



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Conocimientos y prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el puesto de salud Jesús Zamora. Distrito VIII de Managua. 1° de Julio 30 de Septiembre de 2020.

Autor: Br. Camilo Ernesto Gámez López

Tutor: Dr. José Francisco Reyes Ramírez
Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas
UNAN – Managua

Managua, Enero 2020

i. Dedicatoria

Dedico el presente proyecto sobre todo a Dios padre por llenarme de abundantes bendiciones, perseverancia y regalarme la capacidad para culminar mis proyectos.

A mis padres, por ser pilares en mi crecimiento y desarrollo como persona y profesional, por brindarme su respaldo incondicional en la elaboración de este proyecto.

A mi familia, quienes han estado pendiente de mí y apoyándome en difíciles momentos.

A mi pareja por su apoyo, paciencia y acompañamiento.

Camilo Ernesto Gámez López.

ii. Agradecimiento

Especial agradecimiento sobre todo a Dios, por haberme permitido culminar este proyecto, con satisfacción y esfuerzo.

A mi familia y amigos, por apoyarme incondicionalmente en mis necesidades.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua, maestros, y tutor de tesis, los cuales me forjaron a lo largo de mi carrera profesional, gracias por formar parte en la realización y culminación de la investigación.

iii. Opinión del Tutor

El presente estudio monográfico sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el puesto de salud Jesús Zamora. Distrito VIII de Managua. 1° de Julio 30 de Septiembre de 2020, realizado por el Bachiller Camilo Ernesto Gámez López, es un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, ya que aborda uno de los temas que representa un reto a asumir en esta etapa del proceso del desarrollo del ser humano: El hecho de un buen uso y manejo acerca de métodos anticonceptivos orales de emergencia.

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre esta temática desarrollara una vida más saludable donde nuestros jóvenes sean verdaderos impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por el Bachiller Camilo Ernesto Gámez López, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito al Bachiller Camilo Ernesto Gámez López, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúe profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez.
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas. UNAN- Managua

iv. Resumen

El uso de métodos anticonceptivos de emergencia se ha convertido en una alternativa para evitar en embarazos no deseados después de una relación sexual sin protección o agresión sexual, situación a la que se exponen de forma frecuente los adolescentes debido a la carente información de salud sexual y reproductiva, así como los mitos que existen alrededor del tema, por lo que se considera de vital importancia que los jóvenes conozcan acerca de estas alternativas y como hacer uso correcto de ellas . Por lo tanto la presente investigación busca dar respuestas al objetivo principal, siendo este evaluar el nivel de conocimiento y practica sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes de 15 a 19 años del puesto de salud Jesús Zamora, del distrito VIII de Managua, en el periodo de Julio-Septiembre 2020. El Tipo de estudio es descriptivo de corte transversal, con una muestra de 146 adolescentes que acudieron a la unidad de salud integradas en el censo de planificación familiar. Entre las características sociodemográficas de importancia, el rango de edad que predomina es entre los 17 a 19 años, de escolaridad secundaria, las cuales convivían en unión libre, en su mayoría católicas, provenientes de la zona urbana. Entre los conocimientos evaluados se obtuvo que la única anticoncepción oral de emergencia conocida corresponde a la píldora para la mañana siguiente (PPMS), así como una escasa cantidad de información y accesibilidad a estos métodos, con noción de ciertas reacciones adversas de este fármaco, el modo de uso, ventajas y desventajas del mismo, con un nivel de conocimiento regular. A la evaluación de la práctica se determinó que la mayoría de la población en estudio había utilizado alguna vez anticoncepción oral de emergencia, de forma ocasional y con el fin de prevenir un embarazo no deseado, con un nivel de práctica mala hacia estos métodos,

Palabras Clave: Adolescente, Anticonceptivo Oral de Emergencia, Conocimiento, Practicas.

Tabla de contenido

<i>i.</i>	<i>Dedicatoria</i>	<i>I</i>
<i>ii.</i>	<i>Agradecimiento</i>	<i>II</i>
<i>iii.</i>	<i>Opinión del tutor</i>	<i>III</i>
<i>iv.</i>	<i>Resumen</i>	<i>IV</i>
	Capítulo I Generalidades	2
1.1	Introducción	3
1.2	Antecedentes	4
1.3	Justificación	9
1.4	Planteamiento de problema	10
1.5	Objetivos	12
1.6	Marco Teórico	13
	Capítulo II Diseño Metodológico	32
	Capítulo III Desarrollo	45
3.1	Resultados	46
3.2	Análisis y Discusión de Resultados	51
3.3	Conclusiones	55
3.4	Recomendaciones	56
	Capítulo V Bibliografía	58
	Capítulo V Anexos	62

Capítulo I

Generalidades

1.1 Introducción

La etapa adolescente de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra ubicada en la segunda década de la vida, que abarca entre los 10 y los 19 años. Para un desarrollo pleno del adolescente, es indispensable que éste tenga acceso a la salud y el bienestar, así como a la educación, la justicia, el empleo y la participación social con el apoyo familiar y comunitario (OMS, 2011).

La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual, existen varios tipos de métodos entre estos están los dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre y las píldoras anticonceptivas de urgencia. Toda mujer o niña en edad de procrear puede necesitar anticoncepción de urgencia en algún momento para evitar un embarazo no deseado. El uso de estos métodos no tiene ninguna contraindicación médica ni límites de edad (OMS, 2017).

La anticoncepción de emergencia debería integrarse en los servicios de salud que se prestan a las poblaciones con mayor riesgo de relaciones sexuales sin protección, incluida la atención posterior a una violación sexual y los servicios dirigidos a mujeres y niñas que viven en entornos de emergencia o de ayuda humanitaria (OMS, 2017).

Aunque los anticonceptivos de emergencia no protegen contra las infecciones de transmisión sexual, si ofrecen tranquilidad a las mujeres que usan el condón como método anticonceptivo en caso de rotura o deslizamiento de este. Estos métodos de emergencia brindan a la mujer la última oportunidad para prevenir un embarazo no deseado y la integración de estos en el sistema de salud trae consigo una reducción de la tasa de embarazos no deseados debido a la alta incidencia en nuestro medio de la práctica de relaciones sexuales sin protección (Trussell, Raymond, & Cleland, 2016).

Surge el interés de realizar este estudio debido a que cada día hay un incremento en la cantidad de mujeres y niñas con embarazos no deseados, lo que se convierte en un problema de salud pública sobre el que se puede incidir aumentando la disponibilidad de estos métodos y la información que se brinde a este sector de la población, por esto consideramos importante evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas que se tiene acerca de estos métodos.

1.2 Antecedentes

A nivel Internacional

Cárdenas García y Colaboradores en 2014 realizaron un estudio en la Universidad Autónoma de México bajo el título “Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias” como resultado las edades de las adolescentes que más solicitaron la AE (Anticoncepción de Emergencia) se ubicaron entre los 19 y 21 años; 87% manifestó conocer su uso. En los seis meses previos 27.1% había usado una vez AE; 15% la empleó en dos ocasiones. El método anticonceptivo usado por 8 de cada 10 estudiantes fue el condón. Concluyendo que la frecuencia del uso de la AE indica que las universitarias lo ingieren como si se tratara de un método anticonceptivo secuencial, lo cual podría generar daños a la salud, así como un mayor número de embarazos no planeados debido a los desajustes hormonales que podría generar el uso de los anticonceptivos de emergencia. (Sánchez Zamora, Ramírez de la Roche, Robledo Domínguez, & Cárdenas García, 2014).

Así mismo Mollen y Colaboradores en el año 2013, Estados Unidos, publicaron un estudio con el título “Conocimientos, actitudes y creencias sobre la anticoncepción de emergencia: una encuesta a mujeres adolescentes que buscan atención en el departamento de emergencias” obteniendo como resultado que: el 64% declaró que había oído hablar de anticonceptivos de emergencia, la mayoría de los participantes estaban preocupados por los posibles efectos adversos a corto y largo plazo (86% y 78%, respectivamente); muchos participantes estaban preocupados por el costo de la AE (45%) y por poder ir al médico para obtener una receta (45%). Los participantes apoyaron el uso de AE en las siguientes situaciones: violación (88%), rotura del condón (82%) o no se utilizó ningún método anticonceptivo (76%). (Mollen, Miller, & Barg, 2013)

Alfonso Antona Rodríguez y Juan Madrid Gutiérrez, durante el año 2009, en su estudio de “Anticoncepción de emergencia, adolescencia y representaciones sociales” en Madrid, reflejo mediante entrevistas realizadas a mujeres adolescentes entre las edades de 16 a 19 años suele acceder al recurso de la AE a través de las amigas (60%); le siguen las hermanas mayores y las madres. Otros recursos son Internet (6,1%) y las intervenciones educativas

(2,8%). En el 33% de las ocasiones la pareja está presente. Concluyendo que la AE es un método eficaz, con pocos efectos secundarios. Se recurre a ella por accidente en el uso del preservativo (73,1%). La sensación de confianza y proximidad relacional disminuye la protección frente a las infecciones de transmisión sexual. (Antona Rodríguez & Madrid Gutiérrez, 2009).

Lugones Botell y Ramírez Bermúdez realizan en Cuba una revisión acerca de los métodos anticonceptivos de emergencia en donde en Junio del 2006, publican una investigación con el tema: “Anticoncepción de emergencia en la adolescencia” refiriendo que en la adolescencia este método tiene particular importancia, ya que en esta etapa son frecuentes las conductas sexuales de riesgo y, por las características que tiene este grupo, no se utilizan adecuadamente o no se utilizan de ninguna forma los diferentes métodos anticonceptivos. De ahí que sea una alternativa, siempre que la conozcan, y además de insistir en este aspecto, deben explicarse todos los facultativos, para evitar el embarazo no deseado y sus complicaciones. (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2006).

Acevedo Osorio y colaboradores realizaron un estudio en la ciudad de Pereira, Colombia una investigación bajo el título: “Conocimiento y uso de método anticonceptivo de emergencia en estudiantes universitarios, Pereira, Colombia”. El estudio realizado fue de tipo observacional, descriptivo y transversal, mediante la modalidad de CAP, se incluyeron una muestra de 364 estudiantes adolescentes de 18 a 25 años con vida sexual activa, principales resultados: La frecuencia de uso de AE entre 1 y 2 veces en el último año es de 52,3%, evidenciando que más de la mitad de los encuestados ha utilizado este método, la causa más frecuente para usar esta alternativa fue el no uso de método anticonceptivo durante la relación sexual (19,7%), seguido de la ruptura o fallo del condón (17,3%). Por otra parte, el 63,8% recibió apoyo de la pareja para hacer uso de AE y en un 59% de los casos fue un amigo(a) quien recomendó el uso de AE (Acevedo Osorio, Ramírez García, Cardona Osorio, & Oliveros Ruiz, 2019).

A nivel Nacional

Bermúdez González y Jarquín Solórzano, en el 2018, con el estudio titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes nuligestas del Instituto Carmela Noguera y primigestas atendidas en Hospital Amistad Japón-Nicaragua, Granada del periodo de Marzo al primero de Abril 2017” obtuvieron como resultados que el nivel de conocimiento calificado como regular obtuvo el primer lugar y seguido por el adecuado en segundo lugar. La actitud al uso de métodos anticonceptivos en primigestas era favorable en 67% y en nuligestas un 11%. El inicio de vida sexual fue menor que la media mundial de 17.5 años y el uso de métodos anticonceptivos en primera relación coital fue usado en 78% de nuligestas y tan solo en 52% en pacientes primigestas. El método anticonceptivo más utilizado fue el condón y pastillas de anticoncepción de emergencia. Por lo tanto se remarcó que las adolescentes primigestas presentaron mejores conocimientos y actitud al uso de métodos anticonceptivos sin embargo la población de nuligestas presentó mayor uso de planificación familiar en primera relación sexual. (Bermúdez González & Jarquín Solórzano, 2018)

Ruiz Hernández, en el año 2015 cuyo estudio lleva por nombre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia levonorgestrel, en estudiantes femeninas de quinto año de enfermería del instituto politécnico de la salud “Dr. Luis Felipe Moncada”, en el cual se logró determinar el conocimiento sobre anticonceptivos de emergencia, si este era acertado al tipo de anticonceptivo que pertenece, efecto deseado, frecuencia y efectos secundarios. Muy poco conocimiento en contraindicaciones y el tiempo de toma para una mayor eficacia y la mitad de las encuestadas han utilizado esta píldora anticonceptiva de emergencia (Ruiz Hernandez, 2015).

Gómez Espinales, en el año 2013, Chinandega, presenta el estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos de emergencia, relacionados a prevención de embarazos en adolescentes estudiantes de IV y V año del Instituto Chinandega” donde se obtuvo una mayoría de población de sexo femenino, con predominio de edad de 17 años dando como resultado que su mayoría conoce su uso (84%),

donde conseguirlos (76%), siendo la píldora de la mañana siguiente la más utilizada, con una frecuencia de cada 2 y 4 meses (Gómez Espinales, 2013).

Ehrle y Sarker en 2012, llevaron a cabo el estudio titulado “Conocimientos y actitudes del personal de Farmacias” en Managua, Nicaragua aplicando un cuestionario semi estructurado a 93 personas, empelados de farmacias. Con resultados de 100% acerca del conocimiento de anticonceptivos de emergencia, refiriendo en un 92% que las vende al menos una vez por semana, usualmente sin receta médica, ninguna de las participantes sabía que se podía tomar hasta 5 días después. Concluyendo que el personal de farmacias en Managua expende este medicamento, pero necesitan capacitación adicional para que aconsejen con exactitud a las mujeres usuarias. (Ehrle & Sarker, 2012)

Gómez Zelaya y colaboradores durante el año 2010 publicaron el estudio con título “Conocimiento actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos de emergencia en los adolescentes atendidos en el centro de salud Sócrates Flores, Managua, Enero-Febrero 2019” en el cual se concluyó que en Nicaragua el uso de los anticonceptivos de emergencia es progresivo en la población más joven. Los/Las adolescentes en estudio en su mayoría tenían un nivel de educación media, el 78.3% iniciaron su vida sexual activa entre 15 y 19 años. La información sobre métodos anticonceptivos regulares fue buena en cuanto a que son y cuales son 100% y 90% respectivamente pero práctica fue baja a penas con un 36%. El conocimientos de los MAE fue malo en casi la mitad 47.1% y llegan a 88% entre malo y regular. La actitud de los adolescentes en estudio fue muy favorable en un 65% antes los MAE. (Gómez Zelaya, Granados López, & Guido Rodríguez, 2010)

Jarquín Cruz, en el año 2008, en Bluefields presenta el estudio titulado “Conocimientos y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en usuarias de 17 a 24 años de edad, atendidas en el centro de mujeres IXCHEN de Bluefields, RAAS, II Semestre 2007” cuyos resultados determinaron que la mayoría de mujeres que conocían sobre anticoncepción de emergencia eran jóvenes entre 20 a 24 años, seguidas de las adolescentes, acompañadas, con estudios de secundaria, mestizas, con relación a la condición laboral se encontró que el 57% estaban desempleadas, en cuanto al conocimiento un 94% de las encuestadas tenían

conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia, un 93% (47) conocen la píldora que se usan como anticoncepción de emergencia, 71% (36) conoce el periodo en que debe tomarse, 51% (26) conoce sus reacciones adversas y un 51% (26) desconocen cuando no se deben tomar, un 24% (12) consideran que son abortivas y un 8% (4) consideran que deben utilizarse continuamente. Con respecto a la práctica de las mujeres un 86% (44) usaban algún método anticonceptivo regular de planificación, el 55% (33) presentaron reacciones adversas y un 6% (3) consideran que los métodos anticonceptivos de emergencia deberían ser usados regularmente. (Jarquin, 2008).

1.3 Justificación

Datos de OMS indican que unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero que en la práctica NO utilizan ningún método anticonceptivo (Rengifo-Reina, Córdoba Espinal, & Serrano Rodríguez, 2012).

El uso de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) mayormente conocida como pastilla para la mañana siguiente por las jóvenes de Nicaragua, es utilizado como un método anticonceptivo frecuente, el cual según su indicación debe ser usado solo en casos de emergencia, lo que conlleva a una práctica no adecuada respecto a su uso y esto puede ser debido a una falta de conocimiento o mala actitud sobre el uso de esta Píldora (OPS, 2013).

La anticoncepción oral de emergencia ha venido a representar una solución para diversas situaciones como lo es en la rotura del condón, así mismo para situaciones de violación sexual. Sin embargo, la falta de conocimiento y la mala calidad de información acerca de estos generan en la población sexualmente activa un uso inadecuado e irracional.

La utilidad de la presente investigación se basa en llevar a cabo una evaluación en las adolescentes de 15 a 19 años debido a que según CODENI 2018, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos adolescentes, es decir 110 de cada 1000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. Por esto el determinar los conocimientos y prácticas que estas poseen sobre anticoncepción oral de emergencia, siendo las adolescentes un grupo de alto riesgo, quienes en su mayoría presentan una deficiente salud sexual y el mayor porcentaje de morbilidad materna, que al final tienen como resultado la deserción escolar, problemas en el crecimiento social y económico, así como exposición de su propia vida.

Por lo tanto, se pretende que con los resultados obtenidos se logre aportar información a los sistemas encargados de la educación sexual tanto a nivel escolar como de salud acerca de las principales debilidades en cuanto a conocimiento y prácticas en un grupo poblacional de alto riesgo sexual y reproductivo y de esta manera reforzar el vacío que existe sobre anticonceptivos orales de emergencia permitiendo difundir su uso adecuado ante situaciones de verdadera emergencia, impactando en la disminución de las malas prácticas ante los mismos.

1.4 Planteamiento de problema

Los embarazos a temprana edad en adolescentes representan un problema de salud pública, sobre todo en países en vías de desarrollo como Nicaragua; UNICEF en 2015 refleja que una de cada tres jóvenes en Latinoamérica es madre antes de llegar a los 20 años de edad, situándose Nicaragua en el primer lugar de maternidad precoz con cifras alrededor del 30%.

En Nicaragua el 15% de las mujeres de entre 15 y 49 años no tienen la posibilidad de planificar sus embarazos (ADOLESCENCIA, 2012). Lo que refleja que en Nicaragua 26.3% de las adolescentes entre 15 y 19 años son madres.

El sistema de salud ha diseñado estrategias de planificación familiar que permiten reforzar la salud sexual y reproductiva sobre todo en la población joven quienes representan la principal fuerza laboral y económica de un país. Sin embargo, en el tema de anticoncepción de emergencia aún se encuentran innumerables vacíos y se realiza una práctica inadecuada de la misma por parte de las adolescentes.

La falta de conocimiento y el mal uso de estos métodos de emergencia han repercutido en la salud de los mismos usuarios reflejándose en su salud reproductiva, con embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, abortos bajo precarias condiciones, alto índice de morbilidad materna o clandestinaje, afectando de esta manera la tasa de mortalidad y natalidad del país.

Por lo tanto, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el puesto de salud Jesús Zamora, Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de Julio al 30 de Septiembre de 2020?

A continuación se plantean las siguientes preguntas de sistematización:

- 1) ¿Cuáles son las características socio demográficas de las adolescentes en estudio?
- 2) ¿Cuál es el nivel de conocimiento y las principales fuentes de información de las adolescentes respecto a los métodos de anticoncepción de emergencia orales?
- 3) ¿Cuáles son las prácticas de las adolescentes evaluados con respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia orales?

1.5 Objetivos

Objetivo General:

Evaluar el nivel de conocimientos y prácticas sobre anticoncepción oral de emergencia en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el puesto de salud Jesús Zamora. Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de Julio al 30 de Septiembre de 2020.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio demográficas de las adolescentes del estudio.
2. Identificar los conocimientos y fuentes de información que tienen las adolescentes acerca de anticonceptivos orales de emergencia.
3. Determinar las prácticas de las adolescentes sobre el tema de los anticonceptivos orales de emergencia.

1.6 Marco Teórico

1. Adolescencia

La adolescencia es un período de alta vulnerabilidad, tanto física, psicológica como social, e influyen factores y conductas que pueden tener consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura. Este segmento poblacional puede tener potenciada su vulnerabilidad según la influencia de factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, políticos, étnicos y raciales, en especial en ausencia de derechos; afectando de manera desigual a adolescentes, incluso a quienes que residen en una misma localidad (Ministerio de Salud Pública, 2012).

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (Ministerio de Salud Pública, 1999).

Es difícil establecer límites cronológicos para este periodo; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años de edad, considerándose 2 fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años) (Ministerio de Salud Pública, 1999).

1.1 Clasificación de la adolescencia

1.1.1 Adolescencia Temprana

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros y otros adultos son marcados. Es también

frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad. (Ministerio de Salud Pública, 1999).

1.1.2 Adolescencia Tardía

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven. (Ministerio de Salud Pública, 1999).

2. Salud sexual y reproductiva en adolescencia

La población adolescente (15 a 19 años) en Nicaragua, presenta un crecimiento ascendente, pasando el 10,5% de la población total en 1950 a 11.4% de la población en el año 2005. Este crecimiento de la población adolescente, sumado a la urbanización de nuestras sociedades, provoca la aparición de nuevas problemáticas que requieren un análisis crítico, evitando reforzar las imágenes negativas o estereotipadas de la adolescencia. (MINSA, 2008)

ENDESA 2006/2007 ha puesto en claro el descenso experimentado de la fecundidad, que se refleja en una tasa global de fecundidad de 2.7 hijos en promedio por mujer, pero al visualizar el aporte que hace cada grupo de mujeres a la fecundidad total, el grupo de las adolescentes fue quien incrementó su aporte a la fecundidad global en casi dos puntos porcentuales.

Cabe mencionar que en los últimos años la tasa específica de fecundidad en las adolescentes ha presentado disminución pasando de 139 nacimientos por cada mil mujeres en 1998 a 119 en el 2001 y 106 en el 2006. De cada 100 adolescentes que ya son madres o están embarazadas, 65 no tienen educación y 34 son del quintil más pobre, esto refleja cómo el nivel educativo incide de manera directa en la tasa específica de fecundidad de las adolescentes. Las mayores tasas de fecundidad caracterizan a los sectores más pobres, originando, entonces, un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente. Estos segmentos están expuestos a procesos de exclusión prematura del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado de trabajo, sin opciones de progresión ocupacional. (MINSA, 2008)

La educación es factor influyente en las actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres, así como la actitud frente al tamaño ideal de la familia y las prácticas de la planificación familiar, sin embargo, el currículo y la metodología de enseñanza, no responden a una educación para la vida, especialmente en lo referido a la interculturalidad, la educación de la sexualidad, prevención del VIH-Sida, prevención de la violencia y preparación para emergencias. (MINSa, 2008)

Una de las características propias de la adolescencia es la conducta exploratoria. En la búsqueda de novedades pueden exponerse a riesgos para la salud que podrían estar relacionados con diferentes problemas de salud que enfrentan las y los adolescentes. Las muertes violentas constituyen una de las principales causas de muerte, seguidos por los suicidios. Así mismo, la experimentación en el plano sexual lleva a embarazos tempranos, infecciones de transmisión sexual y el VIH. (MINSa, 2008)

Aunque la Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes⁶ presenta descenso - pasó de 139 nacimientos/1000 mujeres en 1998 a 106/1000 en el período 2006/07 - todavía se encuentra en niveles elevados, así como, el aporte porcentual con relación a los embarazos totales. Según datos del MINSa, en el año 2000 el grupo de adolescentes representaba el 31 % de los nacimientos totales registrados (39,707 de 126,873), para el 2007 representaba el 26.4 % (33,345 de 126,149), pero es llamativo el dato que refleja un incremento de los nacimientos en adolescentes entre los 10 y 14 años pasando del 2.7 % en el año 2000 (1066 de 39,707) a 4.5 % en el 2007 (1,399 de 33,345). (MINSa, 2008)

3. Métodos Anticonceptivos

La Anticoncepción, consiste en la utilización de métodos anticonceptivos, que impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación.

La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos no deseados. (MINSA, 2015)

3.1 Clasificación de Anticonceptivos

Estos se clasifican en 2 grandes grupos: Temporales y Permanentes

3.1.1 Temporales

Estos a su vez se dividen en:

- Naturales: En el encontramos el método del ritmo, MELA, Collar, abstinencia, coito interruptus
- Mecánicos: Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Hormonales: Píldora, Inyección Mensual, Inyección Trimestral, Implantes hormonales subdérmicos, parche dérmico.
- Barrera: Preservativo Masculino y femenino.

3.1.2 Permanentes:

Entre los cuales tenemos, métodos de esterilización quirúrgica voluntaria.

- Vasectomía
- Ligadura de trompas uterinas

3.2 Definiciones

3.2.1 Píldora Anticonceptiva

Píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas, un estrógeno y un progestágeno, iguales a las hormonas naturales estrógeno y progesterona en el cuerpo de la mujer. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como “la píldora”, “la pastilla”, píldoras combinadas de baja dosis (MINSA, 2015).

En el MINSA se encuentra disponible píldoras de dosis baja que contienen: Etinilestradiol 30 μ g + Levonorgestrel 150 μ g (Etinilestradiol 0,03 mg y Levonorgestrel 0,15 mg) (MINSA, 2015).

3.2.2 Métodos Inyectables

Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas (un progestágeno y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer. (Los anticonceptivos orales combinados-AOC también tienen estos 2 tipos de hormonas). También reciben el nombre de “la inyección mensual” y anticonceptivos inyectables combinados (MINSa, 2015).

3.2.3 Implantes Subdérmicos

Son pequeños cilindros de plástico especial, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan un progestágeno parecido a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer. El implante de un cilindro es más sencillo, pues se inserta como una inyección subcutánea. Para el implante de dos cilindros, se realiza un procedimiento de cirugía mínima. Ambos tipos de implantes se colocan bajo la piel en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante de la mujer. No contiene estrógeno, por lo que se puede utilizar durante la lactancia y lo pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos.

Hay varios tipos de implantes: Los más conocidos y utilizados en la actualidad son: Los de 1 cilindro, eficaz durante 3 años (hay estudios en curso para ver si dura 4 años) , los de 2 cilindros, eficaz durante 5 años (MINSa, 2015).

3.2.4 Preservativo Masculino

Son fundas, o forros, que se adaptan a la forma del pene erecto. Reciben también el nombre de preservativos, condones, “forros” y profilácticos; o se les conoce sencillamente por el nombre de las muchas marcas. La mayoría está hecha de una fina goma de látex (MINSa, 2015).

3.2.5 Preservativo Femenino

Se trata de revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer y quedan medio flojos y están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente. Tiene aros flexibles en ambos extremos. Tiene un aro en el extremo cerrado que ayuda a la inserción del condón. El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina. Están lubricados por dentro y por fuera con un lubricante a base de silicona (MINSa, 2015).

3.2.6 Dispositivo Intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Un proveedor con entrenamiento básico lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, a través del cuello uterino. Llevan atados dos hilos que atraviesan el cérvix y quedan en la parte superior de la vagina (MINSa, 2015).

3.2.7 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

El método basado en el conocimiento de la fertilidad requiere de la cooperación en pareja. La pareja debe comprometerse a la abstinencia o a usar otro método durante los días fértiles. En este se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, según las reglas del método específico (Bloomberg, 2011).

Este método consiste en que la mujer debe darse cuenta cuando empieza y cuando termina el periodo fértil de su ciclo menstrual (el periodo fértil es cuando la mujer puede quedar embarazada) (Bloomberg, 2011).

Estos funcionan, en primer término, ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedar embarazada. La pareja previene el embarazo evitando sexo vaginal sin protección esos días fértiles (Bloomberg, 2011).

3.2.8 MELA

Es un método anticonceptivo temporal basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad. El MELA requiere 3 condiciones:

- La madre no ha vuelto a menstruar
- Él bebe está siendo alimentado con lactancia exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche
- Él bebe tiene menos de 6 meses de edad (MINSa, 2015).

3.2.9 Vasectomía

Es un método de anticoncepción masculina permanente, para aquellos hombres que no quieren más hijos. También llamada esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina. (MINSa, 2015)

A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor de salud ubica ambos conductos que transportan el espermatozoides al pene (conductos deferentes) y los corta o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización). (MINSA, 2015)

3.2.10 Ligadura de trompas uterinas

Método anticonceptivo permanente para mujeres que no quieren tener más hijos. También llamada Minilap, esterilización tubárica, anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), salpingectomía, mini laparotomía. (MINSA, 2015).

Los abordajes quirúrgicos más frecuentemente utilizados son:

- La mini laparotomía (Minilap)
- La laparoscopia (MINSA, 2015).

4. Anticonceptivos en la adolescencia

4.1 Elegibilidad de anticonceptivos en adolescentes

Los criterios de elegibilidad recomendados por la OMS proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a las mujeres de los potenciales efectos adversos de los anticonceptivos. Ha sido elaborada para proporcionar una guía basada en evidencia, se han clasificado en categorías y recomendaciones las dos primeras para la decisión clínica de utilizar un método (OMS, 2018).

Para tomar decisiones clínicas, el sistema codificado de 4 categorías puede simplificarse a un sistema de 2 categorías, como se muestra en la siguiente clasificación: Agrupadas en la decisión por la cual se puede usar el método:

- Categoría 1: Se puede usar el método en cualquier circunstancia
- Categoría 2: Generalmente se puede usar el método
- Las siguientes categorías se agrupan según el tipo de decisión, que en este caso es en el cual no se debe usar el método; buscar otra alternativa:

- Categoría 3: Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables.
- Categoría 4: No debe usar el método (MINSA, 2012).

En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo sin esporádicas o con diferentes parejas. Para escoger un método hay que basarse en las siguientes características del/la adolescente:

- Vida Sexual activa, esporádica o frecuente
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultaneas
- Fertilidad no probada
- Paridad (MINSA, 2012).

En base a las características señaladas podemos agrupar a los/as adolescente en:

Jóvenes/Adolescentes (varones y mujeres) sin antecedentes de actividad sexual: Abstinencia y postergación de la iniciación sexual: es el método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS, no tiene efectos nocivos en la salud, puede incluir otras formas de expresión sexual como: abrazarse, frotarse el cuerpo, besarse, regalar una rosa, caricias (MINSA, 2012).

Jóvenes/Adolescentes con inicio de actividad sexual a. Sin hijos/as: Retardar el inicio del primer embarazo b. Inicio vida sexual: Mujeres: – Primera opción: Métodos de barrera (condón masculino) más píldoras que contienen solo progestágenos. – Segunda opción: Métodos de barrera (condón masculino) más píldoras combinadas con alto contenido de estrógeno. Hombres: Métodos de barrera (condón masculino) (MINSA, 2012).

Tuvo Aborto o un parto con un hijo/a fallecido/a: Espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos:

- a) Primera opción: Métodos de barrera (condón masculino) más píldoras que contienen solo progestágenos.
- b) Segunda opción: Métodos de barrera (condón masculino) más píldoras combinadas con abajo contenido de estrógeno.
- c) Tercera opción: Métodos de barrera (condón masculino) más inyectables combinados mensuales.
- d) Cuarta opción: Métodos de barrera (condón masculino) más insertar el DIU postaborto si no tiene contraindicaciones para este procedimiento. Espaciar el intervalo intergenésico (MINSA, 2012).
- e) Puerperio: Método de Lactancia Amenorrea (MELA) y métodos de barrera (condón masculino).
- f) Post - Puerperio: DIU y métodos de barrera (condón masculino). (MINSA, 2012).

5. Anticonceptivos Orales de emergencia

5.1 Concepto

La organización mundial de la salud se refiere a la anticoncepción de emergencia como los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Se recomienda su uso dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia (OMS, 2018).

El ministerio de salud de Nicaragua la define como a las píldoras que contienen progestágeno solo, o una combinación de progestágeno y estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras “de la mañana siguiente”, “del día después”, o anticonceptivos postcoitales. (MINSA, 2015)

5.2 Generalidades

- Las píldoras anticonceptivas de emergencia ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 4 días después del sexo sin protección.
- Cuanto antes se tomen, mejor, pues la efectividad es mayor.
- No afectan un embarazo en curso.
- Son seguras para toda mujer, incluso para mujeres que no pueden utilizar los métodos anticonceptivos hormonales continuos.
- Son una oportunidad para que la mujer comience a utilizar un método continuo de planificación familiar.
- Hay muchas opciones que se pueden utilizar como PAE.
- Los productos especialmente diseñados, las píldoras de progestágeno solo, y los AOC, todos pueden actuar como anticonceptivos de emergencia.
- No deben ser utilizados como método rutinario de PF (MINSA, 2015).

5.3 Indicaciones

La anticoncepción de emergencia hormonal con levonorgestrel como primera elección y única contraindicación para uso de anticonceptivo de emergencia, es el embarazo confirmado, ya que el método es ineficaz; si se administra la anticoncepción de emergencia hormonal durante el embarazo no causa alteraciones ni riesgos para todas las enfermedades cardiovasculares, hepáticas o migraña; las ventajas superan los riesgos. El sobrepeso u obesidad afecta la efectividad de la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel y reduce su eficacia en mujeres con peso mayor de 75 kg, y no es efectivo en mujeres con peso mayor de 80 kg (Vargas, 2016).

5.4 Mecanismo de acción

En la actualidad está bien establecido que la AE (Anticoncepción de Emergencia) hormonal actúa a través de distintos mecanismos, principalmente causa inhibición o retraso de la ovulación al interferir con el pico de LH (Hormona Luteinizante), afectando el proceso de la ovulación, aunque todos los parámetros medidos son normales, el pico de la hormona luteinizante (LH) es parcial o totalmente suprimida y la luteinización folicular ocurre parcial

o totalmente, dependiendo del momento cuando se administró AE hormonal durante el ciclo menstrual.

Los SPRM (moduladores selectivos del receptor de la progesterona) de leve o potente actividad son sustancias que se ligan al receptor de progesterona con actividad anticonceptiva por diferentes mecanismos, anovulación y desfasamiento del tejido endometrial; el primer SPRM utilizado fue la mifepristona, para anticoncepción.

No existe día del ciclo menstrual donde no haya ningún riesgo de embarazo después de una relación sexual sin protección y la AE hormonal se ofrece cualquier día del ciclo menstrual; es bien tolerada y no requiere receta médica, ni consulta médica en la mayoría de los países y la única contraindicación para el uso de la AE hormonal es el embarazo confirmado, ya que el método no será efectivo y está como categoría 2 (condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados).

La AE no impide la implantación del embrión ni interfiere en la fase secretora del endometrio. La AE incluye métodos que actúan antes de iniciar el embarazo y cualquier método activo después del embarazo (o implantación) se define como abortivo; cuando la posición controvertida de que la vida humana se inicia con la fecundación, al menos en teoría, la AE sería un método abortivo, por razones éticas y prácticas, es menos problemático definir que la AE actúa después de la fecundación e independientemente de la definición de embarazo y de AE al aborto inducido; estimando que 75% de embarazos no deseados se evitan si las mujeres son educadas y utilizan AE correctamente (Vargas, 2016).

5.5 Eficacia y seguridad

Para lograr una eficacia óptima, debe administrarse la primera dosis tan pronto como sea posible después de una relación sexual sin protección, y no más de 72 h después de la misma. La segunda dosis debe tomarse entre las 12 y las 24 h posteriores a la primera dosis. En caso de vómito dentro de las 2 h después de la ingestión de cualquiera de las 2 dosis, tomar otra dosis inmediatamente. No es un método anticonceptivo apropiado; sólo usar de manera ocasional. (UNAM - México, 2013).

El esquema compuesto por dos dosis consecutivas, separadas por 12 h, de 100 µg de etinilestradiol y 500 µg de LNG, comparado con LNG dosis única de 1.5 µg o dos dosis consecutivas de 750 µg, separadas por 12 h, previenen el embarazo 85%, con mayor efectividad el LNG; pero su eficacia disminuye conforme se pospone la toma de la primera dosis respecto al momento del coito; para LNG la tasa de embarazo será 0.4%, 1,2% y 2.7% según se inicie la toma 24, 48 o 72 h poscoital, respectivamente; cuando la AE es aplicada antes o en el pico de LH, la bloquea completamente, se acorta la fase lútea con cifras de progesterona bajas en 50% y disminución de los receptores de estrógenos y progesterona en el endometrio que pueden o no modificarlo, pero sin relación con alteraciones en la implantación; tampoco se modificó la morfología endometrial y factores considerados críticos para la implantación embrionaria, como integrinas, factor inhibidor de leucemia y otros; el LNG inhibe la ruptura folicular o altera el proceso ovulatorio (Vargas, 2016).

5.6 Criterios médicos de elegibilidad

Toda mujer puede utilizar segura y eficazmente, incluso aquellas mujeres que no pueden utilizar MAC con hormonas de manera continua. Debido a la brevedad de su uso, no existen patologías médicas por las cuales las no sean seguras para la mujer (MINSA, 2015).

Las píldoras anticonceptivas de emergencia son solamente para emergencias y no son apropiadas como método anticonceptivo de uso regular por eso se recomienda usarlo como máximo dos veces al año porque existe una mayor posibilidad de fracaso que con los anticonceptivos habituales. Además, el uso frecuente de la anticoncepción de emergencia puede tener efectos adversos como la irregularidad menstrual. (OMS, 2012).

5.7 Tipos de métodos anticonceptivos de emergencia (Ver Tabla en Anexos)

Las organizaciones ginecológicas, pediátricas y de atención primaria importantes recomiendan asesorar a las mujeres con riesgo de tener embarazos no deseados acerca de la AE.

En EE. UU hay disponibles 4 métodos: el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y 3 métodos por vía oral: el levonorgestrel (LNG); 1,5 mg (un solo comprimido de progestina); el acetato de ulipristal (AUP), 30 mg (un modulador del receptor selectivo de progestina) y, el régimen de Yuzpe (dosis elevadas de los anticonceptivos orales estrógeno y progestina combinados). Todas las opciones de AE se pueden utilizar dentro de los 5 días después del coito con una eficacia variable (Pelín Batur, 2016).

5.8 Otros métodos anticonceptivos de emergencia orales

5.8.1 Acetato de Ulipristal

El Acetato de Ulipristal forma parte de los medicamentos usados como Anticoncepción (AC) de emergencia. También conocidos como AC del día después. Es un modulador sintético selectivo del receptor de progesterona con un efecto antagonista o agonista parcial sobre el receptor de progesterona. El acetato de ulipristal evita la unión de la progesterona con su receptor, bloqueando así la transcripción génica que tendría lugar con la progesterona y evitando la síntesis de proteínas necesaria para el comienzo y mantenimiento del embarazo. Considerado por muchos como el anticonceptivo de emergencia no hormonal más eficaz para la mujer. Tres veces más efectivo que el levonorgestrel antes de las 24 horas y el doble antes de las 72 horas (Antona Rodríguez & Madrid Gutiérrez, 2009).

5.8.2 Meloxicam

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 (Jesan Cristian, 2009).

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 (Jesan Cristian, 2009).

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. (Jesan Cristian, 2009).

5.9 Transición de la anticoncepción de emergencia a la anticoncepción continúa

Si es necesario, la anticoncepción de emergencia puede ser utilizada más de una vez en el mismo mes. Sin embargo, las mujeres que requieran un uso frecuente de la AE también deberían ser aconsejadas para usar continuamente los métodos anticonceptivos que no requieren atención frecuente. Esto incluye el DIU de cobre y el DIU con LNG, así como los implantes de anticonceptivos de progestágeno solo. Por otra parte, el uso repetido de la AE es menos eficaz que la anticoncepción primaria continua (Mollen, Miller, & Barg, 2013).

El American College of Obstetricians and Gynecologists adoptó los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) como anticonceptivo de primera línea para las mujeres en edad reproductiva. En el proyecto Contraceptive CHOICE se estableció que los métodos anticonceptivos ARAP son sustancialmente más eficaces que los comprimidos anticonceptivos, parche, anillo o el acetato de medroxiprogesterona en inyección de depósito. Por otra parte, cuando el costo no fue un factor a tener en cuenta en la toma de decisiones, las mujeres fueron más propensas a elegir un método ARAP (Mollen, Miller, & Barg, 2013).

La guía de 2013 de Centers for Disease Control and Prevention recomienda comenzar con cualquier anticoncepción regular inmediatamente después del uso de la AE con AUP y LNG (Mollen, Miller, & Barg, 2013).

Sin embargo, en 2015, la Food and Drug Administration de EE.UU. actualizó el prospecto del AUP con la recomendación de mantener los comprimidos anticonceptivos orales durante los 5 días posteriores a la toma del AUP. A pesar de que existen datos limitados que la avalan, hay dudas acerca de la disminución de la eficacia anticonceptiva derivada de las propiedades antiprogestina del AUP y que dieron lugar a esta recomendación (Batur, Kransdorf, & Casey, 2016)

Cabe destacar que la European Medicines Agency no ha cambiado el etiquetado del envase debido a los pocos datos disponibles. Las mujeres deben entender la importancia de evitar tener más relaciones sexuales desprotegidas y de usar anticonceptivos de barrera fiable durante la semana posterior a su uso como AE. Las relaciones sexuales sin protección ocurridas después del uso de la AE presentan mayores tasas de fracaso de la AE (Batur, Kransdorf, & Casey, 2016).

Barreras para el uso:

Desde que en 2014 la AE con LNG ha estado disponible en el comercio, este método está más al alcance de muchas mujeres. No obstante, algunas no tienen en cuenta la necesidad de contar con una receta así como el costo, representa una barrera para un uso más amplio. Por otra parte, muchos prestadores tienen un conocimiento limitado de la AE. En un estudio de 2016 de prestadores de grandes instituciones académicas, solo el 13% de los médicos de emergencia, el 17% de medicina interna, el 23% de pediatría, el 26% de los médicos de familia y el 52% de los profesionales de salud reproductiva informaron tener en cuenta al AUP como AE. (Pelin Batur, 2016)

El porcentaje de prestadores de diversas especialidades que prescribieron AUP fue aún más bajo: 3% de medicina interna y medicina de emergencia, 4-5% de pediatría y medicina familiar y, 14% de salud reproductiva. Los métodos más eficaces, el DIU de cobre y el AUP,

pueden obtenerse solo a través de un médico, y es posible que algunas mujeres no se sientan cómodas solicitando la AE. Por lo tanto, es importante que los médicos discutan todas las opciones de la AE con las mujeres de todo el espectro de edad reproductiva, tanto durante el estado de bienestar de la mujer, como en el posparto y en otras visitas programadas. (Pelin Batur, 2016)

En general, otra barrera para el uso de la AE es la idea errónea de que la AE puede provocar un aborto. Sin embargo, la AE por vía oral solo puede prevenir o inhibir la ovulación y el DIU de cobre evita la fertilización al afectar la viabilidad y la función de los espermatozoides. Ningún estudio ha informado que la AE afecte negativamente la implantación o el embarazo ya establecido. (Pelin Batur, 2016)

6. Anticonceptivos de emergencia en Nicaragua

6.1 Aceptación de anticonceptivos de emergencia en Nicaragua

Disponibles en el MINSA:

- Progestágeno de Levonorgestrel: tabletas de 750 µg (microgramos). Dosis: 2 tabletas en dosis única tan pronto como sea posible después de la relación sexual sin protección, preferiblemente antes de las 12 horas.
- Anticonceptivos orales combinados (AOC) se deben tomar tan pronto como sea posible (entre más pronto mejor). Dosis: 8 tabletas en dosis única, si la usuaria no tolera esta dosis, entonces administrar 4 tabletas cada 12 horas por 2 dosis.

Según normativa 002 o el denominado protocolo de anticoncepción realizado por el MINSA en el año 2015, en el cual se remarca que algunas mujeres dicen que les gustan las PAE porque:

- a) Brindan una segunda oportunidad de prevenir el embarazo.
- b) Son controladas por la mujer.
- c) Reducen la necesidad de recurrir al aborto ante la eventualidad de un fallo del anticonceptivo o si no se está utilizando anticoncepción. (MINSA, 2015)

7. Conocimiento

Son muchas las definiciones que sobre conocimiento existen. A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo.

La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es enfrentar la realidad (Real Academia de la Lengua Española).

El termino conocimiento se usa en el sentido de hecho, información, concepto; pero también como comprensión y análisis, la especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas. El tipo de conocimiento es el que estimula el autoanálisis y es el elemento motriz para la adopción de medidas preventivas (Real Academia de la Lengua Española).

7.1 Conocimiento de los adolescentes sobre anticoncepción de emergencia

Durante la realización de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA) durante el año 2011/2012 se determinó mediante encuesta el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos, sobretodo enfocado en las mujeres, los resultados obtenidos fueron que prácticamente todas las mujeres (99.6 por ciento), han oído hablar de alguno de estos métodos y no hay diferencias entre las mujeres actualmente casadas/unidas, las que alguna vez lo estuvieron y las solteras con experiencia sexual, solo las solteras sin esta experiencia tienen un porcentaje algo menor (98.3 por ciento), valores semejantes se obtuvieron en la ENDESA 2006/07 (INIDE, 2014).

Se destaca el conocimiento de la inyección y la píldora (98 por ciento), siguen el condón masculino (96 por ciento), la esterilización femenina (90 por ciento) y el DIU (84 por

ciento), los menos mencionados son los métodos vaginales (31 por ciento) y, particularmente, los implantes (9 por ciento), con ligeras variaciones en los porcentajes se tiene un comportamiento similar en las mujeres actualmente unidas, en las alguna vez casadas/unidas y las mujeres solteras con experiencia sexual; se observan algunas diferencias con respecto a las solteras sin experiencia sexual, aunque en éstas siguen teniendo el mayor reconocimiento la píldora, la inyección, el condón masculino y la esterilización femenina, pero son porcentajes más bajos (INIDE, 2014).

También se observan diferencias en el conocimiento del Método Exclusivo de Lactancia Amenorrea (MELA), poco más de la mitad de las solteras con experiencia sexual la menciona (52 por ciento) y es menos de la tercera parte en las solteras sin experiencia sexual (32 por ciento), mientras que en las unidas conyugalmente y las mujeres alguna vez en unión conyugal se supera el 60 por ciento (INIDE, 2014).

Las solteras con experiencia sexual, aventajan en conocimiento a los otros subconjuntos de mujeres, en lo que respecta a la anticoncepción de emergencia o Píldora Para la Mañana Siguierte (PPMS), casi tres de cuatro, un 74 por ciento, la menciona (INIDE, 2014).

8. Practica

La práctica es a acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Por otra parte, cuando se aplica a una cosa, este adjetivo hace alusión a una gran utilidad o a una especial versatilidad. En este caso, existe una mayor subjetividad, dado que la practicidad de un objeto o producto está directamente ligada a las necesidades de sus usuarios. De todos modos, algo práctico suele permitir que se resuelva un problema determinado con mucha facilidad (Perez & Gardey, 2010).

8.1 Práctica de los adolescentes sobre anticoncepción de emergencia

Es de interés, dado el condicionamiento en el nivel de la fecundidad, el profundizar en la práctica pasada y actual de métodos anticonceptivos, con este objetivo, a todas las mujeres entrevistadas que informaron acerca del conocimiento de estos métodos se les preguntó si lo

habían usado alguna vez y a las que lo hicieron y no estaban embarazadas en el momento de la entrevista, se les preguntó adicionalmente, si ellas o su cónyuge usaban en la actualidad algún método para evitar embarazos (INIDE, 2014).

Tres de cuatro mujeres (75 por ciento), reconoce haber utilizado algún método anticonceptivo (70 por ciento en la ENDESA 2006/07), un porcentaje similar para el uso de métodos modernos (74 por ciento), mientras que el 18 por ciento alguna vez ha utilizado métodos tradicionales. La mitad de las mujeres reconoce que el método más empleado es la inyección (51 por ciento), seguido por la píldora (48 por ciento); el uso del condón masculino en una tercera parte (33 por ciento), una quinta parte (21 por ciento) ha optado por la esterilización femenina, el DIU ha sido utilizado por un 15 por ciento de las mujeres y hay presencia de la anticoncepción de emergencia (PPMS) con un uso del 12 por ciento y el MELA protegió a las mujeres de un nuevo embarazo en un 8 por ciento; en los métodos tradicionales un 8 por ciento hizo uso del ritmo y el 14 por ciento del retiro (INIDE, 2014).

Capítulo II

Diseño Metodológico

2. Tipo de estudio

El enfoque investigativo fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (OPS/OMS, 2010). (Gordillo Moscoso & Medina Moreno, 2012)

2.1 Área de estudio

El estudio se realizará en el Puesto de Salud Jesús Zamora, el cual se encuentra ubicado en el Distrito VIII de Managua, correspondiente a Ciudad Belén, pertenece al centro de salud Roger Osorio, cuenta con 3 ESAFC, los cuales abarcan los barrios: Ciudad Belén 1 y 2 con 5523 habitantes, Ciudad Belén 3 y 4 con 5518 habitantes, Residencial Belén con 282 habitantes, Sabana Grande Norte con 2522 habitantes y La Montañita con 504 habitantes, en su total el puesto médico abarca la atención de 14,349 habitantes. Cuenta con los servicios de medicina general, visita de especialistas en Ginecología, Medicina Interna y Pediatría cada 15 días así como atención odontológica. La cartelera de atención cuenta con los servicios de consulta externa de 8 am a 4 pm y emergencia las 24 horas, en la que laboran 1 médico en servicio social 1, 1 médico en servicio social 2 y 1 médico general, la cual es además encargada del puesto médico, en él se llevan a cabo los programas PAMOR, atención a pacientes crónicos, planificación familiar, Todos con Voz y embarazadas.

2.2 Período de estudio

Se realizará en el periodo del 1° de Julio al 30 de Septiembre de 2020.

2.3 Universo

El universo del estudio estará conformado por **233 adolescentes atendidas** en el puesto de salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, durante el período del 1° de Julio al 30 de Septiembre de 2020. De acuerdo a los registros médicos del Departamento de Estadísticas del Puesto de Salud Jesús Zamora, durante el periodo del estudio.

2.4 Muestra

La muestra estará conformada por **146 adolescentes atendidas** en el puesto de salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, durante el período del 1° de Julio al 30 de Septiembre de 2020, la cual será establecida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

2.5 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo será probabilístico, aleatorio simple.

7.7 Para calcular el tamaño de la muestra fue utilizada la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), en el presente estudio se valorará un valor del 5% (0.05)

Adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora. Distrito VIII Managua \equiv 233

Dónde:

$$n = \frac{(233) (0.5)^2 (1.96)^2}{(233-1) (0.05)^2 + [(0.5)^2 \times (1.96)^2]}$$

$$n = 233 \times 0.25 \times 3.8416$$

$$n = \frac{(232 \times 0.0025) + [0.25 \times 3.8416]}{0.58 + 0.9604}$$

$$n = \frac{223.7732}{1.5404}$$

Tamaño de la muestra (n) = 146 adolescentes

2.6 Criterios de inclusión:

1. Adolescentes que deseen participar en el estudio y se encuentren de acuerdo con el llenado del consentimiento informado.
2. Adolescentes que asisten al programa de planificación familiar del puesto médico Jesús Zamora durante el periodo del 1° de Julio al 30 de Septiembre del 2020.

2.7 Criterios de exclusión:

1. Adolescentes menores de 15 años y mayores de 19 años.
2. Adolescentes que no estuvieron de acuerdo en el llenado del instrumento de recolección de la información.
3. Adolescentes que no se encuentran dentro del programa de planificación familiar del puesto médico Jesús Zamora, durante el periodo del 1° de Julio al 30 de Septiembre 2020.

2.8 Enumeración de variables

1. Variables relacionadas a las características socio demográficas
 - a. Edad.
 - b. Religión.
 - c. Nivel de escolaridad.

d. Procedencia.

2. Variables relacionadas al conocimiento y fuente de información sobre Anticoncepción Oral de Emergencia

2.1 Conocimientos

- a) Conceptos generales de Anticoncepción Oral de Emergencia.
- b) Reacciones adversas de Anticoncepción Oral de Emergencia
- c) Ventajas y desventajas de Anticoncepción Oral de Emergencia.
- d) Uso de Anticoncepción Oral de Emergencia.
- e) Accesibilidad de la Anticoncepción Oral de Emergencia.

2.2 Fuente de información

- a) Número de adolescentes que recibieron información
- b) Lugar y/o institución dónde se obtuvo la información
- c) Informantes que brindaron la Información
- d) Medios utilizados para la información
- e) Calidad de información recibida

3. Variables relacionadas con las prácticas acerca de los Anticoncepción Oral de Emergencia

- a. Antecedentes de relaciones sexuales
- b. Edad de inicio de la vida sexual activa
- c. Uso de Anticoncepción Oral de Emergencia durante la primera relación sexual
- d. Número de compañeros sexuales
- e. Actividad sexual en la actualidad
- f. Frecuencia de uso de Anticoncepción Oral de Emergencia en la actualidad
- g. Antecedentes de recibir consejería sobre Anticoncepción Oral de Emergencia
- h. Tiempo de ultima consejería recibida acerca de Anticoncepción Oral de Emergencia
- i. Disposición de recibir consejería en el futuro sobre Anticoncepción Oral de Emergencia.

2.9 Fuentes de recolección de la información

La información obtenida será de tipo primaria, ya que serán recibidas de primera mano por parte de las adolescentes participantes del estudio, a través del llenado de una encuesta.

2.10 Técnicas para la recolección de la información

Para realizar el estudio, se solicitará autorización de las autoridades de salud del puesto médico Jesús Zamora, a los cuales se les informará y explicará el tema de investigación, indicando los objetivos del mismo, y así mismo establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.

Se realizarán reuniones de coordinación con el equipo de investigación, desarrollando un proceso de revisión y selección de la información a nivel internacional y nacional, acerca del tema de investigación y de acuerdo a las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua (UNAN Managua, 2020).

Se diseñará el instrumento de recolección de la información, con un modelo de cuestionario, elaborado a partir de *información recopilada y revisada en investigaciones previas* sobre el mismo tema de investigación del presente estudio, el cual será coordinado con el tutor de la investigación y el autor respectivamente.

Previo al proceso del llenado del cuestionario de preguntas, se les informará a las adolescentes participantes en el estudio, que todo el proceso deberá de realizarse de forma voluntaria, y que en cualquier momento que no deseen continuar con el llenado del instrumento podían suspender dicho proceso. Además se les indicará que la información obtenida será utilizada únicamente para fines académicos, manteniendo en todo momento su privacidad, y que todos estos datos se ratificarían a través del llenado y la firma del consentimiento informado respectivamente.

El cuestionario a utilizar para el estudio estará conformado por una serie de acápites, conteniendo una batería de preguntas. Dicho instrumento se elaborará según los objetivos del estudio, diseñado en cuatro capítulos:

Capítulo I Características sociodemográficas de las adolescentes en estudio.

Capítulo II Conocimiento y fuente de información con respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia.

Capítulo III Prácticas de las adolescentes en relación a la Anticoncepción Oral de Emergencia.

Se realizará una validación de campo, a través del desarrollo de una prueba piloto, con la aplicación del cuestionario dirigida a un número de 20 adolescentes, que asisten al programa de planificación familiar del centro de salud Jesús Zamora, del distrito VIII de Managua, ubicado en Ciudad Belén.

Se evaluarán los resultados obtenidos durante el proceso de validación, desarrollando una revisión, con el tutor del trabajo investigativo, como parte del proceso del mejoramiento de la calidad del instrumento de recolección.

Posteriormente se desarrollará el proceso de aplicación del cuestionario en los adolescentes participantes en el estudio, se aclararán dudas de términos desconocidos para los participantes, de acuerdo a su nivel de escolaridad, se promoverá que el llenado del cuestionario sea de forma correcta y completando cada uno de los ítems a evaluar.

2.11 Técnicas para el procesamiento de los datos

Se realizarán 19 preguntas de conocimientos sobre Anticoncepción Oral de Emergencia a las adolescentes en estudio; los cuales deberán contestar si, o no. Se evaluará de acuerdo a sus conceptos generales, reacciones adversas, sus ventajas y desventajas, modo de uso, y disponibilidad de los mismos.

El total de las 19 preguntas tendrá un valor de 100 puntos, con un valor de 5.3 puntos cada pregunta correcta, para luego asignársele una puntuación de:

1. (0-11 preguntas correctas) 0 – 58 puntos nivel de conocimiento *malo*
2. (12-15 preguntas correctas) 64 – 79 puntos nivel de conocimiento *regular*
3. (16-19 preguntas correctas) 85 – 100 puntos nivel de conocimiento *bueno*

Para evaluar las prácticas acerca del uso de anticonceptivos orales de emergencia, se formularán 9 preguntas relacionadas a la práctica, los cuales serán evaluados de la siguiente forma:

- (7-9 preguntas correctas) nivel de práctica buena
- (4-6 preguntas correctas) nivel de práctica regular
- (0-3 preguntas correctas) nivel de práctica mala

Los datos obtenidos se procederán a digitar organizándolos en una base de datos, donde serán introducidas, procesadas y analizadas la fichas de recolección, para lo cual se utilizará el Programa SPSS 22.0v. Para Windows, se formularán tablas de distribución de variables y gráficos de forma uní y multivariable. Se utilizará el programa de OFFICE 2015 para la redacción del informe y su debida presentación.

2.12 Plan de tabulación y análisis

La información obtenida se resumirá en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en números y porcentajes, para lo siguiente:

1. Factores socio demográficos.
2. Conocimientos sobre AOE
3. Fuentes de información respecto a los AOE
4. Practicas respecto a los AOE

Se realizará el siguiente entrecruzamiento de variables:

1. Edad versus conocimientos
2. Religión versus conocimientos
3. Estado civil versus conocimientos
4. Nivel de escolaridad versus conocimientos

5. Procedencia versus conocimientos
6. Edad versus prácticas
7. Religión versus prácticas
8. Estado civil versus prácticas
9. Nivel de escolaridad prácticas
10. Conocimientos versus prácticas.

2.13 Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala/valor
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de llenar la encuesta	Años cumplidos	15 - 16 años. 17 - 19 años
Nivel de escolaridad	Es el nivel académico más alto alcanzado hasta el momento de llenar la encuesta	Ultimo nivel alcanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Religión	Doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas en torno a cuestiones de tipo existencial, moral, sobrenatural	Práctica religiosa	Católica Evangélica Otra
Estado civil	Situación conyugal o condición de un individuo en lo referente a su relación de pareja	Estado conyugal	Soltero Casado Unión Libre
Procedencia	Área geográfica de donde procede el adolescente participante en el estudio	zona geográfica	Urbano Rural

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Conocimientos sobre conceptos generales Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	Información básica del adolescente acerca de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	Sabe usted que es AOE. Sabe usted cuales son las píldoras o dispositivos que se usan como AOE. Sabe usted si el preservativo, DIU y las pastillas anticonceptivas regulares funcionan como un método anticonceptivo de emergencia. Sabe usted si la píldora para la mañana siguiente (PPMS) es un AOE.	Si No
Conocimientos sobre reacciones adversas de AOE	Información del adolescente en relación a las reacciones adversas del uso de AOE	Conoce usted algunos efectos negativos de la AOE. Sabe usted si algunos efectos negativos que pudiésemos encontrar en la AOE podrían ser: Vómitos, aumento de peso o dolor de cabeza	Si No
Conocimientos sobre las ventajas y desventajas de AOE	Discernimiento de los adolescentes con respecto a las ventajas y desventajas de los AOE	Tiene conocimiento sobre si la AOE sirve para prevenir embarazos. Sabe usted si la AOE sirve para prevenir infecciones de transmisión sexual. Tiene conocimiento sobre si la AOE regula la menstruación. Sabe usted si la AOE puede ser usada tanto por hombres como mujeres para así prevenir embarazos no deseados. Sabe usted si la AOE disminuye el deseo sexual.	Si No
Conocimientos sobre el uso de los AOE	Comprensión del adolescente acerca del uso de los AOE	Sabe usted si la AOE posee un tiempo máximo y específico para su uso. Usa o ha usado usted la AOE, para prevenir embarazos no deseados. Tiene conocimiento sobre si la AOE está indicada luego de una violación sexual. Sabe usted el tiempo en que debe de tomarse la píldora para la mañana siguiente (PPMS) para que esta sea efectiva. Sabe usted si la píldora para la mañana siguiente (PPMS) tiene mayor efectividad si es tomada tanto por el hombre como la mujer. Sabe usted si al usar un AOE se pueden tener relaciones sexuales sin preocupaciones	Si No
Conocimientos sobre la accesibilidad a los AOE	Noción de los adolescentes en relación al acceso de los AOE	La AOE son gratis y accesibles La AOE se haya disponible en el Puesto de Salud	Si No

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Información sobre AOE	Antecedentes de recibir información de parte de los adolescentes	Número de adolescentes que recibieron información sobre AOE	Si No
Lugar y/o institución donde se ha obtenido la información	Sitio o localización donde se recibió la información sobre AOE	Lugar o sitio donde recibieron la información	Calle Colegio Unidad de salud En el hogar Ninguno
Personas o informantes que brindaron la información acerca del AOE	Personas que brindaron información acerca de AOE a los adolescentes participantes del estudio	Tipo de informante	Amigos Médico Enfermera Maestros Padres Nadie
Medios utilizados para la obtención de la información acerca del AOE	Medios de difusión de la comunicación de donde se obtuvo información sobre AOE	Medio de información utilizado	TV Internet Libros Radio Revistas Ninguno
Calidad de la información recibida acerca de AOE	Evaluación del adolescente sobre la calidad de la información recibida sobre AOE	Calidad de la información recibida	Me explicaron con lenguaje sencillo No entendí nada de lo que me explicaron Nadie me explico

2.14 Aspectos Éticos

Se respetarán los derechos en todo momento de los adolescentes sujetos a estudio, manteniendo su anonimidad, se les dará a conocer los objetivos del estudio y en todo momento se resguardará la seguridad de los datos. Cada uno de los adolescentes atendidos en el Puesto de Salud Jesús Zamora, del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020, se les informará antes de llevarse a cabo el cuestionario, que deberán hacerlo por libre voluntad y que pueden dejar de realizar el cuestionario si ellos lo desean, así como los beneficios y riesgos del estudio, como por ejemplo el hecho de conocer las principales indicaciones y reacciones adversas de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE). Al completar el llenado del instrumento los datos se utilizarán para el manejo de la información en el ámbito académico.

Capítulo III

Desarrollo

3.1 Resultados

Las características sociodemográficas que se encontraron una vez aplicada y procesado el instrumento fueron las siguientes: edad más frecuente se encuentra en el intervalo 17-19 años con 54.8% (80). En cuanto a la escolaridad predomina el nivel de educación secundaria con 52.7%(77) seguida por primaria 38.4%(56) y una minoría tiene el nivel de educación universitaria 7.5%(11). Respecto a la inclinación religiosa se encontró un 71.9%(105) profesan la religión católica seguida por la religión evangélica con un 25.3%(37). El estado civil que predominó al preguntar fue unión libre con 73.3%(107), 13.7%(20) manifestó estar soltera y 13%(19) casada. Respecto a la procedencia se determinó un 100% del área urbana (**Tabla 1**).

Respecto a las distintas fuentes por la cual han obtenido información acerca de métodos anticonceptivos de emergencia las adolescentes encuestadas refirieron que en su mayoría 45.9%(67) ha sido a través de la calle, sin embargo, se obtuvo que un 28.8% (42) no ha recibido información alguna, otro 17.8%(26) han obtenido información en unidades de salud. La información brindada proviene principalmente por amigos en un 54.1%(79). Dentro de los medios auxiliares para acceder a la información un 22.6%(33) refirió usar el internet, no obstante, el porcentaje más alto con 69.9%(102) no ha utilizado ningún medio para informarse acerca del tema. Al valorar la calidad de la información recibida 63%(92) contestó que se le explicó con lenguaje sencillo (**Tabla 2**).

Cuando se evaluó el nivel de conocimiento sobre conceptos generales de anticoncepción oral de emergencia se obtuvo que el 62.3%(91) no tenía conocimiento. El 100%(146) de las encuestadas desconocía cuáles son las píldoras y dispositivos usado como AOE. Sin embargo, el 81.5%(119) reconoce a la píldora para la mañana siguiente (P.P.M.S) como un método anticonceptivo de emergencia (**Tabla 3**).

Al evaluar los conocimientos sobre reacciones adversas acerca de la anticoncepción oral de emergencia el 52.7%(77) sabe de algunos efectos negativos que estos provocan en contraste con un 47.3%(69) desconoce las reacciones adversas de los métodos ya antes mencionado **(Tabla 4)**

En relación al nivel de conocimiento acerca de las ventajas y desventajas que estos métodos proporcionan, las adolescentes respondieron un 89%(130) que los AOE sirven para prevenir embarazos, 97.9%(143) contestó que estos no previenen enfermedades de transmisión sexual, 82.9%(121) saben que no sirve para regulación del periodo menstrual. El 88.4%(129) reconocen que es exclusivo para uso femenino y el 98.6%(144) expreso que no disminuyen el deseo sexual **(Tabla 5)**.

Para el nivel de conocimiento sobre la manera en la que se usan los métodos anticonceptivos orales de emergencia el 93.2%(136) de las encuestadas refirieron que no puede ser usada 5 días posteriores a la relación sexual. 78.8%(115) afirmo que estos son usados para evitar embarazos no deseados. El 63%(92) de las encuestadas niega que están indicadas ante un acto de violación sexual. Un 74%(108) de las encuestadas afirmo conocer el tiempo en que debe tomarse la píldora de la mañana siguiente para que esta sea efectiva. Respecto a que si la píldora de la mañana siguiente tiene mayor efectividad si es tomada por el hombre y la mujer posee más efectividad, el 117% respondió de forma negativa **(Tabla 6)**.

Cuando se le consulto por el conocimiento que tienen acerca de la accesibilidad de los anticonceptivos orales de emergencia 63.7%(93) respondió que no son accesibles y el 100% manifestó que no se encuentran disponibles en el puesto de salud **(Tabla 7)**.

Una vez procesada la puntuación que obtuvieron las adolescentes encuestadas sobre el nivel de conocimiento sobre los AOE se determinó que 61.6%(90) posee un nivel regular de conocimiento, 24%(35) se determinó como nivel malo y un 14.4%(21) se evaluó como Bueno **(Tabla 8)**.

En cuanto a la práctica del uso de los anticonceptivos orales de emergencia cuando se les pregunto el 56.8%(83) respondió si haber hecho uso de estos, el 43.2%(63) la cual es sexualmente activa manifestó que no ha utilizado dichos anticonceptivos de emergencia **(Tabla 9)**.

Cuando se les pregunto el motivo por el cual utilizaron anticonceptivos orales de emergencia el 56.8% que ha utilizado, de igual manera manifestó que lo hizo para evitar un embarazo y no para provocar un aborto o para prevenir infecciones de transmisión sexual **(Tabla 10)**.

Respecto a la frecuencia con que han utilizado estos anticonceptivos orales de emergencia el 32.9%(48) contestó que los usa ocasionalmente, 25.3%(37) de forma frecuente, siendo el porcentaje restante por las que nunca ha utilizado AOE **(Tabla 11)**.

Al evaluar según las prácticas como buenas, regulares y malas según el número de preguntas contestadas de forma correcta en base a la literatura científica consultada se determinó que el 63.7% (93) tienen practicas malas y un 36.3% con prácticas calificadas como regulares **(Tabla 12)**.

Al asociar características sociodemográficas vs nivel de conocimientos se obtuvo que aquellas que se encuentran en el rango de edad de 15-16 años 16.7%(11) tuvo un buen conocimiento, 57.6%(38) con conocimiento regular y 25.8%(17) con mal conocimiento, en el rango de edad 17-19 años 12.5%(10) posee un buen conocimiento, 65%(52) con regular conocimiento y el 22.5%(18) representó mal conocimiento.

Respecto al nivel de escolaridad se encontró que aquellos que alcanzaron el nivel de primaria 12.5%(7) posee un nivel de conocimiento bueno, 57.1%(32) conocimiento regular y 30.4%(17) conocimiento malo. El grupo de encuestadas con nivel de educación de secundaria 16.9%(13) con conocimiento bueno, 64.9%(50) con conocimiento regular, 18.2%(14) posee conocimiento regular. Para la escolaridad universitaria 9.1 (1) de ellas posee un buen conocimiento, 72.7%(8) como regular y 18.2%(2) como malo.

Referente a la religión se encontró que las que profesan la religión católica el 18.1%(19) posee buen conocimiento, 67.6%(71) conocimiento regular, 14.3%(15) conocimiento malo. Para la religión evangélica el nivel de conocimiento represento un 5.4%(2) buen conocimiento, regular conocimiento 45.9% (17), mal conocimiento 48.6%(18), otros que no especificaron su religión obtuvieron regular conocimiento 50%(2) y mal conocimiento un 50%(2).

Al asociar el estado con el nivel de conocimiento se presenta que las solteras en un 15%(3) poseen buen conocimiento, 60%(12) regular conocimiento y un mal conocimiento 25%(5). Para las que se encuentran casadas solo se obtuvo un conocimiento regular 63.2%(12) y mal conocimiento 36.8 (7). Unión libre represento un buen conocimiento 16.8%(18), regular conocimiento 61.7%(66) y mal conocimiento 21.5%(23).

Para la procedencia que en su totalidad son del casco urbano el 14.4%(21) posee un buen conocimiento, 61.6%(90) regular conocimiento y 24%(35) tiene mal conocimiento. **(Tabla 13).**

Al asociar las características demográficas versus las prácticas de las adolescentes encuestadas se obtuvo que el intervalo de edad más frecuente 17-19 años el 55%(44) posee una práctica mala y el 45%(36) una práctica regular, mientras que el rango de edad 15-16 años el 74.2%(49) se clasifico como mala y el 25.8%(17) como regular. Según el nivel de educación las que alcanzaron el nivel de secundaria el 50.6%(39) presentan practicas malas y el 49.4%(38) con prácticas regulares. Para el nivel de educación de primaria el 76.8%(43) tiene practicas malas, las practicas regulares se representan por 23.2%(13). Las de nivel universitario presentan 81.8%(9) con malas prácticas y 18.2%(2) con prácticas regulares.

En lo que respecta al tipo de religión que las encuestadas pertenecen versus sus prácticas se obtuvo que para las de religión católica 29.5%(31) tienen practicas regulares y el 70.5%(74) practicas calificadas como malas. Para la religión evangélica el 54.1% (20) presenta practicas evaluadas como malas de los AOE y un 45.9%(17) calificadas como malas.

El resultado en cuanto al estado civil se obtuvo que las solteras tienen una práctica mala 60%(12), regular 40%(8). Para las casadas tienen un 63.2%(12) calificadas como malas y regular 36.8%(7). Las de unión libre se obtuvo como mala 64.5%(69) y como regular 35.5%(38).

Por la procedencia la cual pertenece al área urbana 63.7%(93) posee un resultado regular y 36.3%(53) tiene una mala práctica (**Tabla14**).

Al contrastar el nivel de conocimiento versus prácticas de los AOE se obtuvieron los siguientes resultados aquellos con un buen nivel de conocimiento reflejo un 81%(17) con malas prácticas y 19%(4) con prácticas regulares. Para los que presentaron un nivel regular de conocimiento el 35%(32) posee practicas calificadas como regular y un 64%(58) posee un nivel de prácticas malas. En cuanto aquellos con nivel malo de conocimiento se obtuvo un 51.4%(18) con un nivel malo de prácticas y el 48.6%(17) con nivel regular (**Tabla 15**).

3.2 Análisis y Discusión de Resultados

El presente estudio tuvo una muestra representada por 146 adolescentes del sexo femenino que han acudido al programa de planificación familiar en el periodo de junio a septiembre del año en curso, provenientes todas ellas del área urbana.

Al analizar las características demográficas el grupo de edad que prevalece se encuentra entre el rango de 17-19 años, diversos estudios revisados cuentan con un resultado a igual que el estudio en cuestión, esto puede ser a que este grupo poblacional es el que más prácticas de métodos anticonceptivos de emergencia utiliza por el inicio de vida sexuales a temprana edad y sin previa consejería acerca de métodos de planificación familiar

En relación al nivel de escolaridad se encontró que la mayor frecuencia se encuentra en aquellas adolescentes que alcanzaron el nivel de secundaria, se puede asociar a que el acceso a la educación de forma gratuita en todo el país permite que la mayoría de los adolescentes haya alcanzado este nivel escolar. De igual manera se confirma en el estudio revisado de (Gómez Espinales, 2013) en 2013 las cuales el total de la población encuestada había alcanzado el V año de secundaria.

Con respecto a la religión que profesan las adolescentes, prevaleció la religión católica, esto probablemente a causa de la cultura misma de las familias nicaragüenses, sin embargo, no se encontró estudio alguno que establezca relación entre la religión y el uso de los métodos anticonceptivos de emergencia, a pesar de que la religión católica no aprueba el uso de estos métodos ya que son vistos como un método abortivo.

Al analizar el estado civil se la mayoría se encuentra en unión libre, esto puede ser debido a la edad que presentan las encuestadas y la falta de madurez emocional, así como el rechazo a un compromiso estable siendo un comportamiento frecuente en los adolescentes hoy en día. Donde se concuerda al revisar el estudio realizado por ENDESA 2011/2012 donde reporta que las mujeres solteras son las que más conocen y usan anticonceptivo oral de emergencia.

Cuando se analizó la fuente más frecuente de la que obtienen información los adolescentes en estudio la mayoría expuso que fue a través de la calle y por amigos. Así mismo lo reporta el estudio de (Antona Rodríguez & Madrid Gutiérrez, 2009) donde una población similar a la del presente estudio afirmó que suelen conocer de AOE por amigos. De igual forma se obtuvo que entre los medios auxiliares por los que acceden a la información de anticonceptivos orales de emergencia fue a través del internet, esto debido a que el avance tecnológico y el acceso al internet se hace más fácil desde los dispositivos móviles el cual la mayoría de los adolescentes poseen en la actualidad.

Analizando el conocimiento general que los adolescentes poseían en cuanto a anticonceptivos orales de emergencia, se obtuvo que más de la mitad de estas no tenían conocimiento, esto puede ser debido a que la población en estudio acude de forma regular a retirar métodos de planificación familiar convencionales a la unidad de salud, de igual forma se considera que la falta de experiencia representa otro factor para el desconocimiento de los AOE. Dato que es confirmado por (INIDE, 2014) que refleja que las mujeres con mayor experiencia sexual son las que conocen acerca de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Contraste de esto se da en el estudio realizado por (Ruiz Hernandez, 2015) donde el 96% de las encuestadas conoce de forma general la anticoncepción de emergencia sin embargo la población difiere en cuanto al grado de escolaridad ya que son del nivel universitario.

En cuanto al conocimiento de reacciones adversas, se enfatiza que una gran mayoría reconoce las múltiples consecuencias que afectan a la salud de la mujer hasta un 52.7%, datos que concuerdan con el estudio abordado por (Mollen, Miller, & Barg, 2013) en donde se enfatiza que el 86% además de conocer los efectos adversos, se mostraban temerosos de los efectos a corto plazo y el 78% por efectos a largo plazo.

Según el nivel de conocimiento con respecto al uso de los anticonceptivos orales de emergencia se encontró que la gran mayoría 93.2% de las encuestadas determino que no se podía usar la píldora 5 días posteriores a la relación sexual, carecían de abundante información acerca de la forma adecuada de usarla comparándose al estudio por (Ehrle &

Sarker, 2012) en donde el 100% de las encuestadas desconocía que la píldora aun tenía efectividad 5 días posteriores al coito.

Cuando se consultó con respecto al conocimiento que existe sobre la accesibilidad de los anticonceptivos orales de emergencia, la gran mayoría respondió que no eran accesibles datos que se contrastan con los obtenidos por (Gómez Espinales, 2013) cuya encuesta realizada en adolescentes estudiantes de IV y V año del Instituto Chinandega en donde un 76% de los encuestados refirieron conocer donde se podían adquirir, además de conocer en su gran mayoría como usarlos y con qué frecuencia usarlos.

El nivel regular fue el resultado final respecto al nivel de conocimiento obtenido por las adolescentes sobre anticoncepción oral de emergencia, esto se determinó debido a que obtuvieron un promedio bajo de respuestas acertadas al cuestionarlas sobre las indicaciones de estos métodos, así como al hablar de sus ventajas y desventajas. Situación que es confirmada al igual por el estudio de (Gómez Zelaya, Granados López, & Guido Rodríguez, 2010) donde el 88% llegó a un nivel regular de conocimiento, dándose esta clasificación ya que la población presentó debilidades en cuanto a cuáles son los anticonceptivos de emergencia disponibles y la forma en que estos se deben utilizar.

Al evaluar la práctica con respecto al uso de los anticonceptivos orales de emergencia, el 56.8%(83) respondió si haber hecho uso de estos, porcentaje semejante respondió que la principal razón de utilizarlo fue la de evitar un embarazo no deseado, y esta se utilizó con una frecuencia ocasional datos los cuales se logran asemejar a los obtenidos en el estudio de (Acevedo Osorio, Ramírez García, Cardona Osorio, & Oliveros Ruiz, 2019) en el cual los resultados plasmados reportan que los adolescentes encuestados usaron la anticoncepción oral de emergencia 1 a 2 veces en el último año, lo que se podría catalogar también como ocasional, más de la mitad de los encuestados habría utilizado la anticoncepción oral de emergencia, y la principal razón de su uso fue por fallo de un método anticonceptivo o por mantener relaciones sexuales sin protección, a lo que se atribuye que el motivo principal al igual que en el presente estudio fue para evitar una concepción no deseada.

Una vez finalizado el estudio, se procedió a clasificar, según las respuestas de los adolescentes, la práctica de estos entre buenas, regulares y malas, en base a la literatura científica consultada determinándose que el 63.7% (93) tienen prácticas malas y un 36.3% con prácticas calificadas como regulares. Estos hallazgos al contrastarlos con los obtenidos por el estudio de (Gómez Zelaya, Granados López, & Guido Rodríguez, 2010) en donde se plantea que la información sobre métodos anticonceptivos regulares fue buena en cuanto a que son y cuáles son 100% y 90% respectivamente pero práctica fue baja a penas con un 36%, resultados que concuerdan con los obtenidos en el presente estudio, por lo que podemos concluir en que la mayoría de adolescentes, no utilizan de manera correcta los anticonceptivos orales de emergencia.

3.3 Conclusiones

En el estudio se logró constatar que la mayoría de participantes se encontraban entre el rango de edad de 17-19 años, con predominio de escolaridad secundaria, de religión católica, conviviendo en unión libre con su pareja y en su totalidad del área urbana.

Una gran mayoría de los adolescentes encuestados manifestaron que la información sobre anticoncepción oral de emergencia la habían obtenido de la calle, principalmente por amigos, razón por la cual no se dieron a la tarea de buscar información por otros medios, además aclararon que el lenguaje utilizado al momento de la explicación había sido claro.

Con respecto al conocimiento, al realizar la evaluación del mismo se concluyó que únicamente se identifica a la píldora para la mañana siguiente o PPMS como el único método de emergencia, reconocieron que esta provocaba reacciones adversas, tales como aumento de peso, dolor de cabeza y vómitos, sin embargo destacaron la de prevención de embarazo no deseado como su principal ventaja.

Al evaluar los conocimientos de uso, las encuestadas conocían el tiempo adecuado para tomar la píldora sin afectar su efectividad y desconocen si esta deba utilizarse al momento de sufrir una violación. Determinaron que estos métodos no son de fácil acceso y no se logran encontrar en puestos médicos. Para finalizar se concluyó que el nivel de conocimiento alcanzado por las encuestadas fue categorizado como regular.

Con respecto a las prácticas se determinó que un gran porcentaje de los encuestados había utilizado la anticoncepción oral de emergencia en algún momento de su vida sexual, sobre todo para evitar un embarazo no deseado, la frecuencia de su uso fue ocasional y el nivel de práctica obtenido fue malo.

3.4 Recomendaciones

A la Unidad de Salud

- Organizar círculo de adolescentes con temas orientados a la salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en el correcto uso de los anticonceptivos de emergencia, reacciones adversas y modo de uso de los mismos.
- Brindar consejería sobre anticoncepción oral de emergencia en ferias de salud, explicando al adolescente todo lo que desee saber sobre dicha terapia.
- Realizar charlas 1 vez al mes, sobre el correcto uso de la anticoncepción de emergencia, y acudir a los barrios, cada 15 días con el fin de discutir sobre estos.
- Equipar a la unidad de salud con anticoncepción oral de emergencia y educar a la población sobre los momentos en que estos se deben usar y acudir a la unidad para que estos sean administrados.

Al Ministerio de Educación

- Incorporar a sus clases cotidianas, clase de salud sexual e higiene, en donde se abarque como tema de interés, el correcto uso de los diversos anticonceptivos orales de emergencia que existen, inducir al adolescente a implementar medios didácticos para investigar más sobre estos incluyéndolo como tema a evaluarse.
- Capacitar a los padres de familia, en reuniones programadas, para mostrarle como conversar con el adolescente y explicar de manera adecuada y clara sobre la anticoncepción de emergencia.

- Realizar jornadas científicas enfocadas en el correcto uso de la anticoncepción oral de emergencia.

A los Adolescentes

- Formar parte de los círculos y consejerías impartidas tanto por su centro educativo como por la unidad de salud en los cuales se aborden temas sobre la planificación oral de emergencia.
- Formar parte de los líderes comunitarios, para que sean capaces de capacitar a otros adolescentes y sean más sencillo para los jóvenes poder abordar temáticas que puedan ser penosas para ellos.
- Acudir a las unidades de salud en busca de información y promover igual practica en los demás adolescentes, con el fin de erradicar el tabú y miedo al acudir con el personal de salud para adquirir mayor conocimiento sobre temas como la anticoncepción oral de emergencia.

Capítulo V

Bibliografía

- Acevedo Osorio, G., Ramírez García, N., Cardona Osorio, J. D., & Oliveros Ruiz, C. A. (2019). Conocimiento y uso de método anticonceptivo de emergencia en estudiantes universitarios, Pereira, Colombia . *Universidad y Salud* , 159-165.
- Antona Rodríguez, A., & Madrid Gutiérrez, J. (2009). Anticoncepción de emergencia, adolescencia y representaciones sociales. *Sexologia Integral*, 102-108.
- Asociacion Española de Pediatría. (2015). *Comite de Medicamentos*. Madrid.
- Batur, P., Kransdorf, L. N., & Casey, P. M. (2016). Anticoncepción de emergencia. *Mayo Clinic Proceedings*, 802-807.
- Bermúdez González, H. d., & Jarquín Solórzano, F. D. (2018). Conocimientos, Actitudes y Prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes nuligestas del Instituto Carmela Noguera y primigestas atendidas en Hospital Amistad Japón-Nicaragua, Granada del periodo de Marzo al primero de Abril 2017.
- Bloomberg, O. M. (2011). *Planificacion Familiar un manual mundial para proveedores* . Baltimore: OMS.
- Claramunt, & Huertas. (1999). Actitudes .
- Ehrle, N., & Sarker, M. (2012). *Pildoras anticonceptivas de Emergencia: Conocimientos y actitudes del personal de Farmacias en Managua, Nicaragua*. Managua.
- Fishbein, & Ajzen. (1975). Actitudes.
- Gómez Espinales, M. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos de emergencia, relacionados a prevención de embarazos en adolescentes estudiantes de IV y V año del Instituto de Chinandega*. . Leon.
- Gómez Zelaya, J. C., Granados López, S. V., & Guido Rodríguez, O. A. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos de emergencia en los adolescentes atendidos en el Centro de Salud, Sócrates Flores, Managua Enero-Febrero del 2009.
- Gonzalez, E. (1998). Estudio comparativo de factores familiares y personales en adolescentes consultantes por embarazo y anticoncepcion. *SOGIA*, 42-28.
- Gordillo Moscoso, A., & Medina Moreno, Ú. (2012). *Manual de investigación clínica*. México D.F.: El Manual Moderno.
- INIDE. (2014). *Encuesta Nicaraguense de demografía y salud 2011/12*. Managua.
- Jarquín, A. (2008). *Conocimientos y practicas sobre anticoncepcion de emergencia en usuarias de 17 a 24 años de edad atendidas en el centro de mujeres IXCHEN de Bluefields, RAAS, II semestre 2007*. Bluefields.

- Jesan Cristian, S. A. (2009). suppression of follicular rupture with meloxicam. *Human Reproduction*, 368-373.
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2006). Anticoncepción de emergencia en la adolescencia. *Revista Cubana de Pediatría*, 1 - 6.
- Ministerio de Salud Pública. (1999). *El concepto de la adolescencia*. La Habana.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Adolescencia*. Paraguay: MINSAP.
- MINSA. (2008). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Managua: MINSA.
- MINSA. (2012). *Normativa 095: Guía para la atención integral de los y las adolescentes*. Managua.
- MINSA. (2015). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Segunda Edición*. Managua: MINSA.
- Mollen, C. J., Miller, M. K., & Barg, F. K. (2013). Knowledge, attitudes, and beliefs about emergency contraception: a survey of female adolescents seeking care in the emergency department. *Pediatric emergency care*,. *Pediatric Emergencic Care*, 469-474.
- OMS. (2009). *Criterios Medicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivo*.
- OMS. (2011). *Métodos anticonceptivos en adolescentes*. Ginebra, Suiza.
- OMS. (Junio de 2017). *www.who.int*.
- OMS. (2018). Anticoncepcion de urgencia. *centro de prensa oms*.
- OMS. (2018). *Guía de implementación de los criterios de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de MAC*. Ginebra.
- OPS. (2013). *Plan estratégico nacional de promoción del uso racional de medicamentos*. Managua.
- OPS/OMS. (2010). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. Washington D.C.
- Pelin Batur, L. N. (2016). Anticoncepcion de emergencia. *INTRAMED*.
- Perez, J., & Gardey, A. (2010). *La Practica*.
- Real Academia de la Lengua Española. (s.f.). *Gramatica. Real Academia de la lengua española*.
- Rengifo-Reina, H., Córdoba Espinal, A., & Serrano Rodríguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev. salud pública*. 14 (4), 558-569.

- Ruiz Hernandez, E. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia levonorgestrel, en estudiantes femeninas de quinto año de enfermería del instituto politécnico de la salud “Dr. Luis Felipe Moncada”*. Managua.
- Sampieri, R. H., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez Zamora, M. E., Ramírez de la Roche, O. F., Robledo Domínguez, A., & Cárdenas García, L. J. (2014). Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. *Atención Familiar*, 90-93.
- Trussell, J., Raymond, E. G., & Cleland, K. (2016). *Anticonceptivos de emergencia: Una última oportunidad para prevenir embarazos no deseados*. OPR.
- UNAM - México. (2013). *VADEMÉCUM ACADÉMICO DE MEDICAMENTOS*. México D. F.: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.
- UNAN Managua. (2020). *Líneas de Investigación de la UNAN Managua*. Managua: Universitaria.
- UNICEF. (2015). *Centro de investigaciones de la sociedad*. Washington D.C. USA.
- Urbina, L. (2018). *Conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos de emergencia de adultos privados de libertad del sistema penitenciario de Chontales*. Managua.
- Vargas, V. M.-F. (2016). Anticoncepción de emergencia. *Rev Hosp Jua Mex* , 148-156.

Capítulo V

Anexos

Anexo N° 1 Clasificación de métodos anticonceptivos de Emergencia. (Vargas, 2016).

Métodos Anticonceptivos de Emergencia			
Método	Dosis	Momento de uso después del sexo desprotegido	Accesibilidad del paciente
Dosis única de LNG	1,5 mg, 1 vez	Dentro de las 72 h para una óptima beneficio; se puede utilizar 120 h postcoital	Venta libre. Sin restricción de edad
Dosis divididas	2 comprimidos de 0,75 mgs. (1 c/12 hrs.)	Dentro de las 72 h para un óptimo beneficio; se puede utilizar 120 hrs postcoital	Las demás formulaciones: recomendado por el farmacéutico para ≥ 17 años o prescrito por el médico para ≤ 16 años
Acetato de ulipristal	30 mg, 1 vez	Dentro de las 72 horas	Por prescripción
DIU de cobre	Implante	Dentro de las 72 horas	Necesita la visita al consultorio
Régimen Yuzpe (anticonceptivos orales combinados)	Necesidad de combinar con 100 mg total de etinil estradiol y, 0,5-1 mg de LNG o 1 mg de norgestrel, 2 dosis separadas por 12 horas.	Dentro de las 72 horas	Por prescripción



Consentimiento informado

Tema del estudio:

Conocimientos y prácticas sobre Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en adolescentes de 15 a 19 años atendidos en el puesto de salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de Julio 30 de Septiembre de 2020.

Propósito del estudio:

Evaluar el nivel de Conocimientos y prácticas sobre Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el puesto de salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio 30 de septiembre de 2020, la información será utilizada en la realización de trabajo monográfico, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones y la elaboración de programas o campañas educativas sobre Anticoncepción Oral de Emergencia.

La presente encuesta sobre conocimientos y prácticas sobre Anticoncepción Oral de Emergencia en adolescentes atendidos en el puesto de salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio 30 de septiembre de 2020, que se encuentran en el censo de planificación familiar, consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencilla, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca del tema antes descrito.

Se pide al encuestado que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta. La información se utilizará para fines estrictamente investigativos.

Firma del participante._____.

Firma del investigador._____.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instrumento de recolección de la información

código # _____

a) Características socio demográficas

1. Edad: 15-16 años ___ 17-19 años ___
2. Estado civil: soltera ___ unión libre ___ casada ___
3. Escolaridad: Analfabeta ___ Primaria ___ Secundaria ___
Universitaria ___
4. Religión: católica ___ evangélica ___ otra ___
5. Procedencia: urbana ___ rural ___

b) Conocimiento

Conceptos generales de Anticoncepción oral de Emergencia	Si	No
Sabe usted que es Anticoncepción oral de emergencia?		
Sabe usted cuales son las píldoras o dispositivos que se usan como anticoncepción oral de emergencia		
Sabe usted si el preservativo, DIU y las pastillas anticonceptivas regulares funcionan como un método anticonceptivo de emergencia		
Sabe usted si la píldora para la mañana siguiente (PPMS) es un anticonceptivo oral de emergencia		
Reacciones adversas de Anticoncepción oral de Emergencia		
Conoce usted algunos efectos negativos de la anticoncepción oral de emergencia		
Algunos efectos negativos que pudiésemos encontrar en la anticoncepción de emergencia podrían ser: Vómitos, aumento de peso o dolor de cabeza		
Ventajas y desventajas de la Anticoncepción oral de Emergencia		
La Anticoncepción oral de Emergencia sirve para prevenir embarazos		
La Anticoncepción oral de Emergencia sirve para prevenir infecciones de transmisión sexual		
La Anticoncepción oral de Emergencia regula la menstruación		
La Anticoncepción oral de emergencia puede ser usada tanto por hombres como mujeres para así prevenir embarazos no deseados		
Sabe usted si la Anticoncepción oral de Emergencia disminuye el deseo sexual		

Uso de la Anticoncepción oral de Emergencia		
La Anticoncepción oral de emergencia es efectiva después de las 72hrs de la relación sexual.		
Usa o ha usado usted la anticoncepción oral de emergencia, para prevenir embarazos no deseados		
Tiene conocimiento sobre si la anticoncepción oral de emergencia está indicada luego de una violación sexual		
La píldora para la mañana siguiente (PPMS) tiene mayor efectividad si es tomada tanto por el hombre como la mujer		
Al usar un método anticonceptivo de emergencia se pueden tener relaciones sexuales sin preocupaciones		
Accesibilidad a la Anticoncepción oral de Emergencia		
Los métodos anticonceptivos orales de emergencia son accesibles		
La anticoncepción oral de emergencia se haya disponible en el puesto de salud		

a) Fuente de información

1. ¿Has recibido alguna vez información acerca de la Anticoncepción oral de Emergencia?
 - a) Si _____
 - b) No _____

2. ¿Qué tipo de institución te brindó información acerca de la Anticoncepción oral de Emergencia?
 - a) Calle _____
 - b) Colegio _____
 - c) Unidad de Salud _____
 - d) En el hogar _____
 - e) Ninguno _____

3. Has recibido información acerca de la Anticoncepción oral de Emergencia a través de:
 - a) Amigos _____
 - b) Médico _____
 - c) Enfermera _____
 - d) Maestros _____
 - e) Padres _____
 - f) Nadie _____

4. ¿Qué medios ha utilizado para la obtención de la información sobre la Anticoncepción oral de Emergencia?

- a) TV_____
- b) Internet_____
- c) Libros_____
- d) Radio_____
- e) Revistas_____
- f) Ninguno_____

5. Calidad de la información recibida acerca de la Anticoncepción oral de Emergencia:

- a) Me explicaron con un lenguaje sencillo_____
- b) No entendí nada de lo que me explicaron_____
- c) No he adquirido ninguna información _____

d) Prácticas

1. A qué edad inicio vida sexual activa?

- a) 10-12 años_____
- b) 13-15 años_____
- c) 16-19 años_____

2. ¿Alguna vez has usado Ud. (o su pareja) píldoras anticonceptivas de emergencia?

- a) Si _____
- b) No _____

3. ¿Por qué tomó el anticonceptivo oral de emergencia?

- a) Evitar el embarazo Si_____ No_____
- b) Provocar un aborto Si_____ No_____
- c) Prevenir infecciones de transmisión sexual Si_____ No _____

4. Usaste Anticoncepción oral de Emergencia en tu primera relación sexual?

- a) Si _____
- b) No_____

5. Cuántos compañeros sexuales has tenido?

- a) 1 _____
- b) 2_____
- c) > 2 _____

6. ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?
- a) Si _____
 - b) No _____
7. ¿Si tienes relaciones sexuales, con qué frecuencia utilizas Anticoncepción oral de Emergencia?
- a) siempre (10/10) _____
 - b) frecuentemente (7/10) _____
 - c) ocasional (3/10) _____
 - d) nunca (0/0) _____
8. ¿Has recibido consejería sobre Anticoncepción oral de Emergencia?
- a) Si _____
 - b) No _____
9. ¿Si has recibido consejería sobre Anticoncepción oral de Emergencia, cuándo fue la última vez que tuviste?
- a) Hace un mes _____
 - b) Hace 6 meses _____
 - c) Hace un año _____
 - d) Hace más de un año _____
 - e) Nunca _____

Gracias por tu colaboración

Observaciones:

Fecha de realización: _____

Tabla 1: Características sociodemográficas de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

Características Sociodemográficas	N°	n = 146
		%
Edad		
15-16 años	66	45.2
17-19 años	80	54.8
Escolaridad		
Analfabeta	2	1.4
Primaria	56	38.4
Secundaria	77	52.7
Universitaria	11	7.5
Religión		
Católica	105	71.9
Evangélica	37	25.3
Otra	4	2.7
Estado Civil		
Soltero	20	13.7
Unión Libre	107	73.3
Casado	19	13.0
Procedencia		
Urbano	146	100.0

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 2: Fuentes de información acerca de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) según referencia de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n =146

Fuente de Información	N°	%
Según Institución		
Calle	67	45.9
Colegio	11	7.5
Unidad de Salud	26	17.8
Ninguno	42	28.8
Según informador		
Amigos	79	54.1
Médico	15	10.3
Enfermera	11	7.5
Nadie	41	28.1
Medios de Información utilizados		
Internet	33	22.6
Revistas	11	7.5
Ninguno	102	69.9
Calidad de la información recibida acerca de los AOE		
Me explicaron con lenguaje sencillo	92	63.0
No entendí nada de lo que me explicaron	16	11.0
No he adquirido alguna información	38	26.0

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 3: Conocimientos sobre conceptos generales de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

Conceptos Generales sobre AOE	n = 146			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Sabe usted que es AOE	55	37.7	91	62.3
Sabe usted cuales son las píldoras o dispositivos que se usan como AOE	0	0	146	100.0
Sabe usted si el preservativo, DIU y pastillas anticonceptivas regulares funcionan como un método AE	21	14.4	125	85.6
Sabe usted si la píldora para la mañana siguiente (PPMS) es AOE	119	81.5	27	18.5

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 4: Conocimientos sobre reacciones adversas de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

Reacciones adversas de AOE	n = 146			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Conoce usted algunos efectos negativo de la AOE	80	54.8	66	45.2
Algunos efectos negativos que pudiésemos encontrar en la AOE podrían ser: Vómitos, aumento de peso o dolor de cabeza	77	52.7	69	47.3

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 5: Conocimientos sobre las ventajas y desventajas de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

Ventajas y desventajas de los AOE	n =146			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
La AOE sirve para prevenir embarazos	130	89.0	16	11.0
La AOE sirve para prevenir infecciones de transmisión sexual	3	2.1	143	97.9
AOE regula la menstruación	25	17.1	121	82.9
AOE puede ser usada tanto por las mujeres como los hombres para prevenir embarazos no deseados	17	11.6	129	88.4
AOE disminuye el deseo sexual	2	1.4	144	98.6

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 6: Conocimientos sobre el uso de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

Uso de la AOE	Si		No	
	N°	%	N°	%
La anticoncepción oral de emergencia puede ser usada 5 días posteriores a la relación sexual	10	6.8	136	93.2
Usa o ha usado AOE para prevenir embarazos no deseados	115	78.8	31	21.2
La AOE está indicada cuando existe antecedentes de una violación sexual	54	37.0	92	63.0
Conoce usted el tiempo en que debe de tomarse la píldora para la mañana siguiente (PPMS) para que esta sea efectiva	108	74.0	38	26.0
La píldora para la mañana siguiente (PPMS) tiene mayor efectividad si es tomada tanto por el hombre como la mujer	29	19.9	117	80.1
Al usar AOE se pueden tener relaciones sexuales sin preocupaciones	31	21.2	115	78.8

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 7: Conocimientos acerca de la accesibilidad de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

Accesibilidad de los AOE	Si		No	
	N°	%	N°	%
Los Anticonceptivos Orales de Emergencia son accesibles	53	36.3	93	63.7

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 8: Nivel de Conocimiento sobre los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) según referencia de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n = 146

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	21	14.4
Regular	90	61.6
Malo	35.0	24.0

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 9: Antecedentes de uso de Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en los adolescentes atendidos en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n = 146

Alguna vez has usado píldoras anticonceptivas de emergencia	N°	%
Si	83	56.8
No	63	43.2

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a los adolescentes atendidos en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 10: Motivo para la utilización de Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n = 83

Motivo de uso de la AOE	N°	%
Evitar un embarazo	74	89.2
Provocar un aborto	4	4.8
Prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS)	5	6.0

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 11: Frecuencia de uso de Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en la actualidad, según referencia de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n = 83

Frecuencia de uso de AOE	N°	%
Frecuentemente (8/10)	21	25.3
Ocasional (2/10)	27	32.5
Nunca (0/0)	35	42.2

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 12: Nivel de práctica acerca de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n = 83

Nivel de Práctica	N°	%
Regular	30	36.1
Mala	53	63.9

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 13: Características sociodemográficas versus conocimiento acerca de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n = 146

Características sociodemográficas	Nivel de Conocimiento					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
15-16 años	11	16.7	38	57.6	17	25.8
17-19 años	10	12.5	52	65.0	18	22.5
Escolaridad						
Analfabeta	0	0	0	0	2	100
Primaria	7	12.5	32	57.1	17	30.4
Secundaria	13	16.9	50	64.9	14	18.2
Universitaria	1	9.1	8	72.7	2	18.2
Religión						
Católica	19	18.1	71	67.6	15	14.3
Evangélica	2	5.4	17	45.9	18	48.6
Otra	0	0	2	50.0	2	50.0
Estado civil						
Soltero	3	15.0	12	60.0	5	25.0
Casado	0	0	12	63.2	7	36.8
Unión Libre	18	16.8	66	61.7	23	21.5
Procedencia						
Urbana	21	14.4	90	61.6	35	24.0

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Tabla 14: Características sociodemográficas versus Prácticas de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n = 83

Características Sociodemográficas	Nivel de Práctica			
	Regular		Mala	
	N°	%	N°	%
Edad				
15-16 años	16	43.2	21	56.8
17-19 años	14	30.4	32	69.6
Escolaridad				
Analfabeta	0	0	2	100.0
Primaria	4	28.6	10	71.4
Secundaria	21	36.8	36	63.2
Universitaria	5	50.0	5	50.0
Religión				
Católica	17	43.6	22	56.4
Evangélica	11	29.7	26	70.3
Otra	2	28.6	5	71.4
Estado civil				
Soltero	11	55.0	9	45.0
Unión Libre	18	31.0	40	69.0
Casado	1	20.0	4	80.0
Procedencia				
Urbana	30	36.1	53	63.9

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

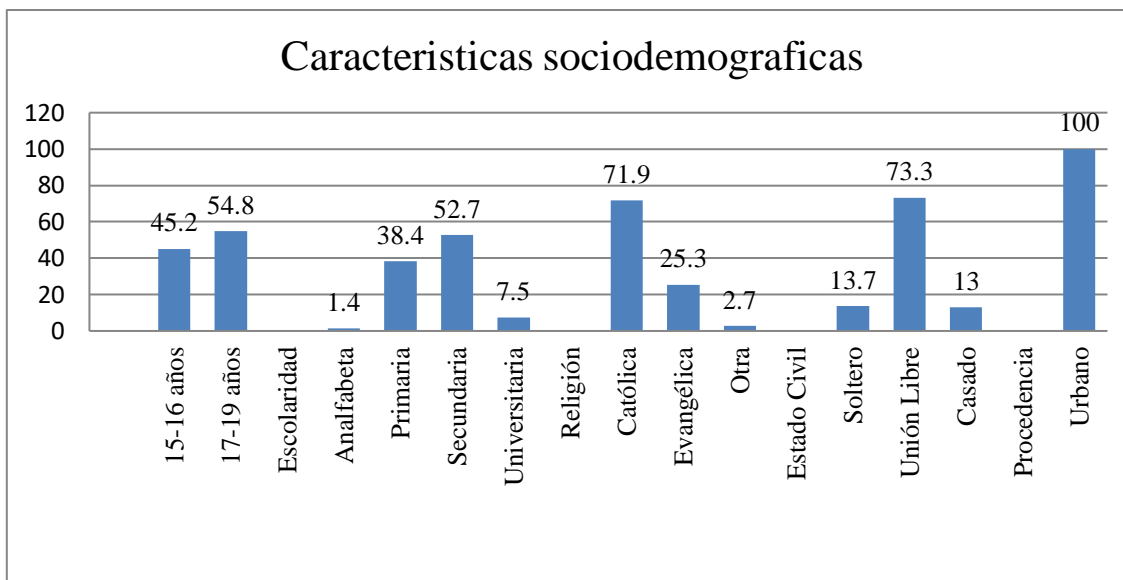
Tabla 15: Conocimientos versus Prácticas acerca de los Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) en las adolescentes atendidos en el Puesto de Salud Jesús Zamora del Distrito VIII de Managua, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.

n = 83

Nivel de conocimiento	Nivel de Práctica			
	Regular		Mala	
	N°	%	N°	%
Bueno	3	42.9	4	57.1
Regular	25	39.7	38	60.3
Malo	2	15.4	11	84.6

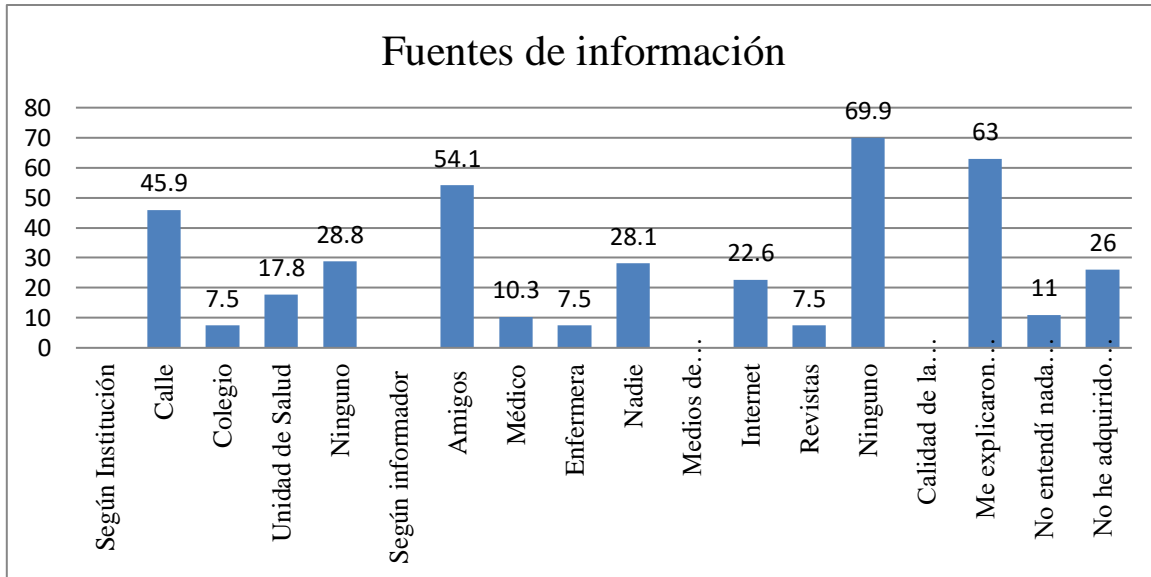
Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado a las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora.

Gráfica 1: Características sociodemográficas de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



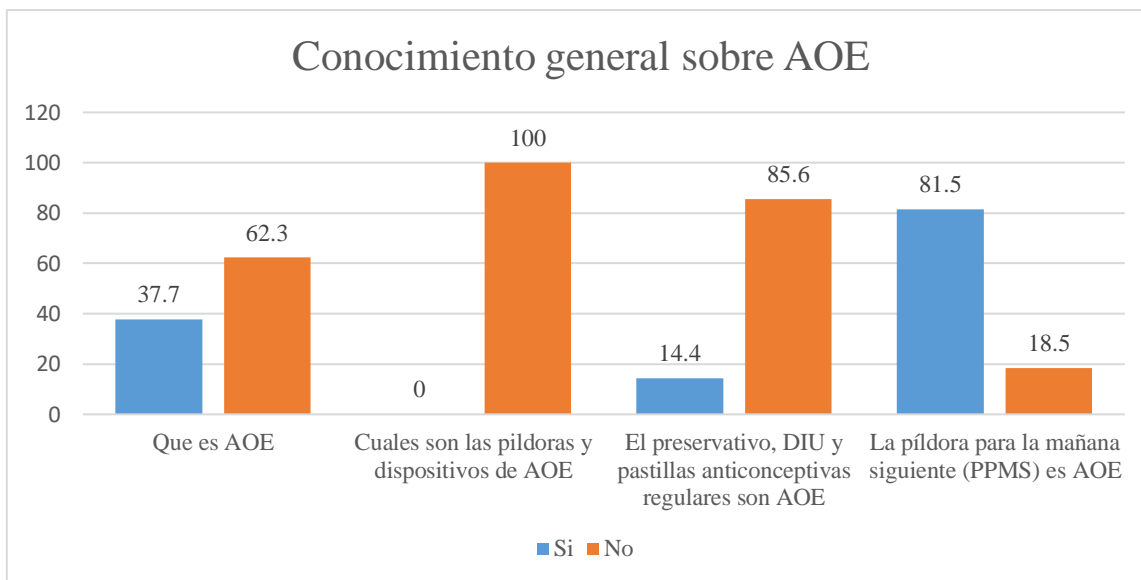
Fuente: Tabla 1.

Gráfica 2: Fuentes de información obtenidas por las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



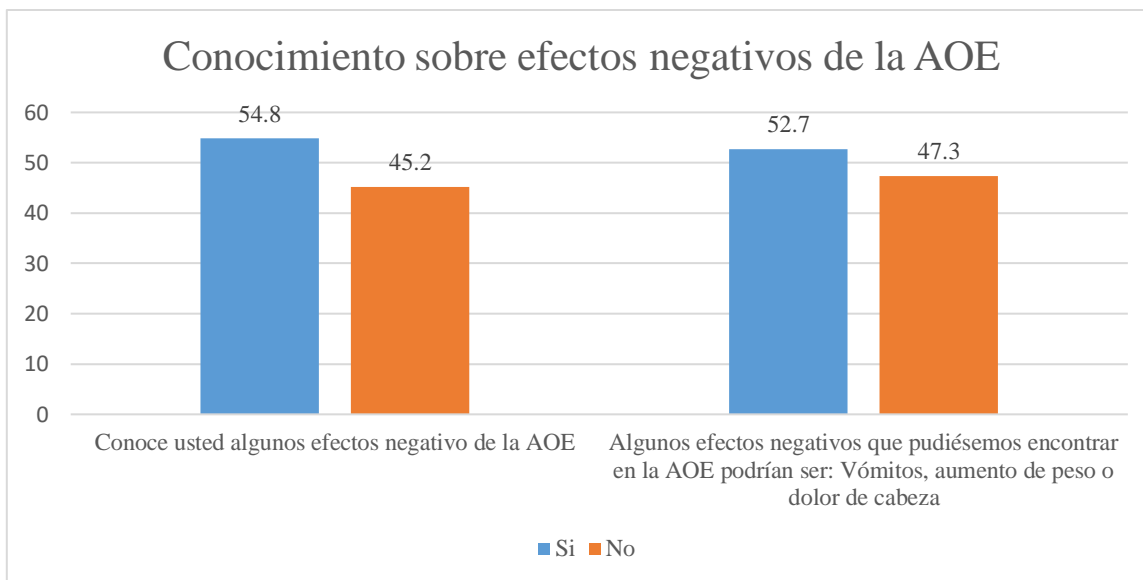
Fuente: Tabla 2.

Gráfica 3: Conocimiento general sobre AOE de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



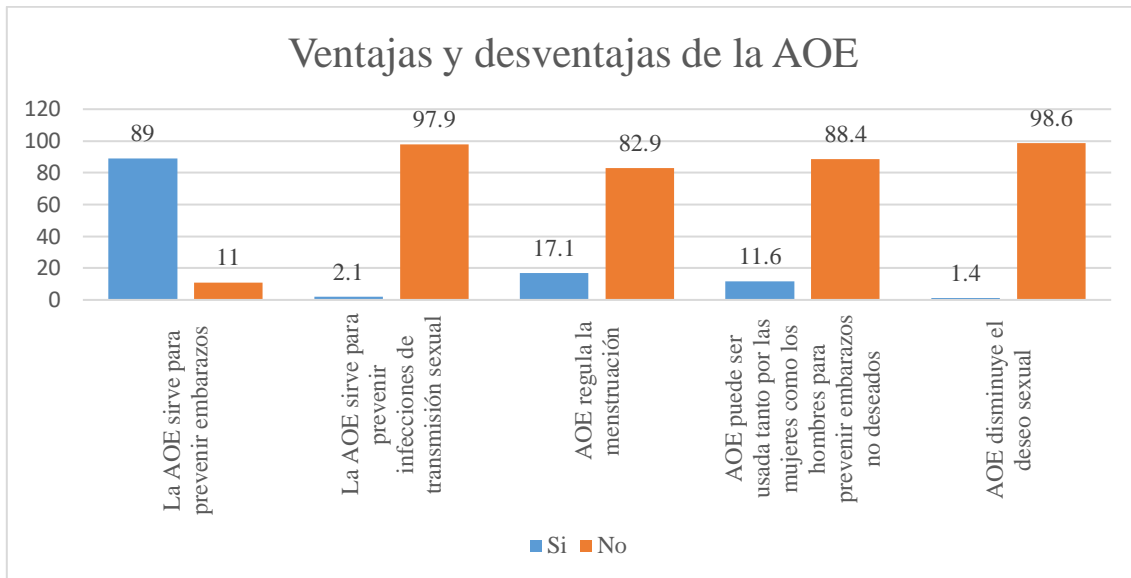
Fuente: Tabla 3.

Gráfica 4: Conocimiento sobre efectos negativos por AOE de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



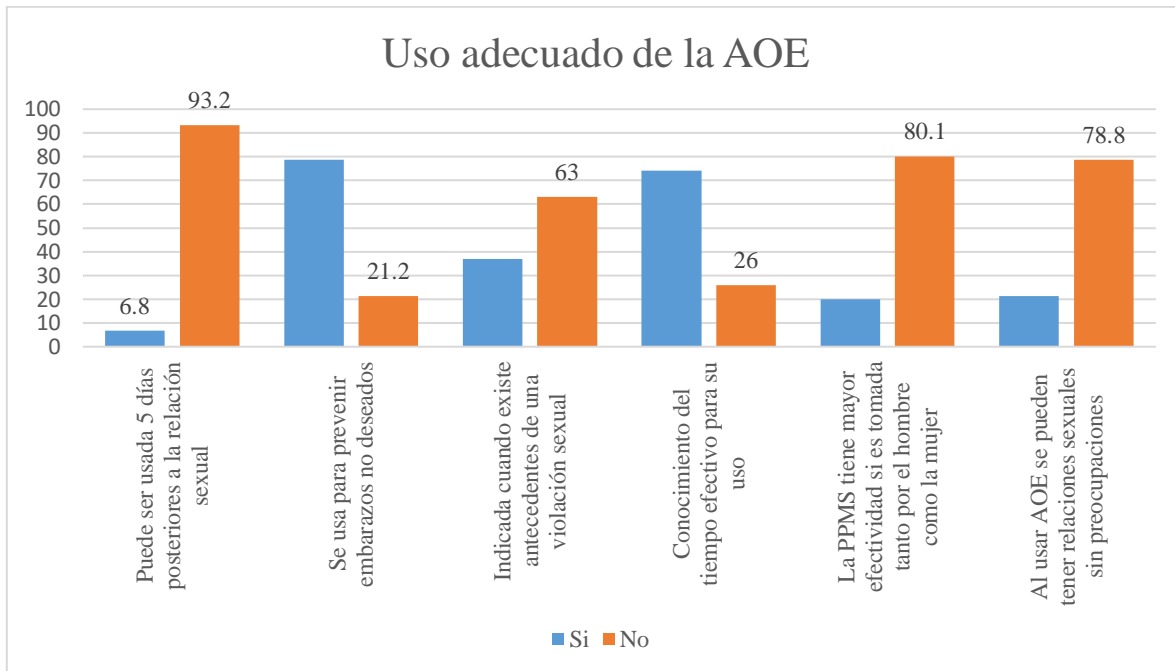
Fuente: Tabla 4.

Gráfica 5: Conocimiento sobre ventajas y desventajas de los AOE que poseen las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



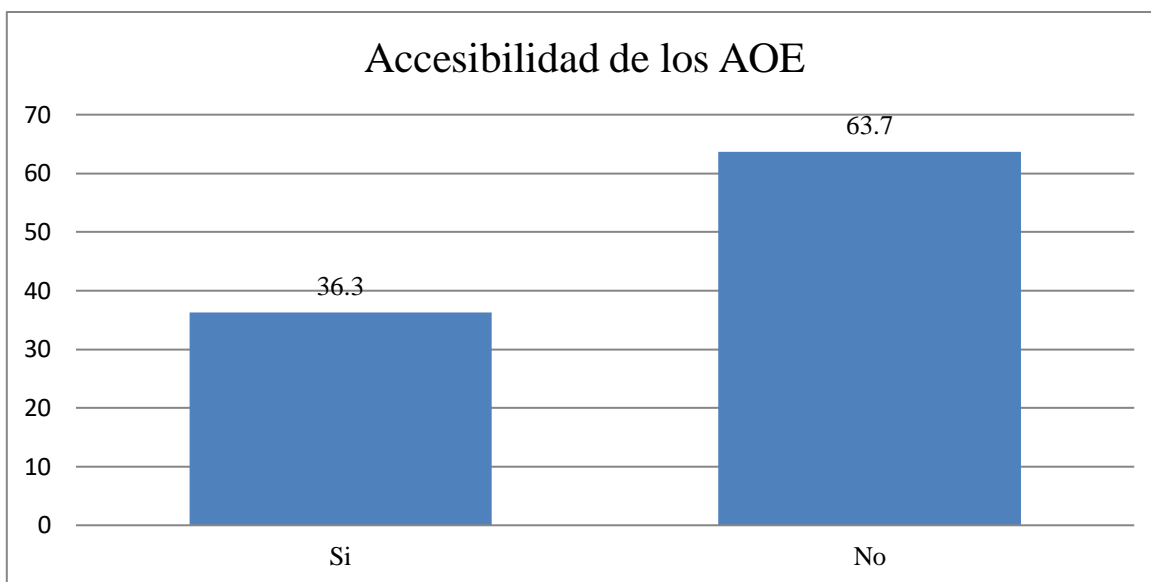
Fuente: Tabla 5.

Gráfica 6: Conocimiento sobre el correcto uso de los AOE que poseen las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



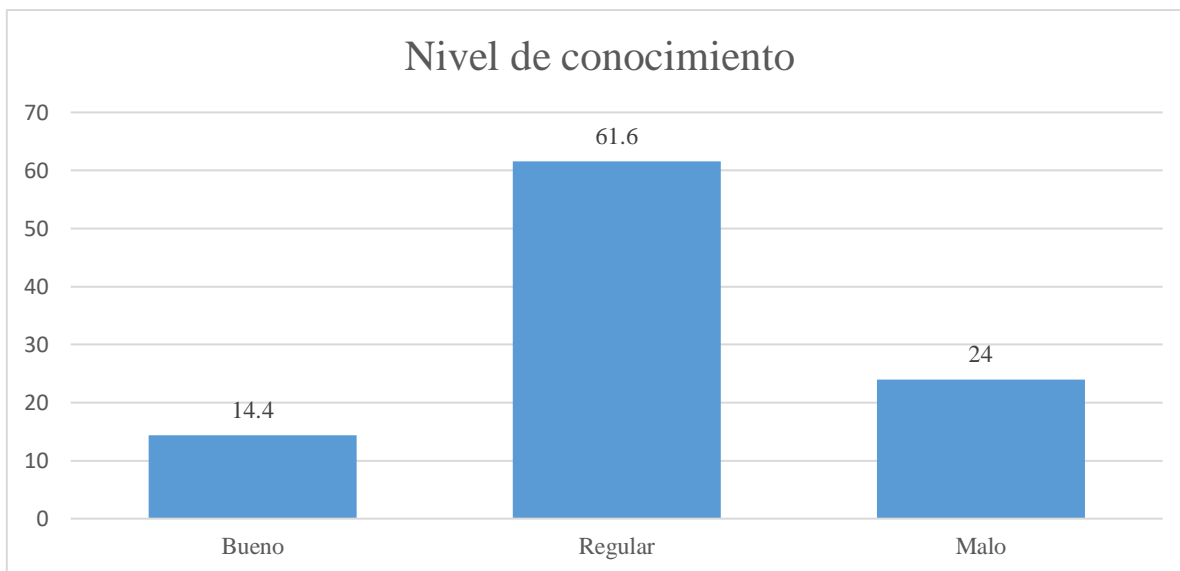
Fuente: Tabla 6.

Gráfica 7: Conocimiento de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020, sobre la accesibilidad de los AOE.



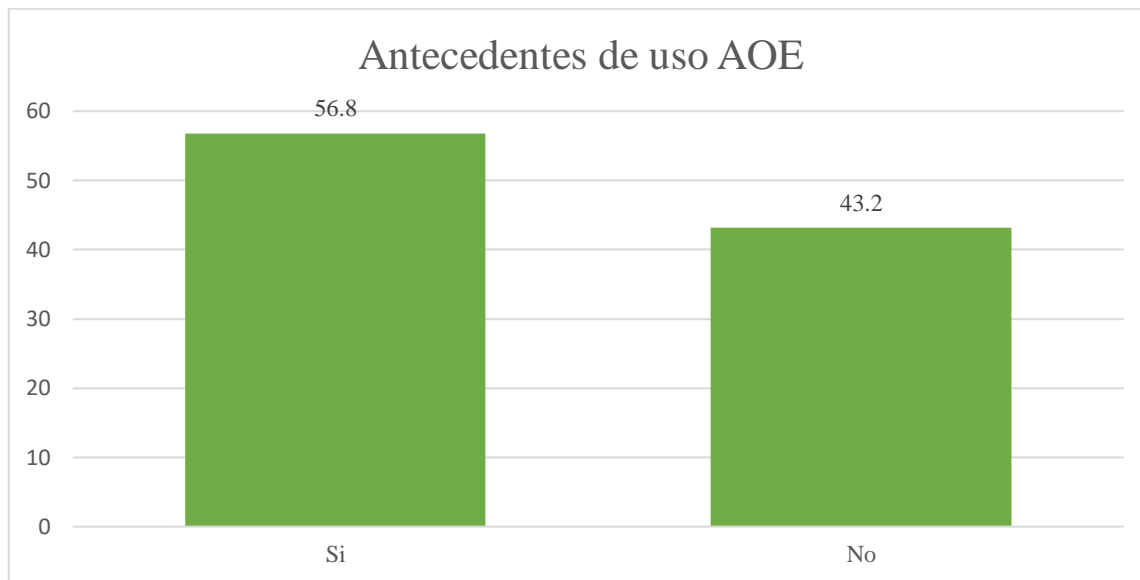
Fuente: Tabla 7.

Gráfica 8: Nivel de conocimiento de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



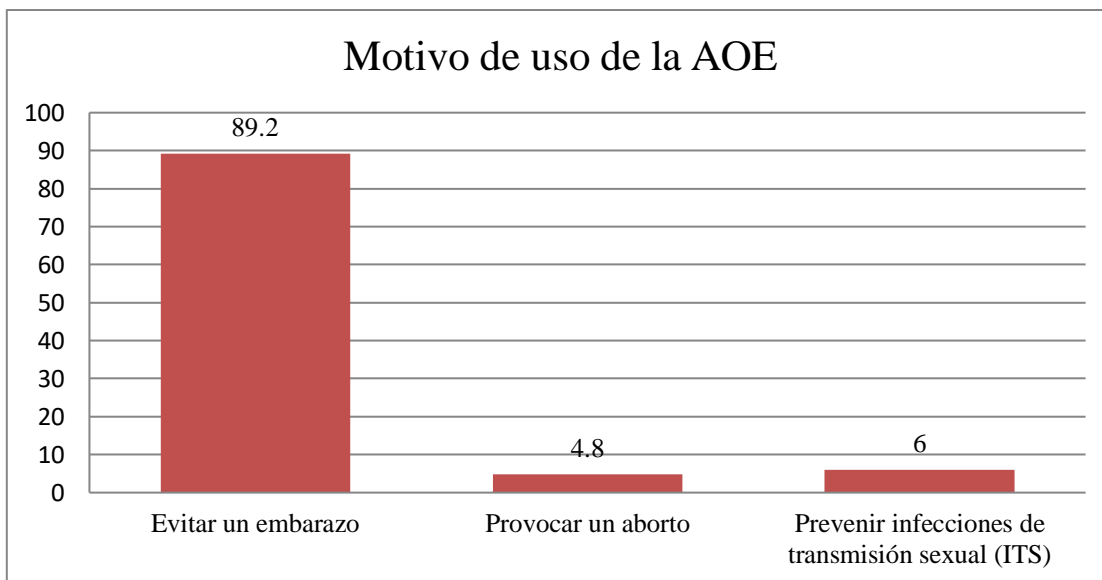
Fuente: Tabla 8

Gráfica 9: Antecedentes de uso de AOE por las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020, utilizaron la AOE.



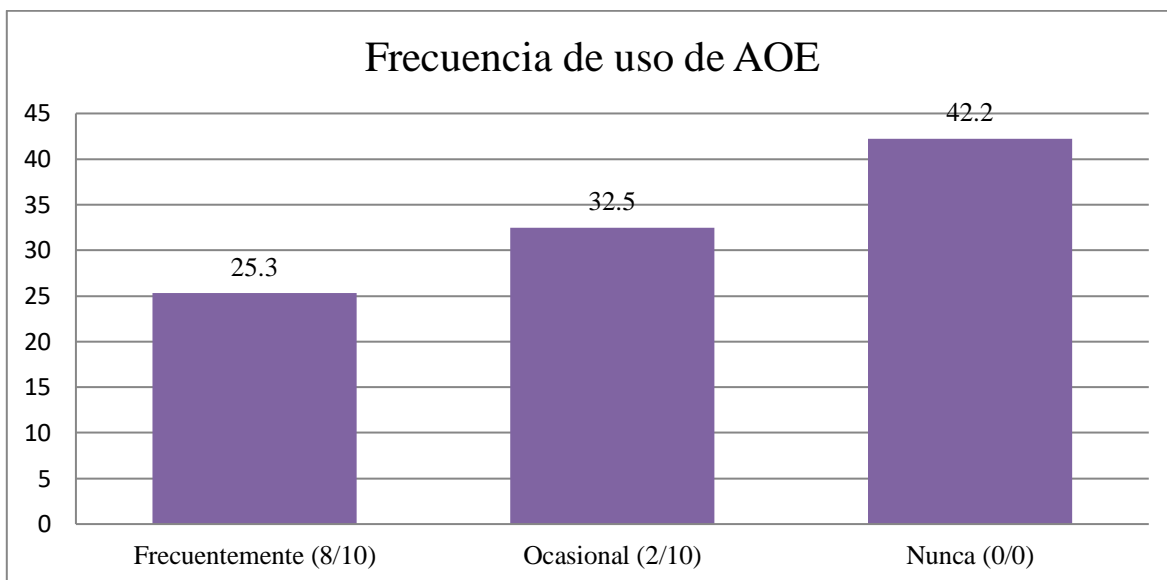
Fuente: Tabla 9.

Gráfica 10: Motivo por el cual las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020, utilizaron AOE.



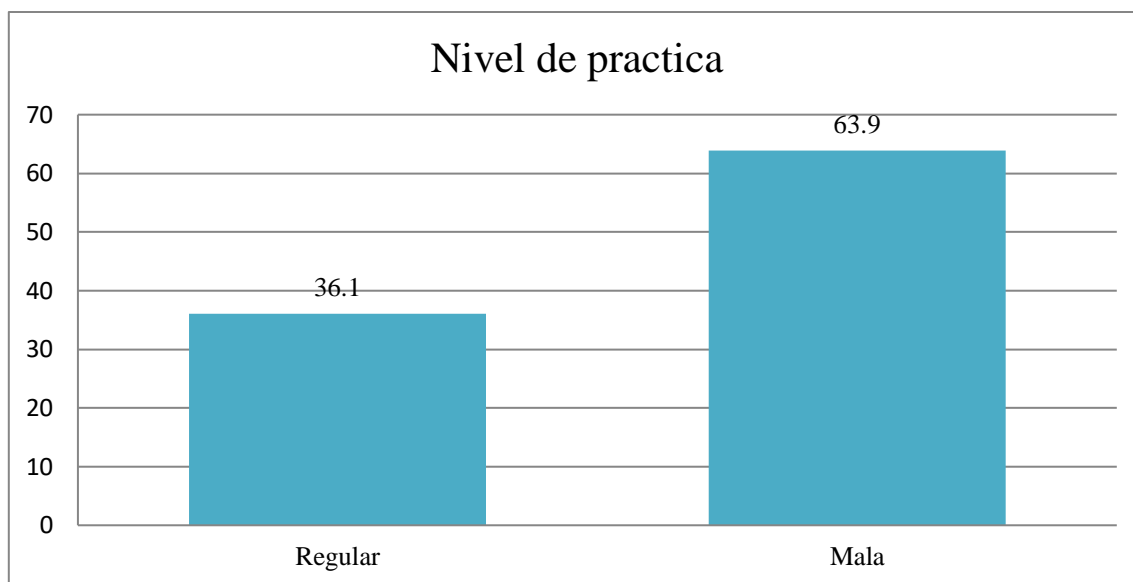
Fuente: Tabla 10.

Gráfica 11: Frecuencia del uso de los AOE por las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020, que utilizaron la AOE.



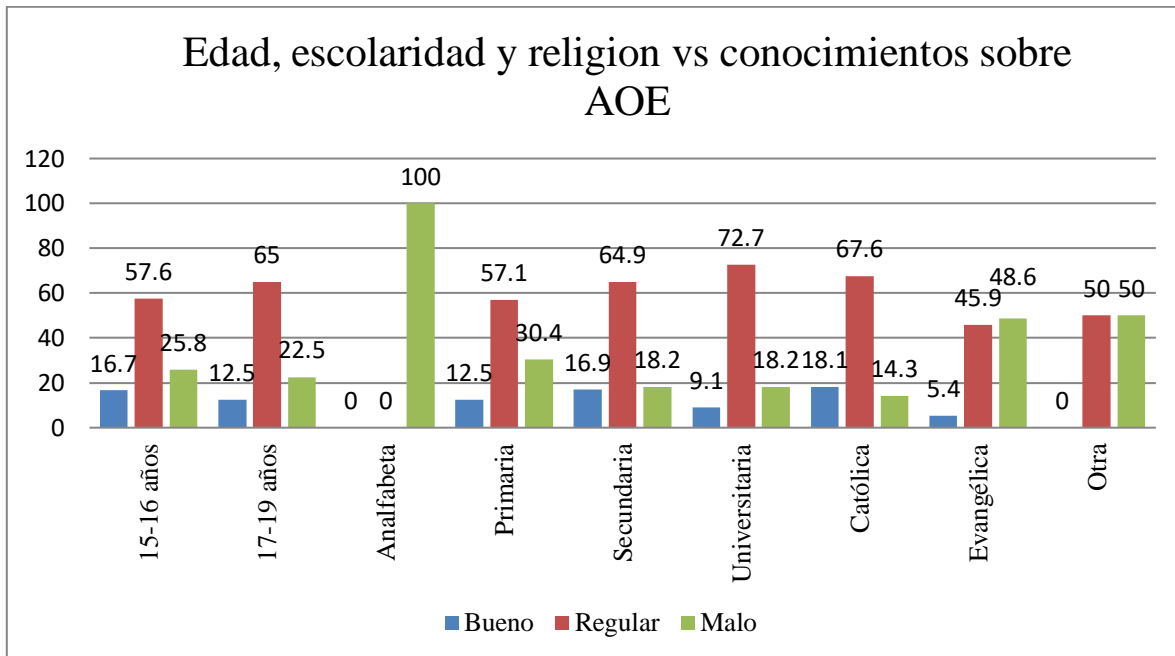
Fuente: Tabla 11.

Gráfica 12: Nivel de practica que poseen las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



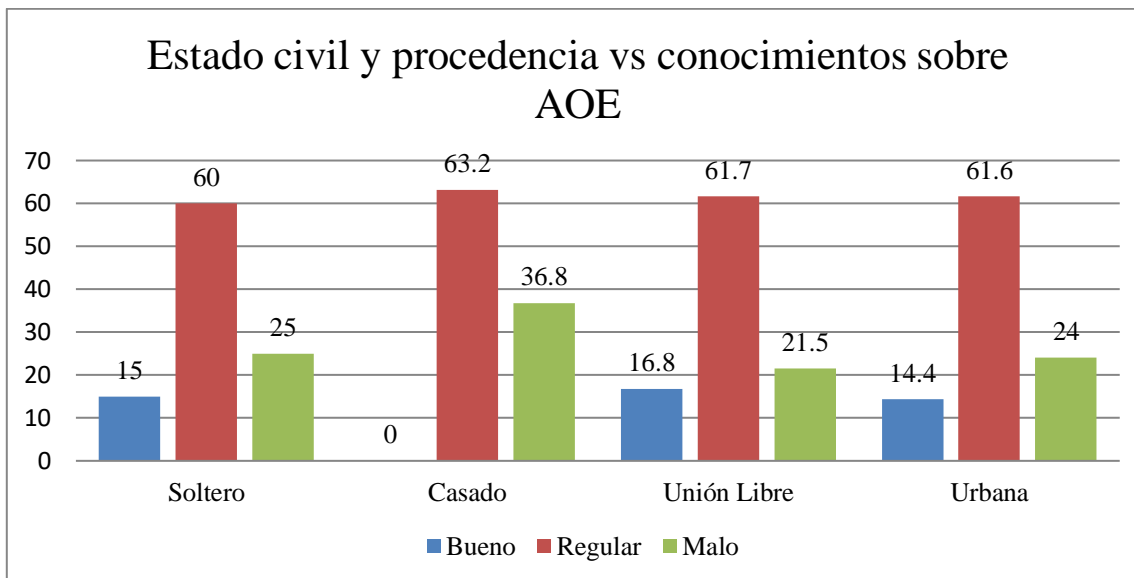
Fuente: Tabla 12.

Gráfica 13a: Edad, escolaridad y religión vs Conocimientos sobre AOE de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



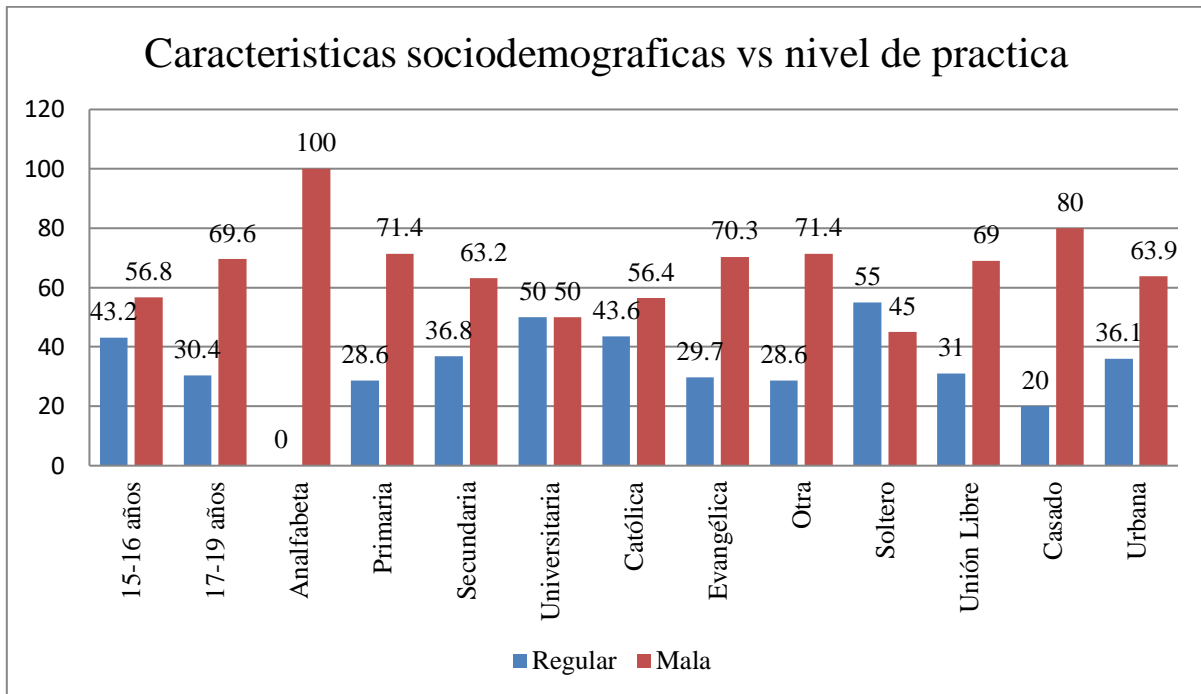
Fuente: Tabla 13.

Gráfica 13b: Estado civil y procedencia vs Conocimientos sobre AOE de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020.



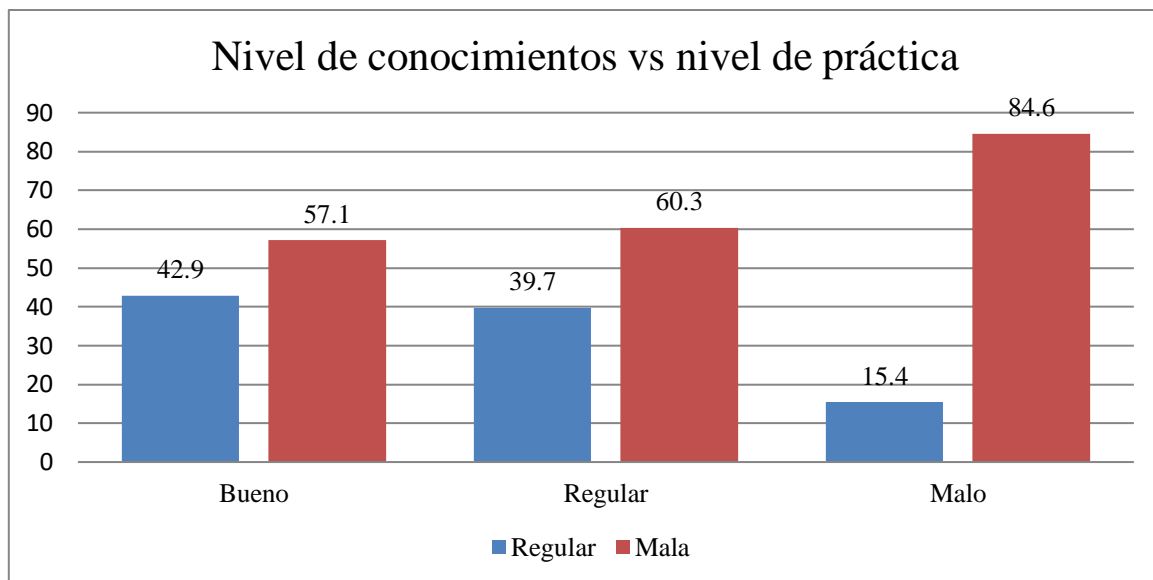
Fuente: Tabla 13.

Gráfica 14: Características Sociodemográficas vs Practicas sobre AOE de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020 sobre AOE.



Fuente: Tabla 14.

Gráfica 15: Conocimiento vs Practicas sobre AOE de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Jesús Zamora, en el periodo del 1° de julio al 30 de septiembre de 2020 sobre AOE.



Fuente: Tabla 15.