



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

***“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN
DE EMERGENCIA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
CENTRO DE SALUD HUALMAY - 2015”***

BACHILLER

NICHO TORRES, BRENDA EMPERATRIZ

HUACHO - PERÚ

2016

DEDICATORIA

Este Trabajo de Investigación se lo dedico a Dios y a mi familia por apoyarme ayer, hoy y siempre. Y en especial se le dedico a mi persona favorita, dueño de mi Corazón mi querido hijo Benjamín.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la oportunidad de vivir y las fuerzas suficientes para poder culminar mi Carrera Profesional.

A mis Padres y familiares cercanos por el apoyo incondicional que siempre me han brindado a lo largo de mi vida

A mis profesores, por haberme transmitido sus conocimientos y darme siempre lo mejor de ellos.

A las mujeres que participaron en la presente investigación.

RESUMEN

La Anticoncepción Oral de Emergencia está considerada como el único método que se puede utilizar después de una relación sexual no protegida y por eso tiene el potencial para prevenir embarazos no deseados y con ello abortos provocados en situaciones de ilegalidad, que pone en riesgo la vida y la salud de miles de mujeres a nivel mundial.

Objetivo Principal: Determinar el Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

Método y Materiales: Estudio transversal, descriptivo, cualitativo no experimental. Tuvo como muestra a 250 Mujeres en Edad Fértil (MEF) en el Centro de Salud Hualmay. Se utilizó un cuestionario que incluyó variables sobre: Perfil de la MEF y Conocimiento sobre Anticoncepción Oral de Emergencia.

Resultados: El Perfil de la MEF es mujer entre 20 – 24 años, Conviviente, con nivel secundario, que tiene de 2 a más hijos, y el Método Anticonceptivo de uso frecuente es el Parenteral. Se estableció que el Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en las mujeres en edad fértil es Medio (67.2%). El 96 % conoce la definición, el mecanismo de acción (89.6 %), Indicaciones (96.4 %), Contraindicaciones (50%) y los Efectos Secundarios más frecuentes (97.2 %). Así mismo sólo el 16.8 % tiene un conocimiento claro sobre el uso correcto del mismo y el 77.6 % refiere que el Anticonceptivo Oral de Emergencia puede ser usado con frecuencia.

Conclusiones: Las MEF tienen un el Nivel de Conocimiento Medio sobre Anticoncepción de Emergencia, siendo su uso y eficacia los ítems donde no hay un conocimiento claro y adecuado.

Palabras clave: Anticoncepción oral de emergencia, Mujeres en Edad Fértil, Nivel de Conocimiento.

ABSTRACT

Oral Emergency Contraception is considered the only method that can be used after unprotected sex and therefore has the potential to prevent unwanted pregnancies and therefore abortions in situations of illegality, threatening life and the health of thousands of women worldwide.

Main Objective: To determine the level of knowledge about Emergency Contraception in Women of Reproductive Age Health Center Hualmay – 2015.

Method and Materials: transversal, descriptive, qualitative non-experimental study. He was to show 250 women of childbearing age (MEF) at the Center for Health Hualmay. Profile MEF and Knowledge about Oral Emergency Contraception. A questionnaire that included variables was used.

Results: The profile MEF is a woman between 20-24 years Attached with secondary level, having from 2 to more children, and contraceptive method often used is Parenteral. It was established that the level of knowledge about emergency contraception in women of childbearing age is Medium (67.2 %). 6 % know the definition, the mechanism of action (89.6 %) , Information (96.4 %) , Contraindications (50%) and the most common side effects (97.2 %). Likewise, only 16.8 % have a clear understanding on the proper use of it and 77.6 % reported that the Oral Emergency Contraception can be used frequently.

Conclusions: The MEF have the average level of knowledge about emergency contraception, and its use and effectiveness items where there is no clear and consistent understanding.

Keywords: Oral Emergency Contraception, women of childbearing age , level of knowledge.

ÍNDICE

Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Indice.....	vi
Introducción	08

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2. Delimitación de la investigación	13
1.2.1. Delimitación temporal	13
1.2.2. Delimitación geográfica.....	13
1.2.3. Delimitación social	13
1.3. Formulación del problema.....	13
1.3.1. Problema principal	13
1.3.2. Problemas secundarios	13
1.4. Objetivos de la investigación.....	14
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
1.5. Hipótesis de la Investigación	16
1.6. Justificación e Importancia de la investigación	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	19
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos básicos.....	40

**CAPÍTULO III:
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Tipo de Investigación.....	42
3.2. Diseño de la Investigación.....	43
3.3. Población y muestra de la investigación	43
3.3.1. Población.....	43
3.3.2. Muestra	43
3.4. Variables, dimensiones e indicadores	45
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.5.1. Técnicas	46
3.5.2. Instrumentos	47
3.6 Procedimientos.....	47

**CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. Resultados	48
4.2. Discusión.....	70

CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXOS.....	80
Matriz de Conocimiento.....	81
Modelo de Encuesta	83

INTRODUCCION

La Anticoncepción de Emergencia y los Métodos Anticonceptivos particular han sido desde siempre un tema de gran interés y por sí mismos generan gran controversia dado que implican no sólo situaciones biológicas sino también connotaciones sociales, éticas y religiosas. Por tal motivo y por medio de diversas instancias, públicas y privadas se ha puesto especial énfasis al respecto, ya que una información mal difundida puede ser la causa de situaciones de embarazos no deseados, abortos inducidos o mal tratados que pueden conllevar incluso a la muerte de las mujeres.

Perú, al igual que otros países de la Región, tiene tasas altas de embarazos no deseados, abortos arriesgados y mortalidad materna. Al mismo tiempo, la discriminación social y cultural contra las mujeres obstaculiza el acceso aún a los servicios de Salud Reproductiva.

El Anticonceptivo Oral de Emergencia al ser un medicamento avalado científicamente debería ser una herramienta muy importante para disminuir la incidencia de embarazos no deseados pero el conocimiento inadecuado de su uso y su frecuencia induce a que muchas mujeres lo usen de forma regular provocando que la pastilla pierda su efectividad, pues cabe recalcar que el consumo en lapsos muy cortos puede influir en los trastornos menstruales y en caso de no consumirla de forma adecuada, un embarazo no deseado.

Por ello el interés de realizar ésta Investigación con el propósito de conocer el Nivel de Conocimiento acerca de la Anticoncepción Oral de Emergencia en las Mujeres en Edad Fértil en el Centro de Salud Hualmay – año 2015.

La investigación se dividió en varios capítulos:

En el Capítulo I se realizó Planteamiento del Problema describiendo como se presenta la problemática a nivel mundial, nacional y local, realizando la delimitación de la Investigación, los objetivos, y la justificación de la misma.

En el Capítulo II se abordó los antecedentes del problema y se elaboró el marco teórico que fundamenta y sustenta la investigación realizada.

En el Capítulo III se aborda la Metodología, según el problema y los objetivos planteados. La investigación planteada es de tipo básica, no experimental, transversal, cualitativa y diseño descriptivo. La muestra lo constituyeron 250 Mujeres en Edad Fértil que acudieron al Centro de Salud Hualmay. Se realizó la operacionalización de las variables de estudio para a partir de ella poder elaborar en forma adecuada, fundamentada y sustentada el instrumento de recolección de datos, la Encuesta.

En el Capítulo IV se realizó el análisis e interpretación de datos, comparando los resultados finales de la investigación con las Investigaciones anteriores; para concluir con las Conclusiones y las Recomendaciones necesarias.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Planificación Familiar tiene beneficios tanto para las madres, recién nacidos, familias y comunidades. Los embarazos que ocurren tempranamente o demasiado tarde en la vida de una mujer afectan negativamente a la salud materna e incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer.

A pesar de la eficacia de los métodos anticonceptivos modernos, un gran número de embarazos no deseados todavía ocurren en todo el mundo y muchas mujeres buscan su terminación. Esto es un reflejo de la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

De los cerca de 46 millones de abortos al año en el Mundo, 22 millones de abortos aproximadamente que se producen, según cifras de la OMS, son inseguros; de los cuales el 98 % ocurre en Países en vías de desarrollo¹. Uno de cada ocho muertes maternas se produce por consecuencia del aborto y se estima que 47,000 muertes al año ocurren por abortos inseguros (13% de decesos maternos)¹.

Según datos de la OMS, América Latina y el Caribe es la región con la tasa de aborto inseguro más alta del mundo, situándose en 31 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. En nuestro país se calcula que cada año se producen más de 350 mil abortos inducidos que constituyen el 30 % de la Mortalidad Materna².

En ésta línea las Políticas Públicas integrales de información, educación y aseguramiento del acceso a Métodos Anticonceptivos modernos y eficaces, incluyendo la Anticoncepción de Emergencia (AE) cobran una especial relevancia en la prevención del embarazo no deseado y de abortos inducidos garantizando así el derecho a las personas sobre su propio cuerpo, en especial en contextos de alta desigualdad.

La Anticoncepción de Emergencia son métodos que la mujer puede utilizar para prevenir un embarazo después de tener relaciones sexuales no protegidas³.

Según ENDES 2013, el 71.5 % de Mujeres en edad Fértil usan algún método anticonceptivo moderno; de los cuales el 46 % han usado la Anticoncepción Oral de Emergencia⁴.

En América Latina, la incorporación de la información sobre Anticoncepción de Emergencia es reciente, y se fortalece con la creación del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE)¹ en el año 2001. El CLAE es un esfuerzo regional importante para introducir la AE, mostrar su importancia y buscar su aceptación por parte de las autoridades sanitarias, comprobándose dicha aceptación a través de la inclusión de la Anticoncepción de Emergencia en la normativa oficial de atención a la salud de las mujeres.

La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) ingresa a nuestro País en el año 2001 siendo instaurada dentro de los Programas de Planificación Familiar, pero no fue implementada adecuadamente. Posteriormente en el año 2003 fue retirado por el Ministerio de Salud al no ser aceptada por la Comisión de Alto Nivel creada para evaluar de manera multidisciplinaria este método. Recién en el año 2004 se instaura en el programa de Planificación Familiar estos fármacos, lo cual se dio en medio de un clima polémico y lleno de controversias debido al efecto post-fertilización que en algunos sectores es considerado abortivo y la defensa de otros para lograr implementar este método en el Sistema de Salud⁵.

Actualmente los Anticonceptivos Orales de Emergencia sólo se encuentran disponibles en el Sector Privado, siendo vendidos sin receta médica en las diferentes farmacias de nuestro país, de forma indiscriminada; lo cual, está provocando que sea utilizado como Método Anticonceptivo de primera elección en vez de otros, que además de prevenir un embarazo no deseado evitan también la posibilidad de padecer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como es el preservativo, tanto femenino, como masculino. Este uso reiterativo de la Anticoncepción Oral de Emergencia condiciona que las mujeres en edad fértil sometan a su organismo a choques hormonales muy fuertes lo cual altera el ciclo menstrual de las mismas⁶.

La población de Mujeres en Edad Fértil (MEF) del Distrito de Hualmay no se encuentra exenta a esta realidad nacional. En el Centro de Salud Hualmay se han atendido usuarias que refieren que por lo menos 1 vez han tomado el Anticonceptivo Oral de Emergencia pero desconocen información fidedigna sobre el mismo; inclusive algunas de ellas han presentado efectos secundarios sin que ellas sean conscientes que la causa es debido al uso de Anticonceptivo Oral de Emergencia.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. DELIMITACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizará en el lapso de 4 meses, de Setiembre a Diciembre del 2015.

1.2.2. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA:

Se realizará en las instalaciones del Centro de Salud Hualmay, ubicado en el Distrito de Hualmay, Provincia Huaura, Departamento de Lima.

1.2.3. DELIMITACIÓN SOCIAL:

Mujeres en Edad Fértil usuarias del Centro de Salud Hualmay.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

a) ¿Cuál es el Perfil de la Mujer en Edad Fértil que acude al Centro de Salud Hualmay – 2015?

- b) ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre la Definición de la Anticoncepción Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?

- c) ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre el Mecanismo de Acción del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?

- d) ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre el Modo de Uso del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil usuarias del Centro de Salud Hualmay - 2015?

- e) ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre la Eficacia del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?

- f) ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre las Indicaciones y Contraindicaciones del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?

- g) ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre los Efectos Secundarios del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir el Perfil de la Mujer en Edad Fértil que acude al Centro de Salud Hualmay – 2015.

- b) Identificar el Nivel de Conocimiento sobre la Definición de la Anticoncepción Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

- c) Identificar el Nivel de Conocimiento sobre el Mecanismo de Acción del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

- d) Identificar el Nivel de Conocimiento sobre el Modo de Uso del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

- e) Identificar el Nivel de Conocimiento sobre la Eficacia del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

f) Identificar el Nivel de Conocimiento sobre las Indicaciones y Contraindicaciones del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

g) Identificar el Nivel de Conocimiento sobre los Efectos Secundarios del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

En esta Investigación no es necesaria la formulación de una hipótesis, ya que ésta no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis).

1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El conocimiento acerca de los Métodos Anticonceptivos es de vital importancia para la Salud Sexual y Reproductiva de las personas, para la planificación familiar y especialmente para evitar embarazos no deseados.

El Representante de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú, mediante informe presentado el 12 de Octubre del 2006, señaló: “La Comunidad Científica Internacional coincide plenamente en que la Anticoncepción Oral de emergencia no es abortiva y no impide la implantación de un óvulo fecundador ya que no tiene efectos sobre el endometrio”. Esta afirmación está respaldada por el trabajo de Instituciones Científicas de amplio prestigio internacional. No existe un solo estudio científico que demuestre que la Anticoncepción Oral de Emergencia tiene un efecto abortivo⁷.

La introducción de la Anticoncepción de Emergencia se justifica por la existencia de tres problemas de Salud Pública existentes en América Latina: el alto índice de embarazos en adolescentes, el aborto inseguro y las consecuencias del embarazo no deseado para los niños y sus familias⁸.

Los anticonceptivos de emergencia son métodos que la mujer puede utilizar para prevenir un embarazo no deseado después de tener relaciones sexuales no protegidas.

Esta ha empezado a ser utilizada por muchas mujeres, especialmente las más jóvenes, como un método anticonceptivo más; es decir, no utilizan habitualmente ningún método de anticoncepción preventivo, y si tienen una relación sexual, de las que se denominan desprotegidas, se recurre a la Anticoncepción de Emergencia.

El Ministerio de Salud por percances legales aun no puede distribuir gratuitamente dentro de su Programa de Planificación Familiar la Anticoncepción Oral de Emergencia, lo cual en cierta medida no permite que a las mujeres en edad fértil se les pueda brindar la información necesaria para usarlo de manera correcta y eficaz⁵.

Las causas y consecuencias del uso excesivo del Anticonceptivo Oral de Emergencia son muchas; entre el principal encontramos que hay un desajuste hormonal y no se sabe en qué momento la mujer está ovulando. Entonces se perderá la posibilidad de predecir los días fértiles; por lo tanto, puede quedar embarazada en la próxima relación sexual.

Es fundamental que los Médicos y todos los Profesionales de Salud involucrados se encuentren capacitados para entregar una oportuna y correcta información sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia.⁸.

Por ello es vital saber el conocimiento previo de las mujeres en edad fértil sobre la Anticoncepción de Emergencia ya que esto permitirá poder implementar estrategias para la efectiva difusión y consejería del mencionado tema.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

- Lituma G., (Ecuador, 2014) realizó la Tesis **“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los Adolescentes escolarizados de la Ciudad de Cuenca”**, siendo su objetivo principal determinar los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los Adolescentes. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, teniendo como muestra a 525 adolescentes escolarizados de 15 a 19 años. Resultados: El 34,9% de adolescentes afirmaron ser sexualmente activos, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 15,3 años. El 86,3% ha escuchado hablar sobre anticoncepción oral de emergencia, porcentajes que disminuyeron al explorar el conocimiento con más precisión; 74,3% tienen actitudes positivas hacia este método, el 52,8% de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales la usaron alguna vez. Conclusiones:

Los conocimientos acerca de la anticoncepción oral de emergencia de los adolescentes escolarizados fueron parciales, y a pesar de presentar actitudes positivas ante este método contraceptivo su aplicación fue insuficiente⁹.

- Zepeda, E., Del Castillo S., (México, 2011) realizó la Tesis **“Conocimiento y Uso de la Píldora de Emergencia en estudiantes de Preparatoria”** siendo su objetivo principal determinar el conocimiento y el uso de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE). El estudio fue de tipo exploratorio, transversal; la muestra estudiada fue de 178 alumnas, de 14 a 19 años de edad. Resultados: El 98.8% de las estudiantes ha oído hablar de la píldora anticonceptiva de emergencia y el 87.1% de las adolescentes conoce en qué momento debe tomarse la PAE. El 20.2% ha tenido relaciones sexuales. En relación al uso de la pastilla, el 13.5% la ha consumido, 66.6% la consumió por tener relaciones sexuales sin protección, 58% se la recomendó su pareja, y el grupo que más ha utilizado la PAE corresponde al quinto semestre con un 50%¹⁰.

- Fernández J. et al, (Venezuela, 2008), realizaron la Investigación **“Anticoncepción de emergencia: percepción y conocimiento en nuevas usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Materno Infantil del Este”**, Venezuela. Su objetivo fue determinar el Nivel de Conocimiento sobre la Anticoncepción de Emergencia en nuevas usuarias de un Servicio de Planificación Familiar. El Estudio fue prospectivo de cohorte, en el cual se entrevistaron 232 usuarias que acudieron por primera vez al servicio de planificación familiar, en busca de datos acerca del Conocimiento sobre la Anticoncepción de Emergencia. Los resultados fueron que el 48,28 % de las entrevistadas refiere tener información sobre la Anticoncepción de Emergencia pero ésta fue dada por un médico sólo en 15,52 %. El 93,53 % no conoce cómo utilizarla correctamente

y 63,36 % piensa que actúa provocando el aborto. Finalmente, sólo 12,07 % percibe la Anticoncepción de Emergencia como una alternativa contraceptiva segura y 13,36 % como una alternativa efectiva. Sus conclusiones fueron que existe una importante falta de conocimiento sobre la Anticoncepción de Emergencia y una percepción negativa de su efectividad y seguridad¹¹.

- Gómez P. et al, (Colombia, 2008) realizaron el estudio **“Anticoncepción de Emergencia Hormonal: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en estudiantes universitarias”**. Objetivo: determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre Anticoncepción de Emergencia en estudiantes de carreras de salud en una Universidad de Colombia. Materiales y métodos: estudio de corte transversal. Población: mujeres estudiantes de las carreras de salud de una universidad en Colombia. Tamaño muestral: 496 encuestas con base en supuesto conocimiento sobre anticoncepción de emergencia hormonal del 2%, con peor aceptable del 0.1% e intervalo de confianza del 99,99%. Los resultados encontrados fueron que en los últimos tres meses, 6 de cada 10 han tenido relaciones sexuales pero la tercera parte no ha utilizado ningún método anticonceptivo. Aunque 90% conocen la Anticoncepción de Emergencia Hormonal, sólo la tercera parte identifica el verdadero mecanismo de acción. El 25% manifiesta no saber la efectividad de la Anticoncepción de Emergencia Hormonal y sólo el 2% conoce el tiempo límite de uso. Dos de cada 10 mujeres no están de acuerdo con su uso. Seis de cada 10 estudiantes la han utilizado alguna vez, 2% la ha utilizado hasta 4 veces, y el 17% ha cambiado su método rutinario por utilizar Anticoncepción de Emergencia Hormonal. El 80% la adquirió directamente en droguerías y el 12% en Profamilia. El 88% utilizó Anticoncepción de Emergencia Hormonal de sólo progestina, 11% Yuzpe y 1% DIU. Sus conclusiones fueron que la gran brecha encontrada entre conocimientos, actitudes y práctica

sobre Anticoncepción de Emergencia Hormonal en las encuestadas nos permite sugerir una intervención educativa sobre ello¹².

2.1.2 Antecedentes Nacionales

- Salinas, K., (Tacna, 2014) realizó la Tesis **“Conocimientos y actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman - 2014”**; teniendo como objetivo Identificar el Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia la Anticoncepción Oral de Emergencia en estudiantes adolescentes de la UNJBG. Fue un estudio de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal, siendo la muestra estudiantes entre 16 y 27 años, matriculados en el periodo 2014. Sus resultados fueron: El nivel de conocimiento bueno se ubica en las Facultades de estudio con 93,75%; seguido de conocimiento regular en 6,11% de estudiantes. El nivel de actitud favorable se determinó en 58,14 % de estudiantes, seguido de actitud poco favorable en 23,26 % de estudiantes y actitud desfavorable en 18,3; según sexo se observa que el nivel de actitud favorable se ubica en el sexo masculino con 67,44 %; y con nivel de actitud desfavorable está en el sexo femenino con 60, 0 %¹³.

- Arotoma, M. (Huaraz, 2014) realizó la Tesis **“Anticoncepción Oral de Emergencia: Conocimientos y Actitudes en Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNASAM”**; teniendo como objetivo Determinar el nivel de conocimiento y actitudes acerca del anticonceptivo oral de emergencia en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas. La Investigación fue descriptiva, prospectiva, analítica y de corte transversal, con una muestra de 338 estudiantes, usándose como instrumento un cuestionario de preguntas. Sus resultados: Respecto al nivel de conocimientos de la Anticoncepción Oral de Emergencia, el 55,3% de los estudiantes

tienen nivel medio, 29,6% de bajo nivel y solo el 15,1% tienen alto nivel; la actitud predominante en 54,4% fue de rechazo e indiferencia, mientras que de aceptación fue 45,6%. O igualmente; en concordancia a las actitudes hay preponderancia de rechazo e indiferencia¹⁴.

- Contreras H., (Tacna, 2012) realizó la Tesis “**Nivel de Conocimiento acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia en Adolescentes del nivel secundario de los Centros Educativos Carlos Armando Laura y Gerardo Arias Copaja**”, teniendo como objetivo Definir el Nivel de Conocimiento en los y las adolescentes de dos Centros Educativos. Fue una investigación no experimental, prospectiva, descriptiva; la muestra estuvo conformada por 237 adolescentes de 15 a 19 años. El estudio encontró que según el sexo, las adolescentes presentan un nivel de conocimiento alto, pero los varones presentan un nivel de conocimiento más elevado; en cuanto a los centros educativos, se pudo descubrir que ambos presentan un nivel de conocimiento alto acerca de la Anticoncepción oral de emergencia, encontrándose además que, el nivel de conocimiento del Centro Educativo Gerardo Arias Copaja es un tanto más elevado con un 50,94%¹⁵.

- Peña A., Aspilcueta D., Calderón J., Alzamora L. (Chimbote, 2008) realizaron un estudio “**Características de las usuarias que emplean Anticoncepción Oral de Emergencia en sedes INPPARES de Chimbote y Lima**”, teniendo como objetivo determinar las características demográficas, causa y tipo de Anticoncepción Oral de Emergencia empleado en usuarias del servicio de Salud Reproductiva de Inppares. El presente estudio fue exploratorio, transversal, y comparativo para lo cual se estudiaron dos grupos de usuarias de 108 usuarias de Chimbote y 68 usuarias de Lima, que conformaban la población total de usuarias de

Anticoncepción oral de emergencia, haciendo un total de 176 usuarias. Sus conclusiones fueron que el Anticonceptivo oral de emergencia es un método al que solamente accede población de estratos educativos de secundaria o superior, es empleado por parejas estables de 20 a 30 años. La causa principal para el empleo de la anticoncepción oral de emergencia fue el tener una relación sexual no protegida. El tiempo transcurrido entre el coito y la anticoncepción oral de emergencia fue de 33 horas \pm 18.71 horas¹⁶.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Salud Sexual y Reproductiva.

La Salud Reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva¹⁷.

La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo.

Este concepto implica el ejercicio de una Sexualidad Responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

2.2.2 Anticoncepción Oral de Emergencia

Son Métodos Anticonceptivos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no deseado¹⁸. Estos son los siguientes:

- Píldoras anticonceptivas de Levonorgestrel
- Píldoras anticonceptivos orales combinado o método Yuzpe (etinilestradiol / levonorgestrel)
- El Dispositivo Intrauterino de Cobre¹⁹.

Esta Investigación tratará solamente sobre el Anticonceptivo Oral de Emergencia compuesto de Levonorgestrel, el cual se encuentra a libre disposición para los usuarios en nuestro país.

2.2.2.1 Reseña Histórica

Para la prevención de una gestación después del coito sin protección, se han realizado multiplicidad de acciones empíricas y que carecen por completo de validez a la luz de los conocimientos actuales. En la antigüedad se utilizaron para evitar el embarazo inmediatamente después del coito: emplastos de estiércol de cocodrilo, grasa de conejo, mezclas de raíces, hierbas y vinagre, colocadas en la vagina. En estas lejanas épocas también se recomendaban la danza, los saltos y los estornudos, para expulsar los espermatozoides después de un coito sin protección. Para 1960 era frecuente el uso de la Coca-Cola en formas de duchas post coitales²⁰.

A mediados de los años setenta, el alemán pionero de la planificación familiar, Ary Haspels, fue el primero en administrar altas dosis de estrógenos post-coitales a una joven de 13 años de edad, víctima de abuso sexual, siendo el primer régimen de uso de hormonas esteroides para prevenir un embarazo no deseado. Para inicios de la década de los setenta, se administraba dietilestilbestrol a dosis elevadas de 25 mg dos veces al día por 15 días, iniciados en los primeros tres días después de un coito sin protección²⁰.

Desde 1974 el médico canadiense Albert Yuzpe propuso el esquema que se identifica como método de Yuzpe que consiste en administrar dos tabletas de anticonceptivos orales combinados de macrodosis que incluyan 50 &µg de etinilestradiol más 250 &µg de levonorgestrel antes de las primeras 72 horas de un coito sin protección, repitiendo la dosis 12 horas más tarde. Estas tabletas pueden ser tomadas de un estuche convencional de anticonceptivos orales combinados de macrodosis²¹.

Pronto se evidenció que dicho compuesto estaba relacionado con la adenosis vaginal y el adenocarcinoma de vagina en las hijas de mujeres que la habían utilizado, lo que llevo a buscar otros estrógenos que no tuviesen un efecto potencialmente teratogénico u oncogénico. El etinilestradiol reemplazó por completo al dietilestilbestrol dentro de la administración hormonal para después del coito sin protección²⁰.

En el año 2002, como resultado de un ensayo clínico realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), concluyeron que era igual de eficaz administrado en una sola dosis de 1.500 µg de Levonorgestrel y con un plazo hasta de 120 horas posteriores al coito²¹.

2.2.2.2 Levonorgestrel: Química y Farmacocinética

El Levonorgestrel (LNG) es el isómero I, activo, del Norgestrel, un potente gestágeno sintético perteneciente a la clase de los gonanos. Posee escasa acción androgénica y nula actividad estrogénica²².

Cuando se lo administra por vía oral, el Levonorgestrel tiene una biodisponibilidad alta pero variable, con una media de 94%. No sufre metabolismo pre sistémico. Solamente 2.5% del Levonorgestrel plasmático se encuentra libre; el resto se encuentra ligado reversiblemente a la albúmina y a la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG)²².

El Levonorgestrel es metabolizado por reducción de la función cetona en el carbono 3 y por hidroxilación en los carbonos 2 y 16. Los metabolitos circulan en el plasma conjugados con sulfato. La eliminación es predominantemente renal, y en menor medida biliar. Los metabolitos presentes en la orina están mayormente conjugados con glucuronato²². Varios estudios han investigado la farmacocinética del Levonorgestrel administrado en las altas dosis típicas de la CE. La mayoría de los estudios clínicos han empleado dos dosis de 0.75 mg separadas por un intervalo de 12 h, o una dosis única de 1.5 mg, que es la actualmente recomendada por la Organización Mundial de la Salud²⁴.

Con una dosis única de 0.75 mg el tiempo para alcanzar la concentración máxima (T_{max}) fue de 96 a 138 min, la concentración máxima (C_{max}) de 31 a 45 nmol/l, el área bajo la curva a tiempo infinito ($AUC_{0-\infty}$) de 395 a 527 h nmol/l y la semivida terminal de eliminación ($T_{1/2}$) de 22 a 24 h, 10. Con dos dosis de 0.75 mg espaciadas 12 h, T_{max} = 108 a 150 min, C_{max} = 25 a 33 nmol/l, $AUC_{0-\infty}$ = 392 a 444 h nmol/l y $T_{1/2}$ = 20 a 44 h, 11. Finalmente, para una dosis única de 1.5 mg, T_{max} = 84 a 150 min, C_{max} = 39 a 64 nmol/l, $AUC_{0-\infty}$ = 925

h nmol/l y $T_{1/2} = 25$ a 43 h^{11, 12}. En todos estos estudios hubo considerable variabilidad individual en torno a los valores medios²³.

2.2.2.3 Mecanismo de acción

Durante el ciclo menstrual de las mujeres, se dan una serie de cambios en el sistema reproductivo. Estos cambios que ocurren todos los meses en las mujeres se dan en ovarios, trompas de Falopio, endometrio y vagina. El ciclo menstrual tiene cuatro fases:

- Fase menstrual: si no ocurriera un embarazo, el endometrio / capa interna del útero, se desprende produciendo sangrado, el cual se llama menstruación.
- Fase proliferativa: es el período en que el endometrio se regenera y crece, coincide con el crecimiento y maduración del óvulo.
- La ovulación: se da cuando el óvulo madura y sale a las trompas de Falopio. Ésta marca el período fértil.
- La fase secretoria: es la fase que se da cuando se ha producido la ovulación, al mismo tiempo el endometrio se prepara, ya no se engrosa, sino que las glándulas crecen, se llenan de secreciones y de vasos sanguíneos, por influencia de las hormonas que son liberadas a la sangre por el ovario cuando se produce la ovulación. Estos cambios son preparatorios por si se diera la fecundación del óvulo para permitir su anidación en el útero²³.

Un embarazo se puede producir si se tiene una relación sexual sin utilizar un método el día de la ovulación o alguno de los cinco días anteriores a ésta. Estos son los seis días fértiles (los cinco días antes de la ovulación y el de la ovulación). La ubicación de estos días fértiles dentro del ciclo menstrual varía de una mujer a otra y en la misma mujer.

Investigaciones realizadas con sustancias hormonales, han demostrado que éstas son eficaces para evitar que se produzca un embarazo no deseado, cuando se administran en las circunstancias mencionadas (fallo o no uso de un método anticonceptivo). Múltiples estudios con mujeres y modelos animales han demostrado que la anticoncepción hormonal de emergencia puede interferir con la migración y función de los espermatozoides y / o con el proceso ovulatorio, procesos que son necesarios para que se dé la fecundación. También muchos otros estudios han mostrado que probablemente interfiera con eventos previos a la fecundación y no han mostrado alteraciones importantes del endometrio que lo hagan incompatible con la implantación. En estudios experimentales con modelos animales (ratas y monas *Cebus Apella*), se ha demostrado que la anticoncepción hormonal post coital no interfiere con la gestación²⁵.

En resumen, según el momento del ciclo menstrual en que se usa la Anticoncepción Hormonal de emergencia 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 embarazo²⁶.

a) Efectos sobre la ovulación

La posibilidad de que la Anticoncepción de Emergencia 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 Levonorgestrel confirmaron esta observación²⁶.

Su mecanismo de acción está relacionado con la reducción de los niveles séricos de LH y FSH antes de la ovulación causando una ausencia de ovulación o su postergación. La efectividad en evitar la ruptura folicular también está relacionada con el tamaño del folículo. En el mono *Cebus apella*, cuyo apareamiento se produce naturalmente muy próximo a la ovulación, se halló que la administración de Levonorgestrel posterior al coito solamente impide el embarazo cuando el tamaño folicular es inferior a 5 mm. Al parecer, en este primate el Levonorgestrel interfiere con la ovulación, pero no con la fertilización ni la implantación^{26,27}.

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 lúteo²⁷.

b) Efectos sobre la migración espermática

La migración de espermatozoides en el tracto genital femenino ocurre en dos fases con diferente curso temporal: Una rápida y breve y otra más lenta y persistente. Ambas dependen de las contracciones del útero no grávido más que de la velocidad de migración intrínseca de los espermatozoides. Luego del coito, un pequeño número de espermatozoides alcanzan el istmo de la trompa de Falopio en pocos minutos. Posteriormente, y a lo largo de varios días, oleadas de espermatozoides retenidos en las criptas cervicales recorren el mismo trayecto²⁷.

Solamente los espermatozoides transportados en la segunda fase pueden fertilizar. La intensidad de las contracciones uterinas responsables del transporte espermático se incrementa durante la fase folicular del ciclo y alcanza su máximo para el tiempo de la ovulación.

Durante la fase lútea, la motilidad uterina espontánea decrece debido al efecto relajante de la progesterona sobre el miometrio. Aunque no se ha explorado directamente in vivo, es concebible que el enlentecimiento del transporte de espermatozoides hacia las trompas contribuya al efecto contraceptivo del Levonorgestrel^{26,28}.

La mayor parte de los estudios in vitro diseñados para evaluar los efectos del Levonorgestrel sobre el espermatozoide no ha mostrado alteraciones significativas sobre la funcionalidad de los gametos masculinos. Sin embargo, de acuerdo con dos protocolos, el Levonorgestrel ha mostrado cambios en las propiedades físico-químicas del moco cervical y afectación de la penetración espermática²⁸.

c) Fertilización

Para que el espermatozoide pueda fertilizar el óvulo, debe primero sobrellevar un proceso llamado capacitación, que le habilita para penetrar la corona radiada, ligarse a la zona pelúcida, sufrir la reacción acrosómica y finalmente penetrar en el óvulo. Respecto al papel que juega la progesterona sobre la reacción acrosómica el estudio de Suárez y cols. sobre efectos del Levonorgestrel²⁷ refiere que no hay diferencias significativas en la cantidad de espermatozoides recuperados del útero en las 24 y 48 horas después del uso de Levonorgestrel y no se evidencian cambios en la reacción acrosómica (capacidad del espermatozoide en penetrar al óvulo).

Otra revisión²⁸ indica que la progesterona podría tener un efecto facilitador sobre la capacitación por acciones no genómicas mediadas por receptores presentes en la membrana del espermatozoide y puede inducir la reacción acrosómica. El efecto del Levonorgestrel sobre la fertilización no se ha estudiado en el humano in vivo, pero los estudios en roedores y primates indican que, en estas especies, no interfiere con la fertilización.

Los estudios con espermatozoides humanos in vitro mostraron que el Levonorgestrel, en las concentraciones que se alcanzan tras su administración como Anticonceptivo de emergencia no afecta la capacitación, la reacción acrosomal ni la capacidad de ligarse a la zona pelúcida. Sin embargo, el Levonorgestrel podría tener efectos indirectos sobre la fertilización²⁷.

d) Implantación

La posibilidad de que el Levonorgestrel interfiera con la implantación del blastocisto se ha postulado reiteradamente, y es quizá el aspecto del empleo de este fármaco para Anticoncepción de Emergencia que genera más controversia, pues la interferencia con la implantación es considerada por muchos como un aborto precoz.

Para el éxito de una implantación, es necesario un desarrollo sincrónico del concepto y del endometrio. Se denomina receptividad uterina al estado fisiológico del endometrio que posibilita la implantación. En cada ciclo, este estado es transitorio, y se extiende entre los días 7 a 11 luego de producido el pico de LH, que corresponden aproximadamente a los días 20 a 24 del ciclo estándar de 28 días. Este período receptivo se denomina ventana de implantación. La receptividad se evalúa en biopsias de endometrio obtenidas durante la ventana de implantación, mediante el examen histológico, y más recientemente con marcadores moleculares.

Un presunto efecto anti-implantatorio del Levonorgestrel se ha mencionado reiteradamente en folletos de la industria farmacéutica, trabajos científicos e incluso libros de texto. El estudio in vivo en el ser humano de este mecanismo de acción es limitado, por las repercusiones bioéticas que acarrea, pero se están desarrollando nuevos métodos de estudio, de manera que hasta el momento dicho efecto jamás ha sido demostrado²⁹.

- **Evidencias estadísticas indirectas descartan efectos pos fecundación**

Existen modelos que toman en consideración el intervalo entre el coito y la administración del Levonorgestrel para explicar el mecanismo de acción de la Anticoncepción de emergencia. La primera evidencia resultó de la observación de que la eficacia es mayor a medida que el intervalo es menor y la segunda de que la falla del método es directamente proporcional al intervalo entre el coito y el tratamiento. Estas evidencias sugieren que los efectos anticonceptivos de este método se localizan antes de la implantación del concepto, ya que este proceso temporalmente se lleva a cabo 8 a 11 días después de la ovulación. Por otra parte, este intervalo perdería significado si el Levonorgestrel actuara sobre el endometrio y suprimiera la receptividad uterina, ya que se esperaría que la ventana de efectividad anticonceptiva (72 h) fuera mayor²⁷.

Otras evidencias indirectas se derivan del análisis de las fallas anticonceptivas en casos de coitos únicos y repetidos. A este respecto, la eficacia resultó ser significativamente menor en los casos de coitos repetidos. Esta observación descarta los efectos sobre la implantación, dado que de lo contrario la eficacia anticonceptiva se mantendría elevada a lo largo de toda la fase posovulatoria al margen del número de coitos²⁷.

- **Recientes evidencias directas que descartan efectos pos fecundación**

Novikova y colegas informaron la ausencia de efectos post ovulatorios del Levonorgestrel en 99 mujeres que solicitaron los servicios de Anticoncepción de Emergencia. En este estudio se logró establecer, de acuerdo con la probabilidad de embarazo establecida por Wilcox y colaboradores, la eficacia anticonceptiva del Levonorgestrel administrado durante las fases pre ovulatoria y post ovulatoria del ciclo ovárico. Los resultados demostraron la ausencia de embarazos en mujeres tratadas con Levonorgestrel en la fase pre ovulatoria; sin embargo, el número de embarazos observados en mujeres tratadas en la fase posovulatoria no fue diferente respecto del número de los esperados. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios descritos con anterioridad en relación con el efecto pre ovulatorio del Levonorgestrel como Anticonceptivo de Emergencia y contribuyen a descartar otros mecanismos de acción en la fase post ovulatoria. Por otra parte, estas observaciones explican la eficacia (57-95%), así como las fallas atribuibles al método (15%)²⁷.

La inhibición de la ovulación y la disfunción ovulatoria parecen responsables de gran parte de la eficacia del Levonorgestrel en la Anticoncepción de Emergencia.

2.2.2.4 Modo de Uso

Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
En nuestro país contamos con 2 presentaciones:

- Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis:

- La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección
 - La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
-
- Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.
-
- Se toma dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección¹⁸.

2.2.2.5 Tasa de Eficacia

La efectividad de la Anticoncepción Oral de Emergencia es menor a los métodos tradicionales de anticoncepción por lo que su uso está indicado sólo en casos de emergencia, y no debe ser usado como un método regular de planificación familiar.

La Organización Mundial de la Salud estima que el Levonorgestrel previene entre 60 y 90% de los embarazos, aunque el porcentaje más probable es de 80% a 85%¹⁹.

2.2.2.6 Indicaciones

Las indicaciones recomendadas por la OMS¹⁸, para su empleo son:

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.

- Se rompió o se deslizo el condón.
- Se le olvido de tomar más de dos de la píldora de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Se expulsó la T de cobre.
- Usaron el coito interrumpido.
- Usaron el ritmo y tienen dudas sobre su efectividad.

2.2.2.7 Contraindicaciones

La única contraindicación es la presencia de embarazo, debido a que ya no cumpliría el efecto deseado y no justifica su empleo. Las contraindicaciones asociadas al uso de anticonceptivos orales combinados y píldoras exclusivamente progestagénicas no son aplicables a la Anticoncepción Oral de Emergencia¹⁸.

2.2.2.8 Efectos Secundarios

Los efectos adversos que pueden presentarse son:

- Alteraciones menstruales, que consisten en pequeñas hemorragias intermenstruales (spotting), adelanto o retraso de la siguiente menstruación, y sangrado menstrual excesivo o escaso³⁰.
- Náuseas
- Vómitos
- Mareos
- Fatiga
- Cefaleas
- Hipersensibilidad mamaria
- Dolor abdominal.

No se recomienda como regla general la administración preventiva de antieméticos. Si hay vómitos dentro de las cuatro horas posteriores a una dosis, debe repetirse la toma³⁰.

2.2.2.9 Características del Método

- No es un método para uso regular, debe de ser considerada como una alternativa de uso excepcional.
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- Eficaz si se usa lo más rápido dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1.
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método¹⁸.

2.2.3 Conocimiento

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como el producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos³¹.

Mario Bunge define el conocimiento como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto; además considera que el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia³².

Desde el punto de vista pedagógico; el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón³².

Desde el punto de vista filosófico lo define como acto y contenido. Dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico³².

2.2.4 Nivel de conocimiento.

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes etapas y, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados³³.

Estos Niveles son:

- a) **El conocimiento descriptivo:** Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las

imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

- b) **Conocimiento conceptual:** También llamado empírico, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra empirismo se ha utilizado hasta para hablar de hallazgos a prueba de ensayo y error. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo: Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.
- c) **Conocimiento teórico:** Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento.

El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal.

Para los fines de la presente Investigación, se ha considerado el Método de Medición de Conocimientos que se aplica en el Sistema Educativo Peruano, mediante la Escala Vigesimal (0 – 20 puntos), considerándola de la siguiente manera:

- Alto
- Medio
- Bajo

2.3. Definición de Términos Básicos

- **Anticoncepción de Emergencia**

Es un conjunto de Métodos Anticonceptivos que se utilizan después de una relación sexual no protegida, para evitar un embarazo no deseado.

- **Conocimiento**

El conocimiento representa un conjunto de datos concretos, sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos.

- **Levonorgestrel**

Potente Gestágeno sintético utilizado como Método Anticonceptivo de emergencia.

- **Mujer en edad Fértil**

Edad de una mujer situada entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 49 años. Dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente hasta los 35 años. Después de esta edad las posibilidades de conseguir el embarazo disminuyen considerablemente.

- **Nivel de Conocimiento**

Capacidad de saber que se tiene sobre un tema o materia y que se mide en escalas de puntuaciones a través de test o pruebas psicométricas.

- **Salud Sexual y Reproductiva**

Actividad de promoción y prevención para la reducción del número de abortos y embarazos no deseados en los distintos grupos de edades y en particular en adolescentes.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO

- **Básica**, porque los datos se recogieron de fuente primaria, de los mismos actores de los hechos y sus resultados sirvieron para acrecentar el conocimiento sobre el tema tratado.
- **No experimental**. porque se obtuvo datos directamente de la realidad objeto de estudio, sin manipular deliberadamente ninguna variable, observando el fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlo.
- **Transversal**. Porque se realizó en un determinado tiempo.
- **Cualitativa**. Porque se relacionó las características o cualidades de la variable para llegar a las conclusiones, comparando los datos obtenidos con las bases teóricas y los antecedentes.

3.2. DISEÑO

El Diseño de investigación es el Descriptivo ya que describió los datos y características de la Población en estudio.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. POBLACIÓN

La población está definida por la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación³⁴; la población de Hualmay es de 26,808 habitantes

3.3.2. MUESTRA

La muestra se considera como una porción o parte que representa una población y se determina mediante un procedimiento denominado muestreo³⁵.

El tamaño de muestra se estableció con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 5%,

Para evitar errores en la fiabilidad y confianza en la recolección de datos la muestra se obtiene de la siguiente manera:

FÓRMULA INICIAL DONDE:

$$N = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{(N-1) E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

N = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza de 0.95% equivale al valor de 1.96

p = Probabilidad de éxito de 25% equivale a 0,25.

q = Probabilidad de fracaso de 75% equivale a 0,75.

N = Tamaño de la población: 3811

E = Error permisible del 5% equivale al 0.05

Al reemplazo de la fórmula se obtuvo:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 \times (0.25) \times (0.75) \times (3811)}{(3811-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 \times (0.25) \times (0.75)}$$

$$n_0 = 268$$

Tamaño final de Muestra (n) corregido por Kish

$$(n) = \frac{(n_0)}{\left(1 + \frac{(n_0)}{N}\right)}$$

$$(n) = \frac{268}{1 + \frac{268}{3811}}$$

$$(n) = 250$$

Entonces la muestra estuvo conformada por 250 Mujeres en Edad Fértil usuarias del Centro de Salud Hualmay - Huaura, atendidas entre los meses de Setiembre a Diciembre 2015.

3.4. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil.	Conjunto de enunciados sean verdaderos o falsos producto de la experiencia y la observación que tienen las MEF sobre Anticoncepción de Emergencia	<p>Conocimientos que tienen las MEF sobre definición de la AE.</p> <p>Conocimientos que tienen las MEF sobre Mecanismo de acción de la AOE.</p> <p>Conocimientos que tienen las MEF sobre Modo de Uso de la AOE.</p> <p>Conocimientos que tienen las MEF sobre Eficacia de la AOE.</p> <p>Conocimientos que tienen las MEF sobre Indicaciones y Contraindicaciones de la AOE.</p> <p>Conocimientos que tienen las MEF sobre los efectos Secundarios de la AOE.</p>	<p>Definición</p> <p>Mecanismo de Acción</p> <p>Modo de Uso</p> <p>Eficacia</p> <p>Indicaciones</p> <p>Contraindicaciones</p> <p>Efectos Secundarios</p>	<p>Bajo</p> <p>Regular</p> <p>Alto</p>

VARIABLES INTERVINIENTES	INDICADORES	UNIDAD / CATEGORIA	ESCALA
EDAD	Fecha de Nacimiento	Años	Ordinal
ESTADO CIVIL	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Estable		Nominal
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Iletrada Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario		Nominal
NUMERO DE HIJOS	0 1 2 a más		Ordinal
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Píldoras Inyectable Preservativo Ninguno		Nominal

3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

3.5.1. TÉCNICAS

Para la recolección de datos se utilizará como herramienta de trabajo, la Encuesta.

3.5.2. INSTRUMENTOS

Se elaboró un Cuestionario estructurado llenado en entrevista que consta de 10 ítems.

La validez de contenido y constructo del instrumento fué sometido a juicio de expertos, constituido por un Médico Gineco Obstetra y tres obstetras que laboran en el primer nivel de atención.

A cada una de las preguntas se le asignó dos puntos por cada respuesta correcta estableciéndose los siguientes niveles de conocimiento:

- 0-10 puntos Bajo
- 11 – 14 puntos Medio
- 15 – 20 puntos Alto

3.6 PROCEDIMIENTOS

Luego de la recolección de datos, se procedió al procesamiento de la información, con la elaboración de tablas y figuras estadísticas, y para ello se utilizará el Software Estadístico SPSS en su versión 21,0. Asimismo, se utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Con respecto al Objetivo General

TABLA N° 01

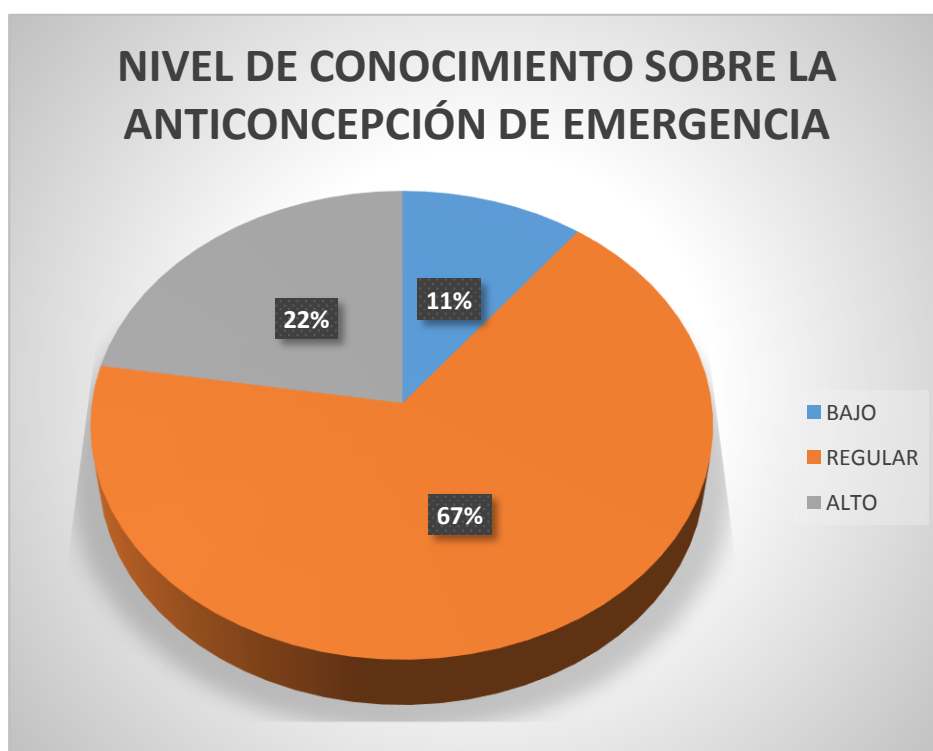
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CENTRO DE SALUD HUALMAY - 2015

NIVELES	N°	%
BAJO	26	10.4
MEDIO	168	67.2

ALTO	56	22.4
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 01



Fuente: Tabla 01

Análisis e Interpretación:

En la Tabla y gráfico 01 se observa que el 67 % de la mujeres en edad fértil, encuestadas tienen un Conocimiento Medio sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia con un 67.2 %, lo cual nos indica que respondieron acertadamente 7 de los 10 ítems refiriendo que básicamente conocen sobre la Definición, Mecanismo de acción, Indicaciones y Efectos Secundarios del Anticonceptivo Oral de Emergencia.; pero aún una falencia en el Modo de Uso.

Además un 22.4 % presentan un Alto Conocimiento y un 10.4% un Conocimiento Bajo.

4.2.1. Con respecto a los Objetivos Específicos

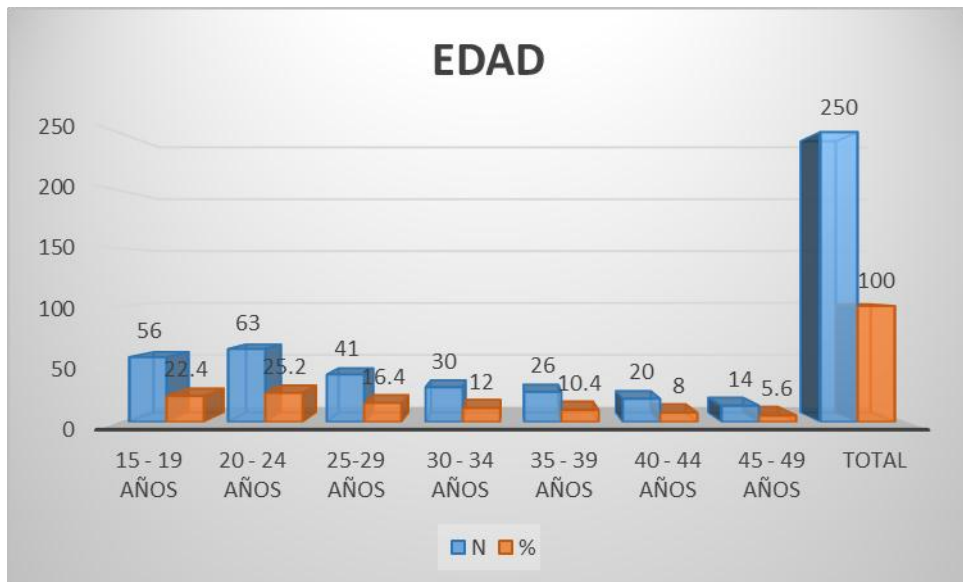
4.2.2.1 Describir el Perfil de la Mujer en Edad Fértil que acude al Centro de Salud Hualmay – 2015.

TABLA Nº 02: PERFIL DE LA USUARIA

PERFIL DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD HUALMAY		%
EDAD	20 – 24 años	25.2
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria	66.4
ESTADO CIVIL	Conviviente	58
NUMERO DE HIJOS	2 a más	55.2
MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL	Inyectable	54.4

Fuente: Encuesta

GRÁFICO 02

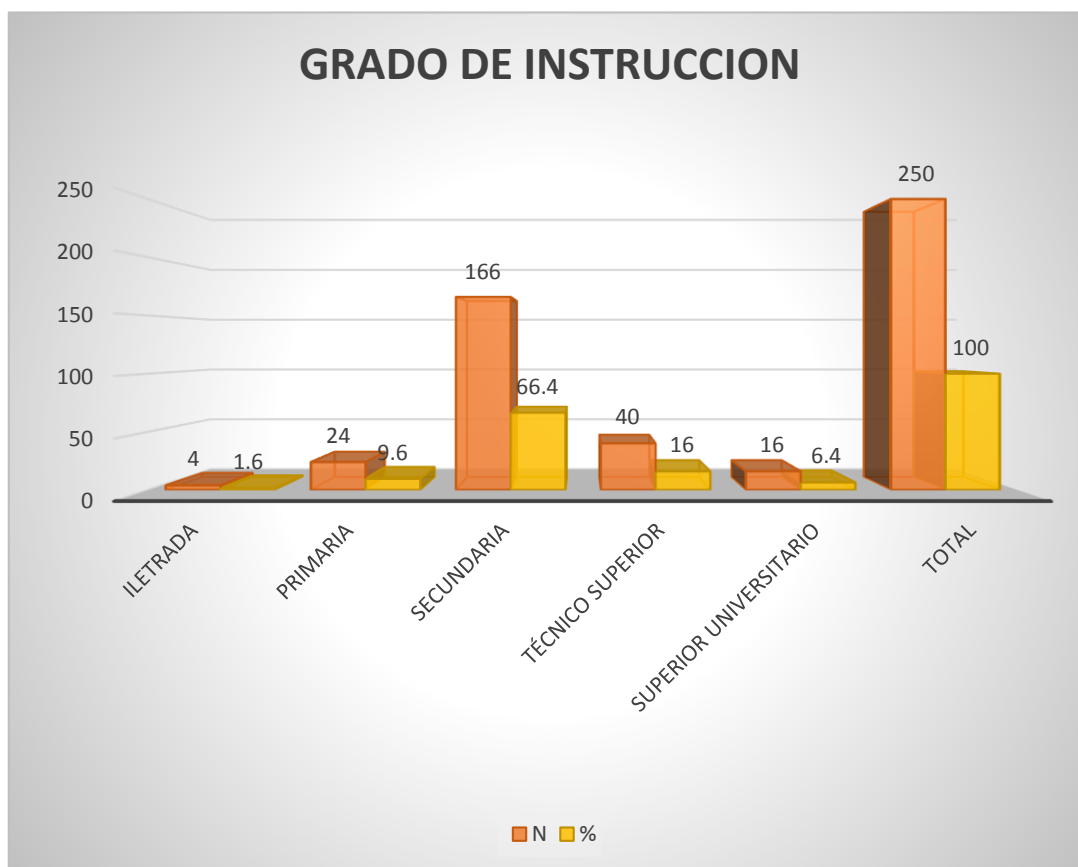


Fuente: Tabla 02

Análisis e Interpretación:

Se agrupó a las usuarias por grupos de edades obteniendo así que la mayoría de mujeres (25,2%) tienen entre 20 y 24 años de edad, seguida de 15 y 19 años (22.4%); y en tercer lugar el grupo de 25 y 29 años (16.4%).

GRÁFICO N ° 03

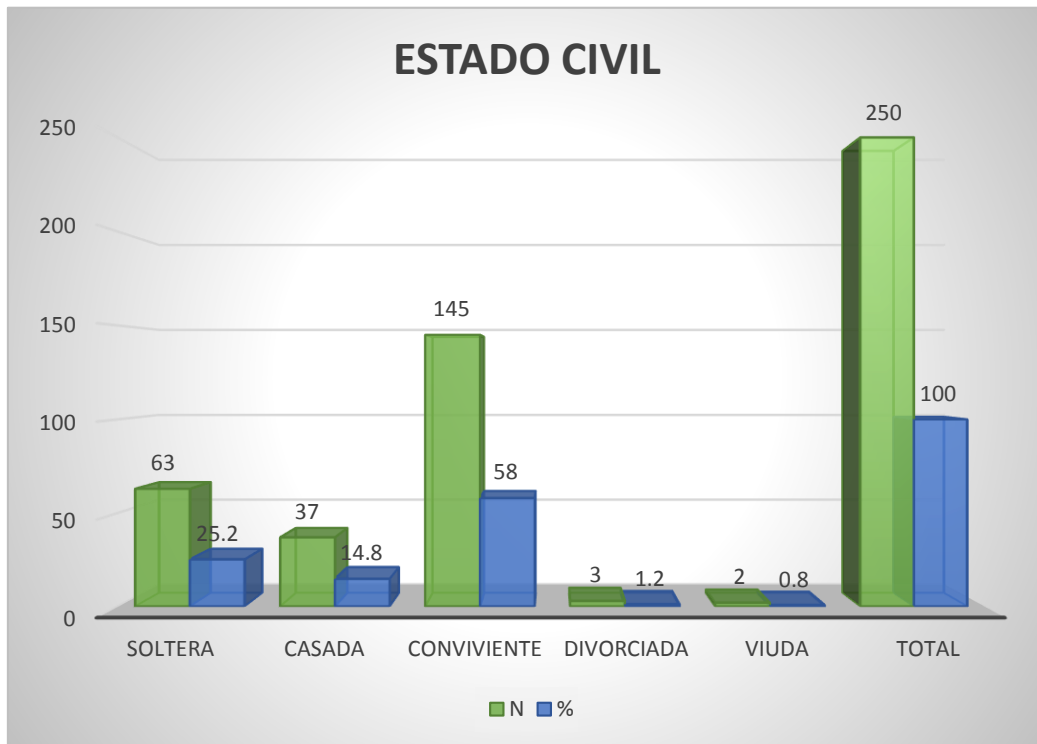


Fuente: Tabla 02

Análisis e Interpretación:

Según el gráfico se encontró que la mayoría de Mujeres en edad fértil (66.4%) cuentan con Grado de Instrucción Secundario, el 16 % cuentan con Grado de Instrucción Técnico Superior y sólo el 6.4 % cuentan con Grado de Instrucción Superior Universitario.

GRÁFICO 04

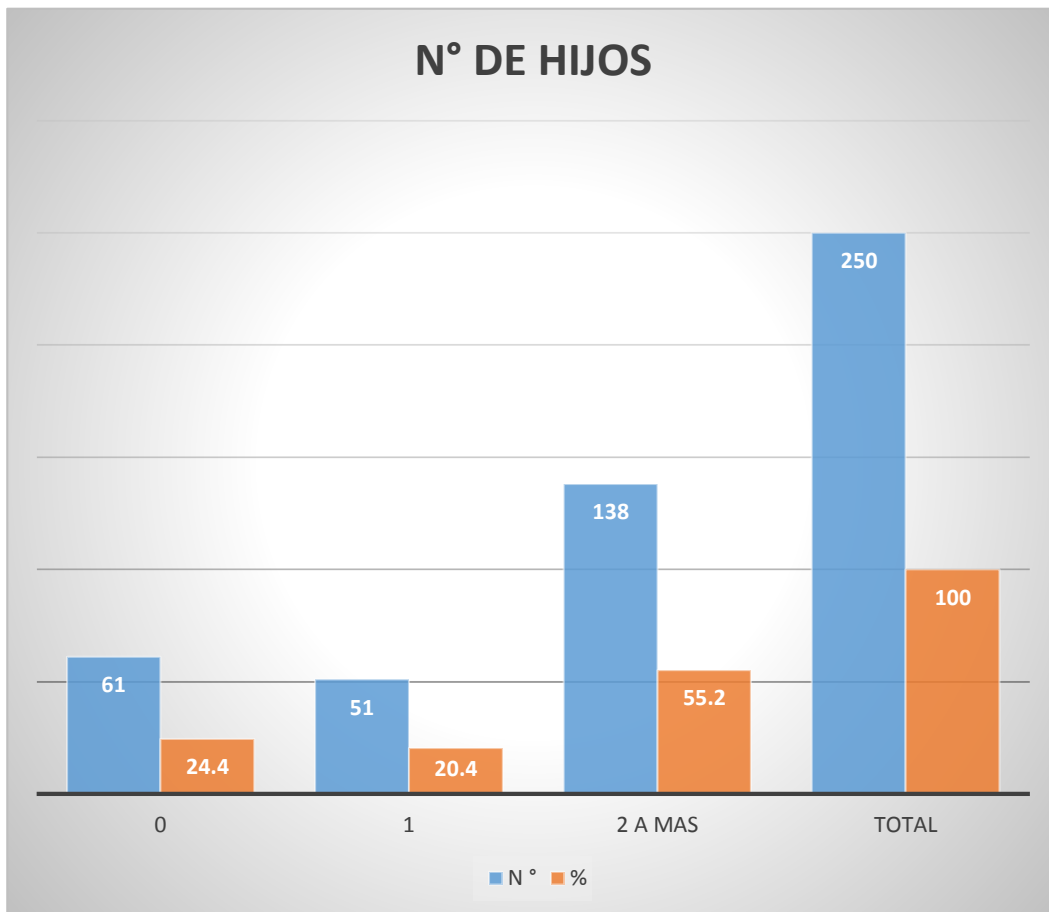


Fuente: Tabla 02

Análisis e Interpretación:

El 58 % de la muestra refiere ser Conviviente, el 25.2 % refiere ser Soltera; mientras que el 14.8 % refiere estar Casada, el 1.2 % refiere estar Divorciada y sólo el 0.8 % refiere ser Viuda.

GRÁFICO N° 05

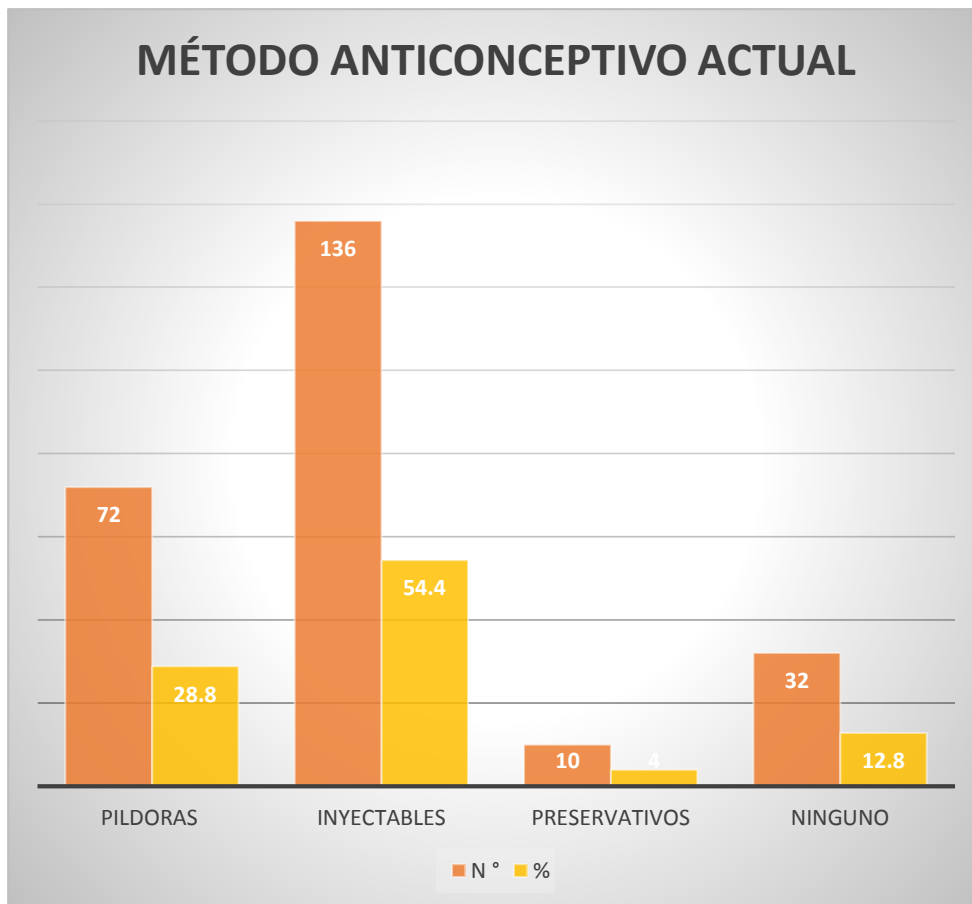


Fuente: Tabla 02

Análisis e Interpretación:

Según el Gráfico N° 05 el 55.2 % de las mujeres en edad fértil encuestadas tienen de 2 a más hijos; mientras que el 24.4 % aún no tienen hijos y el 20.4% tienen al menos 1 hijo.

GRÁFICO N° 06



Fuente: Tabla 2

Análisis e Interpretación:

Según el Gráfico N° 6 el 54.4 % de mujeres en edad fértil, encuestadas usan como MAC actual el Parenteral, seguido del uso de las Píldoras Anticonceptivas (28.8 %). Así mismo; el 12.8 % representa a las mujeres que han referido el no uso de MAC.

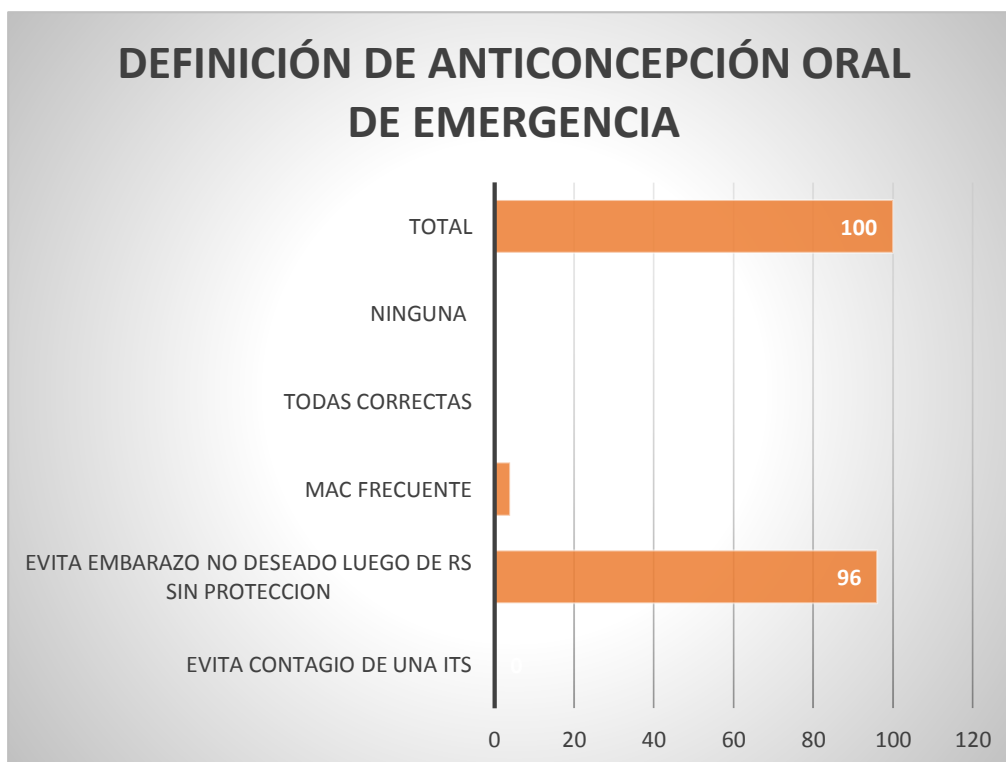
4.2.2.2 Identificar el Nivel de Conocimiento sobre la Definición de la Anticoncepción Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

TABLA N° 03

Sabe Ud. para qué sirve la Anticoncepción Oral de Emergencia	N	%
Evita contagio de una Infección de Transmisión Sexual	0	0
Evita embarazo no deseado luego de Relación Sexual sin protección	240	96
Es un Método Anticonceptivo frecuente	10	4
Todas son correctas	0	0
Ninguna	0	0
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRAFICO N° 07



Fuente: Tabla N° 3

Análisis e Interpretación:

Según la Tabla N° 3 y Gráfico N° 7 un Alto Porcentaje (96%) de Mujeres en Edad Fértil conocen la Definición de la Anticoncepción Oral de Emergencia, y un 4 % lo ven como un Método Anticonceptivo convencional y frecuente.

Esto nos demuestra que las mujeres a pesar de no contar con la Orientación y Consejería sobre la Anticoncepción de Emergencia en el Establecimiento de Salud, existe un alto porcentaje de conocimiento acerca de su definición.

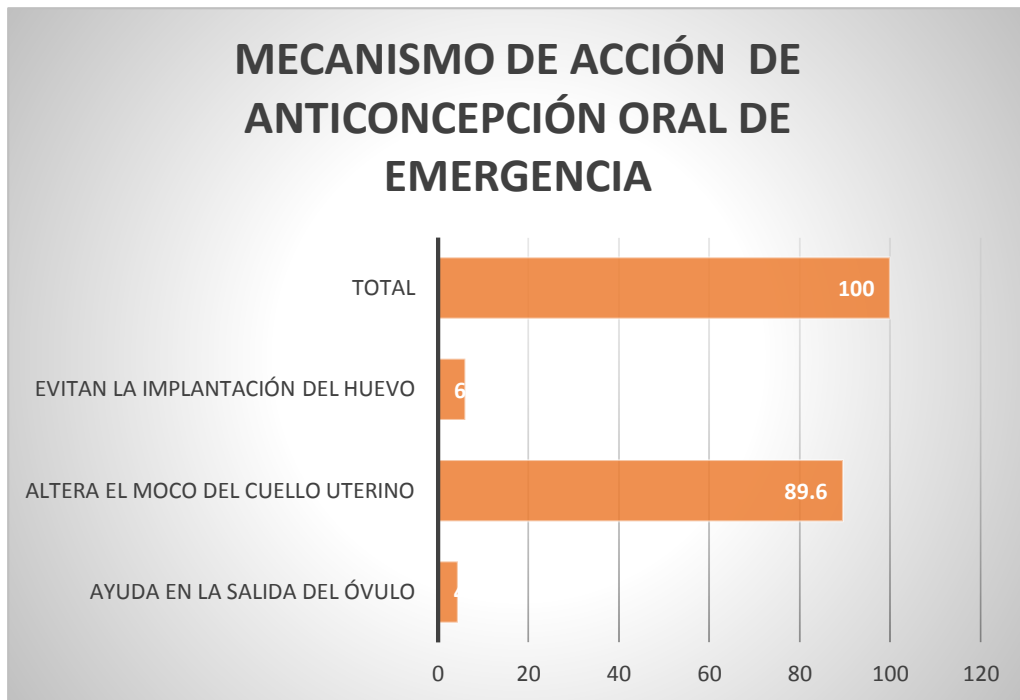
4.2.2.3 Identificar el Nivel de Conocimiento sobre el Mecanismo de Acción del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

TABLA N° 04

Sabe Ud. cómo actúa el Anticonceptivo Oral de Emergencia	N °	%
Ayuda en la salida del óvulo	11	4.4
Altera el Moco del cuello uterino	224	89.6
Evitan la Implantación del huevo	15	6
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRAFICO N° 08



Fuente: Tabla N° 4

Análisis e Interpretación:

Según la Tabla N° 4 y Gráfico N° 8 nos indica que las mujeres en edad fértil, encuestadas conocen en su mayoría (89.6%) el Mecanismo de acción del Anticonceptivo Oral de Emergencia. El 4.4% refirió que ayuda a la salida del óvulo. Cabe resaltar que aún un 6 % cree que tiene un efecto sobre la implantación del Huevo; es decir, creen que se utiliza como un método abortivo.

4.2.2.4 Identificar el Nivel de Conocimiento sobre el Modo de Uso del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

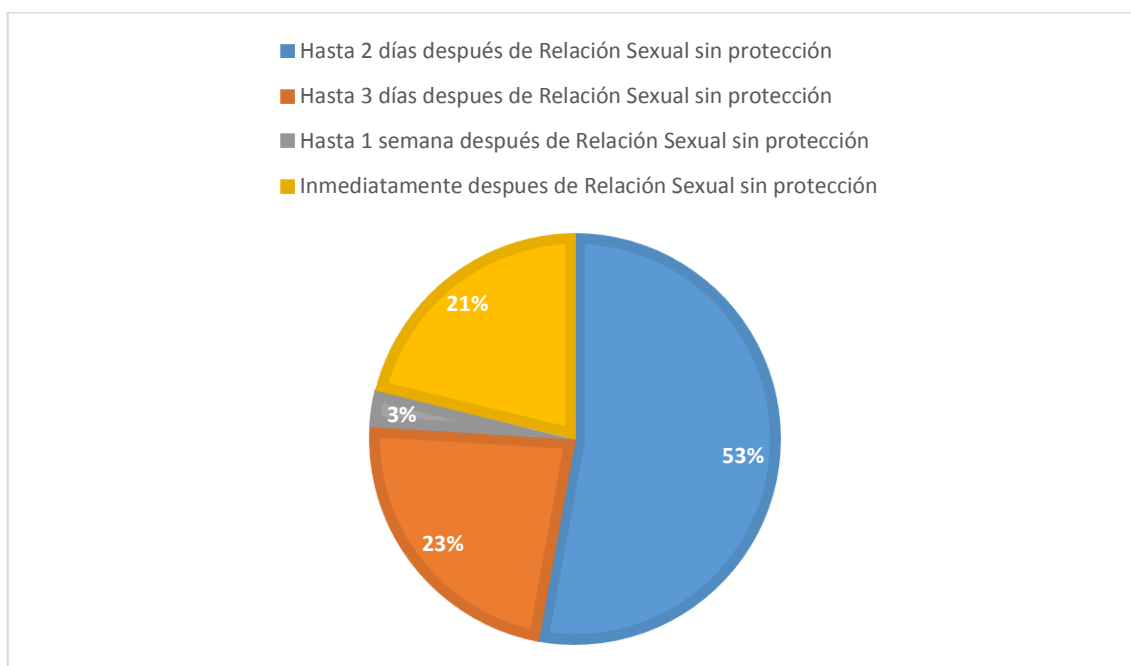
TABLA N° 05

¿En qué momento puede ser usado el Anticonceptivo Oral de Emergencia?	N °	%
Hasta 2 días después de Relación Sexual sin protección	110	44
Hasta 3 días despues de Relación Sexual sin protección	48	19.2
Hasta 1 semana después de Relación Sexual sin protección	6	2.4
Inmediatamente despues de Relación Sexual sin protección	44	17.6
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 09

MODO DE USO DEL MÉTODO ORAL DE EMERGENCIA



Fuente: Tabla N° 5

Análisis e Interpretación:

Según la Tabla N° 5 y el Gráfico N° 9 el 19.2 % de las mujeres en edad fértil, encuestadas refieren que el Anticonceptivo Oral de Emergencia se puede usar hasta el 3° día después de una relación sexual sin protección; el 44 % hasta los 2 días; así mismo el 17.6 % indica que lo debe tomar inmediatamente después de una Relación Sexual sin protección; el 16.8 % indicó que se debe tomar inmediatamente después de la Relación Sexual hasta el 3° día, y el 2.4 % refiere que hasta la 1° Semana.

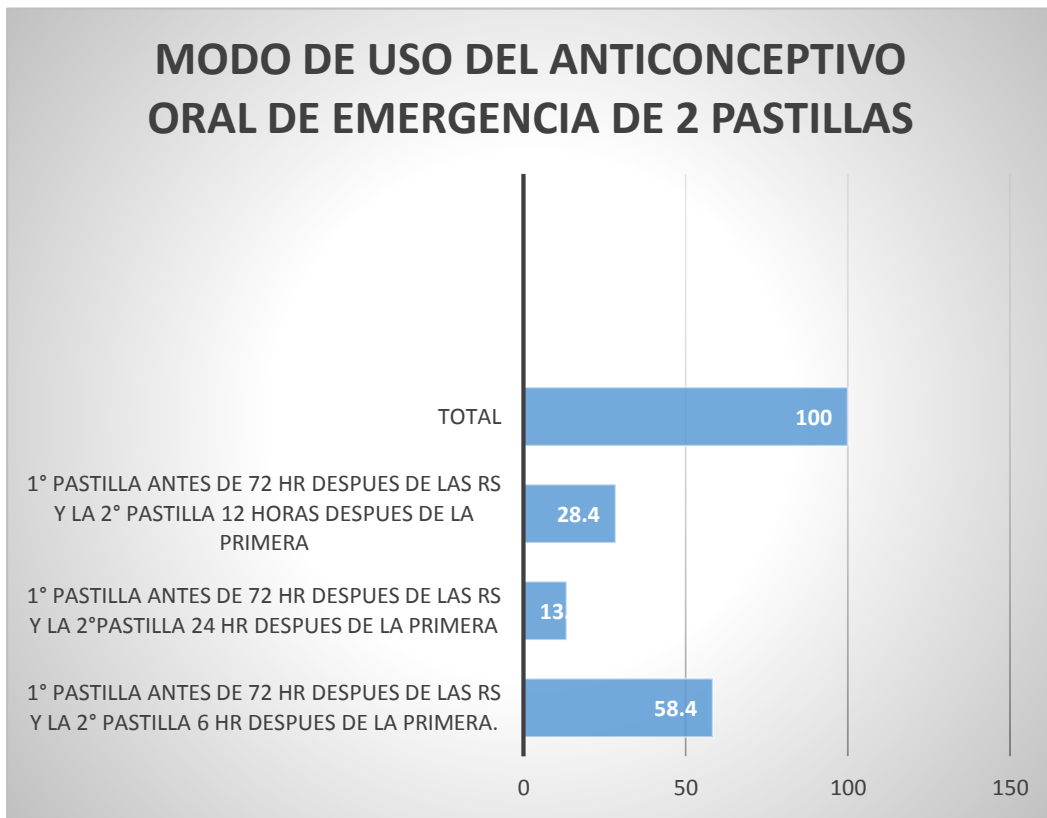
Esto nos indica que más del 50 % de las mujeres en edad fértil en estudio no tienen un conocimiento claro sobre en qué momento se debe tomar el Anticonceptivo Oral de Emergencia, lo que conlleva a la falla del mismo.

TABLA N°06

¿Cómo se toma el Anticonceptivo Oral de Emergencia de 2 pastillas?	N °	%
1° pastilla antes de 72 hr después de las RS y la 2° pastilla 6 hr después de la primera.	146	58.4
1° pastilla antes de 72 hr después de las RS y la 2° pastilla 24 hr después de la primera	33	13.2
1° pastilla antes de 72 hr después de las RS y la 2° pastilla 12 horas después de la primera	71	28.4
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 10



Fuente: Tabla N° 6

Análisis e Interpretación:

Según la Tabla N° 6 y Gráfico N° 10 el 58.4% de las mujeres en edad fértil, encuestadas refiere que la forma de tomar el Anticonceptivo Oral de Emergencia (2 pastillas) es 6 horas después de la primera toma; el 28.4 % sabe el uso correcto y el 13.2 % refiere que la 2° toma es después de las 24 horas.

Los datos obtenidos indican que al no conocer el modo de uso de las 2 pastillas aumenta la probabilidad de falla del Anticonceptivo.

TABLA N° 07

¿Cuántas veces al año se puede tomar el Anticonceptivo Oral de Emergencia?	N°	%
1	56	22.4
2	72	28.8
3	82	32.8
4 a más	40	16
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 11



Fuente: Tabla N° 7

Análisis e Interpretación:

En la Tabla N° 7 y Gráfico N° 11 se puede observar que el 32.8 % de mujeres en edad fértil, encuestadas refieren que pueden tomar el Anticonceptivo

Oral de Emergencia hasta 3 veces en un año, el 28.8 % refiere que 2 veces, el 22.4 % refiere que 1 vez y el 16 % refieren de 4 veces a más.

Los datos obtenidos nos indican que más del 70% de mujeres refieren que el Anticonceptivo Oral de Emergencia puede ser usado en varias ocasiones, lo cual produciría una disminución en su efecto.

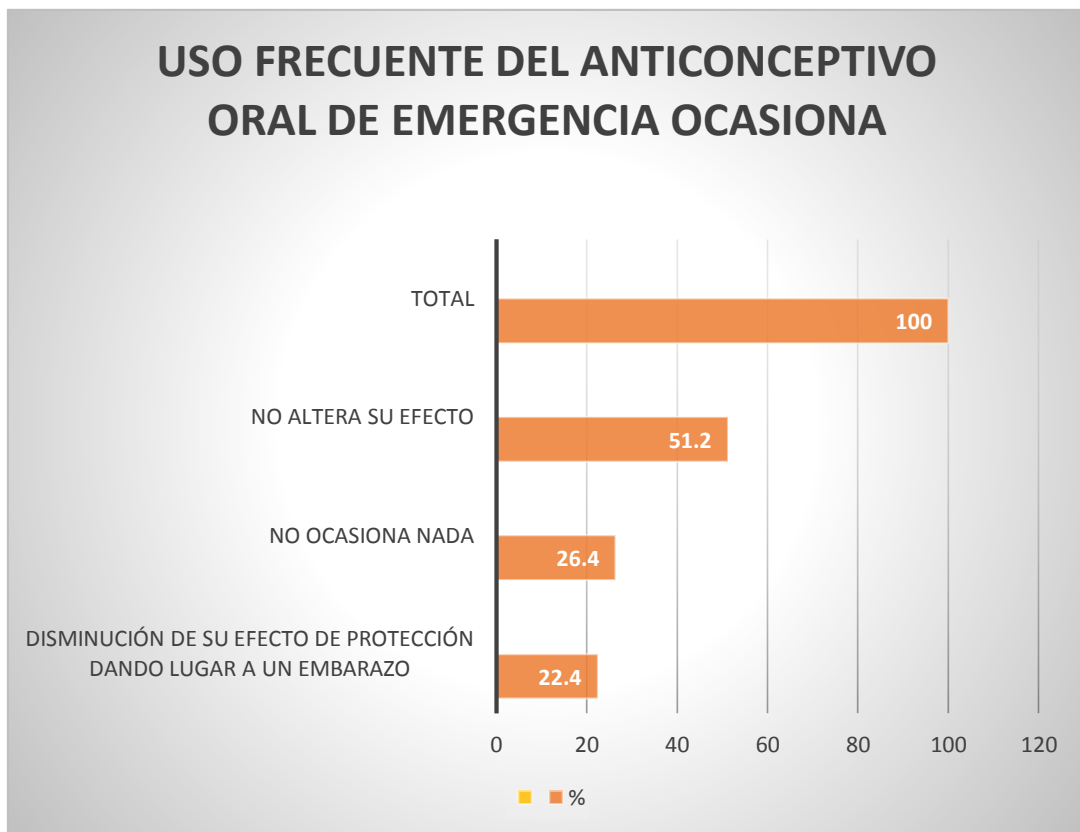
4.2.2.5 Identificar el Nivel de Conocimiento sobre la Eficacia del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

TABLA N° 08

El uso frecuente del Anticonceptivo Oral de Emergencia ocasiona:	N°	%
Disminución de su efecto de protección dando lugar a un embarazo	56	22.4
No ocasiona nada	66	26.4
No altera su efecto	128	51.2
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 12



Fuente: Tabla N° 8

Análisis e Interpretación:

En la Tabla N° 8 y Gráfico N° 12 se puede observar que el 51.2 % de las mujeres en edad fértil, encuestadas refieren que el uso frecuente del Anticonceptivo Oral de Emergencia no altera su efecto e inclusive el 26.4 % refiere que no ocasiona nada; mientras que un 22.4 % refiere que si disminuye su efecto de protección pudiendo causar un embarazo no deseado.

Según los datos de la Tabla y Gráfico demuestran que más del 50 % de las mujeres en estudio tienen un conocimiento erróneo acerca de las consecuencias del uso frecuente del Anticonceptivo Oral de Emergencia.

TABLA N° 09

Sabe Usted si hay una probabilidad de falla utilizando el Anticonceptivo Oral de Emergencia	N°	%
SI	243	97
NO	7	3
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 13



Fuente: Tabla N° 9

Análisis e Interpretación

Según la Tabla N° 9 y Gráfico N° 13 el 97 % de mujeres en edad fértil encuestadas refieren que existe una probabilidad de falla del Anticonceptivo Oral de Emergencia y el 3 % refiere que es un Anticonceptivo seguro.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos se demuestra que un Alto Porcentaje de las Mujeres en Edad Fértil en estudio conoce que el Anticonceptivo

tiene un margen de error, pero a su vez no relacionan esta falla con el uso frecuente del Anticonceptivo.

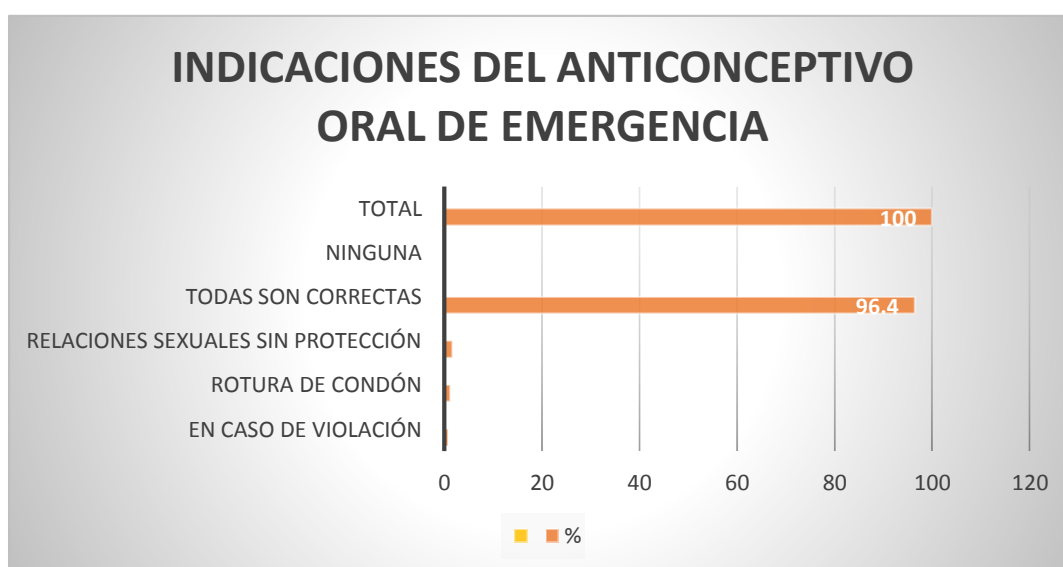
4.2.2.6 Identificar el Nivel de Conocimiento sobre las Indicaciones y Contraindicaciones del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

TABLA N° 10

¿En qué casos cree Ud que se usa el Anticonceptivo Oral de Emergencia	N°	%
En caso de Violación	2	0.8
Rotura de condón	3	1.2
Relaciones sexuales sin protección	4	1.6
Todas son correctas	241	96.4
Ninguna	0	0
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 14



Fuente: Tabla N° 10

Análisis e Interpretación:

En la Tabla N° 10 y Gráfico N° 14 se puede observar que un 0.8 % respondió en caso de violación, el 1.2 % rotura de condón, 1.6 % en relaciones sexuales sin protección y el 96.4 % respondió que todas las alternativas eran correctas.

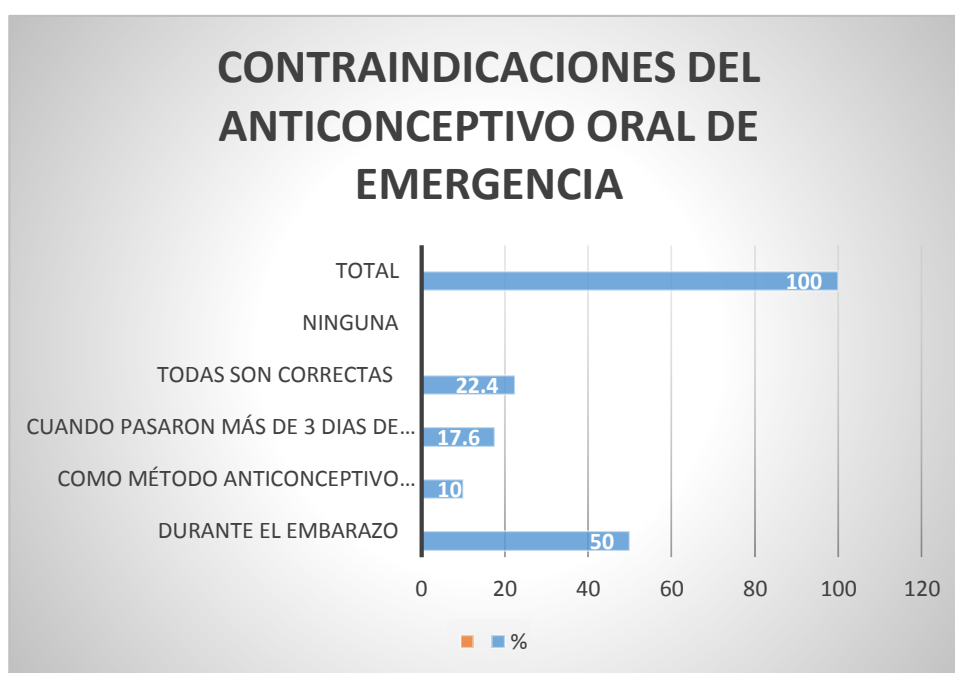
Según los datos obtenidos la mayoría de las mujeres en edad fértil en estudio tienen un conocimiento adecuado acerca de la Indicación del Anticonceptivo Oral de Emergencia.

TABLA N° 11

¿En qué casos está contraindicado el Anticonceptivo Oral de Emergencia?	N°	%
Durante el embarazo	125	50
Como Método Anticonceptivo frecuente	25	10
Cuando pasaron más de 3 días de haber tenido Relaciones Sexuales	44	17.6
Todas son correctas	56	22.4
Ninguna	0	0
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRAFICO N° 15



Fuente: Tabla N° 11

Análisis e Interpretación:

Según la Tabla N° 11 y el Gráfico N° 15 nos indica que el 50% de mujeres en edad fértil, encuestadas respondieron que está contraindicada en el embarazo, el 17.6 % respondieron después de 3 días de haber tenido relaciones sexuales sin protección, el 10% respondió como Método Anticonceptivo frecuente y el 22.4 % respondieron que todas las anteriores son correctas.

Se puede evidenciar que el 50 % de mujeres en edad fértil encuestadas conocen la contraindicación correcta según la Norma Técnica de Planificación Familiar del Ministerio de Salud del Perú ¹⁸.

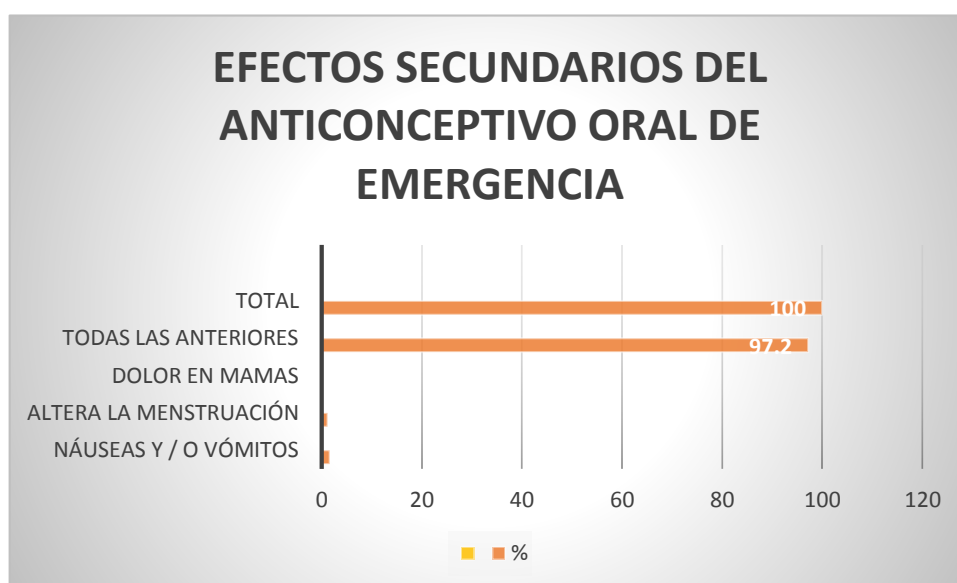
4.2.2.7 Identificar el Nivel de Conocimiento sobre los Efectos Secundarios del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.

TABLA N° 12

Las molestias más comunes del Anticonceptivo Oral de Emergencia	N °	%
Náuseas y / o Vómitos	4	1.6
Altera la Menstruación	3	1.2
Dolor en Mamas	0	0
Todas las anteriores	243	97.2
TOTAL	250	100

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 16



Fuente: Tabla N° 12

Análisis e Interpretación:

Según la Tabla N° 12 y el Gráfico N° 16 el 97.2% de las mujeres en edad fértil, encuestadas refieren conocer los efectos secundarios más frecuentes del Anticonceptivo Oral de Emergencia. El 1.6 % de las encuestadas respondió que la molestia más común fueron náuseas y/o vómitos y el 1.2% refiere que altera la menstruación.

4.2 DISCUSIÓN

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 250 mujeres en edad fértil donde se obtuvo que la mayoría (25.2%) tienen entre 20 y 24 años (Gráfico 2); en relación al Grado de Instrucción encontramos que el 66.4 % concluyó el nivel Secundario y que sólo un 22.4 % de la muestra concluyó el nivel Superior Técnico y Universitario (Gráfico 3). El 58 % de nuestra población de estudio es conviviente (Gráfico 4), tienen de 2 a más hijos (55.2 %) (Gráfico 5) y el Método Anticonceptivo de uso frecuente en ellas es el Parenteral (54.4%) (Gráfico 6).

Se estableció que el Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en las mujeres en edad fértil es Medio (67.2%), semejante a lo expuesto en la Investigación Nacional realizada por Arotoma la cual indica también que el Nivel de Conocimiento es Medio (55.3%)⁽¹⁴⁾. A diferencia de otro Estudio Nacional realizado por Salinas, K. en donde refiere que el 93.7 % presentan un Conocimiento Bueno¹³. (Gráfico 1)

Respecto a la Definición de la Anticoncepción Oral de Emergencia dentro de nuestro estudio el 96% de mujeres en edad fértil lo conoce. Otro Estudio Internacional de Zepeda, E., y Del Castillo S. también obtuvo que el 98.8 % conoce sobre el Anticonceptivo Oral de Emergencia⁽¹⁰⁾. Así mismo; Gómez con el 90 %¹², y Peña refiere el 91 %. A diferencia del estudio realizado por Fernández que demostró que sólo el 48.28 % tiene información sobre Anticoncepción de Emergencia¹¹. Lo que demuestra que hay un gran porcentaje de mujeres en edad fértil que actualmente ya lo conoce. (Gráfico 7)

El 89.6 % de las mujeres encuestadas refieren conocer el Mecanismo de Acción del Anticonceptivo Oral de Emergencia. Este resultado no es concordante con el estudio realizado por Gómez en donde sólo el 30% identifica el verdadero

Mecanismo de acción¹². Otro estudio de Fernandez obtuvo que el 63% piensa que es abortiva¹¹. (Gráfico 8)

Respecto al Modo de Uso del Anticonceptivo Oral de Emergencia sólo el 19.2 % de las mujeres encuestadas refiere conocer sobre ello (Gráfico 9), el 28.4 % conoce sobre la administración del Anticonceptivo Oral de Emergencia de 2 tabletas (Gráfico 10); así como, en el estudio de Fernández el 93.53% no conoce cómo utilizarlo correctamente¹¹. Mientras que en el estudio de Zepeda el 87.1 % conoce en que momento debe tomarlo¹⁰. Además el 77.6 % de las mujeres en edad fértil encuestadas refieren que el Anticonceptivo Oral de Emergencia se puede tomar de 2 veces a más al año (Gráfico 11). En el estudio de Gómez sólo el 2% conoce el tiempo límite de uso¹². Lo que demuestra que las mujeres no tienen un conocimiento claro del uso correcto del Anticonceptivo Oral de Emergencia causando problemas posteriores por el uso inadecuado y excesivo del mismo.

El 77.6 % de las mujeres en edad fértil encuestadas refieren que la eficacia del Anticonceptivo Oral de Emergencia no se altera con el uso frecuente del mismo (Gráfico 12), pero a su vez un 97.2% de ellas creen que existe una probabilidad de falla del Anticonceptivo Oral de Emergencia (Gráfico 13). Este resultado no es concordante con el estudio de Fernandez donde sólo el 13.3 % cree que su eficacia no se altera con el uso frecuente y el 12.07 % lo percibe como una alternativa segura.

Respecto a las Indicaciones del Anticonceptivo Oral de Emergencia más del 90 % de mujeres encuestadas refieren conocerlo (Gráfico 14); así como un 50 % reconoce al embarazo como la situación en que está contraindicado (Gráfico 15).

Este tipo de Anticonceptivo no está exento de efectos secundarios, que aunque sean mínimos y de corta duración ocasionalmente podrían comprometer la salud de la mujer si no se administran de acuerdo a las recomendaciones generales. En la muestra estudiada, el 97 % de mujeres encuestadas refieren conocer los Efectos Secundarios más frecuentes (Gráfico 16).

CONCLUSIONES

- Se estableció que el Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en las mujeres en edad fértil es Medio (67.2%).
- Podemos definir el perfil de la usuaria que acude al Centro de Salud Hualmay como: Mujer entre 20 – 24 años, conviviente, con nivel secundario, que tiene de 2 a más hijos, y el Método Anticonceptivo de uso frecuente es el Parenteral.
- Respecto a la Definición de la Anticoncepción Oral de Emergencia dentro de nuestro estudio el 96% de mujeres en edad fértil lo conoce.
- Respecto al Mecanismo de Acción del Anticonceptivo Oral de Emergencia el 89.6 % de las mujeres encuestadas refieren conocerlo.
- Respecto al Modo de Uso del Anticonceptivo Oral de Emergencia las mujeres encuestadas no tienen un conocimiento claro del uso correcto; sólo el 19.2 % de las mujeres encuestadas refiere conocer sobre ello y el 28.4 % conoce sobre la administración correcta del Anticonceptivo Oral de Emergencia de 2 tabletas.
- Respecto a la Frecuencia del uso del Anticonceptivo Oral de Emergencia el 77.6 % refieren que se puede tomar de 2 veces a más al año; causando problemas posteriores por el uso inadecuado y excesivo del mismo.
- Respecto a la Eficacia del Anticonceptivo Oral de Emergencia la mayoría 77.6 % de las mujeres en edad fértil encuestadas (77.6 %) refieren que la eficacia no se altera con el uso frecuente del mismo; pero a su vez un

97.2% de ellas creen que existe una probabilidad de falla del Anticonceptivo Oral de Emergencia.

- Respecto a las Indicaciones del Anticonceptivo Oral de Emergencia más del 90 % de mujeres encuestadas refieren conocerlo; así como un 50 % reconoce al embarazo como la situación en que está contraindicado su uso.

- Este tipo de Anticonceptivo no está exento de efectos secundarios, que aunque sean mínimos y de corta duración ocasionalmente podrían comprometer la salud de la mujer si no se administran de acuerdo a las recomendaciones generales. En la muestra estudiada, el 97 % de mujeres encuestadas refieren conocer los Efectos Secundarios más frecuentes.

RECOMENDACIONES

- Que el Profesional de Salud involucrado que labora en los Establecimientos de Salud desarrolle Programas Integrales que le permitan un acercamiento significativo con las Mujeres en Edad Fértil por grupos de edades, organice charlas educativas sobre temas relacionados acerca del manejo del Anticonceptivo de Emergencia; con el fin de proporcionar información adecuada y disminuir de esta manera los problemas que se pueden dar por una información mal difundida.

- Que las Instituciones Educativas participen, gestionen y faciliten en Coordinación con los Profesionales de Salud intervenciones que brinden información acerca de la Anticoncepción de Emergencia; donde se incluya la participación de maestros, padres de familia y alumnos los cuales puedan recibir la enseñanza y formación adecuada.

- Optimizar las políticas actuales de marketing, comercialización y distribución de los Anticonceptivos Orales de emergencia, de tal manera que sean accesibles a las mujeres, pero basados en un conocimiento y uso racional de los mismos.

- El Ministerio de Salud, las Sociedades Científicas, e Instituciones Educativas deben propiciar espacios que permitan generar las evidencias científicas necesarias mediante Investigaciones de la Anticoncepción de Emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ros C. Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. Gac Sanit. 2009. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2080131>
2. Fondo de Población de la Naciones Unidas. Mortalidad Materna en el Perú. 2012.
3. Pacheco J. Ginecología Obestetricia y Reproducción. 2° ed. Lima: Editorial rEP SAC; 2007.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2013. Disponible en : http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html
5. Ministerio de Salud del Perú. Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar mediante Resolución Ministerial N° 399-2001-SA/DM
6. Betancourt M., Roa M.T., Schroeder I. Píldora de emergencia: Consideraciones sociales y su influencia en la actitud de los jóvenes. Asoc mex de alt en psi, 2006. Disponible en: http://www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=158&option=com_content&task=view
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas – Perú. La Salud Sexual y Salud Reproductiva: Marco Jurídico Internacional y Nacional. Perú 2009.
8. Monterrosa A. Nivel de Conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en médicos generales que ejercen en Cartagena, Colombia. Rev Colomb Rev Med Hered 18 (2), 2007.
9. Lituma G. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia en los Adolescentes escolarizados de la Ciudad de Cuenca. (Tesis). Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
10. Zepeda, E., Del Castillo S. Conocimiento y Uso de la Píldora de Emergencia en estudiantes de Preparatoria. (Tesis). México: Universidad Veracruzana;2011.

11. Fernández R, López L, Martínez H, Kopecky D, Uzcátegui G, Muñoz M,. Anticoncepción de emergencia: percepción y conocimiento en nuevas usuarias del Servicio de Planificación Familiar. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):181-186. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n3/art08.pdf>
12. Gómez P, Arguello K, Cáceres C, Gutiérrez E, Rodríguez A, Rojas L. "Anticoncepción de Emergencia Hormonal: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en estudiantes universitarias". Rev Col de Enf (Internet). 2008; 5(5):10-14. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/280446476_Anticoncepcin_de_emergencia_hormonal._Conocimientos_actitudes_y_prcticas_sobre_en_mujeres_estudiantes_universitarias._Estudio_de_corte_transversal.Colombia_2008.
13. Salinas, K. Conocimientos y Actitudes sobre Anticoncepción Oral de Emergencia, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman. (Tesis). Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman, Facultad Ciencias de la Salud; 2014.
14. Arotoma, M. Anticoncepción Oral de Emergencia: Conocimientos y Actitudes en Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNASAM. (Tesis). Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
15. Contreras H. Nivel de Conocimiento acerca del Anticonceptivo Oral de Emergencia en Adolescentes del nivel secundario de los Centros Educativos Carlos Armando Laura y Gerardo Arias Copaja. (Tesis). Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman, Facultad Ciencias de la Salud; 2012.
16. Peña A., Aspilcueta D., Calderón J., Alzamora L. Características de las usuarias que emplean Anticoncepción Oral de Emergencia en sedes INPPARES de Chimbote y Lima. Rev. Salud, Sex. y Soc. 2008 2. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20II%202009/5-%20AOE%20INppares.htm>.
17. Marions L, Hultenby K. Emergency contraception with mifepristone and Levonorgestrel: Mechanism of action. ACOG. Elsevier Science Inc. 2002; 1000 (I).

18. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. 2005. Disponible en <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-NormaTecnica-Planificacion-Familiar.pdf>
19. Rincón, E y Monterrosa, A. ¿Cuál es el estado actual de la anticoncepción de emergencia?. *Rev.cienc.biomed.* 2010; 1(2): 226 - 236.
20. García Miras, Ramón y cols. Anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.18 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 2002.
21. Fotherby K. Levonorgestrel. *Clinical pharmacokinetics. Clin Pharmacokinet* 1995; 28: 203-15.
22. Stanczyk FZ, Roy S. Metabolism of levonorgestrel, norethindrone, and structurally related contraceptive steroids. *Contraception* 1990; 42: 67-96.
23. Organización Mundial de la Salud. Levonorgestrel para Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva OMS N° 244. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
24. Ellerston C. *Research in emergency contraception*, I-12, N°4, 1994.
25. Durand, Marta; Larrea, Fernando y Schiavon, Raffaella. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. *Rev salud pública de México / vol. 51, no. 3, mayo-junio de 2009.*
26. Suárez, Víctor y cols. Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, el endometrio y los espermatozoides. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública.* 2010; 27(2): 222-30.
27. Saravi, Fernando. *Contracepción de emergencia con levonorgestrel.* *Rev. MEDICINA (Buenos Aires)* 2007; 67: 481-490.
28. García Miras, Ramón y cols. Anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.18 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 2002.
29. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging Options for emergency contraception. *Clinical medicine insights. Reproductive health.* 2013; 7, 23.
30. Real Academia Española. *Diccionario.* Disponible en <http://www.rae.es/>
31. Bunge M. *La Ciencia su Método y su Filosofía.* Ed. Inca Garcilazo de la Vega. 2002.
32. Navas J. *Conceptos y teorías del aprendizaje.* Puerto Rico. Editorial publicaciones.

33. Tamayo y Tamayo, M. El proceso de la investigación científica. Buenos Aires: Limusa. 2001
34. Bavaresco, A. Proceso Metodológico de la Investigación. Talleres de Litografía MELVIN S.R.L. 1994

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CENTRO SALUD HUALMAY - 2015”

Problema General	Objetivo General	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?</p> <p style="text-align: center;">Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es el Perfil de la Mujer en Edad Fértil que acude al Centro de Salud Hualmay – 2015?</p> <p>¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre la Definición de la Anticoncepción Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?</p> <p>¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre el Mecanismo de Acción del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?</p> <p>¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre el Modo de Uso del Método Oral de</p>	<p>Determinar el Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil C. S. Hualmay - 2015.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos Específicos</p> <p>Describir el Perfil de la Mujer en Edad Fértil que acude al Centro de Salud Hualmay – 2015.</p> <p>Identificar el Nivel de Conocimiento sobre la Definición de la Anticoncepción Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.</p> <p>Identificar el Nivel de Conocimiento sobre el Mecanismo de Acción del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.</p> <p>Identificar el Nivel de Conocimiento sobre el Modo de Uso del Método Oral de</p>	<p>Es Tácita</p>	<p>Nivel de Conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil.</p> <p style="text-align: center;">Indicadores</p> <p>Definición</p> <p>Mecanismo de Acción</p> <p>Modo de Uso</p> <p>Eficacia</p> <p>Indicaciones</p> <p>Contraindicaciones</p> <p>Efectos Secundarios</p>	<p>Tipo de estudio Básica No experimental Transversal Cualitativa</p> <p>Nivel de estudio Descriptivo</p> <p>Técnica e Instrumento Encuesta Cuestionario</p> <p>Población y Muestra La población es de 3811 MEF. La muestra será de 250 usuarias.</p> <p>Técnica de Análisis de Datos Paquete estadístico SPSS 21</p>

<p>Emergencia en Mujeres en Edad Fértil usuarias del Centro de Salud Hualmay - 2015?</p>	<p>Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.</p>			
<p>¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre la Eficacia del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?</p>	<p>Identificar el Nivel de Conocimiento sobre la Eficacia del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.</p>			
<p>¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre las Indicaciones y Contraindicaciones del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?</p>	<p>Identificar el Nivel de Conocimiento sobre las Indicaciones y Contraindicaciones del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.</p>			
<p>¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre los Efectos Secundarios del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015?</p>	<p>Identificar el Nivel de Conocimiento sobre los Efectos Secundarios del Método Oral de Emergencia en Mujeres en Edad Fértil Centro de Salud Hualmay - 2015.</p>			

**ENCUESTA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
C.S. HUALMAY – 2015**

Indicaciones: Se solicita tu colaboración, para que ayudes respondiendo las preguntas del cuestionario, la información es estrictamente confidencial, gracias.

- EDAD: Años
- ESTADO CIVIL . GRADO DE INSTRUCCIÓN
 - 1. Soltera 1. Illetrada
 - 2. Casada 2. Primaria
 - 3. Conviviente 3. Secundaria
 - 4. Divorciada 4. Superior Técnico
 - 5. Viuda 5. Superior Universitaria
- NUMERO DE HIJOS: _____
- METODO ANTICONCEPTIVO
 - 1. NO
 - 2. SI ¿Cuál? _____

Instrucciones: Encierre en un círculo la letra de la respuesta que Ud. considere correcta.

1. ¿Sabe Usted para qué sirve la Anticoncepción Oral de Emergencia?
 - a. Para evitar el contagio de una enfermedad de Transmisión Sexual, luego de tener relaciones sexuales sin protección.
 - b. Para evitar el embarazo no deseado luego de tener relaciones sexuales sin protección.
 - c. Sirve como un método frecuente
 - d. Todas son correctas
 - e. Ninguna es correcta.

2. ¿Sabe Usted cómo actúan los Anticonceptivos Orales de Emergencia?
 - a. Ayuda en la salida del ovulo del ovario
 - b. Altera el moco del cuello uterino
 - c. Evita la implantación del huevo

3. En qué momento puede ser usado el Anticonceptivo Oral de Emergencia:
 - a. Hasta los dos días después de una relación sexual sin protección
 - b. Hasta los 3 días después de una relación sexual sin protección
 - c. Hasta una semana después de una relación sexual sin protección
 - d. inmediatamente después de las relaciones sexuales sin protección
 - e. b y d son correctas

4. ¿Cómo se toma el Anticonceptivo Oral de Emergencia de 2 pastillas?
 - a. Primera pastilla antes de las 72 horas después de las relaciones sexuales, y la segunda pastilla 6 horas después de tomar la primera pastilla dentro de las 72 horas.
 - b. Primera pastilla antes de las 72 horas después de las relaciones sexuales, seguida por una segunda pastilla 24 horas después de la inicial dentro de las 72 horas.
 - c. Primera pastilla antes de las 72 horas después de las relaciones sexuales, seguida por una segunda pastilla 12 horas después de la inicial dentro de las 72 horas.

5. ¿Cuántas veces al año se puede tomar el Anticonceptivo Oral de Emergencia?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4 a más

6. El uso frecuente del anticonceptivo oral de emergencia ocasiona:
 - a. Disminución de su efecto de protección, dando lugar a un embarazo
 - b. No ocasiona nada
 - c. No altera su efecto

7. ¿Sabe Usted si hay una probabilidad de falla utilizando el Anticonceptivo Oral de Emergencia?
 - a. SI
 - b. NO

8. ¿En qué casos cree Usted se usa el Anticonceptivo Oral de Emergencia?
 - a. En caso de violación
 - b. Cuando se rompe el condón
 - c. En Todas las relaciones sexuales sin protección
 - d. Todas son correctas

e. Ninguno es correcta

9. ¿En qué situaciones está contraindicado el Anticonceptivo Oral de Emergencia?

a. Durante el embarazo

b. Como método de planificación familiar

c. cuando pasaron más de tres días de haber tenido relaciones sexuales

d. Todas son correctas

e. Ninguno es correcto

10 . Las molestias más comunes del Anticonceptivo Oral de Emergencia son:

a. Nauseas y/o Vómito

b. Altera la menstruación

c. Dolor en Mamas

d. Todas las anteriores

Gracias por su colaboración.