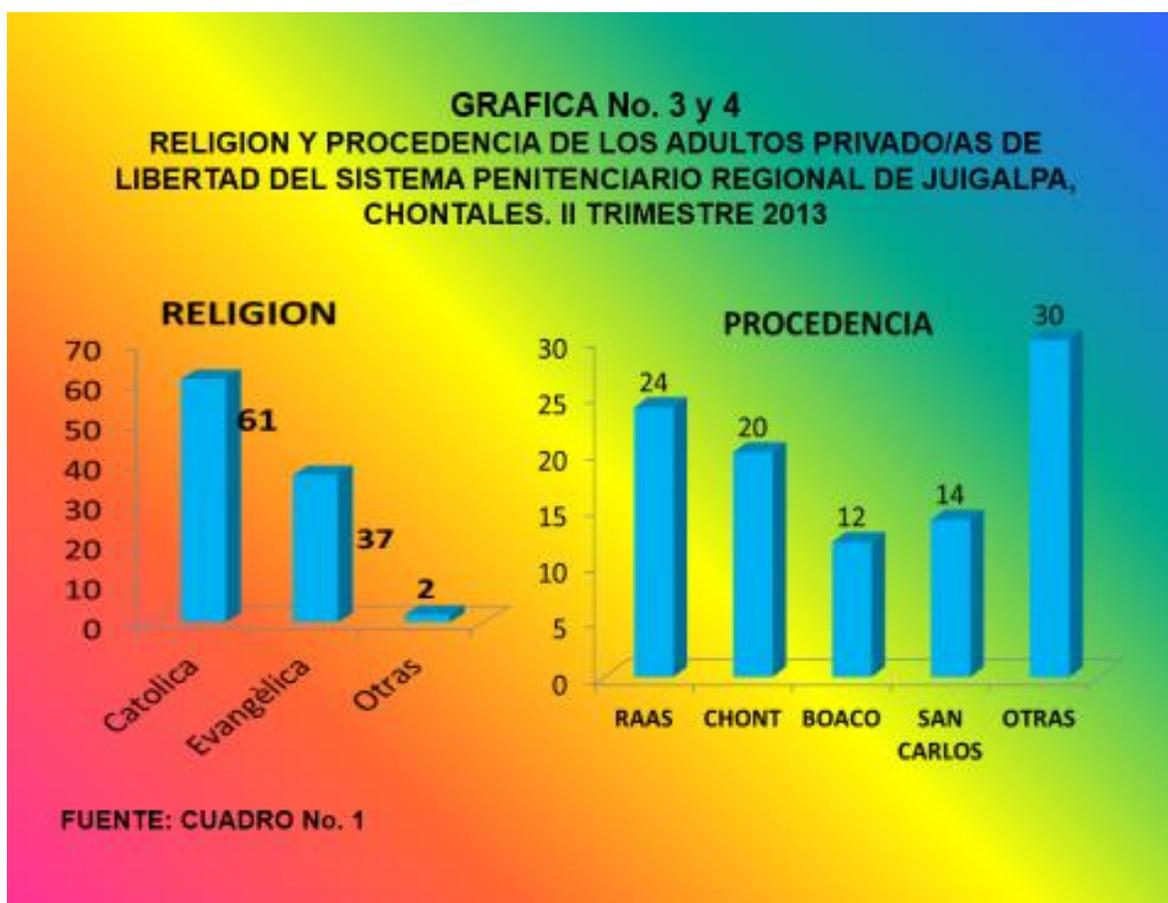
Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 1**

SPR: sistema penitenciario regional

FIGURA 2

Característica socio demográficas de los adultos privados/as de libertad del SPR- Chontales, Segundo trimestre 2013

n=100



Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 1**

SPR: sistema penitenciario regional.

Cuadro # 2**Información sobre métodos anticonceptivos recibida por adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo trimestre 2013****n=100**

Información sobre métodos anticonceptivos	#	%
¿QUÉ SON?		
Para evitar embarazo	43	43.0
Son métodos de planificación familiar	26	26.0
¿CUÁLES SON?		
Inyección de un mes	80	80.0
Inyección de tres meses	82	82.0
Píldora	75	75.0
Condón masculino	75	75.0
¿CUÁNDO SE USAN?		
Cuando se tienen relaciones sexuales	36	36.0
VENTAJAS		
No salir embarazada	59	59.0
DESVENTAJAS		
Pueden fallar	36	36.0
¿CÓMO SE USAN?		
Tomados	57	57.0
Inyectados	66	66.0
Ponerse condón	47	47.0
INDICADO		
No sabe	71	71.0
CONTRAINDICADO		
No sabe	57	57.0
EFFECTOS NO DESEADOS		
Vomito	29	29.0
Cefalea	52	52.0
Nausea	28	28.0
Sangrado anormal	29	29.0
¿DÓNDE ENCONTRARLOS?		
Hospitales	75	75.0
Centro de salud	73	73.0
Farmacia	82	82.0

Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013.

*el 100.0% han escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos regulares

*SPR= Sistema Penitenciario regional.

*CAP= Conocimiento, Actitudes y practicas

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

Cuadro # 3

Entrevistado que han escuchado sobre MAE y tipos de métodos que conocen privados de libertad SPR-Chontales, segundo trimestre del 2013

n=100

Ha escuchado métodos planificación familiar	#	%
SI	100	100.0
NO	0	0.0
n=40		
Han escuchado de MAE, mencione cuales	40	40.0
PPMS	27	67.5
L0-Femenal	7	17.5
Condón	18	45.0
DIU	1	2.5
Inyecciones	3	7.5

Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-chontales sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013.

*100% de los encuestados solo el 40% (40) adultos habían escuchado hablar de MAE

*SPR= Sistema Penitenciario Regional

*CAP= Conocimientos, actitudes y practicas

*MAE= Método Anticonceptivo de emergencia.

Cuadro # 4

Concepto de MAE que tiene los adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, Segundo trimestre 2013.

Conceptos sobre MAE *	n=40	
	#	%
Son los que se usan cuando se rompe el condón	35	87.5
Son los que se usan después de las violaciones	28	70.0
Son los que se usan cuando no se está planificando y se tiene relaciones sexuales sin protección.	35	87.5
Los AE son las pastillas de la mañana siguiente	33	82.5
Son métodos abortivos	14	35.0
Son las pastillas anticonceptivas a dosis más altas	15	37.5
Es cuando el hombre saca el pene de la vagina antes de terminar	16	40.0

Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional

*CAP= Conocimiento, actitudes y practicas

*MAE= Método anticonceptivo de emergencia

Cuadro # 5

Conocimientos sobre indicaciones, razones y forma de uso de MAE que tienen los adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, Segundo Trimestre 2013.

Los MAE son utilizados por	n=40	
	#	%
Solo las mujeres lo pueden usar	22	55.0
Lo usan hombres y mujeres	17	42.5
Lo usan más las mujeres mayores que los jóvenes	8	20.0
Lo usan más las mujeres jóvenes que las mayores	24	60.0
Muchos adultos en Nicaragua usan los MAE	21	52.5
Razones de uso e indicaciones MAE		
Evitan embarazos no deseados	39	97.5
Evitan ITS como SIDA	21	52.5
Se usan para planificación familiar	33	82.5
Se usan para abortar	11	27.5
Después de una violación	32	80.0
Cuando tiene relación sin protección	37	92.5
Cuando se rompe el condón	38	95.0
Cuando se tiene relaciones con un desconocido	36	90.0
Cuando se tiene relaciones y no se está planificando	39	97.5
No se debe de usar si se sospecha estar embarazada	18	45.0
Forma de uso de los MAE		
Es una pastilla que se toma inmediatamente después de terminar las relaciones sexuales	21	52.5
Inyección que se pone en las nalgas hasta 72 horas después de la relación sexual	10	25.0
Son óvulos vaginales que se colocan en la vagina después de terminar la relación sexual	6	15.0
Es la colocación del DIU al quinto día de la relación sexual sin protección	4	10.0
Se toma una pastilla después de la relación sexual y otra a las doce horas	25	62.5
Las pastillas se pueden utilizar hasta tres días después de la relación sexual	12	30.0
Se utilizan durante la relación sexual	23	57.5

Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional

*CAP= Conocimiento, actitudes y practicas

*MAE= Método anticonceptivo de emergencia

Cuadro # 6

Conocimientos, reacciones adversas, eficacias y distribución sobre MAE que tiene los adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, Segundo trimestre 2013.

Reacciones adversas que provocan los MAE	n=40	
	#	%
Los MAE provocan náuseas y vomito	29	72.5
Los MAE provocan dolor de cabeza	31	77.5
Los MAE provocan dolor en los pechos	22	55.0
Los MAE provocan diarrea	10	25.0
Alteran los días del sangrado de la regla	30	75.0
Pueden engordar	25	62.5
Pueden provocar infertilidad en mujeres que lo usan de forma continua	30	75.0
Provocan malformaciones del bebe si la mujer está embarazada	34	85.0
Eficacia de los MAE		
Al usar los MAE correctamente la mujer puede salir embarazada	3	7.5
Si tomo una pastilla en la mañana y otra a las 12 horas después de la relación sexual sin protección las mujeres no quedan embarazadas	16	40.0
Si solo toma una pastilla 3 días después (72 horas) de la relación sin protección la mujer no debería salir embarazada	28	70.0
Si se pone una inyección inmediatamente o al 3 día de la relación sin protección la mujer no queda embarazada	24	60.0
Si una mujer se pone la T de cobre al quinto día de una relación sexual sin protección no queda embarazada	19	47.5
Distribución de los MAE		
Solos son vendidos en farmacias privadas	17	42.5
Los centros de salud y hospitales brindan estos métodos de forma gratuita	29	72.5
Solo están disponibles en clínicas como Pro Familia, Ixchent, Si mujer, etc.	11	27.5

Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional

*CAP= Conocimientos Actitudes y Practicas

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia

Cuadro # 7

Características demográficas vs nivel de conocimiento sobre MAE privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo trimestre 2013.

n=40

Características demográficas	Nivel de conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
EDAD	#	%	#	%	#	%	#	%
19-30	5	21.7	17	73.9	1	4.3	23	57.5
31-45	2	13.3	13	86.6	0	0.0	15	37.5
46-60	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	5.0
SEXO								
Femenino	0	0.0	7	100.0	0	0.0	7	17.5
Masculino	7	21.2	25	75.7	1	3.0	33	82.5
PROCEDENCIA								
Rama	1	25.0	3	75.0	0	0.0	4	10.0
Juigalpa	2	28.5	5	71.4	0	0.0	7	17.5
Nueva Guinea	1	16.6	5	83.3	0	0.0	6	15.0
San Carlos	1	16.6	4	66.6	1	16.6	6	15.0
Boaco	2	33.3	4	66.6	0	0.0	6	15.0
Otra Región	0	0.0	11	100.0	0	0.0	11	27.5
RELIGION								
Católico	5	21.7	18	78.2	0	0.0	23	57.5
Evangélico	2	12.5	13	81.2	1	6.2	16	40.0
Otra	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	2.5
ESTADO CIVIL								
Casado	5	38.4	8	61.5	0	0.0	13	32.5
Soltero	1	11.1	7	77.7	1	11.1	9	22.5
Unión Libre	1	5.5	17	94.4	0	0.0	18	45.0
ESCOLARIDAD								
Analfabeto	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	2.5
Primaria	1	8.3	11	91.6	0	0.0	12	30.0
Secundaria	4	19.0	17	80.9	0	0.0	21	52.5
Universidad	2	33.3	3	50.0	1	16.16	6	15.0
OCUPACION								
Estudiante	5	22.7	17	77.2	0	0.0	22	55.0
Trabajador	1	9.0	9	81.8	1	9.0	11	27.5
Desempleado	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	5.0
Ama de casa	0	0.0	5	100.0	0	0.0	5	12.5

Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013

*SPR= Sistema Penitenciario Regional

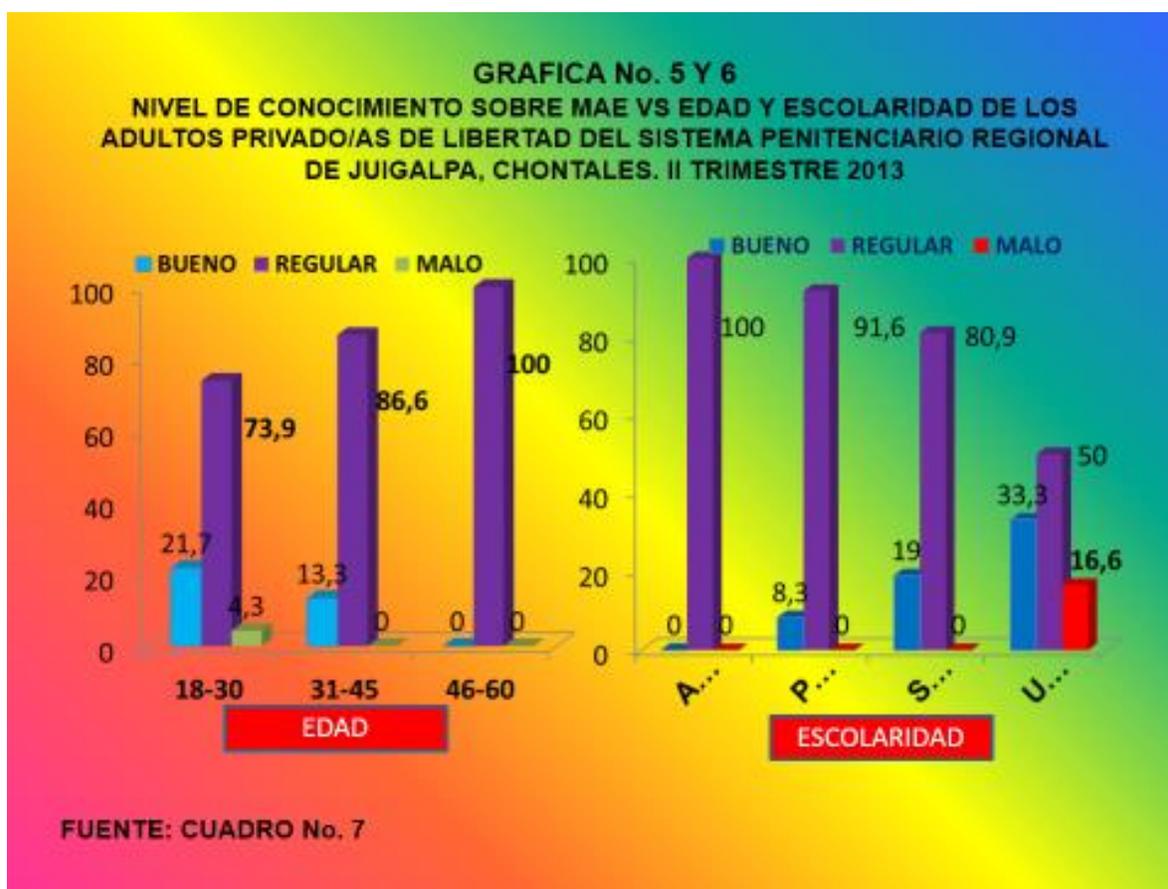
*CAP= Conocimiento, actitudes y practicas

*MAE= Método anticonceptivo de emergencia

FIGURA 3

Característica socio demográficas V/S nivel de conocimiento de los adultos privados/as de libertad del SPR- Chontales, Segundo trimestre 2013

n=40



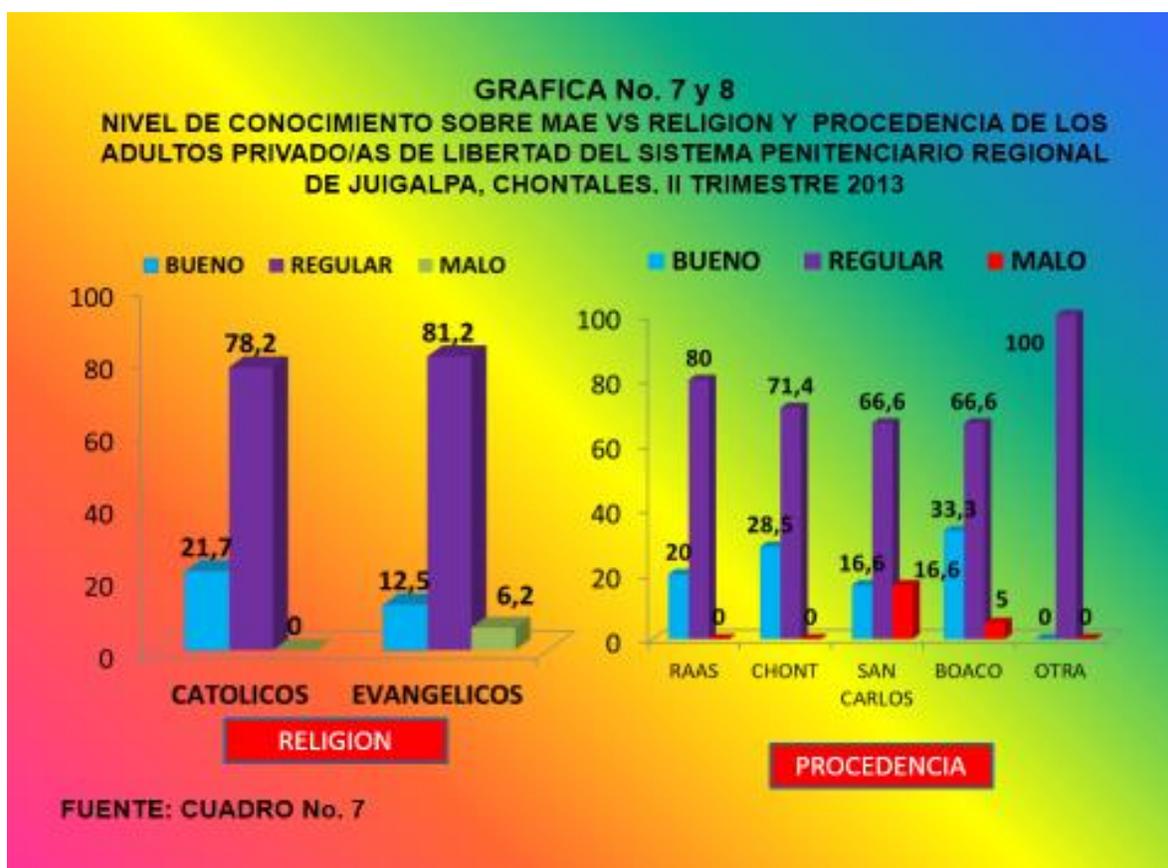
Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 7**

SPR: sistema penitenciario regional.

FIGURA 4

Característica socio demográficas V/S nivel de conocimiento de los adultos privados/as de libertad del SPR- Chontales, Segundo trimestre 2013

n=40



Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 7**

SPR: sistema penitenciario regional.

Cuadro # 8

Actitudes acerca de aspectos religiosos y aspectos cognitivos y eficacia de MAE que tienen los adultos privados/as de Libertad del SPR-Chontales, Segundo Trimestre 2013.

n=40

Aspectos Religiosos de los MAE	TDA*		DA*		ID*		ED*		TED*	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Te Avergonzaría Utilizar algún método de Emergencia	11	27.5	2	5.0	4	10.0	9	22.5	14	35.0
Es bueno que tu familiares y amigos utilicen MAE	26	65.0	12	30.0	0	0.0	1	2.5	1	2.5
Es inmoral utilizar MAE	10	25.0	3	7.5	2	5.0	9	22.5	16	40.0
Es Pecado usar anticonceptivos para evitar embarazos	17	42.5	6	15.0	3	7.5	3	7.5	11	27.5
Aspectos Cognitivos del uso y efectos de los MAE										
Los ME previenen ITS	11	27.5	2	0.0	5	12.5	7	17.5	15	37.5
Si su familia fuera víctima de violación utilizaría algún MAE para evitar un Embarazo no deseado	24	60.0	11	27.5	1	2.5	1	2.5	3	7.5
Los MAE pueden disminuir el número de embarazos no deseados	28	70.0	7	17.5	1	2.5	1	2.5	3	7.5
Los MAE pueden Disminuir el número de abortos ilegales	24	60.0	7	17.5	4	10.0	1	2.5	4	10.0
Los MAE se usan para abortar un hijo no deseado	11	27.5	2	5.0	5	12.5	11	27.5	11	27.5
Las parejas pueden dejar de usar MAR si se le facilitan el acceso MAE	5	12.5	10	25.0	6	15.0	7	17.5	12	30.0
Si las mujeres utilizan MAE los hombres se negarían a usar el condón	19	47.5	5	12.5	2	5.0	8	20.0	6	15.0
Los MAE promueven las prácticas de relaciones sexuales irresponsables entre los adultos	19	47.5	6	15.0	2	5.0	8	20.0	5	12.5
Los MAE pueden causar problemas de Fertilidad en el futuro	26	65.0	11	27.5	1	2.5	0	0.0	2	5.0
Los MAE provocan aumento de Peso	17	42.5	11	27.5	5	12.5	1	2.5	6	15.0
Los MAE provocan aumento de los días del sangrado de la regla de las Mujeres	23	57.5	10	25.0	5	12.5	1	2.5	1	2.5

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad SPR*. Chontales sobre CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*MAR= Método Anticonceptivo Regular.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

*ITS= Infección Transmisión Sexual.

*DA= De Acuerdo.

*ID= Indeciso.

*ED= En Desacuerdo.

*TED= Total Mente en Desacuerdo.

Cuadro # 9

Actitudes sobre aspecto conductuales de uso y distribución de MAE tienen los adultos privados/as de Libertad del SPR-Chontales, Segundo Trimestre 2013.

n=40

Aspectos Conductuales de quienes usan y deben distribuir los MAE *	TDA		DA		ID		ED		TED	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Los MAE solo lo utilizan las mujeres jóvenes y solteras	13	32.5	6	15.0	3	7.5	10	25.0	8	20.0
Los MAE los utilizan las trabajadoras sexuales	14	35.0	8	20.0	4	10.0	5	12.5	9	22.5
Los MAE los utilizan mujeres promiscua que sostienen relaciones sexuales con hombres que no son sus parejas	22	55.0	5	12.5	5	12.5	3	7.5	5	12.5
Las personas que usan los MAE son promiscua e irresponsables	19	47.5	5	12.5	5	12.5	5	12.5	6	15.0
Los MAE deberían de distribuirse en todos los Centros de Salud y Hospitales	37	92.5	1	2.5	2	5.0	0	0.0	0	0.0
Los MAE solo se encuentran en Farmacias Privadas	15	37.5	2	5.0	4	10.0	12	30.0	7	17.5
Los MAE se deberían de distribuir en Clínicas como Ixchen y Pro familia	18	45.0	6	15.0	6	15.0	4	10.0	6	15.0
Todas las Mujeres tienen derecho a usar MAE	33	82.5	3	7.5	1	2.5	2	5.0	1	2.5
Si un profesional de la Salud explicara el uso correcto de los MAE los utilizaría	31	77.5	7	17.5	1	2.5	0	0.0	1	2.5
Todas las Mujeres tienen derecho a obtener información sobre los MAE	39	97.5	1	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad SPR*. Chontales sobre CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*MAR= Método Anticonceptivo Regular.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

*ITS= Infección Transmisión Sexual.

*DA= De Acuerdo.

*ID= Indeciso.

*ED= En Desacuerdo.

*TED= Total Mente en Desacuerdo.

Cuadro # 10**Características demográficas V/S actitud hacia los MAE de adultos privados/as de Libertad del SPR-Chontales, Segundo Trimestre 2013.**

n=40

Características Demográficas	Actitud					
	Favorable		Desfavorable		Total	
EDAD	#	%	#	%	#	%
18-30	19	82.6	4	17.3	23	57.5
31-45	14	93.3	1	6.6	15	37.5
46-60	2	100.0	0	0.0	2	5.0
SEXO						
Femenino	6	85.7	1	14.2	7	17.5
Masculino	29	87.8	4	12.1	33	82.5
PROCEDENCIA						
Rama	4	100.0	0	0	4	10.0
Juigalpa	5	71.5	2	28.5	7	17.5
Nueva Guinea	6	100.0	0	0	6	15.0
San Carlos	5	83.3	1	16.6	6	15.0
Boaco	5	83.3	1	16.6	6	15.0
Otra Región	10	99.9	1	9.0	11	27.5
RELIGION						
Católico	19	82.6	4	17.3	23	27.5
Evangélico	15	93.7	1	6.2	16	40.5
Otra	1	100.0	0	0.0	1	2.5
ESTADO CIVIL						
Casado	12	92.3	1	7.6	13	32.5
Soltero	8	88.8	1	11.1	9	22.5
Unión Libre	15	83.3	3	16.6	18	45.0
ESCOLARIDAD						
Analfabeto	1	100.0	0	0.0	1	2.5
Primaria	10	83.3	2	16.6	12	30.0
Secundaria	19	90.4	2	9.5	21	52.5
Universitario	5	83.3	1	16.6	6	15.5
OCUPACION						
Estudiante	19	86.3	3	13.6	22	55.0
Trabajador	8	80.0	2	20.0	10	25.0
Desempleado	2	100.0	0	0.0	2	5.0
Ama de Casa	5	100.0	0	0.0	5	12.5

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad SPR*. Chontales sobre CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*MAR= Método Anticonceptivo Regular.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

*ITS= Infección Transmisión Sexual.

*DA= De Acuerdo.

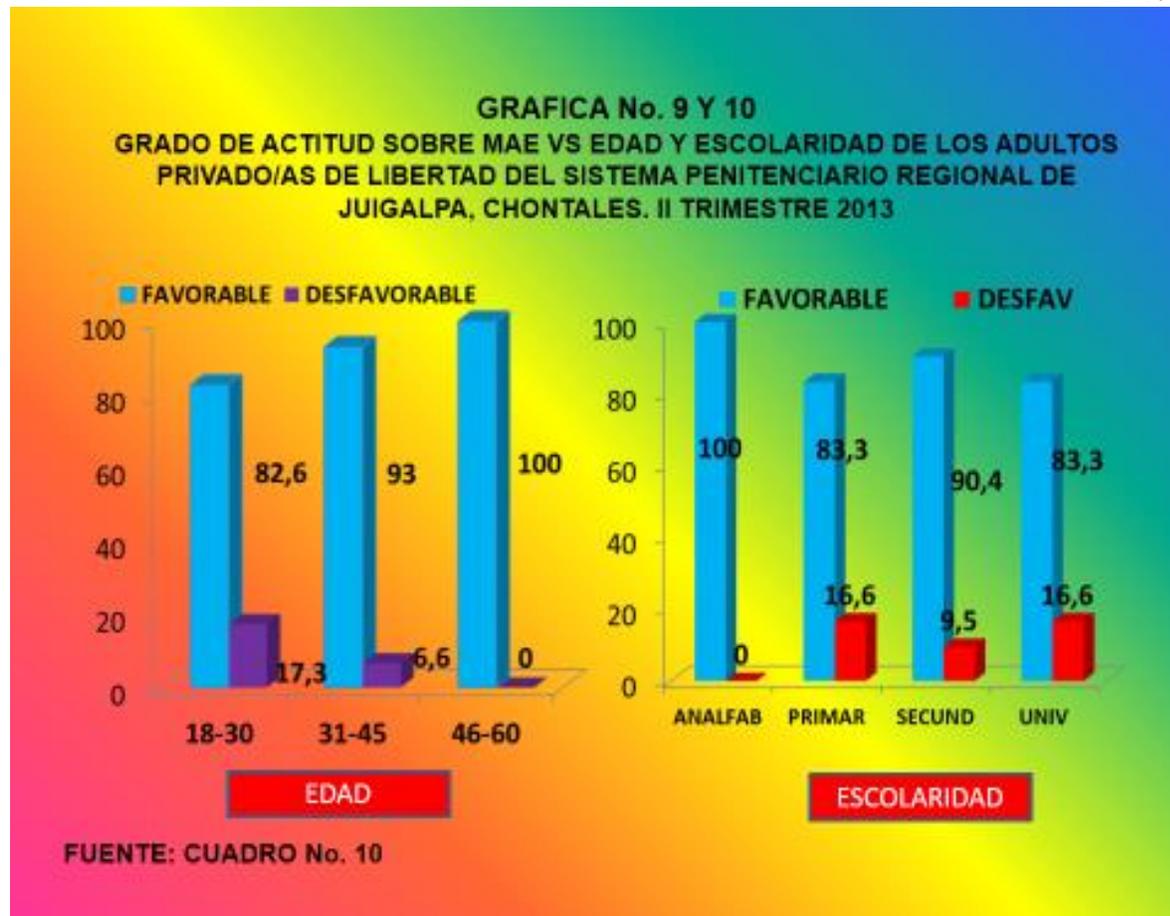
*ID= Indeciso.

*ED= En Desacuerdo.

*TED= Total Mente en Desacuerdo.

Figura 5
Característica demográficas V/S actitud hacia los MAE de adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo trimestre 2013

n=40

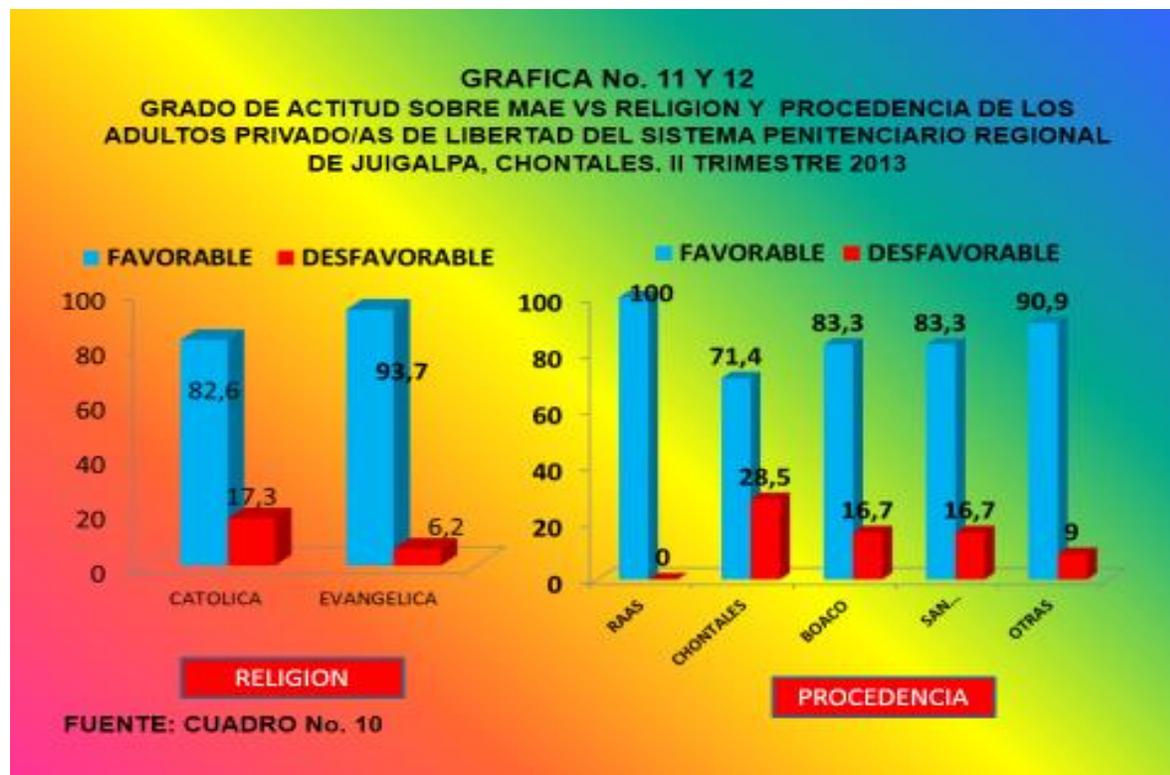


Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 10**
SPR: sistema penitenciario regional.

FIGURA 6

Característica demográficas V/S actitud hacia los MAE de adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo trimestre 2013

n=40



Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 10**

SPR: sistema penitenciario regional.

Cuadro # 11 A

Prácticas en el uso de MAE en privados/as de libertad de SPR-Chontales, segundo Semestre 2013.

n=24

Practicas	#	%
Con Parejas Actual	31	77.5
Uso de Métodos Anticonceptivos	28	70.0
Uso actual de MAE	24	60.0
Frecuencia de Uso*		
Siempre	4	16.6
Más de dos veces	11	45.8
Solo una ves	9	37.5
Tipos de MAE		
PPMS	24	100.0

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad del SPR*. Chontales CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*Del 40% conocían MAE solo el 24 (60%) había usado actualmente MAE.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

Cuadro # 11 B

Prácticas en el uso de MAE. Privados de Libertad de SPR-Chontales, segundo trimestre 2013.

n=24

Prácticas		
Reacciones adversas	#	%
Dolor de Cabeza	16	66.6
Alteración Sangrado Menstrual Según Hombres	11	43.5
Alteración Sangrado Menstrual Según Mujeres	1	4.1
Dolor en mamas según hombres	9	37.5
Nauseas	15	62.3
Vómitos	14	58.3
Diarrea	5	20.8
Otros	3	12.5

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad SPR*. Chontales CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

Cuadro # 12

Prácticas en el uso de MAE en privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo Semestre 2013.

n=24

Lugares donde Adquirieron los MAE	#	%
Farmacia privada	24	100.0
Centro de Salud	13	54.1
Hospitales	13	54.1
Centros: pro-familia, Ixchen, etc.	6	25.0
ONG	1	4.1
Otros	2	8.3

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad SPR*. Chontales CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

Cuadro # 13**Características demográficas Vs Prácticas hacia los MAE de adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo Trimestre 2013.**

n=24

Características Demográficas	Practicas					
	Correctas		Incorrectas		Total	
EDAD	#	%	#	%	#	%
18-30	9	60.0	6	40.0	15	62.5
31-45	2	22.2	7	77.7	9	37.5
46-60	0	0	0	0	0	0.0
SEXO						
Femenino	1	50.0	1	50.0	2	8.3
Masculino	10	45.4	12	54.5	22	91.6
PROCEDENCIA						
Rama	0	0.0	2	100.0	2	8.3
Juigalpa	2	66.6	1	33.3	3	12.5
Nueva Guinea	3	60.0	2	40.0	5	20.8
San Carlos	2	33.3	4	66.6	6	25.0
Boaco	2	66.6	1	33.3	3	12.5
Otra Región	2	40.0	3	60.0	5	20.8
RELIGION						
Católico	7	50.0	7	50.0	14	58.3
Evangélico	3	33.3	6	66.6	9	37.5
Otra	1	100.0	0	0.0	1	4.1
ESTADO CIVIL						
Casado	4	50.0	4	50.0	8	33.3
Soltero	2	50.0	2	50.0	4	16.6
Unión Libre	5	41.6	7	58.3	12	50.0
ESCOLARIDAD						
Analfabeto	1	100.0	0	0.0	1	4.1
Primaria	2	28.5	5	71.4	7	29.1
Secundaria	5	45.4	6	54.5	11	45.8
Universitario	3	60.0	2	40.0	5	20.8
OCUPACION						
Estudiante	6	66.6	3	33.3	9	37.5
Trabajador	2	18.1	9	81.8	11	45.8
Desempleado	2	100.0	0	0.0	2	8.3
Ama de Casa	1	50.0	1	50.0	2	8.3

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad SPR*. Chontales CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

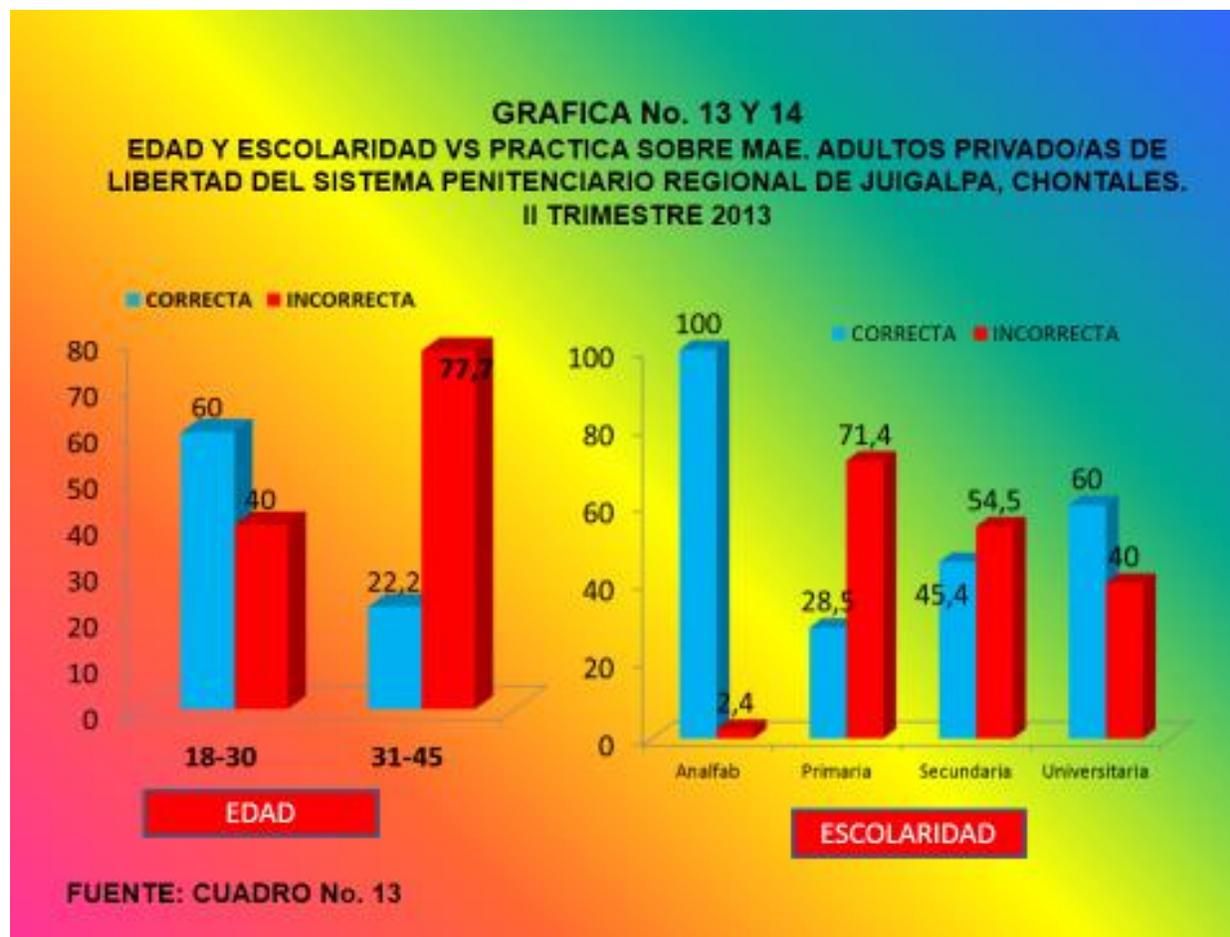
*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

Figura 7

Característica demográficas V/S prácticas hacia los MAE de adultos privados/as de libertad de SPR-Chontales, segundo trimestre 2013

n=24



Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 13**

SPR: sistema penitenciario regional.

Cuadro # 14

Conocimientos V/S actitudes sobre MAE en adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo trimestre 2013.

n=40

CONOCIMIENTO	ACTITUD					
	FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
BUENO	7	100.0	0	0.0	7	17.5
REGULAR	27	84.3	5	15.6	32	80.0
MALO	1	100.0	0	0.0	1	2.5
TOTAL	35	87.5	5	12.5	40	100.0

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad del SPR*. Chontales sobre CAP* de MAE *, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

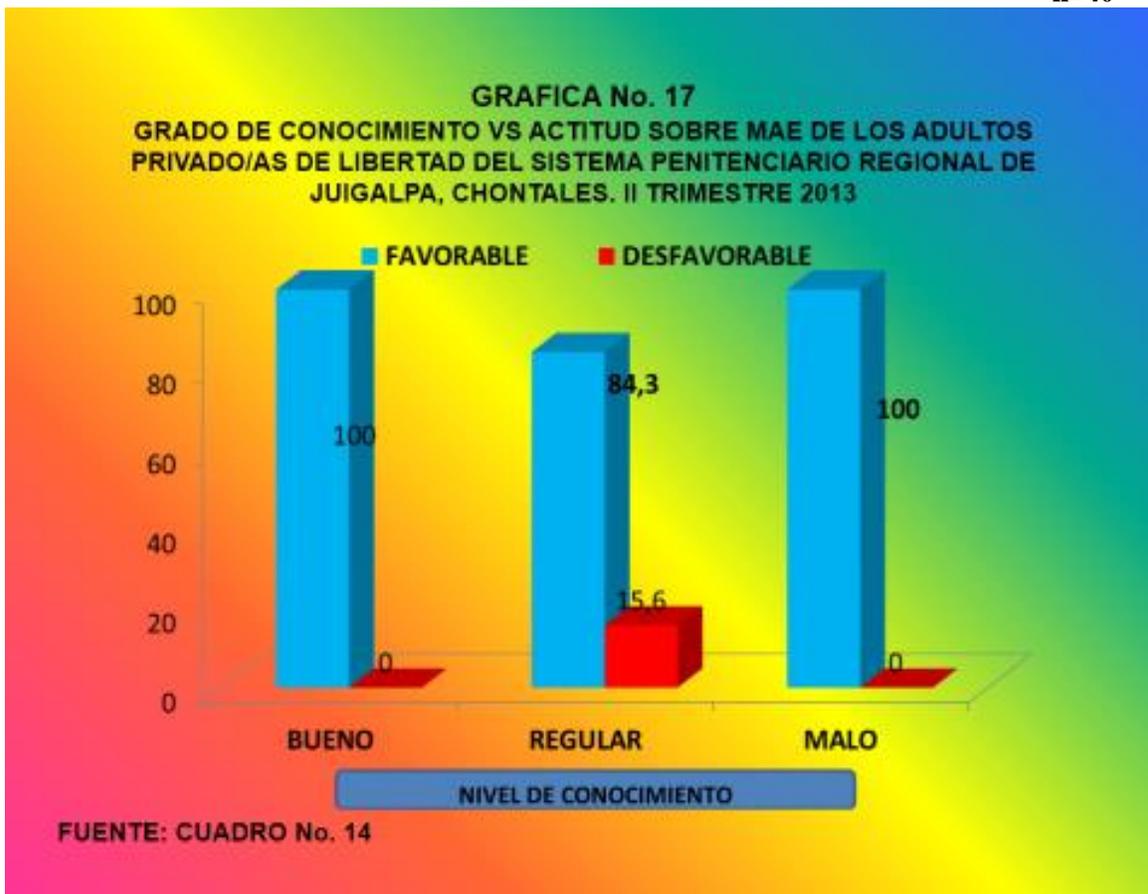
*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

Figura 9

Conocimientos V/S actitudes sobre MAE en adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo trimestre 2013.

n=40



Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 13**

SPR: sistema penitenciario regional.

Cuadro # 15

Conocimientos Vs prácticas sobre MAE en adultos privados/as de libertad SPR- Chontales, segundo trimestre 2013.

n=24

PRACTICAS						
CONOCIMIENTO	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Bueno	3	75.0	1	25.0	4	16.6
Regular	7	36.8	12	63.1	19	79.1
Malo	1	100.0	0	0.0	1	4.1
TOTAL	11	45.8	13	54.1	24	100.0

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad SPR*. Chontales CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

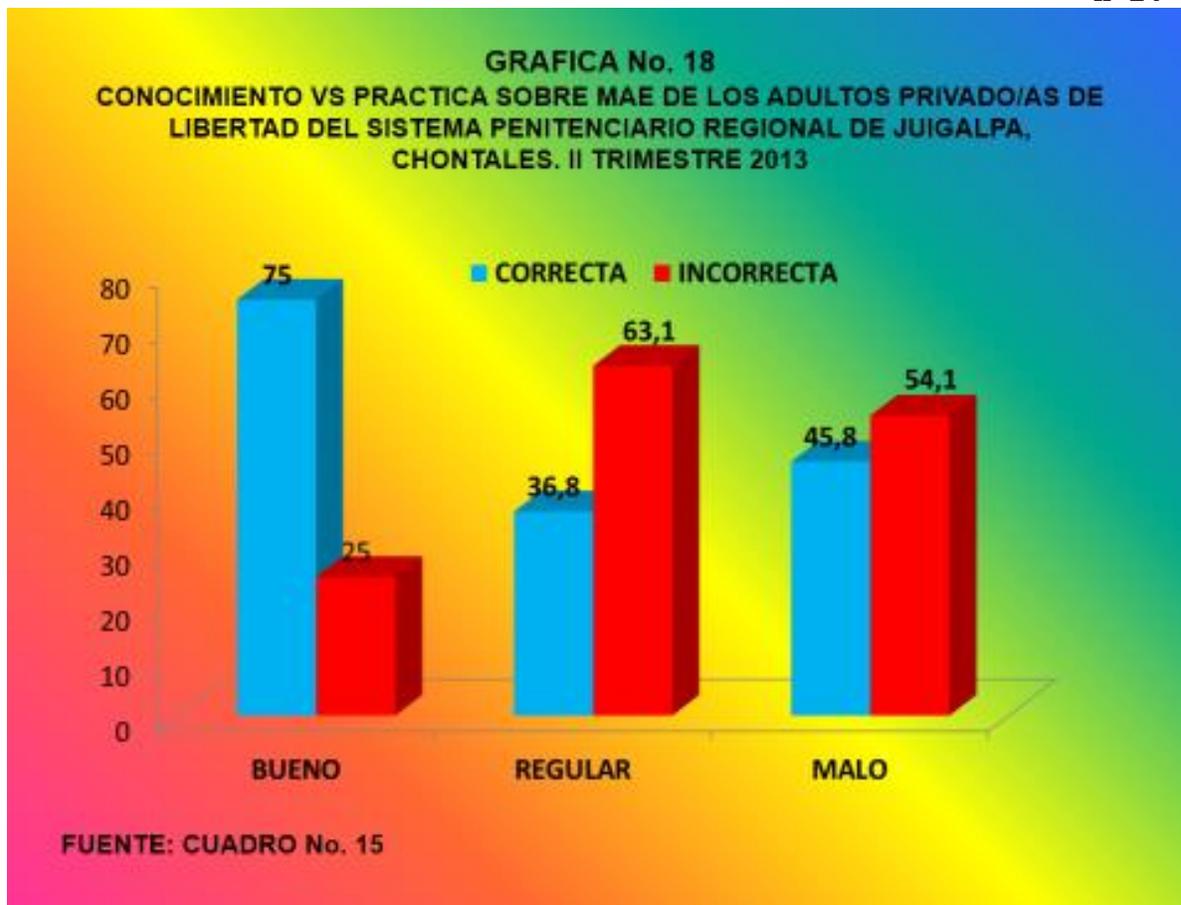
*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

Figura 10

Conocimientos Vs prácticas sobre MAE en adultos privados/as de libertad SPR- Chontales, segundo trimestre 2013.

n=24



Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 15**

SPR: sistema penitenciario regional.

Cuadro # 16

Actitudes V/S prácticas sobre MAE en adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo Trimestre 2013.

n=24

PRACTICAS						
ACTITUDES	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
FAVORABLES	11	52.3	10	47.6	21	87.5
DESFAVORABLES	0	0.0	3	100.0	3	12.5
TOTAL	11	45.8	13	54.1	24	87.5

Fuente: Entrevista a adultos Privados/as de Libertad SPR*. Chontales sobre CAP* de MAE*, segundo trimestre 2013.

*SPR= Sistema Penitenciario Regional.

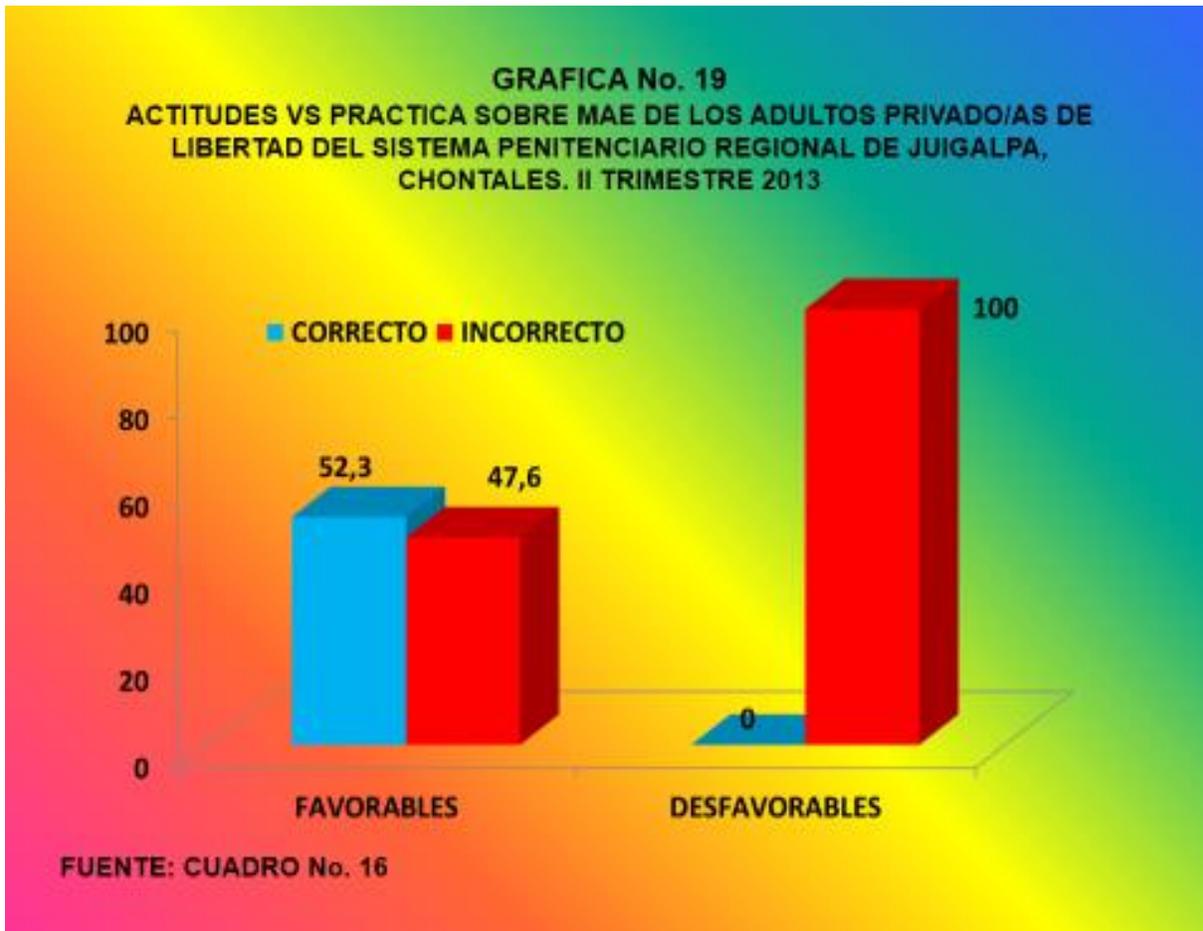
*CAP=Conocimiento, Actitudes y Practicas.

*MAE= Método Anticonceptivo de Emergencia.

Figura 11

Actitudes V/S prácticas sobre MAE en adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, segundo Trimestre 2013.

n=24



Fuente: entrevista a adultos privados/as de libertad del SPR-Chontales, sobre CAP de MAE, segundo trimestre 2013. **Cuadro # 16**

SPR: sistema penitenciario regional.