

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Tesis de investigación para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.**

**TEMA:** Conocimiento, Actitudes y Practicas sobre Anticoncepción de emergencia en estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina UNAN-Managua; ENERO 2014.

**INTEGRANTES:**

- Roberto José Estrada López.
- Kevin Corea Mejía.
- Santiago Acevedo Mora.

**TUTOR:** M.S.C M.D José de Los Ángeles Méndez.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>I. Introducción</b> .....	4
<b>II. Antecedentes</b> .....	7
<b>III. Justificación</b> .....	11
<b>IV. Planteamiento del problema</b> .....	13
<b>V. Objetivos</b> .....	14
<b>VI. Marco teórico</b> .....	15
<b>VII. Diseño metodológico</b> .....	31
<b>VIII. Resultados</b> .....	43
<b>IX. Análisis</b>	34
<b>IX. ANEXOS</b> .....	44

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias, de corazón, a nuestro tutor, M.S.C M.D José de Los Ángeles Méndez por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento por guiarnos ha hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

Gracias a todos los profesores que nos enseñaron a lo largo de nuestra carrera; al personal de la Biblioteca que siempre nos brindaron su apoyo con su característica amabilidad, paciencia y sonrisa.

Damos gracias a todos mis compañeros de clase y de Seminario con quienes aprendí mucho a través de sus conocimientos y la paciencia que tuvieron conmigo.

## Opinión del tutor

Investigar un tema tan sensible para hablar de una sexualidad responsable y sin riesgo, es lo que en la realidad se considera de importancia capital.

Incidir en lo que conoce la población acerca de algo tan vital como es el futuro de la Nación en relación a los nacimientos de embarazos no deseados, es para la práctica médica algo de gran valor para planificar acciones inmediatas y concretas sobre el uso de Planificación Familiar.

Es algo tan interesante que hizo que los estudiantes realizarán este tipo de esfuerzo investigativo, han logrado su primer victoria.

Reciban los investigadores: Roberto José Estrada López, Kevin Corea Mejía y Santiago Acedo Mora, mis más altas muestras de felicitaciones sinceras, por la labor concluida.

Atentamente:

---

M.S.C M.D José de Los Ángeles Méndez  
Tutor

## I. Introducción

La sociedad nicaragüense vive un profundo proceso de transformaciones: políticas y leyes nuevas, nuevos proyectos económicos. Los cambios han atravesado también los umbrales del hogar poniendo en crisis las actitudes tradicionales.

La fecundidad juega un papel fundamental para la transición demográfica de un país subdesarrollado a un país moderno, un aumento de esta conlleva al aumento de la mortalidad materno-infantil, obligando a los gobiernos a destinar recursos económicos con el propósito de disminuir la mortalidad los cuales podrían ser utilizados para educación, trabajo, financiamiento a productores, proyectos sociales, entre otros.

La familia nicaragüense es numerosa, fecunda. Nicaragua es un país de jóvenes y de niños: el 40% de su población es menor de 15 años. La tasa de fecundidad varía ligeramente en las distintas zonas del país. En el departamento de Managua, el promedio es de 5 hijos por mujer al concluir su período fértil. En otras ciudades del Pacífico, el promedio es de 5 y 6 hijos. En las ciudades del Atlántico es de 6 y 7 hijos por mujer.

Generalmente la mujer comienza su vida sexual muy joven. Según datos del Informe "Familia y Fecundidad", el 38.28% de las mujeres han comenzado a vivir acompañadas entre los 14 y 16 años y el 72.72% entre los 14 y los 19 años.

Nicaragua había experimentado el mayor incremento relativo de nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años (1993), lo que supone aumento de riesgo materno infantil. Estudios recientes muestran que los adolescentes entre 13 y 18 años de edad ya iniciaron su vida sexual aumentando la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos precoces.

Los métodos de planificación familiar ayudan a reducir altas tasas de fecundidad, pero los adolescentes en un 78% no utilizan ningún método; un adolescente de 14 años que tiene una relación sexual sin protección, se traduce a "un fracaso en el desarrollo personal" porque no está listo física, psicológica, ni emocionalmente. Además, que trae al mundo a un hijo que no se desea, con todas las consecuencias que esto pueda acarrear. Así mismo, las PPMS (que no es un método de planificación familiar, tan solo un método de emergencia), es muy utilizada de manera irresponsable.

Alrededor del mundo existen publicaciones para colocar la anticoncepción en los países en desarrollo para mujeres y jóvenes, en el que describen el enfoque único para este producto esencial, pero poco utilizado y que sea más accesible a las mujeres y adolescentes. En Nicaragua, en las actividades de capacitación se han incluido al personal de farmacia y esta incluido en las normas de salud. Estos esfuerzos realizados para que la Anticoncepción de Emergencia sea aceptada han dado frutos ya que es conocido por los proveedores de servicios y por la población, esta disponible en las farmacias y se ha registrado como un producto que se vende en las farmacias privadas y es distribuido por ONG's.

El acceso a la anticoncepción de emergencia ha sido reconocido como un derecho sexual y reproductivo de las mujeres y una manera de reducir los embarazos no deseados y por consecuencia, la morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto.

Por todo lo expuesto anteriormente hemos decido realizar este estudio y valorar los factores que influyen en la utilización de la Anticoncepción de Emergencia en adolescentes de IV y V año de la carrera de medicina de la UNAN-Managua.

## II. Antecedentes

Las relaciones sexuales sin intención de concebir un hijo se ha practicado a través de toda la historia. En muchos escritos del pasado pueden encontrarse numerosas técnicas para evitar Las relaciones sexuales sin intención de concebir un hijo se ha practicado a través de toda la historia. En muchos escritos del pasado pueden encontrarse numerosas técnicas para evitar el embarazo después del contacto sexual sin protección.

En la historia de la medicina, Hipócrates describe como se han realizado búsqueda de estrategias para planificar la familia y se refirió al uso de la zanahoria salvaje para evitar el embarazo.

Los griegos usaron anticonceptivos de plantas y se limitaban a tener uno o dos hijos. Los egipcios usaron tapones vaginales o tapas de excremento de cocodrilo, lino y hojas para evitar e embarazo.

En el siglo VII existía la creencia persa que estornudar y dar siete saltos mágicos hacia atrás desalojaba el semen de la cavidad vaginal y no se daba el embarazo., mientras que en Francia en el siglo XVIII todo buen hotel tenía una ducha postcoital a su disposición, así en otros tiempos se trataba de evitar el embarazo y se ha echado mano de diferentes recursos. Entre las prácticas tradicionales tenemos: Ponerse de pie, ir a miccionar, limpieza digital de la vagina, ducha vaginal con ácido acético. Estas prácticas tradicionales han dado resultados satisfactorios desde el punto de vista de evitar el embarazo, como la interferencia en la satisfacción sexual y por las complicaciones físicas que pueden presentarse el embarazo después del contacto sexual sin protección.

Hoy día se conoce la inutilidad de tales métodos, y se sabe que después de la eyaculación intravaginal los espermatozoides se mezclan en unos 90 segundos con el mucus cervical, si este mucus tiene las condiciones necesarias, podría alcanzar las trompas uterinas en unos 5 a 15 minutos. Por lo tanto si no se emplean anticonceptivos efectivos, no será posible evitar que los espermatozoides penetren las trompas uterinas después del embarazo.

Aunque inicialmente los anticonceptivos de emergencia se usaron inicialmente en los casos de relaciones sexuales forzadas, estos toman mas importancia a nivel social pues, como se menciona al inicio, las parejas sostienen relaciones sexuales sin el deseo de tener un hijo, en muchos casos, sin protección. De esta manera el impacto social de un embarazo no deseado, lo cual implica una gran carga dependiendo de las circunstancias, a la sociedad. Esto es especialmente relevante en países como el nuestro, que posee una gran proporción de habitantes jóvenes, y la mayoría a sostenido relaciones sexuales antes de los veinte años.

La población adolescente, según las estadísticas del Ministerio de Salud (MINS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que existen 1,232,175 adolescentes de 10 a 19 años, en nuestro país,

constituyendo un 24.3% de la población total. La tasa de fecundidad adolescente en Nicaragua, se ubica en 152 nacimientos por cada 100 mujeres entre 15 y 19 años, siendo la más alta de América Latina.

En nuestro país, el 81% de los partos provienen de adolescentes. En los hospitales se reportan como primera causa de egreso de la mujer adolescente el embarazo, parto y puerperio, de la población entre 14 y 19 años, un 21% tiene al menos un hijo. Se estima que más del 70% de la población femenina en Nicaragua inicia vida sexual entre los 14 y 18 años de edad.

La anticoncepción de emergencia tuvo su principal desarrollo en la década del 70 por los estudios del médico canadiense Albert Yuzpe, que llevo investigaciones sobre el uso de altas dosis de píldoras anticonceptivas combinadas de estrógenos y progestágenos. Desde entonces se han llevado a cabo muchos estudios sobre este tema y se han realizado muchos avances. Si embargo debido a la falta de conocimiento sobre el tema o algunos conceptos religiosos, la aceptación y difusión de la pastilla por parte de la población no va de la mano con los conocimientos científicos obtenidos. La iglesia católica jugo un papel importante en retrasar la difusión de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Las considero abortivas y llego a emplear el termino "privatización del aborto" para referirse al comercio de estas.

Entre los factores socio-culturales identificados, cabe destacar las actitudes conservadoras acerca de la sexualidad; la percepción que tienen ciertos sectores de la sociedad sobre la Anticoncepción de Emergencia como un método abortivo, el poder político de la iglesia católica y los sectores conservadores opuestos a la Anticoncepción de Emergencia, el escaso reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la escasa educación sexual de los jóvenes y los adolescentes, y los conflictos de genero que afectan las decisiones de las mujeres en cuanto al uso de anticonceptivo. A mayor influencia de la iglesia católica y de los grupos conservadores, había mayor temor de las autoridades y los políticos a un enfrentamiento con la jerarquía de la iglesia católica.

Se han realizado varios estudios de Conocimientos Actitudes y Practica (CAP) de anticoncepción, principalmente sobre jóvenes. En un estudio tipo CAP que se realizo en adolescentes atendiéndose en el Centro de salud en 2004 se encontró que los adolescentes que conocían la anticoncepción de emergencia solo representa el 23 %, en su mayoría solo conocía la PPMS, pocos conocían los otros tipos, ni los mecanismos de acción de estos, ni si provocan reacciones adversas o no. Se limitaban a los conocimientos: Que son las pastillas, como usarlas, cuando usarlas y donde conseguirlas. Estos habían conseguido la información de sus amigos, de los cuales se puede inferir que también tenían un mal conocimiento sobre el tema. En este estudio solo el 23% tienen una actitud favorable, determinada por factores cognitivos, afectivos y conductuales y que se reflejan en:

- Sienten como una necesidad saber sobre la anticoncepción de emergencia.
- Piensan que los adolescentes y el resto de la población tienen derecho a usarla
- Expresan que no es pecado usarla, ni son para abortar.



En un estudio monográfico de corte transversal, titulado Conocimientos, Actitudes y Practicas que se realizo en Jinotepe a estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria en 2012, se encontró que casi la mitad de los jóvenes que participaron en el estudio, el 43 %, ya tienen vida sexual activa. El 20.4 % de todos los estudiantes habían utilizado algún método de anticoncepción de emergencia. La principal razón fue porque era su primera relación sexual, seguido de fallo en la utilización del condón y el haberse olvidado de su método rutinario de planificación. Solo una estudiante admitió haber sido abusada sexualmente.

El 62.3% de las mujeres y el 69% de los hombres tenían un nivel de conocimiento regular y de acuerdo con los diferentes grupos de edad tuvieron el mismo nivel regular de conocimiento. Al establecer la relación de las características generales de los estudiantes de manera global, notamos que la actitud hacia la anticoncepción de emergencia es desfavorable, el 61.7% en relación a la edad en los grupos entre 15 a 18 años. Los que presentaron actitud favorable eran los que tenían mejor nivel de conocimiento.

Es de interés que el medio de comunicación del que la mayoría de los jóvenes obtuvo información fue la televisión, que representan el 33.5%, seguido de internet, 28.2 %. Un 20.4% de los encuestados refirió no haber escuchado nada. Sin embargo al momento de consultar a alguien, el 43.7% prefirió a sus amigos, un 13.1% a su pareja y solo un 4.4 % al personal de salud.

Se realizo un estudio similar en Bluefields, en mujeres de 17 a 24 años atendidas en el centro IXCHEN en 2007. En este estudio se muestra que aunque los individuos que participaron en el estudio, en su mayoría conocían las circunstancias bajo las cuales se usan, un 94 %, muchos detalles que son importantes no son de conocimiento para quien las utiliza. Por mencionar, un 16% considera que previenen las enfermedades de transmisión sexual, y un 8 % que se pueden usar de manera continua.

Al evaluar la practica, un 12% se embarazaron a pesar de haber utilizado un anticonceptivo de emergencia. La mayoría de las usuarias manifestó alguna reacción adversa, en su mayoría cefalea. Para obtener los anticonceptivos, el 82 % los adquirieron en farmacias privadas y solo el 4 % los obtuvo del sistema público de salud. El resto los obtuvo de amigas u otros lugares.

En lo que respecta a la fuente de información el 59 % lo recibieron de sus amigas, que resulta una fuente poco confiable, y solo un 20% del personal de salud.

En un estudio realizado por Adrián Barrientos Esquivel y colaboradores “Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) en Costa Rica”.2010: se obtuvo que en 28% de veces “por creencias Religiosas /ética” y en 22% porque “es abortiva”.

Por otro lado, un 35% de profesionales sí recetaría AE, pero entre los motivos mencionados el más frecuente fue “casos de violación” en 37%. El 90,1% restante nunca

ha recetado AE. Entre las principales razones se tiene que no lo han hecho “por sus creencias religiosas /ética” en 23% y en 17% porque “es abortiva”. Otro motivos referido es que “no se les ha presentado algún caso” en 13% y un 11% refiere que “no existe en el país”.

En el estudio realizado en el municipio de Carazo en el segundo semestre 2010, sobre conocimientos, actitudes y prácticas, de métodos de anticoncepción de emergencias en estudiantes con vida sexual activa en la farem - Carazo. Se entrevistaron a 80 universitarios entre 19 y 21 años de edad, de los cuales el 75% sabe que son métodos que previenen embarazos dentro de las 72 horas después de una relación sexual sin protección alguna. El 31% manifestaron que no son métodos de planificación familiar, 76.25% saben que no protegen sobre enfermedades de transmisión sexual. El 41% dijeron que no son métodos abortivos.

En cuanto a eficacia 57.5% dijeron que esta pastilla o inyección son altamente efectivos y evitan embarazo no deseado, el 28% dice que si toma una pastilla por la mañana y otra por la noche, ninguna mujer queda embarazada y tan solo 11.25% si solo toma una pastilla o la toma luego de tres días de la relación sexual sin protección, protege a la mujer de no salir embarazada.

Con relación a las actitudes de los universitarios el 87.5% están totalmente de acuerdo de que todos los universitarios deberían tener información sobre este método, el 60% esta totalmente de acuerdo en que puede causar daño en usarlo mucho; el 6.25% esta en desacuerdo de que el método disminuye la capacidad de quedar una mujer embarazada. El 55% esta de acuerdo en que si una mujer es violada debería de usar este método. Con respecto a las practicas el 28.75% usa regularmente este método, el 32% utiliza la PPMS con mayor regularidad y el 8% si usa el DIU como método de emergencias.

La mala praxis o falta de conocimiento no es solo atribuible a los usuarios de este método anticonceptivo. Los reportes informan que hay una gran falta de conocimiento en anticoncepción de emergencia de la población y del personal de salud tales como enfermeras, auxiliares, médicos e incluso médicos especialistas que no tienen suficiente conocimiento acerca de sus indicaciones, mecanismos de acción, eficacia y sus complicaciones.

De esta falta de conocimiento se deriva la poca recomendación del uso de este anticonceptivo, por los trabajadores de salud y la poca demanda de la mujer con relación sexual de riesgo, en otras ocasiones el método es mal interpretado y se entiende como abortivo y no como anticonceptivo. Esta es una realidad no solo en Nicaragua, sino que se repite en otros países con variantes en dependencia de la edad, educación sexual, del tipo de leyes y de las prácticas sexuales de sus pobladores.

### **III. Justificación**

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la madre, sino porque están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre - hijo.

Ante esta problemática se requiere de una mayor atención de los padres de familia para con sus hijos, ya que es muy importante que traten de llevar una relación más estrecha y dar seguimiento durante la etapa escolar ante la falta de una adecuada educación sexual en los colegios y la desinformación sobre estos temas en los medios de comunicación, generando conocimientos distorsionados que repercuten en las malas prácticas sexuales en los adolescentes.

Debe existir una mayor coordinación entre el Ministerio de salud (MINSA), Ministerio de Educación (MINED) y Padres de Familia, uniéndose a las actividades que realizan un gran número de organizaciones y agencias internacionales, para crear valores en los adolescentes, lo que permitirá que estos puedan tener información útil, necesaria y veraz acerca de este tema.

La educación sexual tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes, ya que actúan mejorando la condición social y auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

Un componente esencial de los programas que ofrecen anticonceptivos de emergencia es la educación, inclusive la provisión de información a las mujeres sobre esta importante alternativa anticonceptiva antes de que necesiten utilizarla. Las mujeres deberán saber que la anticoncepción de emergencia es una alternativa válida, deberán estar informadas sobre adónde deben dirigirse en caso de necesitar atención, y deberán comprender que el tratamiento debe ser iniciado lo más pronto posible luego de una relación sexual no protegida o protegida de manera inadecuada. Una manera de asegurar que las mujeres dispongan de los recursos necesarios para evitar embarazos no deseados en caso de tener relaciones sexuales no protegidas o de experimentar fallas de los anticonceptivos consiste en proveer información y, cuando resulte conveniente, píldoras anticonceptivas de emergencia al momento en que la usuaria concurra a la visita médica o al servicio de planificación de la familia.

Los resultados de este esfuerzo investigativo aporta información con la cual será posible identificar los puntos débiles que tienen las adolescentes en cuanto al uso de la Anticoncepción de emergencia la vez, podrá ser un punto de partida para redefinir, ampliar, modificar, o cambiar las políticas de atención y orientación dirigidas a este vulnerable sector de la población, de tal forma que contribuya a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población joven Nicaragüense.

Alrededor del mundo existen publicaciones para colocar la anticoncepción en los países en desarrollo para mujeres y jóvenes, en el que describen el enfoque único para este producto esencial, pero poco utilizado y que sea más accesible a las mujeres y adolescentes. En

Nicaragua, en las actividades de capacitación se han incluido al personal de farmacia y esta incluido en las normas de salud. Estos esfuerzos realizados para que la Anticoncepción de Emergencia sea aceptada han dado frutos ya que es conocido por los proveedores de servicios y por la población, esta disponible en las farmacias y se ha registrado como un producto que se vende en las farmacias privadas y es distribuido por ONG's El acceso a la anticoncepción de emergencia ha sido reconocido como un derecho sexual y reproductivo de las mujeres y una manera de reducir los embarazos no deseados y por consecuencia, la morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto.

#### **IV. Planteamiento del problema**

¿Cómo es el nivel de conocimiento, actitudes y practicas sobre Anticoncepción de emergencias en los estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina de la UNAN-Managua; ENERO 2014?

## **V. Objetivos**

### **Objetivo general**

Describir el nivel de Conocimiento, actitudes y practicas sobre Anticoncepción de emergencias en los estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina de la UNAN-Managua; ENERO 2014.

### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar socio demográficamente a los individuos a estudio.
2. Describir el nivel de conocimiento de los individuos a estudio respecto a la Anticoncepción de emergencia.
3. Describir el nivel de práctica de los individuos a estudio con respecto a la Anticoncepción de emergencia.
4. Describir la actitud de los individuos a estudio respecto a la Anticoncepción de emergencia.
5. Enumerar las fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia de la población en estudio.
6. Mencionar las razones de uso de anticonceptivos de emergencia.

## **VI. Marco teórico**

### **PLANIFICACION FAMILIAR**

La planificación familiar se refiere a técnicas para buscar o evitar embarazos, mediante la observación de signos y síntomas que de manera natural ocurren durante las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual.

La Calidad de Vida y la Planificación Familiar fueron establecidos como Principios Fundamentales, así como se afirmó el Derecho Universal a la Salud Sexual y Reproductiva, la Opción Libre e Informada, el Respeto a la Integridad Física y el Derecho a no Sufrir Discriminación ni Coerción en todos los asuntos relacionados con la Vida Sexual y Reproductiva de las Personas.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995).

La planificación familiar permite a las parejas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad

#### **Beneficios de la planificación familiar**

Los servicios de planificación familiar de buena calidad aportan una amplia gama de beneficios a las mujeres, sus familias y la sociedad.

- Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres.

La capacidad de la mujer para decidir el intervalo entre los embarazos y limitar el número de estos tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

- Reducción de la mortalidad de los menores de un año.

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

- Prevención de la infección por el VIH/SIDA.

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan

una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

- Disminución de la necesidad de recurrir al aborto peligroso.

Al disminuir las tasas de embarazo no deseado, la planificación familiar aminora la necesidad de recurrir al aborto peligroso, que representa un 13% de la mortalidad materna mundial.

- Poder de decisión.

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva.

- Disminución del embarazo de adolescentes

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pre término o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas a nivel personal, para sus familias y la comunidad.

- Menor crecimiento de la población

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

## **Uso de anticonceptivos**

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso ha aumentado desde un 54% en 1990 a un 63% en 2007. A escala regional, la proporción de mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente entre 1990 y 2007, de 17% a 28% en África, de 57% a 67% en Asia, y de 62% a 72% en América Latina y el Caribe; en cada región es notable la variación entre países.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos masculinos se limitan a la esterilización (vasectomía), los condones y el coito interrumpido. A nivel mundial, un 11,3% de las mujeres en edad fecunda informan que dependen de alguno de estos métodos en su matrimonio o unión formal; también hay grandes variaciones entre regiones y países.

## **Métodos anticonceptivos**

*Métodos anticonceptivos femeninos:*

### *1. Métodos temporales*

#### *a.- Naturales*

- *Abstinencia:* es una práctica sexual que los hombres o las mujeres o la pareja adoptan voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando



totalmente tener relaciones sexuales. Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse de cada uno de ellos y depende de su motivación y disciplina para practicarla durante el tiempo requerido.

La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen, puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el periodo fértil de la mujer.

- *Abstinencia periódica*: existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual. Estos métodos son llamados “métodos de abstinencia periódica” porque es necesario abstenerse de relaciones sexuales los días potencialmente fértiles de la mujer si se desea evitar un embarazo. La abstinencia periódica también puede ser utilizada en combinación con otros métodos anticonceptivos, de manera que la pareja utiliza métodos de barrera solamente durante la fase fértil del ciclo.

Tipos de Métodos de abstinencia periódica

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus: este método se basa en la abstinencia durante el período fértil, de la mujer, período que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico: este método identifica el período de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado. La temperatura corporal basal es la temperatura más baja que alcanza el organismo en una persona, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas, apenas se despierte y antes de que realice alguna actividad, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings: este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los períodos pre y post ovulatorio por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginal y vulvar que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos.
4. Método sintotérmico: este método combina varias técnicas de abstinencia periódica determinando la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación de señales. En principio es una combinación del método del moco cervical, el método del calendario y la temperatura corporal basal. También puede utilizar los datos de ciclos anteriores y secundariamente síntomas tales como: el dolor abdominal bajo intermenstrual, manchas de sangrado intermenstrual, sensibilidad en los senos y cambios de humor. El uso de varias técnicas permite tener más precisión para identificar el período fértil de ciclo menstrual.
5. Método del collar o días fijos: el método del Collar del Ciclo o Días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo

menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días.

- Duración de la protección anticonceptiva: la duración de la protección anticonceptiva con los métodos naturales depende de su práctica correcta y del tiempo que la pareja desee utilizarlos.

- Efectos colaterales: no se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos.

- Efectividad anticonceptiva: son moderadamente efectivos utilizados de manera correcta.

- Teórica: 90%
- Real: 70 al 80%, bajo condiciones óptimas, interpretando bien cuáles son los días en que se puede quedar embarazada.

- Características: los métodos naturales implican mucha motivación y comunicación del hombre y la mujer, las parejas no pueden tener relaciones sexuales entre 10 y 20 días de cada mes o deben utilizar métodos adicionales (condones) en ese período. Algunos métodos de abstinencia periódica pueden ser de difícil aplicación y poco eficaces para las mujeres con ciclos menstruales irregulares. Son los métodos anticonceptivos menos eficaces

#### *b.- De Barrera*

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

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

Tipos: De Látex, protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA.

Presentación: Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada

Mecanismo de acción: Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%, usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso, (una de cada 8 mujeres).

#### *c.- Mecánicos*

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

Duración y Eficacia anticonceptiva: este método brinda del 97 al 98% de protección

anticonceptiva. La T Cu 380<sup>a</sup> es altamente efectiva por un mínimo de 10 años. La tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso.

#### d.- Hormonales

- *Métodos hormonales orales combinados*: píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas (una progestina y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer y que administrados por vía oral, evitan el embarazo.

Eficacia anticonceptiva: su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000). Esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso.

- *Métodos hormonales inyectables*:
  - *Intramusculares hormonales combinados mensuales*: anticonceptivos que contienen 2 hormonas (una progestina y un estrógeno) similares a las hormonas naturales que produce el cuerpo de la mujer, cuyo uso es intramuscular y con efecto anticonceptivo de un mes.

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

Mecanismo de acción: actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides.

- *Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales*: este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado.

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

## 2. Métodos femeninos permanentes

a.- *Oclusión tubárica bilateral (OTB), esterilización quirúrgica voluntaria, corte y ligadura tubárica, tubectomía*: es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Eficacia: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de falla es muy baja, un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso, la tasa acumulativa es

de 0.9 embarazos por 100 mujeres a 10 años.

### **Métodos anticonceptivos masculinos:**

#### **1. Métodos temporales**

##### **a.- Naturales**

- *Abstinencia*: ya descrita en los métodos naturales femeninos.
- *Coitus interruptus, coito interrumpido, retiro*: es un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable.

Eficacia anticonceptiva: es baja, se estima que alcanza el 82% el primer año, en usuarios típicos. Un embarazo en cada cinco parejas en el primer año de uso. La principal razón de falla es el escape de semen y espermatozoides por la uretra antes de la eyaculación.

##### **b.- De Barrera**

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

Eficacia anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%, usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso (una de cada 8 mujeres).

#### **2. Métodos permanentes**

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

Eficacia anticonceptiva: En condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de fallo es muy baja, 1 de cada 700 operaciones en el primer año de uso. Es importante dar a conocer a los usuarios que este método brinda protección hasta que el semen esté libre de espermatozoides.

### **Métodos anticonceptivos en situaciones especiales:**

Se trata de usuaria con una condición especial: jóvenes, adolescentes, anticoncepción de emergencia, o posterior a finalizar un embarazo, en la peri menopausia. El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos; o de estos dos con los hormonales y dispositivos

intrauterinos.

En los jóvenes y adolescentes, se deberá recomendar doble protección, uno de ellos, el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

#### ***a.- Anticoncepción en la adolescencia***

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

La OMS usa la palabra “Adolescente” para referirse a las edades entre 10 y 19 años y “Jóvenes” para referirse a las edades entre 10 y 24 años. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional emplea la expresión “Adultos Jóvenes” para referirse a las personas en transición de la niñez a la edad adulta, sin especificar el intervalo de edades.

#### ***Escogencia del método***

La orientación, escogencia y oferta de métodos anticonceptivos debe ir orientada a postergar el inicio de la actividad sexual, a espaciar el intervalo ínter genésico, a prevenir embarazos y las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA.

Los jóvenes y adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo, sin embargo, hay Criterios de Elegibilidad y Condiciones no médicas que son importantes para la toma de decisión informada, generalmente tienen comportamientos de alto riesgo, como tener varios compañeros sexuales, a menudo no tienen información exacta o completa relativa a la anticoncepción y tienden a depender de los conocimientos de sus pares, incluidos mitos y conceptos erróneos, es posible que no utilicen los métodos correctamente y que tiendan a tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin protección. El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos; o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos. En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

#### ***b.- Anticoncepción en la peri menopausia***

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

Se consideran un grupo etéreo de alto riesgo, con cambios hormonales importantes, un progresivo descenso de los niveles de estrógenos y progesterona y un aumento de la hormona foliculo estimulante (FSH) y una disminución de la Inhibina, que necesitan

métodos seguros y efectivos de anticoncepción hasta un año después de la menopausia, que es el período en el cual se considera ya no es fértil.

Según Gray sólo el 50% de las mujeres de más de 40 años sigue siendo fértil, la posibilidad entre 40 a 44 años es de un 10% y entre los 45 y 49 años es de un 2 a 3%, puede acarrear mayores riesgos para ella y el bebé, en Nicaragua, las mujeres mayores de 35 años aportan de un 10 a un 15% de los embarazos y constituyen el 25% del total de muertes maternas. Mayor riesgo de complicaciones médicas, aparición de anomalías cromosómicas, anomalías del crecimiento fetal, del trabajo de parto Especial interés tiene el aumento de riesgo de presentar malformaciones fetales, la tendencia al aumento de la no disyunción meiótica durante la ovogénesis incrementa en forma clara el número de anomalías cromosómicas.

Por otra parte, necesitan protección contra las enfermedades pélvicas inflamatorias y otras enfermedades de transmisión sexual, así como un suplemento de estrógeno que favorezca el alivio de los síntomas de la peri menopausia y prevenga la osteoporosis. La anticoncepción en la peri menopausia consiste en el uso de métodos anticonceptivos por parte de una mujer con vida sexual activa.

#### *Suspensión de la Anticoncepción*

Es difícil establecer el momento adecuado para suspender el método anticonceptivo. Cuando no se utilizan hormonales, es conveniente practicar determinación de FSH, estradiol, inhibina y dependiendo de sus resultados determinar que esta posmenopáusicas. Cuando se están utilizando hormonales anovulatorios, se recomienda suspenderlos durante dos semanas, determinar FSH, Estradiol. Valores de FSH por debajo de las 20 U/l son indicativos de que se debe continuar el método por lo menos durante un año más.

#### ***c.- Anticoncepción en la post parto, post aborto y trans cesárea***

Anticoncepción al finalizar un embarazo: es la estrategia que le permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, cesárea o aborto y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida o como parte de las acciones que se brindan durante la atención domiciliar ya sea para su atención o referencia.

#### ***d.- Anticoncepción de emergencia (AE)***

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

¿Cuándo usar Anticoncepción de Emergencia?

- Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo.
- Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente (se rompe un preservativo, el diafragma se cae, el DIU se expulsa, se olvida tomar el

anticonceptivo oral, no se aplica en la fecha que corresponde el anticonceptivo inyectable).

- En el caso de que una mujer haya sido víctima de una violación.

a) **Métodos hormonales**

1. Hormonales orales combinados:

Estrógeno + Progestágeno (Método de Yuzpe):

- Etinilestradiol 50 mcg. + Levonorgestrel 250 mcg. (Neogynon, Eugynon) o Etinilestradiol 50 mcg. + Norgestimato 500 mcg. (Ovral) por vía oral, Tomar en dosis única 4 tabletas o 2 tabletas cada 12 horas. Total 4 tabletas.
- Etinilestradiol 30 mcg + Levonorgestrel 150 mcg. (Lo-femenal, Microgynon, Nordette) o Etinilestradiol 30 mcg. + Norgestrel 300 mcg. Tomar en dosis única 8 tabletas o 4 tabletas cada 12 horas. Total 8 tabletas.

Progestágeno solo:

- Levonorgestrel 0.03 mg. (Microlut). Por vía oral, tomar en dosis única 50 tabletas o 25 tabletas cada 12 horas.
- Levonorgestrel 0.0375 mg. (Ovrett). Tomar en dosis única 40 tabletas, o 20 tabletas cada 12 horas. Total 40 tabletas.
- Levonorgestrel 75 mg (PPMS, Postinor-2). Tomar en dosis única 2 tabletas o 1 tableta cada 12 horas. Total 2 tabletas.

b) **Dispositivos intrauterinos**

DIU T de Cobre, aplicar dentro de los primer cinco días posteriores a la relación sexual sin protección.

La AE no causa aborto, previene el embarazo. Según definición médica, científica- técnica, el embarazo comienza cuando el embrión se ha implantado en el útero de la mujer. Actúa antes de que se produzca la implantación, antes del comienzo del embarazo.

**EFICACIA**

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

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

El DIU como AE tiene una eficacia de hasta el 99% 28

**FORMA DE ADMINISTRACIÓN**

*Hormonales:*

La toma de AE hormonales debe ser lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección o hasta los primeros cinco días (120 Horas). El

riesgo de embarazo aumenta con el tiempo a medida que se demora el tratamiento. Una vez que ocurrió la nidación endometrial, estos métodos no son eficaces. No deberán administrarse si la mujer ya está embarazada el índice de fallas es de uno en 500 a uno en 1000.

#### *DIU T de cobre:*

El DIU T Cu debe aplicarse lo más pronto posible o hasta un máximo de 7 días posteriores a la relación sexual sin protección. El DIU que libera cobre puede resultar particularmente útil cuando la mujer está considerando su uso para una anticoncepción a largo plazo o cuando la mujer ya no puede utilizar los métodos hormonales porque han transcurrido más de 72 horas de la exposición. Se ha reportado este método como altamente eficaz con una tasa de falla inferior al 1%. Al usar un DIU con fines de anticoncepción de emergencia, deben observarse las mismas contraindicaciones que rigen para su uso regular.

#### *EFECTOS COLATERALES:*

Entre las mujeres que utilizan el método Yuzpe, el 50% presentan náuseas y el 20% vómito. En las que utilizan progestágenos solos, el 23% presenta náusea y el 6% vómito, éstos son los efectos más frecuentes. Para prevenirlos se aconseja tomar el AE con algún tipo de alimento o tomar media hora antes del AE un anti-emético (dimenhidrinato). Si vomita dentro de las primeras dos horas después de tomar la primera dosis, es necesario volver a tomar la misma dosis. Otros efectos secundarios son el aumento en la sensibilidad de las mamas, cefalea o sensación de mareo, estos efectos no duran más de 24 horas, se pueden tratar con analgésicos corrientes. Cuando se utiliza el DIU pueden presentarse cólicos abdominales que pueden tratarse con anti-espasmódicos, si la usuaria no desea continuar con el DIU, debe regresar a la unidad de salud cuando se presente su siguiente menstruación para retirarlo e iniciar otro método anticonceptivo si así lo desea.

### **Píldora Para La Mañana Siguiete (PPMS)**

La incorporación de la anticoncepción de emergencia (AE) en los servicios de salud, en particular en los países de la región latinoamericana, ha generado una polarización de opiniones, en particular en relación con sus potenciales efectos antiimplantatorios. Hoy en día existe suficiente evidencia científica acerca del mecanismo de acción del LNG en la AE, la cual se basa en modelos estadísticos y estudios efectuados en seres humanos y diferentes especies animales. Con base en el análisis de algunos datos estadísticos indirectos vinculados con la efectividad de la AE se ha sugerido la existencia de otros mecanismos, además de la inhibición de la ovulación.

La anticoncepción hormonal de emergencia (AE) comprende píldoras anticonceptivas que las mujeres pueden utilizar en los días siguientes a una relación sexual no protegida con el fin de evitar un embarazo no deseado. La AE está indicada cuando la mujer que no desea un embarazo ha sido forzada a tener una relación sexual, o la tuvo voluntariamente pero sin usar protección anticonceptiva o la protección que usó fue defectuosa. Es solamente una alternativa de emergencia, no es un método de planificación. No es adecuada para ser usada en vez de la anticoncepción hormonal de uso regular ya que es mucho menos efectiva y por usar dosis más altas produce más síntomas adversos.



La **píldora del día después** o **píldora del día siguiente** es la denominación para un grupo reducido de anticonceptivos de emergencia femeninos orales formado por los medicamentos acetato de ulipristal, mifepristona y levonorgestrel a los que podría unirse meloxicam.

Estos medicamentos se utilizan para prevenir los embarazos no deseados, entre ellos los embarazos adolescentes, desde las primeras horas y hasta los 3 a 5 días (72 a 120 horas) después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

La eficacia en la reducción del riesgo de un embarazo de las píldoras anticonceptivas de emergencia es, según la OMS, del 60 al 90%. El acetato de ulipristal y el levonorgestrel son los anticonceptivos hormonales postcoitales de referencia en América y Europa occidental. En China y Rusia el anticonceptivo de urgencia más utilizado es la mifepristona. Varios estudios, todavía en fases preliminares, con el antiinflamatorio no esteroideo meloxicam han concluido que posee una alta eficacia como anticonceptivo de emergencia.

La píldora del día después, como ocurre con todos los anticonceptivos orales, no protege contra las enfermedades de transmisión sexual. El preservativo es el único método anticonceptivo que protege de las ETS.

## **Evolución de los anticonceptivos hormonales de emergencia**

### **Inicios: Estrógenos y Método de Yuzpe**

En el mundo de la anticoncepción hormonal de emergencia, los estrógenos a altas dosis fueron el primer sistema utilizado, pero daban lugar a importantes efectos secundarios gastrointestinales. Posteriormente surgió el método de Yuzpe, que usa grandes dosis tanto de estrógeno (aunque en menor medida) como progesterona, tomada como dos dosis en intervalos de doce horas. Esta técnica se cree que es efectiva al 75%, pero su efectividad depende de lo pronto que se administre después del coito. Este régimen es menos efectivo, y causa más efectos secundarios que el método de sólo progesterona.

### **Levonorgestrel.**

Es el método que sólo usa la progesterona levonorgestrel, se prescribe actualmente una sola dosis de 1,5 mg (1 pastilla de 1,5 mg. o 2 de 0,75 mg), aunque puede tomarse en dos dosis de 0,75 mg en un intervalo de 12 horas de diferencia. Está disponible en la mayoría de los países del mundo.

El Levonorgestrel es una hormona esteroidea que actuando a través del receptor de la progesterona imita los efectos de la hormona natural por lo que se clasifica como agonista o progestina. Inhibe la ovulación cuando se administra en la fase folicular, sin tener un efecto importante sobre el endometrio no siendo efectivo después de iniciada la implantación del cigoto. La denominación de *píldora del día después* resulta incorrecta ya que puede usarse durante los 3 - 5 días siguientes (72-120 horas) después del coito.

## **Acetato de ulipristal**

El acetato de ulipristal recibe el nombre de píldora de los cinco días después ya que es efectiva hasta 120 horas después del coito.

El Acetato de ulipristal es cinco veces más potente que el levonorgestrel en la inhibición o retraso de la ovulación. Además, y en comparación con el levonorgestrel es el triple de eficaz si se administra en las primeras 24 horas, y el doble si se suministra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección o haberse producido un fallo en el método anticonceptivo utilizado.

## **Mifepristona**

Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAEs) no deben confundirse con la mifepristona, que se utiliza como "pastilla abortiva". El término "pastilla anticonceptiva de emergencia" no hace referencia a la mifepristona, que es comúnmente usada en dosis de 200- o 600-mg como un abortivo. Dosis más altas de mifepristona pueden interrumpir la implantación y, a diferencia del levonorgestrel, la mifepristona puede ser efectiva en terminar un embarazo en curso.

## **Meloxicam**

El meloxicam puede confirmarse como un eficaz anticonceptivo de emergencia. Meloxicam es un antiinflamatorio no esteroideo usado habitualmente como, analgésico antiinflamatorio y antipirético -en procesos artríticos-, de fácil acceso y reducido precio, se ha demostrado que inhibe la ovulación (impide la rotura del folículo que contiene el óvulo por lo que no puede ser fecundado), tomado en dosis de 30 mg. durante cinco días seguidos después de la relación sexual se comporta como un eficaz anticonceptivo de urgencia. El meloxicam no altera el sistema endocrino y no causa alteraciones menstruales.

## **Mecanismos de acción propuestos**

Se han propuesto diferentes mecanismos de acción, todos teóricamente posibles para un anticonceptivo poscoital y con una ventana de eficacia promedio de 72 h. Éstos incluyen aquellos que interfieren con los procesos de desarrollo folicular, ovulación, transporte y capacitación espermática, fecundación, desarrollo y transporte del cigoto, receptividad uterina y los procesos de adhesión endometrial y función del cuerpo lúteo en etapas tempranas del embarazo. La administración pre ovulatoria de Levonorgestrel (LNG), en el esquema utilizado en la AE interfiere con el desarrollo folicular y por tanto con el proceso ovulatorio. Este mecanismo de acción explica con claridad su efectividad anticonceptiva en la fase pre ovulatoria.

En las décadas de 1970 y 1980, algunos estudios demostraron alteraciones histológicas o bioquímicas en el endometrio después de la administración del esquema combinado de emergencia, lo que sugirió sus efectos endometriales al impedir la receptividad uterina y por consiguiente la implantación del concepto. No obstante, estas investigaciones no consideraron las fases del ciclo tanto de la administración del medicamento como de la obtención del espécimen de tejido endometrial. La inclusión de estas variables en estudios

recientes mostró la ausencia de efectos endometriales con la formulación combinada y la progestina sola.

### **Efectos sobre la ovulación**

La posibilidad de que la AE interfiera con la ovulación se ha explorado desde los primeros estudios clínicos mediante la combinación de estrógenos y progestina. Estos estudios mostraron que la inhibición de la ovulación dependió de la fase del ciclo en que se instituyó el tratamiento. Estudios posteriores con LNG confirmaron esta observación. Por ejemplo, la administración de LNG en el día de la máxima secreción de hormona luteinizante (LH+0) inhibió la rotura folicular en 5 de 12 casos, en el estudio de Hapangama y colaboradores, y ninguno en el estudio de Durand y colegas. En el estudio de Durand y colaboradores, la administración de LNG en la fase folicular (LH-4) indujo la inhibición o retraso de la ovulación en 80 y 20%, respectivamente, con resultados similares en los estudios de Marions y colegas. Croxatto y colaboradores, en dos estudios independientes, aleatorizados y controlados con placebo, evaluaron los efectos del LNG solo o combinado con Etinilestradiol según fuera el diámetro folicular. Los resultados demostraron y confirmaron la observación previa de Durand y colegas acerca del efecto inhibitorio de la ovulación dependiente del diámetro folicular y la fase del ciclo al momento del tratamiento.

En suma, la administración de LNG solo o combinado durante las fases pre ovulatoria (folicular) tiene diferentes efectos sobre la función ovárica, que dependen del grado de desarrollo y crecimiento folicular. En la mayoría de los casos, los efectos inhibitorios se observan cuando el folículo no alcanza todavía un desarrollo completo (<18 mm); empero, en algunos casos estos efectos se acompañan de cambios en la disminución de la funcionalidad del cuerpo lúteo.

### **Efectos sobre la migración espermática**

La mayor parte de los estudios *in vitro* diseñados para evaluar los efectos del LNG sobre el espermatozoide no ha mostrado alteraciones significativas sobre la funcionalidad de los gametos masculinos. Sin embargo, de acuerdo con dos protocolos, el LNG ha mostrado cambios en las propiedades físico-químicas del moco cervical y afectación de la penetración espermática. Kesserü y colaboradores informaron que la administración de 0.4 mg de LNG, tres a 10 horas después del coito, produjo la disminución del número de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina, lo cual modificó en especial la fase de migración espermática sostenida. Bajo condiciones fisiológicas, los espermatozoides localizados en las criptas del cuello uterino conservan su viabilidad y capacidad fecundante hasta por cinco días pos coito. A este respecto, es bien conocido que luego de la fase de migración rápida, durante la cual los espermatozoides llegan a la trompa uterina, existe una fase de migración sostenida en la cual los espermatozoides atraviesan en cohortes sucesivas el reservorio cervical. Estudios llevados a cabo con estas dos poblaciones de espermatozoides revelan que sólo los contenidos en la fase sostenida tienen la capacidad de interactuar con el ovocito. Estos resultados sugieren que parte de la acción anticonceptiva del LNG es secundaria a sus efectos sobre las fases de migración espermática y por lo tanto de su capacidad de interactuar con los gametos femeninos.

## **Efectos sobre el endometrio**

La posibilidad de que la AE en sus diferentes formulaciones inhiba la implantación del óvulo fecundado a través de modificar y alterar el tejido endometrial constituye el punto más controvertido dentro de sus mecanismos de acción.

Los primeros artículos que refieren alteraciones endometriales con la AE corresponden a las experiencias iniciales con el uso poscoital del esquema combinado. Sin embargo, dichos estudios muestran serias limitaciones metodológicas, entre ellas la ausencia de controles adecuados, el análisis ciego de los resultados y la obtención inadecuada de las biopsias endometriales.

Estudios recientes y con diseños experimentales más apropiados no han podido demostrar efectos de la AE sobre la morfología y otros parámetros bioquímicos del endometrio que expliquen los efectos deletéreos sobre la implantación. Por ejemplo, el estudio de Durand y colaboradores en biopsias de endometrios obtenidas de mujeres tratadas con LNG durante las fases pre ovulatoria y ovulatoria del ciclo menstrual (LH+0 y LH+2) no mostró cambios de consideración en los diferentes marcadores histológicos o morfo métricos cuando se compararon con los obtenidos en el grupo control. De manera interesante, estos autores, al utilizar este mismo esquema de administración de LNG, tampoco demostraron cambios significativos, respecto del grupo control, sobre los numerosos marcadores bioquímicos de receptividad endometrial estudiados. Marions y colegas describieron resultados similares, incluidas la presencia y la distribución normales de los pinópodos (importante marcador morfológico de receptividad endometrial) en endometrios de mujeres tratadas con LNG. Ugocsai y colaboradores informaron la pérdida de pinópodos en mujeres tratadas con LNG; pero, las dosis de LNG fueron cuatro a seis veces superiores a las utilizadas en AE, con imprecisiones en el diseño experimental y los tejidos control empleados.

En resumen, las evidencias obtenidas a partir de estudios con diseños experimentales adecuados, ajustados a las dosis y esquemas utilizados en la AE, indican la ausencia de efectos significativos en el endometrio que apoyen efectos antiimplantatorios derivados de la administración de LNG.

## **Efectos secundarios**

El efecto secundario más común reportado por las usuarias de las píldoras anticonceptivas de emergencia fue la náusea (50,5% de 979 usuarias del régimen Yuzpe y 23,1% de 977 usuarias del régimen de levonorgestrel en los ensayos de 1998 de la Organización Mundial de la Salud; 14,3% de 2.720 usuarias del régimen de levonorgestrel en los ensayos del 2002 de la OMS).

Los vómitos son mucho menos comunes e inusuales con PAEs de levonorgestrel (18,8% de 979 usuarias del régimen Yuzpe y 5,6% de las usuarias del régimen de levonorgestrel en los ensayos de 1998 de la OMS; 1,4% de 2.720 usuarias del régimen de levonorgestrel en los ensayos del 2002 de la OMS). No se recomiendan rutinariamente antieméticos para las PAEs de levonorgestrel. Si una mujer vomita dentro de 2 horas de tomarse una PAE de levonorgestrel, ella debería tomarse una dosis adicional tan pronto como sea posible.

Otros efectos secundarios comunes (cada uno notificado en menos del 20% de las usuarias de levonorgestrel, tanto en los ensayos de 1998 y 2002 de la OMS) fueron dolor abdominal, cansancio, cefalea, mareos, y sensibilidad en los senos. Los efectos secundarios usualmente no ocurren por más de un par de días después del tratamiento, y por lo general se resuelven en 24 horas.

La interrupción temporal del ciclo menstrual también es comúnmente experimentado. Si se toma antes de la ovulación, las altas dosis de progestágeno en el tratamiento de levonorgestrel podría inducir una hemorragia por privación de progestágeno unos días después de que las píldoras son tomadas.

Si el levonorgestrel se toma después de la ovulación, este podría aumentar la duración de la fase lútea, lo que retrasaría la menstruación por unos días. La mifepristona, si se toma antes de la ovulación, podría retrasar la ovulación por 3-4 días (una ovulación retardada puede resultar en un retraso de la menstruación).

Estas alteraciones sólo se producen en el ciclo en el que se tomaron las PAEs; la duración de los ciclos posteriores no son afectados significativamente. Si el período menstrual de la mujer tiene un retraso de dos semanas o más, se aconseja que se haga una prueba de embarazo (hacerse la prueba mucho antes podría no dar resultados exactos).

## **Seguridad**

Un embarazo existente no es una contraindicación en términos de seguridad, ya que no existe daño para la mujer, el curso de su embarazo, o el feto si se usa accidentalmente un anticonceptivo de emergencia de progestina sola o combinada (Yuzpe), pero los AEs no están indicados para mujeres con sospecha de un embarazo porque no es eficaz una vez embarazada.

La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la FDA de los Estados Unidos, OMS, el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG), y otros expertos en la anticoncepción de emergencia afirman que no hay condiciones médicas en las que las PAEs sean contraindicadas.

El RCOG señala específicamente el tromboembolismo venoso actual, e historia de cáncer de mama, como condiciones donde las ventajas de usar pastillas anticonceptivas de emergencia generalmente superan los riesgos teóricos o probados.

La AAP, ACOG, FDA, OMS, RCOG, y expertos en la anticoncepción de emergencia han concluido que las PAEs, como todo el resto de anticonceptivos, reducen el riesgo absoluto de un embarazo ectópico al prevenir los embarazos.

## **Ventajas**

- Pueden usarse después de realizar el coito (dentro de los tres días siguientes - 72horas-)
- Posibilidad de continuar usando pastillas anticonceptivas regulares.

## Desventajas

- No protege contra infecciones de transmisión sexual.
- Debe usarse dentro de las 72 h posteriores al acto sexual (levonorgestrel) o en las 120 horas siguientes (acetato de ulipristal), su eficacia es mayor en las 24 horas siguientes al coito y va disminuyendo con el paso del tiempo.
- Efectos adversos. Muy frecuentes: mareos, dolor de cabeza, náuseas, dolor en la parte baja del abdomen, aumento de la sensibilidad en las mamas, retraso en la menstruación, menstruación excepcionalmente intensa, sangrado, fatiga. Frecuentes: diarrea y vómitos.

## El coitus interruptus

Este método, aunque se incluyó dentro de los métodos de planificación familiar, puede considerarse también como un método de emergencia, pues se emplea en relaciones sexuales sin protección para evitar un embarazo.

Tabla de presentación de anticonceptivos de emergencia

Formula	Marca	Dosis cada 12 horas	Dosis cada 24 horas	Total dosis	Eficacia en la prevención de embarazos
EE 50 mcg + LNG 250 mcg. EE 50mcg + NG 500mcg	Neogynon, Eugynon Ovral	2 Tb 2 Tb	4 Tb 4 Tb	4 Tb 4 Tb	74%
EE 30mcg + LNG 150mcg EE 30mcg + NG 300 mcg	Lo-femenal, Microgenon, Nordette	4 Tb 4 Tb	8 Tb 8 Tb	8 Tb 8 Tb	74 %
LNG 0.03mg	Microlut	25 Tb	50 Tb	50 Tb	85 %
LNG 0.0375mg	Ovrett	20 Tb	40 Tb	40 Tb	85 %
LNG 75 mg	PPMS, Postinor-2	1 Tb	2 Tb	2 Tb	85 %
DIU T de cobre	Inserción en los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección.				99%

## VII. Diseño metodológico.

- **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.
- **Área de estudio:** Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- **Universo:**

Los estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina de la UNAN - Managua. Con un total de 306 individuos.

- **MUESTRA:**

Son los estudiantes de medicina de IV y V año de la UNAN –Managua, con un total de 133 individuos.

- **Tipo de Muestreo:**  
No aleatorio por conveniencia.

- **Unidad de análisis:**

Los estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina de la UNAN-Managua, durante el periodo establecido.

- **Criterios de inclusión**

- Estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina de la UNAN-Managua
- Que deseen participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión.**

**Que no desee participar en el estudio**

### FUENTE DE INFORMACION:

La fuente es primaria, proporcionada por los estudiantes de IV y V año de la carrera de medicina de la UNAN-Managua.

➤ **VARIABLES DE ESTUDIO Y OPERACIONALIZACION**

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Religión
5. Raza
6. Estado civil
7. Inicio de vida sexual activa
8. Vida sexual activa
9. Planificación familiar
10. Grado de conocimiento de Anticoncepción de emergencia.
11. Uso de Anticoncepción de emergencia.
12. Frecuencia del uso de Anticoncepción de emergencia.

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**



<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Escala/Valor</b>
Edad.	Número de años vividos desde el nacimiento hasta la fecha de la realización del estudio.	Edad en años	< 19 años 19-25 >25 años
Sexo.	Características fenotípicas sexuales, de la población a estudio.	Según encuesta	Masculinos Femenino
Procedencia.	Lugar de origen.	Según encuesta	Urbano Rural
Religión.	Grupo religioso con el que se identifica la población.	Según encuesta	Católico Evangélico Mormón Testigo de Jehová Otros
Estado civil.	Situación conyugal del encuestado, al momento de aplicar el estudio.	Según encuesta	Soltero Casado Unión libre Viudo
Raza.	Característica propia de la persona que se identifica con su origen en la misma lengua y costumbres.	Según encuesta	Mestizo Misquito Creoles Garífunas Ramas
Nivel de conocimiento.	Base teórica y conceptual respecto a la anticoncepción de emergencia.	Según encuesta	Malo $\leq 20$ pts Regular 25-40 pts Bueno $\geq 45$ pts
Nivel de actitud	Predisposición aprendida para responder consistentemente de manera favorable o desfavorable a los AE.	Según encuesta	Malo $\leq 37$ pts Bueno $\geq 38$ pts
Nivel de práctica.	Conducta o respuesta establecida para una situación determinada.	Según encuesta	Con riesgo $\leq 40$ pts Sin riesgo $\geq 41$ pts

Razones de uso.	Es el motivo por el que se ha utilizado la anticoncepción de emergencia.	Según encuesta	Sostuvo relaciones sin estar planificando. Lo usa como método de planificación. No cumplió correctamente su método de planificación. Se rompió el condón. Su método de planificación no le brinda confianza. Otro.
Razones de no uso.	Es el motivo por el que no se ha utilizado la anticoncepción de emergencia	Según encuesta	No confiaba en los métodos de emergencia. No estaban disponibles. No estaba bien informado sobre el tema. Le provoca muchas reacciones adversas. Por que es abortiva Por sus creencias religiosas
Fuente de información.	Es de donde se ha obtenido la información sobre la anticoncepción de emergencia.	Según encuesta	Internet Libros Consulta con un especialistas Amigos o familiares Otros

## ➤ **TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION**

La encuesta contiene preguntas que abordan las variables definidas de acuerdo a los objetivos específicos.

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento tipo encuesta, la cual estuvo conformada por preguntas cerradas en su mayoría. El instrumento fue validado por 10 especialistas en ginecología y obstetricia del hospital Bertha Calderón Roque y Hospital Alemán Nicaragüense.

## ➤ **PROCESAMIENTO Y ANALISIS**

Una vez que la información fue colectada, se hizo una revisión de la misma para valorar la calidad del llenado, revisando que todas las preguntas hayan sido respondidas apropiadamente y que los datos estén completos. Finalizado esto, se procedió a digitar la información en una base de datos previamente diseñada en el programa SPSS versión 11. Concluida la digitación, se generó tablas de frecuencia utilizando el plan de análisis definido en este protocolo.

Para valorar el nivel de conocimientos se elaboraron 12 preguntas con un valor de 5 puntos cada una para un puntaje máximo de 60 puntos. Con la siguiente escala:

Malo  $\leq 20$  pts  
Regular 25-40 pts  
Bueno  $\geq 45$  pts

Para valorar el nivel de actitud se elaboraron 12 preguntas de tipo Likert con un valor de 1- 5 puntos cada una para un puntaje máximo de 55 puntos. Con la siguiente escala: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, Desacuerdo, Totalmente de acuerdo

En esta encuesta se tomaran las respuestas en indeciso, desacuerdo y totalmente en desacuerdo, como mala actitud.

Malo  $\leq 37$  pts  
Bueno  $\geq 38$  pts

Para valorar el nivel de práctica se elaboraron 10 preguntas con un valor de 5 puntos cada una para un puntaje máximo de 50 puntos. Con la siguiente escala:  
Malo  $\leq 25$  pts

Con riesgo  $\leq 40$  pts  
Sin riesgo  $\geq 41$  pts

Para el análisis de la información se utilizaron las tablas generadas y se describieron los resultados, los cuales fueron contrastados con la información descrita en el marco teórico.

## ➤ RESULTADOS

En la presente investigación se logró estudiar el 100% de la muestra correspondiente a 133 individuos. De estos, 37 (treinta y siete) no habían tenido experiencia sexual contra 96 que expresaron haber tenido relaciones.

Es por tal motivo que solo en las preguntas sociodemográficas y las de conocimiento se tomó en cuenta al 100% de los encuestados. En tanto que en las preguntas de Práctica y Actitud se consideró solo a los 96 individuos con experiencia sexual.

Del total de la población en estudio 114 encuestados oscilan entre los 19 a 25 años, 6 personas son menores de 19 años y 13 son mayores a 25 años.

De estos 133 individuos 85 encuestados son de sexo femenino y 48 son del sexo masculino. El 99% de los encuestados (132 personas) se consideran Mestizos y el 1% Misquitos. De los 133 encuestados 96 son católicos, 23 son evangélicos y los 14 restantes se dividen entre mormones, adventistas, moravos y ateos. En lo que respecta a su estado civil 100 son solteros, 16 son casados e igual cantidad dicen estar en unión de hecho y solo 1 encuestado era viudo.

El 48% de los encuestados son domiciliados en Managua, el 11% son de Masaya, unos 12% distribuidos en partes iguales entre los Departamentos de Chontales y Granada y el restante 29% son de los demás Departamentos a excepción de Jinotega, Madriz y la RAAS que no tienen representantes.

El nivel de conocimiento presentado por los encuestados fue de un 97% entre buenos y regular. Y existe una actitud negativa hacia los AE entre la población sexualmente activa. La práctica en general es riesgosa.

## ➤ ANALISIS

### PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y VIDA SEXUAL

Esta sección de la encuesta se realizó solo a los 96 encuestados que expresaron haber tenido relaciones sexuales.

#### ***Experiencia en relaciones sexuales***

Al preguntárseles si habían tenido relaciones sexuales el 72% contestó que si lo habían tenido en tanto el 28% expresaron que no lo habían tenido.

#### ***Edad de inicio de vida sexual***

Al consultársele a los 96 encuestados sobre la edad de inicio de su vida sexual el 83% respondió que iniciaron antes de los 19 años, el 16% iniciaron entre los 19 y los 25 años y solo el 1% inicio después de los 25 años.

#### ***Tiene vida sexual activa***

Cuando se les consultó sobre si tienen vida sexual activa, el 86% respondió que si en tanto el 14% manifestó que no.

### CONOCIMIENTO GENERAL DE ANTICONCEPTIVO

El nivel de conocimiento se consultó al 100% de los encuestados efectuaron 8 preguntas relacionados al tema de los anticonceptivos.

#### ***Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de emergencia***

Al respecto la encuesta dio como resultado que el 50% tienen noción plena sobre el tema, en tanto el 47% demuestra tener regular conocimiento y el 3% no tienen conocimiento sobre el tema.

#### ***Conocimiento sobre PPMS***

La mayoría de los encuestados desconocen lo que es la PPMS (principio activo) y sobre su uso, pero sin embargo si demuestran en su mayoría, conocimiento sobre los síntomas que se presentan al hacer uso de estas. Como se observará entre lo más relevante tenemos que el 77% desconocen lo que es la PPMS, el 94% no saben que se puede utilizar estando embarazada, el 65% desconocen que no es conveniente tomar cuatro píldoras al año y el

59% ignoran que la píldora se utiliza antes de las 72 horas posterior a la relación sin protección.

Por otro lado el 80% sabe que los síntomas principales son náuseas y vómitos. El 82% conoce que puede causar sensibilidad en las mamas, sangrados y mareos. Y el 65% tienen conocimiento que las PPMS causan complicaciones. Y solo el 4% refieren que las PPMS protegen de las ITS.

### ***Que otro método de anticoncepción de emergencia conoce***

Al realizárseles una pregunta libre sobre si conocían otros métodos anticonceptivos emergentes el resultado demuestra que el 81% de los encuestados no conocen ningún otro método emergente, el 11% dicen conocer el Diu y el resto 8 % conocen el Meloxican y el Coito interruptus.

### ***Respecto al uso del coitus interruptus como método de anticoncepción de emergencia.***

Para determinar si los encuestados conocían que era el Coitus Interruptus se les hizo cuatro preguntas indicándoles que tenían que responder verdadero o falso, como resultado se determinó que solo el 76% acertaron en tanto que el 24% restante fallaron.

### ***Uso de diu como AE***

De igual forma se procedió a examinar acerca del conocimiento sobre el uso del Diu como AE, aquí los resultados obtenidos son los siguientes:

1. El 86% acertó respecto a la efectividad del método.
2. El 73% acertó acerca del tiempo en que se debe aplicar.
3. Solo 55% acertó sobre el lugar en que se debe colocar.
4. Y el 72% desconoce sobre lo útil del método al fallar los métodos hormonales.

### ***Uso de meloxican como AE***

Al hacer el análisis sobre el conocimiento que tienen acerca del Meloxican como AE se constató que en su mayoría desconocen este método teniendo lo siguiente:

1. Solo el 38% acertaron sobre lo que es el Meloxican.
2. El 29% acertó acerca de los efectos del Meloxican.
3. El 51% demostró conocer al Meloxican como un medio anti-inflamatorio y de fácil acceso.
4. Y solo el 27% conocen que el Meloxican en combinación con el levonorgestrel es más efectiva.

## **PRACTICA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS**

Esta sección de la encuesta fue respondida solo por los 96 encuestado que expresaron haber tenido experiencia sexual, siendo los resultados lo siguiente:

### ***Práctica en el uso de anticonceptivo***

Al analizar los resultados sobre el uso de los anticonceptivos en la práctica, constatamos que el método más utilizados son el PPMS con un 75%, el 51% utiliza muy poco el AE, ninguno ha utilizado el Meloxicam o el Uliprisal. También se observa que el 70% ha utilizado el coito interruptus como AE, y solo el 25% ha utilizado los AE cuando tienen una relación sin protección.

El 99% de los encuestados no le han puesto un T de cobre al quinto día después de una relación sexual sin protección, El 83% han tenido problemas de sangrado menstrual al usar las pastillas o inyecciones. Y a todas les han dado las pastillas en un Centro de salud u hospital.

### ***Frecuencia de uso de los anticonceptivos de emergencia***

Al analizar sobre la frecuencia del uso de los AE nos encontramos con que el 72% hacen uso de ellos, el 15% lo utiliza una vez al mes y el 14% cada dos meses.

### ***Actitud de la población encuestada hacia los anticonceptivos emergentes***

Al analizar la Actitud de los encuestados hacia los AE, nos encontramos con una diversidad de opiniones entre Totalmente de Acuerdo (TdA) hasta Totalmente en Desacuerdo (TeD), entre los datos más representativos nos encontramos con:

1. Sobre el uso de los AE 24% es buena, el 76% es mala.
2. Sobre si los AE son un buen método de planificación, en el 91% la actitud es mala y el 9% es buena.
3. El 60% consideran importante saber en qué día de su periodo esta.
4. El 81% tiene una buena actitud en saber el tiempo transcurrido desde la relación sexual hasta la tomo del AE, y el 19% es mala.
5. El 89% tienen una buena actitud en que los Universitarios deberían tener información sobre Métodos Anticonceptivos, y solo el 11% es mala.
6. Al consultárseles si consideraban que las PPMS pueden causar graves daños al cuerpo al usarse mucho, en el 84% la actitud es buena, un 16% es mala.
7. El 46% tienen buena actitud al considerar que las pastillas o inyecciones sirvan para abortar, el 45% es mala.

8. Ante la pregunta si se encuentran de acuerdo con que las todas las mujeres jóvenes tienen el derecho a usar la PPMS, en el 59% la actitud es buena, un 41% es mala.
9. El 73% tiene una buena actitud en que las PPMS deben usarse solo si lo explica un profesional, y un 27% es mala.
- 10.El 72% tienen una mala actitud hacia que el MINSA de pastillas o inyecciones para solucionar embarazos no deseados, en tanto el 29% es buena.
- 11.Al consultárseles si con el nivel actual de conocimiento de AE recomendarían su uso el 65% tiene una actitud mala, y solo un 35% es buena.

### ***FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA***

Al indagar sobre la fuente que utilizan para obtener información sobre AE el 54% la obtuvo por el internet, solo el 24% busco información en los libros, un 16% la obtuvo de algún especialista y el resto la obtuvo de amigos o familiares.

### ***Razón de uso de los métodos anticonceptivos de emergencia***

Se puede apreciar que 78% de los que han hecho uso de los AE ha sido por tener relaciones sexuales sin estar planificando, en tanto el 16% hicieron uso de los AE por haberseles roto el condón, solo el 5% lo utilizan como método de planificación, y el resto lo utiliza porque su método de planificación no les brinda confianza o porque no usaron correctamente su método de planificación.

### ***Razones para no utilizar ningún método de emergencia***

De los que han decidido no utilizar algún método de emergencia el 52% no lo usan por falta de confianza, el 30% porque no los encuentran disponibles, el restante no los utilizan por desconocer el tema, por sus creencias religiosas y un 12 % por diferentes situaciones sin tener coincidencias entre ellas.



## CONCLUSIONES

- I. En relación con los datos generales, la población estudiada se caracterizó por: edad mayor a 19 años, soltera, católica, procedente del pacífico, poca del área central y atlántico, en su mayoría sexualmente activas.
- II. Se concluyó que el nivel de conocimiento es bueno.
- III. Se concluyó que las prácticas son con riesgo.
- IV. Se determinó que la actitud de los individuos a estudios es mala.
- V. Las principales fuentes de información que utilizan los sujetos a estudio son internet, libros, especialistas sobre el tema, y una minoría, a amigos y familiares.
- VI. Por último se logró determinar que las razones de haber utilizado un AE, fue en primera instancia por haber tenido relaciones sin estar planificando o porque falló un anticonceptivo convencional. Esto por la falta de confianza y por la falta de disponibilidad de los AE.

## VIII. Recomendaciones.

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación se recomienda:

- 1) A las autoridades académicas responsables de la formación de los estudiantes de medicina, enfatizar el tema de los anticonceptivos de emergencia, pasando a formar estos un acápite en los seminarios de sexualidad, farmacología, ginecología y/o prácticas clínicas de ser posible desde el inicio de la carrera que es cuando se inicia a impartir temas relacionados a la anticoncepción.
- 2) Recomendamos un comité conformado por docentes y alumnos que se encarguen de la divulgación y educación para que la población conozca todo lo referente de los Anticonceptivos Emergentes
- 3) A las autoridades de salud se les sugiere realizar una mejor divulgación con respecto al uso de estos anticonceptivos, de forma completa y objetiva para que los usuarios del servicio puedan conocer de esta opción y puedan acceder a ella de forma segura y eficaz.
- 4) A los estudiantes de estudiantes de IV y V año se les invita a realizar revisiones sobre este tema, por ser futuros médicos egresados y sobre todo antes de realizar prácticas de atención primaria en salud, para poder cumplir de forma responsable con la labor asistencial.

## **IX. Referencias bibliográficas**

1. Ed Scholl, Subdirector de Servicios Técnicos, FHI/YouthNet.
2. August Burns, Especialista en Salud Reproductiva, Consultor.
3. Ximena Gutiérrez, Asesora en Salud Reproductiva de Adolescentes.
4. Jacqueline Garache, Apoyo Administrativo y Logístico, Consultora.
5. Evaluación de Programas de Salud Reproductiva para los Jóvenes en Nicaragua, Septiembre 2003.
6. Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia. Píldoras Anticonceptivas de Emergencia: Guía Médica para la Prestación de Servicios, Washington, DC, Estados Unidos de América, 2003.
7. Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Ministerio de Salud (MINS), Managua, Nicaragua, Agosto 2008.
8. Metodología de la investigación científica. Un enfoque integrado. Sexta edición. Managua, Nicaragua, Junio 2008.
9. Durand M, Larrea F, Schiavon R, Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. Salud Pública, México 2009.
10. Salud reproductiva, Dr. José Antonio Delgado, Ginecobstetra de Profamilia, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), 2011.

## x. ANEXOS

### Ficha de recolección de la información.

#### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La presente encuesta es confidencial y anónima, por lo tanto no es necesario que se identifique. Solicitamos veracidad en sus respuestas para obtener información confiable. De antemano agradecemos su sinceridad y apoyo.

Si alguna de las preguntas no son aplicables a usted, sea porque son dirigidas al sexo femenino en particular, o por alguna otra razón, puede dejar el espacio en blanco.

#### Características socio demográfico.

1. Edad:
2. Sexo:

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

3. Etnia: \_\_\_\_\_
4. Departamento de procedencia: \_\_\_\_\_
5. Estado civil:
  - a) Solter@
  - b) Casad@
  - c) Unión libre
  - d) Divorciad@
  - e) Viud@
6. Religión:
  - a) Católica
  - b) Evangélica
  - c) Mormón
  - d) Testigo de Jehová
  - e) Otro:  
Especifique:

#### • Planificación familiar y vida sexual

7. ¿Ha tenido relaciones sexuales?
  - a) SI
  - b) NO
8. ¿A qué edad inició su vida sexual? \_\_\_\_
9. ¿Tiene vida sexual activa?
  - a) SI
  - b) NO

### Conocimiento

1. La Píldora Para la Mañana Siguiete (PPMS) es un método de planificación familiar	SI	NO
2. La píldora se utiliza en las 72 hrs posteriores a la relación sexual sin protección.		
3. Se puede utilizar estando embarazada		
4. Según las indicaciones, se pueden tomar 4 píldoras al año		
5. La PPMS pueden causar nauseas y vómitos		
6. Otros síntomas que puede causar son sensibilidad en mamas, sangrado irregular, mareos, cefaleas e irritabilidad		
7. La PPMS causan complicaciones como: cáncer, ausencia de sangrado menstrual, infertilidad, intoxicación y muerte.		
8. Las PPMS te protegen de las ITS		

9. Que otro método de anticoncepción de emergencia conoce.

\_\_\_\_\_

10. Respecto al uso del coitus interruptus como método de anticoncepción de emergencia, indique lo **falso**:

- a) Es uno de los métodos más confiables para prevenir un embarazo.
- b) Consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual retirando el pene de la vagina antes de la eyaculación.
- c) Su principal razón de fallo es la fuga de semen y espermatozoides por la uretra antes de la eyaculación.
- d) Su efectividad anticonceptiva es baja

11. Indique falso o verdadero según corresponda sobre el uso de DIU como AE

- a) Es un método con baja efectividad \_\_\_\_\_
  - b) Debe aplicarse lo mas pronto posible, antes de 10 días posterior a la relación sexual sin protección. \_\_\_\_\_
  - c) Se coloca en la vagina, cerca del orificio cervical. \_\_\_\_\_
  - d) Es útil cuando no se pueden utilizar los métodos hormonales, porque han transcurrido más de 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección.
- \_\_\_\_\_

12. Indique falso o verdadero según corresponda sobre el uso de meloxican como AE

- 1) Es un anticonceptivo de tipo hormonal que inhibe la ovulación. \_\_\_\_\_
- 2) El meloxican altera el sistema endocrino y causa alteraciones menstruales. \_\_\_\_\_
- 3) Es de fácil acceso y se utiliza como anti-inflamatorio. \_\_\_\_\_
- 4) En combinación con levonorgestrel es más efectiva como \_\_\_\_\_ anticonceptivo de emergencia. \_\_\_\_\_

### Practica

	SI	NO	NO APLICA
1. Ha utilizado alguna vez la PPMS			
2. Ha utilizado AE en un intervalo menor de tres meses			
3. Ha utilizado alguna vez el Meloxicam como método anticonceptivo de emergencia			
4. Ha utilizado alguna vez la ulipristal como método anticonceptivo de emergencia			
5. Ha utilizado alguna vez el coito interruptus como método anticonceptivo de emergencia			
6. Usted utiliza los métodos Anticonceptivos de emergencia cada vez que tiene relaciones sin protección.			
7. A usted le han puesto una T de cobre como método de anticoncepción de emergencias al 5to día de una relación sexual sin protección			
8. ¿ siempre que usas la pastilla o la inyección tienes problemas en el sangrado menstrual			
9. ¿Es frecuente que esta pastilla de la mañana siguiente se la den en un centro de salud o hospital?			

10. ¿Con que frecuencia utiliza los anticonceptivos de emergencia?

- 1 vez al mes
- Cada dos meses
- Cada tres meses o mas

### Actitud

	TdA	A	I	ED	TeD
1) Es recomendable el uso de anticonceptivos de emergencia.					
2) El uso de anticonceptivos de emergencia es un buen método de planificación.					
3) No es importante saber en que día de su periodo está.					
4) Es fundamental saber el tiempo transcurrido desde la relación sexual hasta el momento de la toma del anticonceptivo de emergencia.					
5) Todos los universitarios deberían de tener información sobre métodos anticonceptivos.					
6) Cree que la PPMS, puede causar graves daños en el cuerpo al usarla mucho.					
7) Cree usted que esta inyección o pastilla sea					

para abortar.					
8) Cree que todas las mujeres jóvenes y adultas tienen el derecho a usar la PPMS.					
9) Cree usted que este método debe usarlo solamente, cuando se lo explique un profesional de la salud.					
10) Cree usted que el MINSA debe dar esta pastilla o inyección en sus unidades para dar solución a embarazos no deseados.					
11) Con su nivel de conocimiento actual, recomendaría el uso de AE.					

**TdA**= Totalmente de acuerdo      **A**= Acuerdo      **I** =Indeciso      **ED**= En Desacuerdo      **TeD**= Totalmente en Desacuerdo

**1. ¿Cual es su fuente de información sobre anticonceptivos de emergencia?**

- a) Internet
- b) Libros
- c) Consulta con un especialistas
- d) Amigos
- e) Familiares
- f) Otros. Especifique: \_\_\_\_\_

**2. ¿Por qué decidió usar el método anticonceptivo de emergencia?**

- a) Sostuvo relaciones sin estar planificando
- b) Lo usa como método de planificación.
- c) No cumplió correctamente su método de planificación.
- d) Se rompió el condón
- e) Su método de planificación no le brinda confianza.
- f) Otro. Especifique \_\_\_\_

**3. Si decidió no utilizar ningún método de emergencia. ¿Por qué?**

- a) No confiaba en los métodos de emergencia.
- b) No estaban disponibles.
- c) No estaba bien informado sobre el tema.
- d) Le provoca muchas reacciones adversas.
- e) Porque es abortiva
- f) Por sus creencias religiosas
- g) Otro. Especifique:

## Tablas de salida.

### CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICO

Tabla 1

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL GRUPO DE ESTUDIO EXPRESADO EN FRECUENCIAS Y PORCENTAJES**

*n* = 133

GRUPOS ETAREOS	FRECUENCIA	%
<b>EDAD</b>		
< 19 años	6.00	5%
19- 25 años	114.00	86%
> 25 años	13.00	10%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	48.00	36%
Femenino	85.00	64%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>
<b>Etnia</b>		
Mestizo	132.00	99%
Misquitos	1.00	1%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteros	100.00	75%
Casado	16.00	12%
Unión Libre	16.00	12%
Viudo	1.00	1%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>
<b>Religión</b>		
Católica	96.00	72%
Evangélica	23.00	17%
Mormón	2.00	2%
Ninguna	8.00	6%
Adventista	3.00	2%
Moravo	1.00	1%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta



**Tabla 2- PROCEDENCIA POR DEPARTAMENTO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EXPRESADA EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE**

**n=133**

<b>Departamentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Boaco	2.00	1.50
Carazo	2.00	1.50
Chinandega	2.00	1.50
Chontales	8.00	6.02
Estelí	9.00	6.77
Granada	8.00	6.02
Jinotega	1.00	0.75
León	4.00	3.01
Madriz	1.00	0.75
Managua	64.00	48.12
Masaya	15.00	11.28
Matagalpa	2.00	1.50
Nueva Segovia	5.00	3.76
RAAN	1.00	0.75
RAAS	2.00	1.50
Río San Juan	4.00	3.01
Rivas	3.00	2.26
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Encuesta**

## PLANIFICACION FAMILIAR Y VIDA SEXUAL

**Tabla 3 – INDIVIDUOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES EXPRESADAS EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE**

*n* = 133

RELACIONES SEXUALES	Frecuencia	%
SI	96.00	72%
NO	37.00	28%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

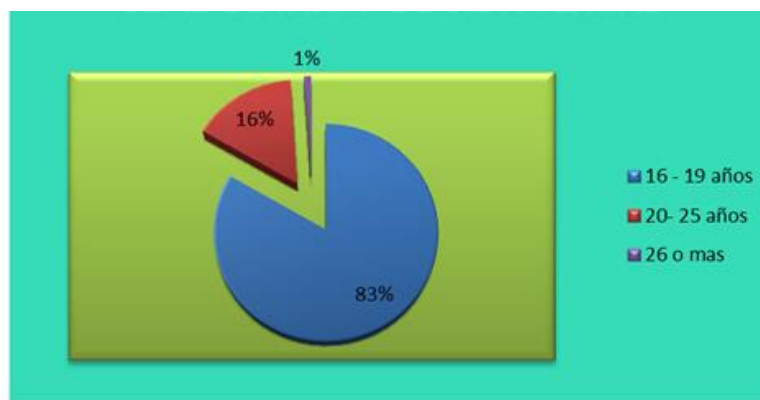
**Tabla 4 - EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS INDIVIDUOS A ESTUDIOS**

*n* = 96

INICIO DE VIDA SEXUAL	Frecuencia	%
< 19 años	80.00	83%
19- 25 años	15.00	16%
> 25 años	1.00	1%
<b>TOTAL</b>	<b>96.00</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

**Gráfico 1. Edad de inicio de vida sexual.**



Fuente tabla 4

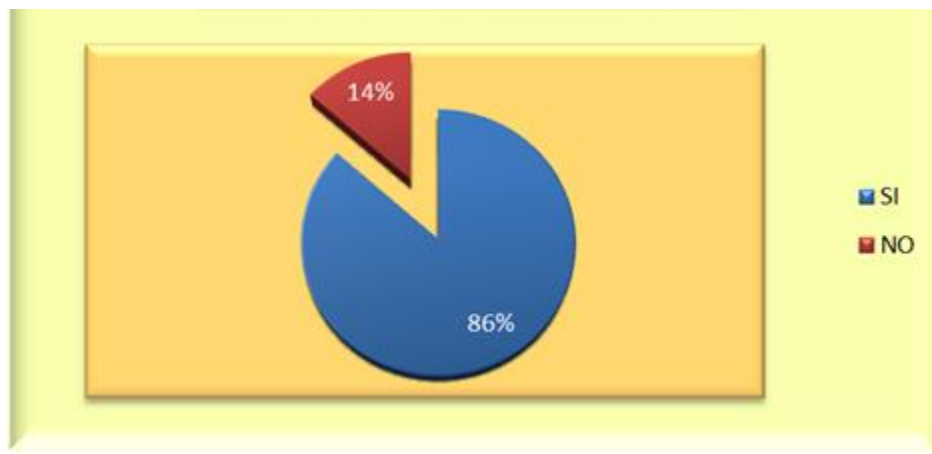
**Tabla 5 – INDIVIDUOS QUE TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA EXPRESADA EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE**

**n = 96**

VARIABLE	Frecuencia	%
SI	83.00	86%
NO	13.00	14%
<b>TOTAL</b>	<b>96.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

**Grafico 2. Individuos que tiene vida sexual activa**



**Grafico 2 – FUENTE TABLA 5**

## CONOCIMIENTO

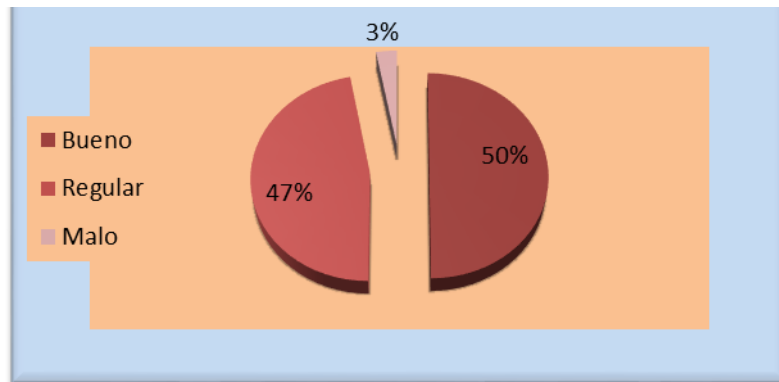
**Tabla 6- NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**

*n* = 133

Nivel de Conocimiento General	Frecuencia	%
Bueno	67.00	50%
Regular	62.00	47%
Malo	4.00	3%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

**Grafico 3. CONOCIMIENTO SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**



**Grafico 3- FUENTE TABLA 6**

**Tabla 7 - CONOCIMIENTO SOBRE PPMS COMO METODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA**

**n = 133**

Conocimiento de Anticonceptivos	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1. La Píldora Para la Mañana Siguiete (PPMS) es un método de planificación familiar	31.00	23%	102.00	77%	133.00	100%
2. La píldora se utiliza en las 72 hrs posterior a la relación sexual sin protección.	54.00	41%	79.00	59%	133.00	100%
3. Se puede utilizar estando embarazada	8.00	6%	125.00	94%	133.00	100%
4. Según las indicaciones, se pueden tomar 4 píldoras al año	46.00	35%	87.00	65%	133.00	100%
5. La PPMS pueden causar nauseas y vómitos	106.00	80%	27.00	20%	133.00	100%
6. Otros síntomas que puede causar son sensibilidad en mamas, sangrado irregular, mareos, cefaleas e irritabilidad	110.00	82%	23.00	18%	133.00	100%
7. La PPMS causan complicaciones como: cáncer, ausencia de sangrado menstrual, infertilidad, intoxicación y muerte.	86.00	65%	47.00	35%	133.00	100%
8. Las PPMS te protegen de las ITS	5.00	4%	128.00	96%	133.00	100%

**Fuente: Encuesta**

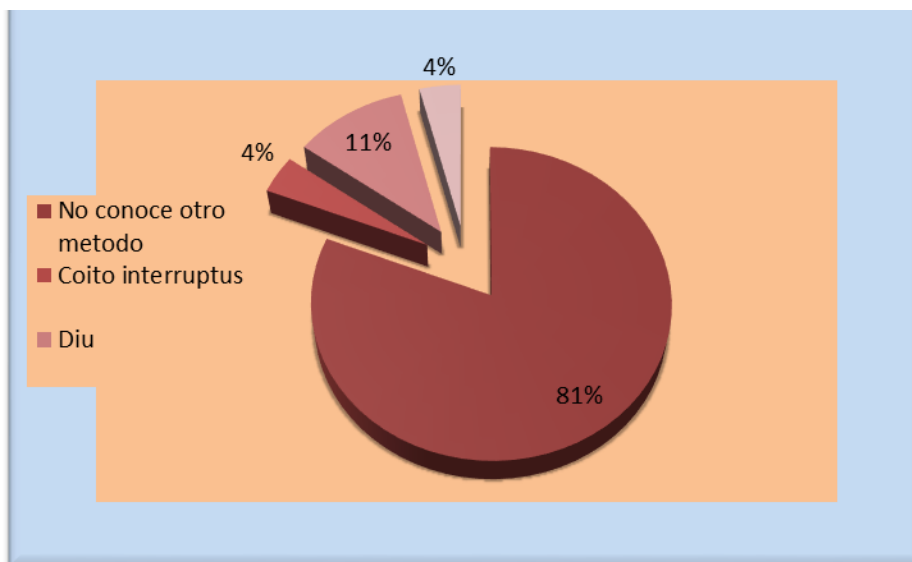
**Tabla 8 - MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA CONOCIDAS POR LA POBLACION EN ESTUDIO**

**n = 133**

Variable	Frecuencia	%
No conoce otro metodo	108.00	81%
Coito interruptus	5.00	4%
Diu	15.00	11%
Meloxican	5.00	4%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

**Grafico 4. MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA CONOCIDAS POR LA POBLACION EN ESTUDIO**



**Grafico 4 – FUENTE TABLA 8**

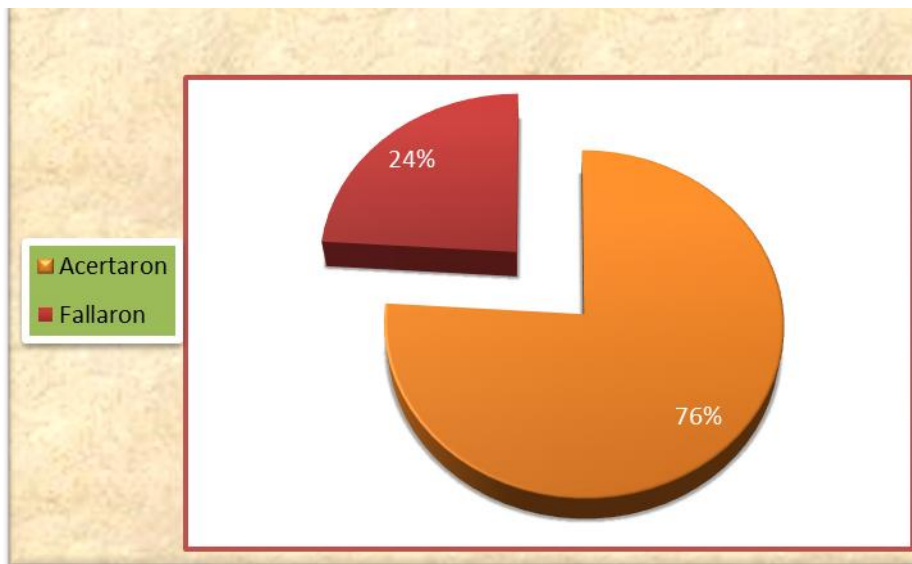
**Tabla 9 - COITUS INTERRUPTUS COMO MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, INDIQUE LO FALSO**

**n = 133**

Variable	Frecuencia	%
Acertaron	101.00	76%
Fallaron	32.00	24%
<b>TOTAL</b>	<b>133.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

**Grafico 5. COITUS INTERRUPTUS COMO MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, INDIQUE LO FALSO**



**Grafico 5 - FUENTE TABLA 9**

**Tabla 10 - CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DE DIU COMO METODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA**

**n = 133**

USO DE DIU COMO AE	ACERTARON		FALLARON		TOTAL	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Es un método con baja efectividad	115.00	86%	18.00	14%	133.00	100%
Debe aplicarse lo mas pronto posible, antes de 10 días posterior a la relación sexual sin protección	97.00	73%	36.00	27%	133.00	100%
Se coloca en la vagina, cerca del orificio cervical	73.00	55%	60.00	45%	133.00	100%
Es útil cuando no se pueden utilizar los métodos hormonales, porque han transcurrido mas de 72 horas posterior a la relación sexual sin protección	37.00	28%	96.00	72%	133.00	100%

**Fuente: Encuesta**

**Tabla 11 – CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DE MELOXICAN COMO METODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA**

**n = 133**

USO DE MELOXICAN COMO AE	ACERTARON		FALLARON		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Es un anticonceptivo de tipo hormonal que inhibe la ovulación <sup>1)</sup> Es un anticonceptivo de tipo hormonal que inhibe la ovulación	50.00	38%	83.00	62%	133.00	100%
El meloxican altera el sistema endocrino y causa alteraciones menstruales	39.00	29%	94.00	71%	133.00	100%
Es de fácil acceso y se utiliza como anti-inflamatorio <sup>3)</sup> Es de fácil acceso y se utiliza como anti-inflamatorio	68.00	51%	65.00	49%	133.00	100%
En combinación con levonorgestrel es mas efectiva como anticonceptivo de emergencia	36.00	27%	97.00	73%	133.00	100%

**Fuente: Encuesta**



## PRACTICA

**Tabla 12 - PRACTICA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA**

*n* = 96

Uso de Metodos de Anticonceptivos	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1. Ha utilizado alguna vez la PPMS	72.00	75%	24.00	25%	96.00	100%
2. Ha utilizado AE en un intervalo menor de tres meses	47.00	49%	49.00	51%	96.00	100%
3. Ha utilizado alguna vez el Meloxicam como método anticonceptivo de emergencia	-	0%	96.00	100%	96.00	100%
4. Ha utilizado alguna vez la ulipristal como método anticonceptivo de emergencia	-	0%	96.00	100%	96.00	100%
5. Ha utilizado alguna vez el coito interruptus como método anticonceptivo de emergencia	67.00	70%	29.00	30%	96.00	100%
6. Usted utiliza los métodos Anticonceptivos de emergencia cada vez que tiene relaciones sin protección.	24.00	25%	72.00	75%	96.00	100%
7. A usted le han puesto una T de cobre como método de anticoncepción de emergencias al 5to día de una relación sexual sin protección	1.00	1%	95.00	99%	96.00	100%
8. ¿ siempre que usas la pastilla o la inyección tienes problemas en el sangrado menstrual	16.00	17%	80.00	83%	96.00	100%
9. ¿ Es frecuente que esta pastilla de la mañana siguiente se la den en un centro de salud o hospital?	96.00	100%	-	0%	96.00	100%

**Fuente: Encuesta**

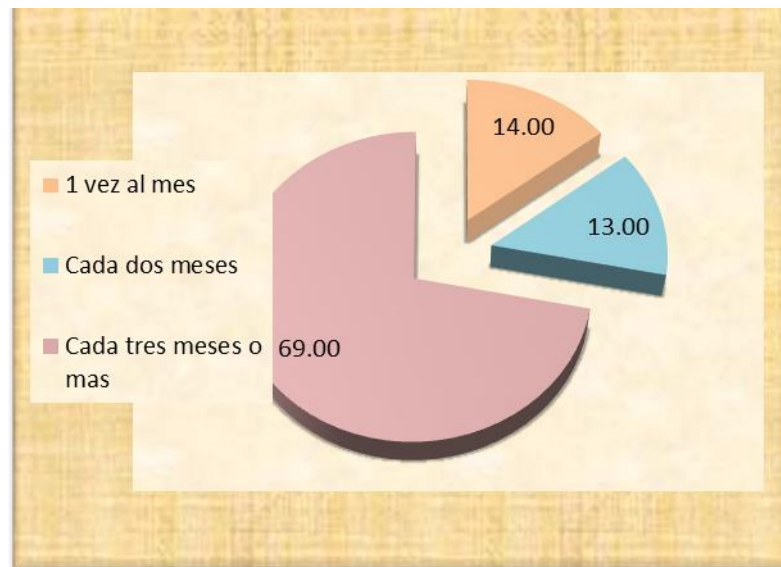
**Tabla 13 - Frecuencia con que utilizan los anticonceptivos de emergencia**

***n = 96***

<b>Frecuencia de uso de los anticonceptivos de emergencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1 vez al mes	14.00	15%
Cada dos meses	13.00	14%
Cada tres meses o mas	69.00	72%
<b>TOTAL</b>	<b>96.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

**Grafico 6. Frecuencia con que utilizan los anticonceptivos de emergencia**



**Grafico 6 – FUENTE TABLA 13**

**Tabla 14 – PRACTICA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**

**n = 96**

Practica	Frecuencia	%
Con riesgo	72.00	75%
Sin riesgo	24.00	25%
<b>TOTAL</b>	<b>96.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

## ACTITUD

**Tabla 15 – ACTITUD DE LA POBLACION ENCUESTADA HACIA LOS ANTICONCEPTIVOS EMERGENCIA**

**n = 96**

Actitud ante el uso de Anticonceptivos	TdA		A		I		ED		TeD		TOTAL	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
1)Es recomendable el uso de anticonceptivos de emergencia.	10	8%	20	15%	38	29%	33	25%	32	24%	133	100%
2)El uso de anticonceptivos de emergencia es un buen método de planificación.	7	5%	6	5%	16	12%	30	23%	74	56%	133	100%
3) No es importante saber en que día de su periodo está.	14	11%	7	5%	15	11%	17	13%	80	60%	133	100%
4)Es fundamental saber el tiempo transcurrido desde la relación sexual hasta el momento de la toma del anticonceptivo de emergencia.	80	60%	28	21%	15	11%	1	1%	9	7%	133	100%
5) Has utilizado algun metodo anticonceptivo de emergencia recientemente	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%	0	0%	0	100%
6)Todos los universitarios deberían de tener información sobre métodos anticonceptivos.	106	80%	12	9%	10	8%	3	2%	2	2%	133	100%
7)Cree que la PPMS, puede causar graves daños en el cuerpo al usarla mucho.	70	53%	41	31%	15	11%	3	2%	4	3%	133	100%
8) Cree usted que esta inyección o pastilla sea para abortar.	22	17%	17	13%	43	32%	13	10%	38	29%	133	100%
9) Cree que todas las mujeres jóvenes y adultas tienen el derecho a usar la PPMS.	30	23%	26	20%	49	37%	13	10%	15	11%	133	100%
10) Cree usted que este método debe usarlo solamente, cuando se lo explique un profesional de la salud.	58	44%	38	29%	22	17%	5	4%	10	8%	133	100%
11) Cree usted que el MINSA debe dar esta pastilla o inyección en su unidades para dar solución a embarazos no deseados.	18	14%	20	15%	29	22%	18	14%	48	36%	133	100%
12) Con su nivel de conocimiento actual, recomendaría el uso de AE.	24	18%	23	17%	32	24%	23	17%	31	23%	133	100%

**Fuente: Encuesta**

**Tabla 16 – ACTITUD SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**

**n = 96**

Practica	Frecuencia	%
Buena	30.00	31%
Mala	66.00	69%
<b>TOTAL</b>	<b>96.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

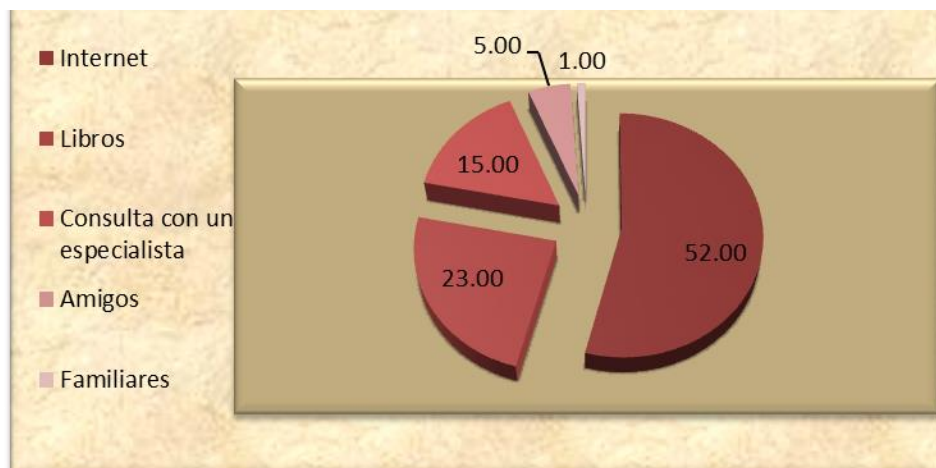
**Tabla 17 - FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**

**n = 96**

Fuente de información sobre anticonceptivos de emergencia	Frecuencia	%
Internet	52.00	54%
Libros	23.00	24%
Consulta con un especialista	15.00	16%
Amigos	5.00	5%
Familiares	1.00	1%
Otros	-	0%
<b>TOTAL</b>	<b>96.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

**Grafico 7. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**



**Grafico 7 – FUENTE TABLA 17**

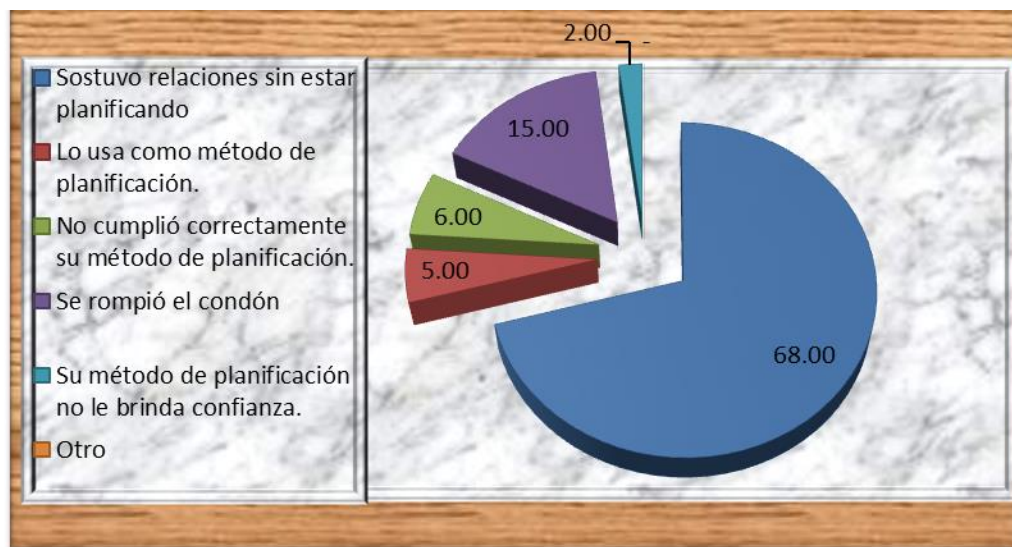
**Tabla 18 – RAZONES DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA**

**n = 96**

RAZON DE USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA	Frecuencia	%
Sostuvo relaciones sin estar planificando	68.00	71%
Lo usa como método de planificación.	5.00	5%
No cumplió correctamente su método de planificación.	6.00	6%
Se rompió el condón	15.00	16%
Su método de planificación no le brinda confianza.	2.00	2%
Otro	-	0%
<b>TOTAL</b>	<b>96.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

**Grafico 8. RAZONES DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA**



**Grafico 8 – FUENTE TABLA 18**

**Tabla 19 – RAZONES DEL NO USO DE METODOS DE EMERGENCIA**

**n = 96**

<b>Razones para no utilizar ningún método de emergencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No confiaba en los métodos de emergencia.	17.00	52%
No estaban disponibles.	10.00	
No estaba bien informado sobre el tema.	1.00	3%
Le provoca muchas reacciones adversas.	-	0%
Porqué es abortiva	-	0%
Por sus creencias religiosas	1.00	3%
Otro	4.00	12%
<b>TOTAL</b>	<b>33.00</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Encuesta**

**Grafico 9. RAZONES DEL NO USO DE METODOS DE EMERGENCIA**



**Grafico 9 – FUENTE TABLA 19**

## PRESUPUESTO

Item	Descripción	Cantidad	Precio unitario	Precio Total
<b>PRIMERA FASE</b>				
<b>ENCUESTA</b>				
1	Alquiler de máquinas (horas)	150	15.00	2,250.00
2	Impresiones	12	5.00	60.00
3	Fotocopias	133	0.50	66.50
4	Pasajes			600.00
	<b>SUB TOTAL</b>			<b>2,976.50</b>
<b>SEGUNDA FASE</b>				
<b>MONOGRAFIA</b>				
1	Alquiler de máquinas (horas)	400	15.00	6,000.00
2	Impresiones	600	1.00	600.00
3	Encolochados	5	60.00	300.00
4	Pasajes			1,000.00
	<b>SUB TOTAL</b>			<b>7,900.00</b>
	<b>TOTAL</b>			<b>10,876.50</b>