



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” SEDE - PISCO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“CONOCIMIENTO Y USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN  
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
SAN JUAN DE DIOS; PISCO 2017.”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**AUTORA:**

**FLORES CUSI DELIA**

**ASESORA:**

**Mg. APUMAYTA VEGA DILCIA, ELIZABETH**

**ICA – PERU**

**2017**

**DEDICADO A:**

Dios por darme la fuerza y el espíritu de alcanzar mis sueños, cuidándome en todo momento. A mi familia que gracias a ellos soy lo que soy ahora y a quienes les debo todo lo que tengo en esta vida. A los docentes quienes nos guían y brindan sus conocimientos, para nuestra buena formación profesional.

### **AGRADEZCO A:**

Al finalizar esta etapa, deseo agradecer a todas aquellas personas que me acompañaron e incentivaron para seguir adelante en esta etapa de mi vida y ser una excelente profesional.

A la Universidad Alas Peruanas , principalmente a la Escuela Profesional de obstetricia, por brindarnos su dedicación durante mi formación profesional donde recibí la información académica y prácticas impartida por los docentes quienes fueron mi fuente de sabiduría.

A mis docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

De igual manera a mi asesora Mg. Dilcia, Elizabeth Apumayta Vega, quien me ha orientado en todo momento en la realización de esta investigación y cuyas aportaciones ayudaran a convertirme en una gran persona y profesional.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág</b>
DEDICATORIA -----	ii
AGRADECIMIENTO -----	iii
ÍNDICE -----	v
RESUMEN -----	vi
ABSTRACT -----	vii
INTRODUCCIÓN -----	viii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA -----	10
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN -----	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA -----	12
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL -----	12
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS -----	12
1.4. OBJETIVOS -----	13
1.4.1. OBJETIVO GENERAL -----	13
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	13
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN -----	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN -----	16
2.2. BASES TEÓRICAS -----	23
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS -----	33
2.4. HIPÓTESIS -----	36
2.5. VARIABLES -----	36
2.5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES -----	37
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN -----	38

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN -----	38
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN-----	38
3.1.3. MÉTODO-----	38
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN -----	39
3.2.1. POBLACIÓN-----	39
3.2.2. MUESTRA -----	39
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS -----	39
3.3.1. TÉCNICAS-----	39
3.3.2. INSTRUMENTOS -----	39
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS-----	40
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	
4.1. RESULTADOS-----	41
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	
5.2. DISCUSIÓN -----	48
CONCLUSIONES-----	52
RECOMENDACIONES-----	53
FUENTES DE INFORMACIÓN-----	54
ANEXOS	

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento y en qué medida usan la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017.

**Metodología:** Estudio descriptivo correlacional, en 60 adolescentes de entre 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco en noviembre del 2017.

**Resultados:** El nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia en las adolescentes femeninas de 12 a 17 años es: Nivel bajo 43.3%, nivel medio 40% y nivel alto 16.7%. La frecuencia de uso de la píldora de emergencia en las adolescentes femeninas de 12 a 17 años es: una vez el 11.7%, dos veces 21.7%, tres veces 30% y cuatro a más veces 36.7%. El tiempo que transcurre entre el fin de la relación sexual y la toma de la píldora de emergencia es: antes de las 12 horas el 30% de las encuestadas, entre las 12 y 24 horas 51.7% y de 24 a 36 horas 18.3% de las encuestadas. Según la edad el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es de: nivel bajo sobre todo en las de 12 a 14 años y las de 15 a 16 años con 55.6% y 52.2% respectivamente, el nivel medio y alto se presenta mayormente en las edades de 17 años 52.6% y 26.3% respectivamente. Según la procedencia el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es de nivel bajo sobre todo en las que proceden de zonas rurales 61.1%, el nivel medio se presenta mayormente en las que proceden de zonas urbanas 42.9% y el nivel alto se produce sobre todo también en las que proceden de zonas urbanas 21.4%. En relación al grado de instrucción el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es: de nivel bajo sobre todo en las que tienen primaria 57.1%, mientras que el nivel medio y alto se presenta mayormente en las que tienen secundaria 43.6% y 20.5% respectivamente.

**Palabras Clave:** Conocimientos, usos, píldora emergencia

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the level of knowledge and to what extent the emergency pill is used by female adolescents aged 12 to 17 years who come to the San Juan de Dios Hospital in Pisco, November 2017.

**Methodology:** Correlational descriptive study in 60 adolescents between 12 and 17 years of age who attend the San Juan de Dios Hospital in Pisco in November 2017.

**Results:** The level of knowledge about the emergency pill in female adolescents aged 12 to 17 years is low level 43.3%, medium level 40% and high level 16.7%. The frequency of use of the emergency pill in female adolescents aged 12 to 17 years is: once 11.7%, twice 21.7%, three times 30% and four times more times 36.7%. The time that elapses between the end of the sexual relationship and the taking of the emergency pill is: before 12 hours 30% of the respondents, between 12 and 24 hours 51.7% and from 24 to 36 hours 18.3% the respondents. According to the age, the level of knowledge about the emergency pill is: low level especially in those between 12 and 14 years old and 15 to 16 years old with 55.6% and 52.2% respectively, the medium and high level is mostly in the ages of 17 years 52.6% and 26.3% respectively. According to the origin, the level of knowledge about the emergency pill is low, especially in those coming from rural areas 61.1%, the average level is mostly in those coming from urban areas, 42.9% and the high level occurs on all also in those that come from urban areas 21.4%. In relation to the level of education the level of knowledge about the emergency pill is: low level especially in those with primary 57.1%, while the medium and high level is mostly in those with secondary 43.6% and 20.5% respectively.

**Palabras Clave:** Knowledge, uses, emergency pill

## INTRODUCCIÓN

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 demanda insatisfecha de planificación familiar. Los Países bajos, por ejemplo, tienen una de las tasas de aborto más altas de todos los países industrializados, allí la anticoncepción de emergencia es ampliamente disponible como un respaldo para otros métodos de planificación familiar.

La aprobación de la AOE en la política de salud pública ha dado lugar a un intenso debate, tanto en el Perú como en otros países latinoamericanos.

Es una discusión que periódicamente se reabre, en la medida que los detractores del método han planteado acciones legales para impedir la distribución o el registro de la comúnmente mal llamada píldora del día siguiente.

Es pertinente precisar que no todos los anticonceptivos considerados de emergencia, son los autorizados en el Perú como parte de los programas de planificación familiar, sino específicamente los de tipo hormonal. <sup>1</sup>

Hoy día es un hecho de conocimiento generalizado que el inicio de las relaciones sexuales tiene lugar a edades cada vez más tempranas, habitualmente entre los quince y dieciséis años como promedio, aunque evidentemente con diferencias y matices puntuales de acuerdo con las peculiaridades de cada país, religión, cultura y región, sobre todo en lo que respecta a las conocidas diferencias entre el área rural y urbana. Este inicio sexual temprano trae como resultado el hecho de que las/los jóvenes no tienen la madurez necesaria para los coitos no protegidos y son presa fácil de conductas sexuales de riesgo; incluso desconocen la existencia de los métodos anticonceptivos o, en el mejor de los casos, no tienen claro cómo



utilizarlos adecuadamente. Es por ello que es importante utilizar el método oral de emergencia en forma responsable bajo supervisión de un capacitado.

**LA AUTORA**

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

Actualmente en el Hospital san Juan de Dios no existe un consultorio diferenciado adecuado para la orientación y consejería al adolescente, no existiendo el consultorio diferenciado, donde el profesional capacitado debe de guiar al adolescente con respecto al cuidado de su vida sexual reproductiva, es por ello que he visto conveniente realizar dicha investigación.

Es un aspecto relevante que cabe recordar, es que las mujeres son las personas a quienes más se les violan sus derechos reproductivos. Por ello, son ellas las que más necesitan que los derechos reproductivos sean considerados como derechos humanos. Los problemas relacionados con la salud reproductiva siguen siendo la principal causa de muerte materna prenatal de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. La violencia de género, la muerte materna y otros problemas son resultados de la investigación de toma de decisiones. Cabe señalar además que las mujeres jóvenes se encuentran más obstáculos para acceder a la información sobre su sexualidad y son las que más sufren de embarazos no deseados.

El acceso a la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un derecho sexual y reproductivo. Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos en una serie de conferencias internacionales que son de obligatorio cumplimiento para los estados que las han ratificado.

La anticoncepción oral de emergencia en base a progesterona ha sido debidamente probada por un sin número de estudios científicos como un método altamente eficaz para retrasar la ovulación sin impedir la implantación del ovocito fecundado, por tanto, se descarta categóricamente que sea un método abortivo. <sup>2</sup>

En el Perú, cada año se producen más de 350 mil abortos inducidos que constituyen 30% de la mortalidad materna; 20% de los partos en los hospitales públicos son adolescentes entre 10 y 19 años, 25% de los embarazos son no deseados y 35% llegan a convertirse en abortos inducidos. <sup>3</sup>

A pesar de que diferentes anticonceptivos modernos existen en todo el mundo, todavía existe el problema del embarazo no deseado, que podría ser

Debido a la poca toma de conciencia, actitudes negativas hacia la anticoncepción tanto de los proveedores como de los usuarios, poca accesibilidad o como resultado de la agresión sexual. <sup>4</sup>

Por lo expuesto se hace necesario conocer cuanta información tienen los adolescentes mujeres que acuden el Hospital San Juan de Dios de Pisco sobre la píldora de emergencia a fin de mejorar el correcto uso de este método que bien puede evitar embarazos no panificados.

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

**DELIMITACIÓN ESPACIAL.-** El estudio se desarrolló en el Hospital San Juan de Dios de Pisco

**DELIMITACIÓN TEMPORAL.-** El estudio se realizó en el mes de noviembre del 2017

**DELIMITACIÓN SOCIAL.-** Se estudió en los pacientes que acuden a dicho nosocomio y que estén entre 12 y 17 años mujeres.

**DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.-** Se desea conocer el nivel de conocimiento que disponen estos adolescente y en qué grado utilizan la píldora de emergencia.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es el nivel de conocimiento y en qué medida usan la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017?

#### **1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS**

**P.S.1.** ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según edad?

**P.S.2.** ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según procedencia?

**P.S.3.** ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según grado de instrucción?

**P.S.4.** ¿En qué medida usan la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017?

**P.S.5.** ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el fin de la relación sexual hasta la toma de la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017?

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de conocimiento y en qué medida usan la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**O.E.1.** Precisar el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según edad.

**O.E.2.** Conocer el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según procedencia

**O.E.3.** Evaluar el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según grado de instrucción

**O.E.4.** Investigar en qué medida usan la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017

**O.E.5.** Medir el tiempo que transcurre desde el fin de la relación sexual hasta la toma de la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 16 a 19 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017

### **1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 12 y 17 años se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados.

La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de adolescentes y jóvenes, la manera como es vivenciada y socializada por ellos y ellas puede resultar trascendental para el resto de sus vidas. No obstante, del interés de los estados y el compromiso asumido con marcos internacionales, todavía los adolescentes no han recibido la suficiente atención con importantes implicaciones sociales y económicas que incluyen procesos de socialización precarios, efectos adversos para las salud de la madre y el hijo, dificultades para hacerse cargo de una familia, dificultades y falta de oportunidades para la formación escolar y laboral , el rechazo o la pérdida de redes sociales, la falta de apoyo, ausencia o irresponsabilidad de los padres, la transmisión intergeneracional de la pobreza, aspectos que repercuten en la posibilidad de alcanzar ciertas metas en el desarrollo social e individual entre otras.

La falta de comunicación y de conocimiento sobre el uso de los Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE), la poca accesibilidad a los

servicios de salud por barreras socioculturales, económicas, religiosas y principalmente la comunicación inadecuada de padres e hijos, contribuyen al inicio temprano de relaciones sexuales, generando embarazos no deseados e incluso abortos, por el mismo problema.

Relevancia teórica.-La investigación proporcionará información sobre conocimiento, frecuencia de uso de los anticonceptivos orales de emergencia la que enriquecerá las bases teóricas de estos anticonceptivos que en políticas de salud vienen distribuido gratuitamente por el Ministerio de Salud.

Relevancia metodológica.-Estos métodos tienen poco tiempo de uso a nivel mundial por lo que las investigaciones se hacen importantes en la medida que se podría obtener información adicional sobre el conocimiento de estas píldoras.

Relevancia social.-Las relaciones sexuales son parte de la vida del ser humano y la adolescencia es un periodo de riesgo para el embarazos no deseados por lo que una responsable utilización de estos métodos podría reducir algunos embarazos no deseados en beneficio de la usuaria.

### **Importancia de la investigación**

He considerado dicha investigación con el objetivo de poder evaluar mediante la utilización de una encuesta el conocimiento y administración del fármaco en estudio, a la vez ayudando a implementar el consultorio diferenciado del adolescente que se encuentra plasmado en la norma técnica del adolescente de cuáles son los parámetros a seguir, incluyendo en una asesoría adecuada para resolver o aportar conocimientos idóneos en el adolescente del como de llevar su vida sexual en forma responsable.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES**

**Padilla M.** (2015). Nivel de conocimiento y actitudes acerca de anticoncepción oral de emergencia (AOE) en los estudiantes del bachillerato general unificado del Colegio Nacional Técnico Valle del Chota. Las relaciones sexuales en adolescentes es cada vez a más temprana edad y en las cuales los adolescentes no se encuentran totalmente preparados. El diseño de la investigación es descriptiva y de corte transversal. Resultados: El 60,4% de los estudiantes afirmaron ser sexualmente activos, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 15 y 14 años. El 68,9% no han escuchado ni conocen la anticoncepción oral de emergencia y el 9% de la población lo han usado, pero al momento que se exploró el estar desacuerdo con el uso del AOE se encontró que 68,4% están de acuerdo y el 84% si desean recibir más información. En conclusión los



conocimientos acerca de la anticoncepción oral de emergencia son muy deficientes a pesar de sus actitudes positivas hacia este AOE.<sup>5</sup>

**Cárdenas L.** (2014) Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. Objetivo: identificar el uso de la anticoncepción de emergencia (AE) en un grupo de estudiantes universitarias. México. Material y métodos: estudio descriptivo y transversal con muestra no aleatoria. En el 2009 se realizó una prueba piloto con 44 usuarias; el instrumento final se aplicó entre agosto de 2009 y abril de 2010 a 107 estudiantes del campus Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Resultados: las edades de las adolescentes que más solicitaron y ubicaron entre los 19 y 21 años; 87% manifestó conocer su uso. En los seis meses previos 27.1% había usado una vez; 15% la empleó en dos ocasiones. El método anticonceptivo usado por 8 de cada 10 estudiantes fue el condón. Conclusiones: la frecuencia del uso del método anticonceptivo indica que las universitarias lo ingieren como si se tratara de un método anticonceptivo secuencial, lo cual podría generar daños a la salud, así como un mayor número de embarazos no planeados debido a los desajustes hormonales que podría generar el uso de la anticoncepción de emergencia.<sup>6</sup>

**Szames C.** (2012) Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires. Argentina. Objetivo: Establecer el grado de conocimiento, utilización y distribución de la AHE por parte de adolescentes de 15 a 18 años que concurren a centros de salud o están escolarizados en el partido de Rauch. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal durante 2009-2010. Se aplicó una encuesta auto

administrado y anónimo a adolescentes. Se recurrió a las planillas del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSyPR) para determinar el número de AHE entregadas y se evaluó en forma similar la venta de AHE en las farmacias del partido. Resultados: Se analizaron 387 encuestas. El 77% de los encuestados sabía de la existencia del método anticonceptivo, el 28% poseía un conocimiento adecuado acerca de él y el 11% lo había utilizado. No hubo distribución del insumo a nivel público, y el total de unidades vendidas en las farmacias fue de 142, de las cuales el 20% fueron adquiridas por adolescentes (76% femenino, 17% masculino, 7% sin datos). Conclusiones: Los adolescentes no conocen adecuadamente las características de la AHE, aunque la utilizan y la obtienen principalmente a través de la compra en farmacias.<sup>7</sup>

**Lima Y.** (2017). Conocimiento de anticoncepción de emergencia en estudiantes del Colegio Ismael Pérez Pazmiño, Cantón Machala. Ecuador 2017. Objetivo: identificar el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia por parte de los/las adolescentes. El diseño de la investigación es descriptivo, se aplicó como instrumento la encuesta dirigida a 150 estudiantes. Resultados: 46% de la población conocen el uso correcto de los anticonceptivos orales de emergencia, el 47% de la población en estudio refiere desconocer el efecto que tienen estos anticonceptivos y el 51% conocen los efectos secundarios. Conclusión: los estudiantes de la Unidad Educativa antes mencionada, no poseen conocimientos adecuados sobre la anticoncepción oral de emergencia.<sup>8</sup>

**Niño C.** (2012) Episodios de ansiedad y depresión en universitarias de Tunja (Colombia): probable asociación con uso de anticoncepción hormonal. 2012. Objetivo: identificar la posible asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales (orales, inyectables e implantes sub-

dérmicos), y la ocurrencia de episodios de ansiedad y depresión en estudiantes universitarias de Tunja (Colombia), ajustado por otros factores identificados con la depresión y la ansiedad en la literatura científica. Métodos: estudio de prevalencia, observacional, con diseño de Corte Transversal, Analítico. La población: mujeres estudiantes del área de la salud, de dos universidades localizadas en Tunja; de ellas se extrajo mediante muestreo secuencial no probabilístico, una muestra de 538 mujeres, a quienes previo consentimiento informado se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton y la escala de Depresión de Beck. El análisis se adelantó con el programa Epi-Info 2004. Resultados: la prevalencia global de depresión fue de 18,95% y la de manifestaciones de ansiedad de 52,04%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso de métodos hormonales y depresión: OR= 3,31 (IC95%: 1,03-5,40; p= 0.0001). La estimación de probable asociación entre uso de métodos hormonales y ansiedad, también registró una asociación estadísticamente significativa, aunque menos sólida: OR= 1,46 (IC95% 1,03-2,05; p> 0,018). Se encontró también asociación entre las manifestaciones de depresión y edad (superior a los 20 años). Conclusiones: los hallazgos reportados muestran asociación positiva entre la anticoncepción hormonal, la depresión y la ansiedad, que sugiere la necesidad que los proveedores de salud consideren el estado mental de las jóvenes universitarias al momento de prescribir el uso de preparados hormonales, como método de anticoncepción.<sup>9</sup>

## **NACIONALES**

**Panta M.** (2016). Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM, febrero 2016. Objetivo: Evaluar el nivel de conocimientos y

actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en estudiantes de 5to año de medicina humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), febrero 2016. Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta a 109 estudiantes del 5to año de Medicina Humana de la UNMSM. La encuesta presentaba 30 preguntas que contiene aspectos sociodemográficos, conocimientos y actitudes sobre la AOE. Diseño: Estudio descriptivo transversal. Resultados: De 109 estudiantes de medicina, el 11% (12 estudiantes) obtuvo conocimiento alto, el 62.3% (68 estudiantes) obtuvo nivel de conocimiento medio y el 26.6 % (29 estudiantes) obtuvo nivel de conocimiento bajo sobre la anticoncepción oral de emergencia. En cuanto a las actitudes, el 14.6% (16 estudiantes) de los encuestados presentó actitud de aceptación, el 70.6% (77 estudiantes) presentó actitud indecisa y el 14.6 % (16 estudiantes) presentó actitud de rechazo. Conclusión: En términos generales los estudiantes de 5to año de Medicina Humana (89%) presenta conocimiento entre bajo y medio sobre la anticoncepción oral de emergencia. La actitud general de los estudiantes de 5to año de medicina es indecisa sobre la AOE.<sup>10</sup>

**Choque F.** (2015). Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, febrero 2015. Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos e identificar las actitudes sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en los internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Materiales y Métodos: Un cuestionario estructurado se distribuyó a un total de 92 internos de medicina del HNAL. Resultados: 58 (63%) alcanzaron un nivel de conocimiento medio sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, 18 (20%) obtuvieron un nivel de conocimiento alto y 16 (17%) un conocimiento bajo. En lo que

respecta al nivel de actitud que tienen los internos sobre la AOE, 54 (58,7%) obtuvieron una actitud de indecisión, 20 (21,7%) una actitud de rechazo, y 18 (19,6%) una actitud de aceptación. Conclusiones: Un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina obtuvo un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia. La actitud predominante fue la indecisión en 54 de los encuestados (58,7%) y sólo el 19,6% tienen una actitud de aceptación hacia la AOE.<sup>11</sup>

**López K.** (2015). Perfil biosocial y su relación con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del centro de salud el Álamo, junio – 2015. Lima Perú. Objetivo: determinar la relación entre el perfil biosocial con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo Diseño: estudio de tipo observacional, descriptivo correlacional, prospectivo. Participantes: se trabajó con 95 usuarias que acuden a consulta de planificación familiar durante el mes de junio del año 2015. Resultados: en cuanto al perfil social y el perfil biológico en relación al nivel de conocimiento acerca la anticoncepción oral de emergencia, el grado de instrucción ( $p=0.032$ ), el inicio de relaciones sexuales ( $p=0.000$ ) y el número de parejas sexuales ( $p=0.002$ ) fueron los que se relacionaron de manera significativa con el nivel de conocimientos. Conclusión: el perfil biosocial se relaciona de manera significativa con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud El Álamo en el mes de junio del año 2015.<sup>12</sup>

**Campos M.** (2012). Frecuencia del uso del anticonceptivo oral de emergencia y sus repercusiones en la salud de las alumnas de la Universidad Alas Peruanas Puerto Maldonado- Marzo-Mayo, 2012. Objetivo: Conocer como la frecuencia de uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE), repercute en la salud de las alumnas de la Universidad Alas Peruanas-Puerto Maldonado, marzo-mayo del 2012. Material y métodos: Se trabajó con una población de 60 alumnas usuarias y el muestreo fue intencionado. Es una investigación de tipo Descriptivo, no experimental y de corte transversal. Resultados: El 33.0% de la muestra tienen 19 años a más seguidos de los que tienen 18 años (29.6%). Saben lo que es la AOE, el 42.85% de las usuarias obtuvo la información del internet y en menor % la obtuvieron de la pareja y propaganda televisiva. El 71.42% de las usuarias manifiesta que tienen conocimiento de los efectos Secundarios y conocen la dosificación. La frecuencia en el uso de AOE de los últimos 6 meses el 76.20% ha hecho uso de ella, 14 usuarias manifiestan haberla tomado de 1 a 3 veces. La frecuencia del uso de AOE en periodo de un año el 90.47% manifiesta que si la uso, de estas usuarias el 84.21% refiere que la uso de 1 a 3 veces. Dentro de las repercusiones en la salud el síntoma que se presentó con más frecuencia fue el dolor de cabeza (32%) seguido de las náuseas (28%), hinchazón de mamas (12%), secreción blanquecina (12%), y menstruación adelanta un 4%, frente a un 12% que no presento ningún síntoma.<sup>13</sup>

**Nicho B.** (2016) Nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia en mujeres en edad fértil Centro de Salud Hualmay – 2015. 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 nivel de conocimiento medio sobre anticoncepción de emergencia, siendo su uso y eficacia los ítems donde no hay un conocimiento claro y adecuado.<sup>14</sup>

## **ANTECEDENTES LOCALES**

No se encontraron

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

En noviembre de 1999 el Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales incorporó ambos métodos (Yuzpe y Gestágeno solo) en la lista de Drogas Esenciales.

Esta presenta aquellos medicamentos “que sirven para satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población, por consiguiente, deben estar disponibles en todo momento, en las cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas que se requiera, y a un precio asequible para las personas y la comunidad”.

La anticoncepción de urgencia se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Se recomienda su uso dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia.

A diferencia de otros métodos anticonceptivos de uso regular debe usarse únicamente como método de emergencia. La Anticoncepción de Emergencia puede prevenir la mayoría de los embarazos cuando se usa después de una relación sexual.

Ofrece un respaldo importante en casos de una relación sexual no protegida o de un accidente durante el uso de otro anticonceptivo (como olvido de las píldoras o rotura de un condón), y es especialmente útil después de una violación o sexo coercitivo. <sup>15</sup>

### **Eficacia Anticonceptiva**

La anticoncepción hormonal de emergencia es muy eficaz para prevenir embarazos en situaciones de emergencia (Ho & Kwan, 1993; Trussell y col., 1999; Glasier y col., 1996; OMS, 1998). El término anticoncepción de emergencia, o anticoncepción poscoital, se refiere a métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. Se estableció para situaciones de emergencia creadas por una relación sexual sin protección, la falla o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de una píldora anticonceptiva o la rotura de un preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas.

La anticoncepción de emergencia solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual, antes de la salida del óvulo del ovario y antes de que ocurra la fertilización por un espermatozoide. Las píldoras anticonceptivas de emergencia no pueden interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo.



La OMS recomienda la píldora de levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia. Lo ideal es que la mujer tome una sola dosis de esta píldora de progestágeno si es comercial dentro de las 72 horas post coital. Otra posibilidad es que tome dos dosis de levonorgestrel (de 0,75 mg cada una, con un intervalo de 12 horas).

Sin embargo, es menos eficaz que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular. Si se usaran con frecuencia a lo largo de un año, las tasas acumuladas de embarazo por cien mujeres, serían más elevadas que con los otros métodos. Ésta es una de las razones para recomendar su uso sólo en situaciones de emergencia.

Una manera de expresar la eficacia anticonceptiva de la anticoncepción de emergencia es la proporción de mujeres que se embaraza a pesar de usar el método. El estudio metacéntrico de la OMS mostró que la tasa de embarazos es de 1.1% para el levonorgestrel (11 de 976 mujeres que lo usaron), y de 3.2% (31 de 979 mujeres) para el régimen de Yuzpe, confirmando así la eficacia anticonceptiva descrita en otros ensayos clínicos de menor número de mujeres.

Otra manera de expresar la eficacia anticonceptiva de la anticoncepción de emergencia es la proporción de embarazos que se evitan gracias al uso del método.

Se ha estimado que ocho de cada cien mujeres se embarazan cuando hay un acto sexual único en la segunda o tercera semana de un ciclo menstrual. Si se usan las pastillas de AE, se embarazan entre una y tres mujeres.<sup>16,17</sup>

El estudio de la OMS encontró que las píldoras de levonorgestrel puro previenen el 85% (74 de 93) de los embarazos estimados, siendo más efectivas que el régimen de Yuzpe, que en este estudio evitó el 57% (39 de 71) de los embarazos estimados (OMS, 1998b).

Existe una relación significativa entre la eficacia anticonceptiva y el tiempo que transcurre entre el acto sexual no protegido y la ingestión de las

píldoras de AE, disminuyendo la eficacia paulatinamente a lo largo de las 72 horas recomendadas para su uso. En el estudio de la OMS, la tasa de embarazos fue 0.5% (2 de 386 mujeres) cuando el método se usó en las primeras 12 horas después de la relación, y subió a 4.1% (6 de 146 mujeres) cuando se usó entre 61 y 72 horas después de la relación. El retraso en la ingestión de la primera dosis incrementa el riesgo de embarazo en un 50% cada 12 horas. Por eso se recomienda tomar las píldoras de AE lo antes posible después de la relación sexual sin protección anticonceptiva. Las píldoras de AE no son efectivas si existe un embarazo y no alteran su curso.

#### Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia es complejo porque el efecto de los esteroides administrados depende del día en que se usan, y la fertilidad de la mujer varía de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual en que se encuentre (Wilcox y col., 1995).

Cinco (83%) de los coitos únicos por día que pueden ocurrir en los 6 días fértiles del ciclo menstrual ocurren entre uno y cinco días antes de la ovulación y sólo 1 (17%) es en el día de la ovulación.

Por lo tanto, en la gran mayoría de los casos en riesgo, los espermatozoides tienen que esperar entre 1 y 3 días en el tracto genital femenino para que se produzca la ovulación. Este intervalo ofrece una posibilidad real de que el anticonceptivo de emergencia interfiera con la migración y función de los espermatozoides y/o con el proceso ovulatorio y que prevenga por estos mecanismos el encuentro del óvulo con un espermatozoide en la trompa de Falopio. Esta posibilidad ha sido explorada experimentalmente en la mujer y los pocos estudios conocidos a la fecha muestran que las píldoras de AOE interfieren con estos procesos (Croxatto y cols., 2001). Cuando el coito ocurre en el mismo día de la ovulación, es altamente improbable que la AE pueda interferir con la fecundación lo cual

plantea dos posibilidades: a) que la AE tomada en ese día no sea efectiva y en esos casos el método falla; b) si previene el embarazo tendría que hacerlo por una acción posterior a la fecundación. El mecanismo post-fecundación que diversos autores han investigado es la inhibición de la implantación por una alteración de la receptividad endometrial inducida por la AE.<sup>18</sup>

Efecto sobre la migración y función espermática Kesseru y demostraron que la administración de 400 de levonorgestrel 3-10 horas después del coito produce una disminución del número de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina, observable ya a las 3 horas después del tratamiento; aumenta el pH del fluido uterino a las 5 horas lo cual inmoviliza a los espermatozoides; y aumenta la viscosidad del moco cervical a partir de las 9 horas impidiendo el paso de más espermatozoides hacia la cavidad uterina (Kesseru y cols., 1974). Aunque estas observaciones fueron hechas usando sólo un 57% de la dosis actual, ellas son altamente relevantes al modo de acción del Levonorgestrel usado como anticonceptivo de emergencia. No hay estudios similares para el régimen de Yuzpe.<sup>19</sup>

La fisiología de la migración espermática en la mujer es poco conocida pero los escasos datos disponibles señalan que ocurre en dos fases, como en el resto de los mamíferos:

Una fase rápida y breve por la cual llegan los primeros espermatozoides a la trompa a los pocos minutos después del coito, y una fase sostenida en el tiempo por la cual los espermatozoides almacenados en las criptas del cuello uterino migran en sucesivas cohortes hacia la trompa en el curso de varios días (Croxatto, 1996). Los únicos experimentos que han evaluado la capacidad fecundante de estas dos poblaciones de espermatozoides revelan que sólo los de la fase sostenida tienen la capacidad de fecundar (Croxatto, 1996). La fase sostenida es esencial para mantener en la trompa de Falopio una población de espermatozoides con capacidad fecundante

hasta que se produzca la ovulación, ya que los que aquí llegan ni se quedan ni persisten viables por mucho tiempo. En efecto, los espermatozoides pasan a la cavidad peritoneal o bien se adhieren al epitelio de la trompa por algunas horas, proceso en el cual adquieren motilidad hiperactiva, después de lo cual pierden en corto tiempo su viabilidad. Mientras se espera que ocurra la ovulación, la población de espermatozoides que se encuentra en la trompa de Falopio está en constante renovación gracias a nuevas falanges de espermatozoides que llegan desde el reservorio cervical.<sup>20</sup>

La dinámica de este proceso tiene una eficiencia limitada ya que, en las mejores condiciones, la tasa de fecundación in vivo en la especie humana es sólo 50% (Álvarez y cols., 1988). Es decir, si 100 mujeres de fertilidad probada tienen relaciones sexuales no protegidas en el período fértil, en sólo 50 de ellas ocurre la fecundación. Si es así en condiciones óptimas, es de suponer que en condiciones no óptimas, vale decir cuando el levonorgestrel está interfiriendo con la migración y función espermática, la tasa de fecundación está probablemente muy comprometida. La interferencia del levonorgestrel con la migración espermática sostenida, demostrada por Kesseru, podría reducir o anular la probabilidad de que ocurra la fecundación, si es que llega a producirse la ovulación.<sup>21</sup>

Efectos sobre el proceso ovulatorio

La posibilidad de que la anticoncepción hormonal de emergencia inhiba la ovulación en la mujer ha sido explorada por varios autores utilizando diversos diseños experimentales. Swahn y cols administraron el régimen de Yuzpe a 8 mujeres en el día 12 del ciclo y observaron supresión o postergación del pico de LH más allá de vida fértil de los espermatozoides en 6 de las 8 mujeres (Swahn y cols., 1996). Ling y cols, en un diseño diferente, obtuvieron evidencia indirecta de inhibición o postergación de la ovulación en 4 de 11 mujeres (Ling y cols., 1979). En estos estudios no es

posible examinar si hay correlación entre el momento del ciclo ovárico en que se administra la droga y el efecto observado. Croxatto y cols administraron el método de Yuzpe en la fase folicular cuando el folículo dominante tenía 12-14mm, 15-17mm o 18mm de diámetro y observaron muy buena correlación entre ese marcador del momento de administración y la inhibición de la ovulación que ocurrió en el 80%, 50% y 0% de los casos, respectivamente (Croxatto y cols., 2002).<sup>22</sup>

En la mayoría de los casos, el levonorgestrel ha sido administrado en el día del pico de LH (LH+0) en la orina, el cual es fácil de detectar, pero tiene el inconveniente de que la ovulación suele ocurrir en ese mismo día y por lo tanto es demasiado tarde para inhibirla. De hecho, los datos indican que dado el levonorgestrel en ese día, inhibe la ruptura folicular o interfiere con la formación de un cuerpo lúteo sólo en una baja proporción de los ciclos tratados: En el estudio de Durand y cols, el tratamiento dado presuntamente entre LH-2 y LH-4 (2 y 4 días antes del pico máximo de la LH en la orina respectivamente) fue seguido de ruptura folicular y niveles significativamente disminuidos de progesterona en la fase lúteo en 8 de 8 casos. En este mismo trabajo se trató a un grupo de mujeres en el día 10 del ciclo menstrual. En 12 de 15 se inhibió la ovulación (no hubo ruptura folicular ni fase lúteo), y en otras tres se postergó la ovulación más allá del límite máximo de los 6 días que pueden esperar los espermatozoides al óvulo (Durand y cols., 2001).

Es evidente que Levonorgestrel administrado durante la fase folicular tiene la capacidad de interferir con el proceso ovulatorio, ya sea suprimiendo el pico de LH, la ruptura folicular o la luteinización, lo cual parece depender de la anticipación con que se administra.<sup>23</sup>

Efectos sobre el endometrio, Swahn y Raymond examinaron biopsias de endometrio tomadas en el período receptivo luego de administrar el régimen de Yuzpe y sólo encontraron mínimas diferencias en los parámetros

morfológicos y moleculares examinados en comparación con los ciclos controles de las mismas mujeres (Raymond EG y cols, 2000).

Otros estudios han explorado la posibilidad de que el levonorgestrel interfiera con el desarrollo pro gestacional del endometrio, el cual es considerado esencial para que se implante el blastocito. En estos estudios se han utilizado distintos diseños y se han evaluado tanto aspectos morfológicos como moleculares del endometrio. Desde un punto de vista fisiológico y farmacológico, parece muy improbable que la administración de una progestina sintética como el levonorgestrel altere este proceso que normalmente es inducido por la progestina natural al actuar sobre un endometrio que creció bajo el estímulo estrogénico.<sup>24</sup>

Marions y cols examinaron biopsias de endometrio obtenidas en el período de receptividad endometrial en 3 mujeres que recibieron levonorgestrel en LH-2 y en 4 que lo recibieron en LH+2. Analizaron 8 parámetros morfológicos al microscopio de luz, uno morfológico al microscopio electrónico de barrido y 5 parámetros moleculares por inmuno histoquímica y uno por cito química.

Casi sin excepción, ninguno de estos parámetros mostró diferencias con lo observado en las biopsias obtenidas en los ciclos controles de los mismos sujetos (Marions y cols., 2001).<sup>25</sup>

En el estudio de Durand, se analizaron 24 biopsias de endometrio obtenidas en ciclos en los que se administró levonorgestrel y en los que no se inhibió la ovulación.

El examen incluyó menos parámetros y menos técnicas que el estudio de Marions, pero el resultado fue comparable ya que no se encontró alteración morfológica alguna al comparar ciclo control y tratado en la misma mujer (Durand y cols., 2001).

Los resultados de estos dos últimos estudios confirman que, cuando no suprime la fase lútea, el levonorgestrel administrado como anticoncepción

de emergencia no interfiere con el desarrollo pro gestacional del endometrio. Por lo tanto, estos resultados no dan ningún apoyo a la hipótesis de que el levonorgestrel altera el endometrio e impide la implantación. Esto explicaría que no se prevengan entre el 11% y el 40% de los embarazos que se hubieran producido sin usar este método de anticoncepción de emergencia. La eficacia es mayor mientras más pronto se use el método después del coito, como se señaló anteriormente, lo que hace poco probable que este método impida el embarazo por una acción posterior a la fecundación.<sup>26</sup>

En conclusión, la información analizada, no permite sustentar la hipótesis de que la AE previene embarazos porque interrumpe la implantación de óvulos fecundados ni tampoco sustenta una duda razonable al respecto ya que los datos disponibles indican que, si ello ocurriera, lo sería de un modo muy excepcional.<sup>27</sup>

La carencia de datos empíricos que demuestren que no hay mayor pérdida de óvulos fecundados después de usar anticoncepción hormonal de emergencia que en un grupo control no es una característica que distinga a estos métodos ya que es compartida por todos los métodos anticonceptivos actualmente en uso.<sup>28</sup>

#### Efectos adversos

Las mujeres que utilizan las píldoras de AE pueden sentir náuseas (20-50%), vómitos (5-20%), dolor de cabeza, mareos, cansancio y sensibilidad en las mamas, pero estas molestias no duran más de 24 horas.<sup>20</sup>

El levonorgestrel produce considerablemente menos molestias que el régimen de Yuzpe (OMS, 1998b). Las mujeres también pueden presentar un sangrado o goteo irregular.

No se presentan efectos cardiovasculares asociados al uso de las píldoras de AE, como lo demostró un estudio que evaluó su administración en 73.302 mujeres y 100.615 dosis prescritas sin que se reportaran casos de

enfermedad trombo embolica (Vasilaskis y col., 1999). No se conocen otros efectos médicos adversos por lo que no hay riesgos para la salud asociados al uso de píldoras anticonceptivas de emergencia. No se conocen efectos teratogénicos sobre el feto en caso de uso inadvertido durante la fase temprana del embarazo (OMS, 2000).

Los principales efectos secundarios de las píldoras de AE son náuseas y vómitos.

Aproximadamente la mitad de las mujeres que utilizan el régimen de Yuzpe experimentan dichos efectos y una de cada 5 vomita luego de la primera o segunda dosis. En las que usan solo el régimen de progestina, la tasa de náusea y vómito es de 20 y 5%, respectivamente. Por lo general estos efectos secundarios no duran más de 24 horas y pueden ser eliminados en muchos casos con la ingestión de antieméticos antes del tratamiento. <sup>29,30</sup>

Una de las desventajas del uso del Mifepristone es que origina un retraso en el inicio de la siguiente menstruación, lo que puede provocar ansiedad en la mujer. Este efecto parece estar en relación con la dosis utilizada, de modo que emplear dosis más bajas minimizará el retraso sin comprometer la efectividad.

Importancia de la anticoncepción oral de emergencia en Salud Pública

El embarazo no deseado y su consecuencia más grave, el aborto inducido, constituyen un grave problema de salud pública en América Latina y El Caribe.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hacia fines del 2000 se estimaba en 4,2 millones el número de abortos clandestinos y en 5000 las mujeres fallecidas por dicha causa; además, 800 000 mujeres habían sido hospitalizadas por complicaciones. <sup>30</sup>

En el Perú, este problema de salud pública es igualmente dramático. Previo a la Resolución Ministerial, se estimaba que de un millón de embarazos anuales, 56% eran no deseados, de ellos 25% correspondía a adolescentes



y 50% a hogares en situación de pobreza o pobreza extrema. Más aun, el 83% de embarazos no deseados eran debido al abuso sexual. Se estimaba que el número de abortos clandestinos alcanzaba la cifra alarmante de 400 000 anuales, lo cual contribuía significativamente a la elevada tasa de mortalidad materna debida a las complicaciones (85/100 000 nacidos vivos).<sup>31,32</sup>

Aproximadamente 56% de mujeres en edad fértil no estaban protegidas adecuadamente contra un embarazo no deseado, un tercio de las cuales correspondía a parejas unidas. Se estimaba, por otro lado, que en los últimos cinco años nacieron aproximadamente un millón de niños no deseados (31% de los nacimientos ocurridos), quienes incrementarán el número de niños abandonados.<sup>33</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**ABORTO:** Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación

(Que puede ser espontánea o inducida). Cuando una mujer o joven, queda embarazada sin desear.

**ADOLESCENCIA:** La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 12 a 17 años.

Anticonceptivo oral de emergencia.- Hormona de síntesis que contiene 0.75 mgrs. De levonorgestrel, dosis cincuenta veces mayor a la existente en los anticonceptivos comunes. CIE 10 Z 30 Anticoncepción

-Pauta de Yuzpe (clásica): 500 ug de Levonorgestrel + 100 ug de Etil Estradiol cada 12 horas, en dos tomas.

Nombre comercial: Microgynon 4 tabletas cada 12 horas

- Pauta Específica (actual): Levonorgestrel 750 ug cada 12 horas, en dos tomas (total: 2 comprimidos)

Nombre comercial: Postinor 1 tableta cada 12 horas

Se debe dar un antiemético una hora antes de cada toma

Contracepción oral de emergencia: Anticonceptivos orales combinados que se utilizan poco después de haber tenido relaciones sexuales sin usar alguna protección contra el embarazo.

**CONDÓN:** los condones son unos dispositivos que ayudan a prevenir el embarazo, es decir, es un método anticonceptivo. También ayudan a prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

**EDUCACIÓN SEXUAL:** Es la educación que se les da a los niños, jóvenes y adolescentes para así instruirlos en que es una relación sexual, que es el sexo, sus consecuencias, tipos de enfermedades de transmisión sexual y tipos de anticonceptivos para así prevenir tantos embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

**EFFECTOS COLATERALES:** Son los efectos adversos que se pueden producir posterior a la ingesta del AOE

**EMBARAZO:** Es aquel que se ocasiona en la mujer después de haber tenido una relación sexual con el sexo opuesto sin haber tenido la precaución alguna de usar cualquiera de los métodos anticonceptivos

**EMBARAZO PRECOZ:** Es aquel que ocurre en una niña o adolescente inexperta menor de edad que por no haber tenido una buena educación sexual, o por violencia sexual queda embarazada por tener relaciones sexuales sin protección apresuradamente. En la etapa de la niñez o la pubertad

**EMBRIÓN:** Producto de la concepción (fertilización del óvulo por el espermatozoide) durante las primeras 8 semanas de su desarrollo. Durante el resto del embarazo se denomina feto.

**EYACULACIÓN:** Salida del semen a través del pene.

**IDENTIDAD DE GÉNERO**

Sentirse hombre y mujer de acuerdo con las características y valores de nuestra sociedad y con nuestra elección de identificarnos con ello.

**IDENTIDAD SEXUAL.**

Reconocimiento de una persona de estar consciente y de sentirse que pertenece a un sexo determinado.

**MÉTODO ANTICONCEPTIVO:** o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** Es la atracción sexual o preferencia sexual que se siente hacia personas de diferente sexo (Heterosexualidad), de igual sexo (Homosexualidad) o hacia ambos sexos (Bisexualidad).

**RELACIÓN SEXUAL:** La relación sexual es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan al menos dos personas, y que suele incluir al menos un coito o cópula.

**EDAD:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

**PROCEDENCIA:** Lugar de donde procede una persona y habitualmente donde habita.

**GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

**FRECUENCIA DE USO:** Veces en que se usa el anticonceptivo de emergencia en un determinado periodo de tiempo.

**TIEMPO DE INTERVALO:** Espacio que hay entre dos hechos o dos cosas, generalmente de la misma naturaleza.

## **2.4. HIPÓTESIS**

No aplica por ser un trabajo descriptivo.

## **2.5. VARIABLES**

### **Variable Dependiente**

Conocimientos sobre la píldora de emergencia

Uso de la píldora de emergencia

### **Variable Independiente**

Edad

Procedencia

Grado de instrucción

Frecuencia de uso

Tiempo de intervalo entre el fin del coito y la toma de la píldora.

### **Definición conceptual de las variables**

Conocimientos sobre la píldora de emergencia.- Grado de información que se tiene sobre la píldora de emergencia

Edad.- Años de vida

Procedencia.- Lugar geográfico de donde procede

Grado de instrucción.-Años cursados educacionalmente

Frecuencia de uso.- Intervalo entre el consumo de un fármaco

Tiempo de intervalo.- Periodo de tiempo que transcurre entre el fin del coito y la toma de la píldora de emergencia.

### 2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>Variables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Fuente</b>
Conocimientos sobre la píldora de emergencia. uso de la píldora de emergencia	Dependiente	Nominal	Grado de conocimientos	Cuestionario	Adolescente de 12 a 17 años
Edad	Independiente	Numérica ordinal	12 a 14 años 15 a 16 años 17 años	Ficha de datos	Adolescente de 12 a 17 años
Procedencia	Independiente	Nominal	Rural Urbana		
Grado de instrucción	Independiente	Ordinal	Primaria Secundaria		
Frecuencia de uso	Independiente	Intervalo	1 vez 2 veces 3 veces De 4 a más veces		
Tiempo de intervalo entre el fin del coito y la toma de la píldora	Independiente	Numérica	12 horas 24 horas 36 horas 48 horas Más de 48 horas		

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental pues solo se obtuvieron los datos sin modificarlos, descriptiva pues se describe las características del fenómeno en estudio, transversal pues se midió la variable en un solo tiempo, prospectiva pues los datos fueron obtenidos a propósito de la investigación.

##### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo - correlacional

##### **3.1.3. MÉTODO**

Deductivo

## 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.2.1. POBLACIÓN

Adolescentes de 12 a 17 años que son atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el mes de noviembre del 2017 en el consultorio de planificación familiar que son 71 adolescente femeninas.

### 3.2.2. MUESTRA

Se aplicó la fórmula de una proporción con población conocida

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 71$$

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{71 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (71 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 60$$

## 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.3.1. TÉCNICAS

Encuesta se aplicó en cuestionario afín de obtener los datos.

### 3.3.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos donde se consignan los datos necesarios para la realización de la investigación.

Cuestionario para obtener información sobre el conocimiento sobre la píldora de emergencia.

#### **3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v23 de donde se obtuvieron las estadísticas descriptivas y analizados para ser presentados en forma de tablas y gráficos.



**CAPÍTULO IV:**  
**PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

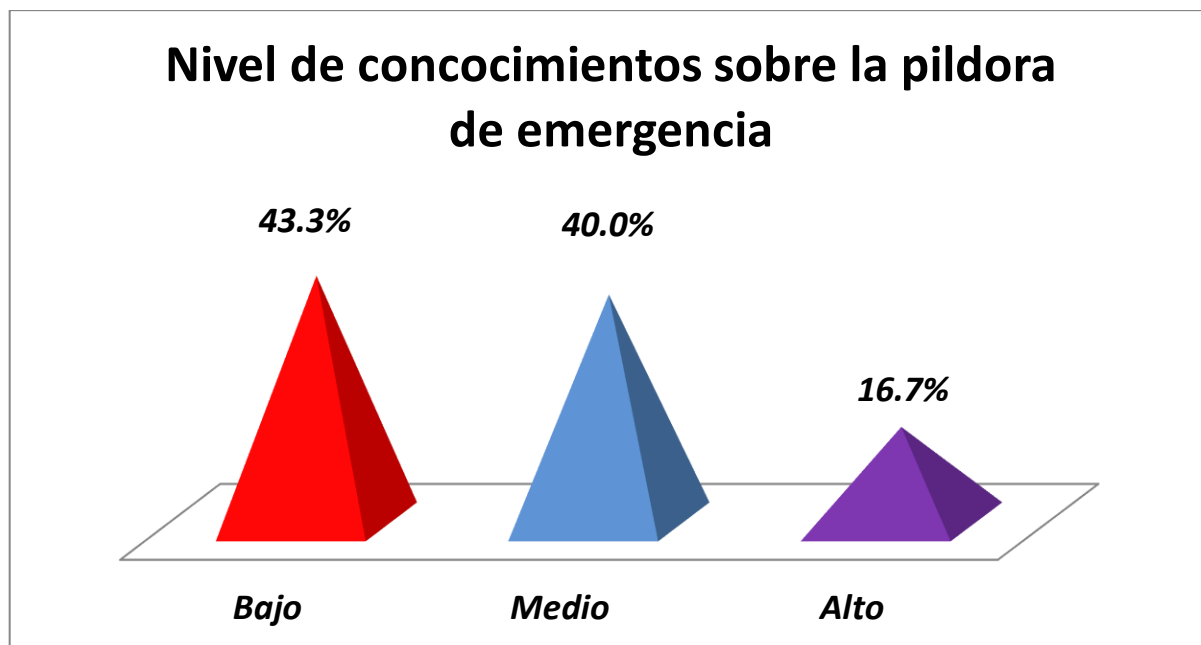
**TABLA N° 01**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PÍLDORA DE EMERGENCIA EN LAS**  
**ADOLESCENTES FEMENINOS DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO NOVIEMBRE 2017**

Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	26	43.3%
Medio	24	40.0%
Alto	10	16.7%
Total	60	100.0%

Fuente: H. S. J. de D. Pisco

-En esta tabla se observa que el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia en las adolescentes femeninas de 12 a 17 años es: Nivel bajo 43.3% (26), nivel medio 40% (24) y nivel alto 16.7% (10).

**GRÁFICO N° 01**



Fuente: H. S. J. de D. Pisco

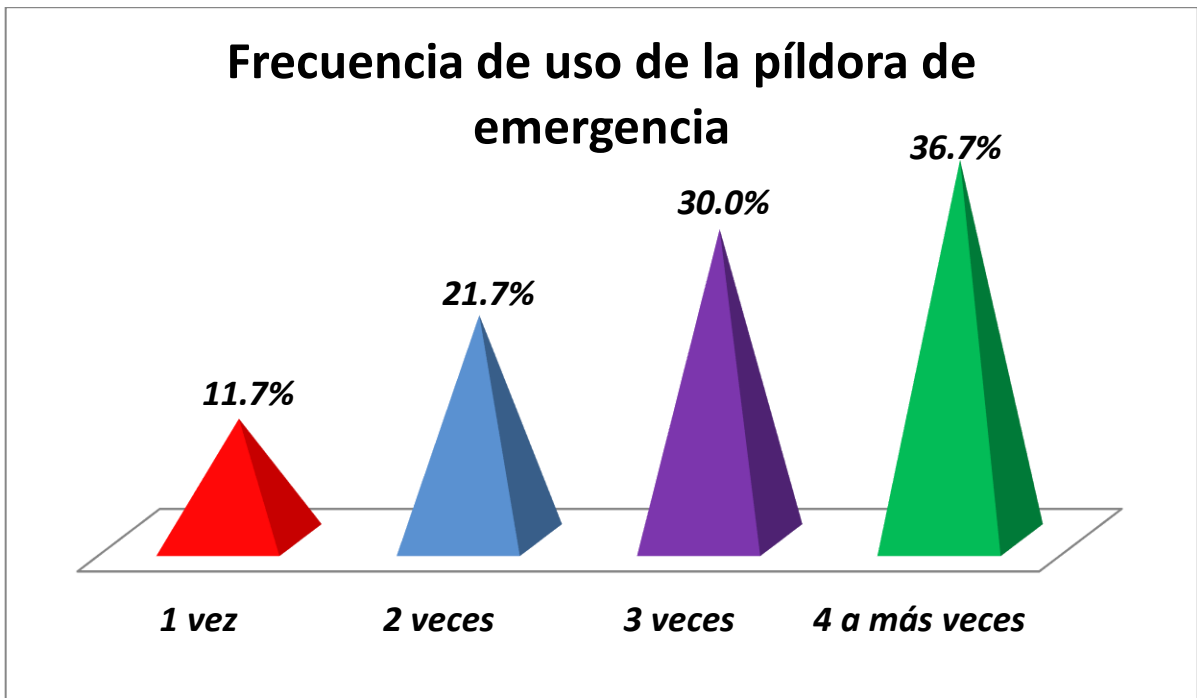
**TABLA N° 02**  
**NIVEL DE USO DE LA PÍLDORA DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES FEMENINOS DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO NOVIEMBRE 2017**

Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	7	11.7%
2 veces	13	21.7%
3 veces	18	30.0%
4 a más veces	22	36.7%
Total	60	100.0%

Fuente: H. S. J. de D. Pisco

-En esta tabla se observa que la frecuencia de uso de la píldora de emergencia en las adolescente femeninas de 12 a 17 años es: una vez el 11.7% (7), dos veces 21.7% (13), tres veces 30% (18) y cuatro a más veces 36.7% (22).

**GRÁFICO N° 02**



Fuente: H. S. J. de D. Pisco

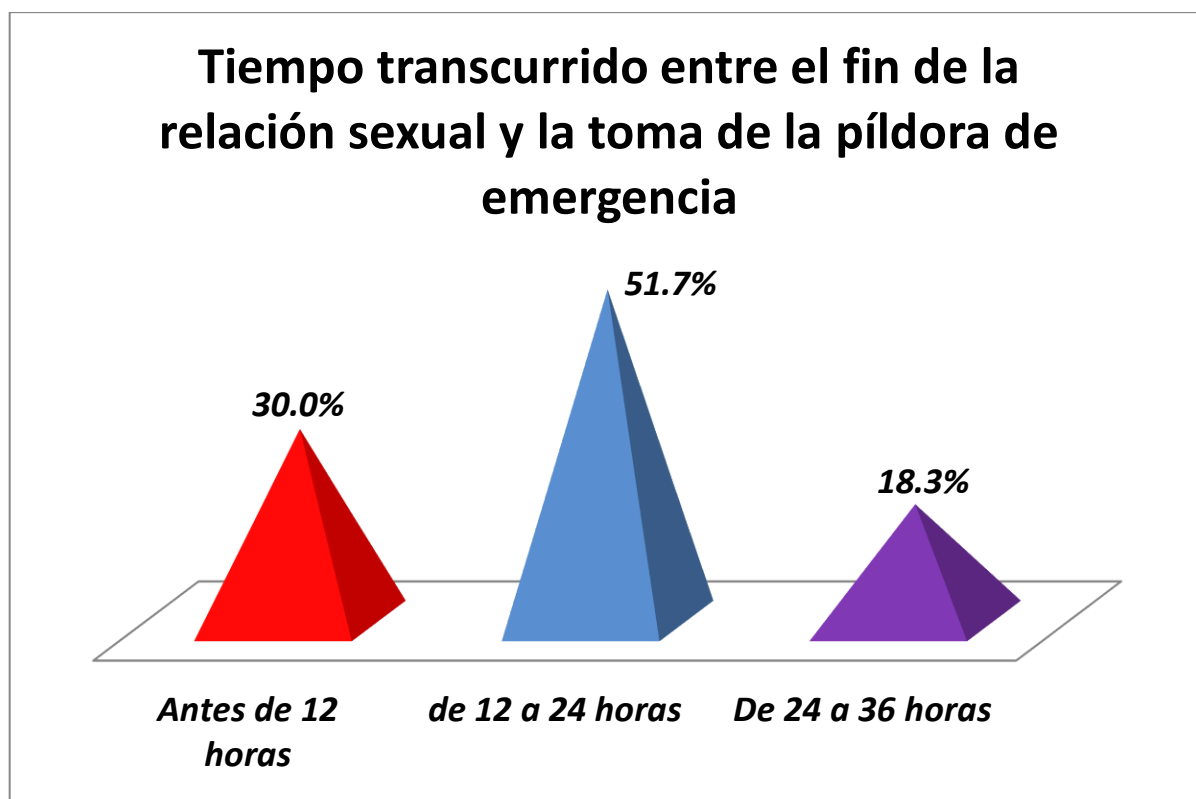
**TABLA N° 03**  
**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL FIN DE LA RELACIÓN SEXUAL HASTA LA TOMA DE LA PÍLDORA DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES FEMENINOS DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO NOVIEMBRE 2017**

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Antes de 12 horas	18	30.0%
de 12 a 24 horas	31	51.7%
De 24 a 36 horas	11	18.3%
Total	60	100.0%

Fuente: H. S. J. de D. Pisco

-En esta tabla se observa que en relación al tiempo que transcurre entre el fin de la relación sexual y la toma de la píldora de emergencia es: antes de las 12 horas el 30% (18), entre las 12 y 24 horas 51.7% (31) y de 24 a 36 horas 18.3% (11).

**GRÁFICO N° 03**



Fuente: H. S. J. de D. Pisco

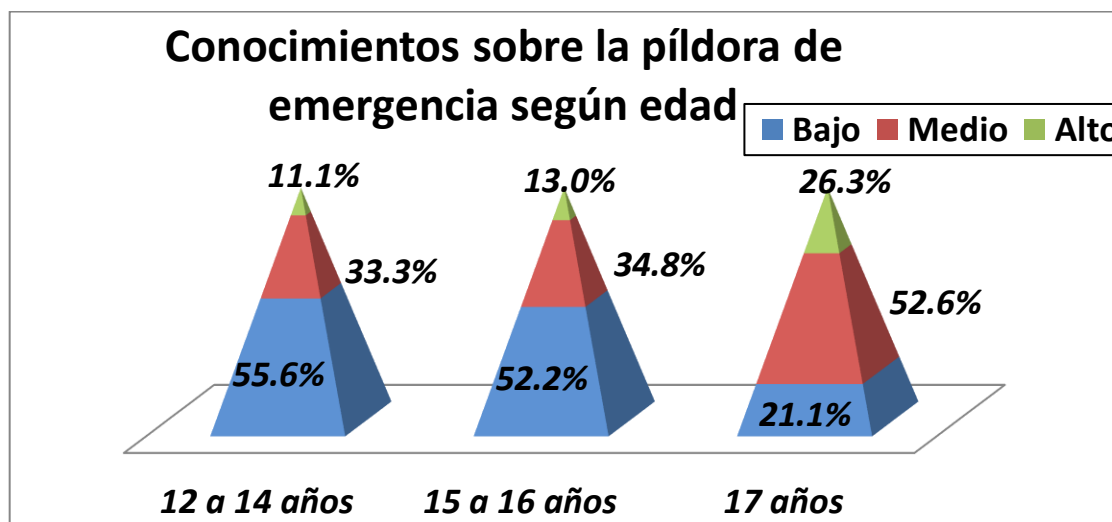
**TABLA N° 04**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PÍLDORA DE EMERGENCIA EN LOS**  
**ADOLESCENTES FEMENINOS DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO NOVIEMBRE 2017**  
**SEGÚN EDAD**

Nivel de conocimientos	EDAD			Total
	12 a 14 años	15 a 16 años	17 años	
Bajo	10	12	4	26
	55.6%	52.2%	21.1%	43.3%
Medio	6	8	10	24
	33.3%	34.8%	52.6%	40.0%
Alto	2	3	5	10
	11.1%	13.0%	26.3%	16.7%
Total	18	23	19	60
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: H. S. J. de D. Pisco

-En esta tabla se observa que en relación a la edad el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es de: nivel bajo sobre todo en las de 12 a 14 años y las de 15 a 16 años con 55.6% (10) y 52.2% (12) respectivamente, mientras que el nivel medio se presenta mayormente en las edades de 17 años 52.6% (10) y el nivel alto se produce sobre todo también en la edad de 17 años 26.3% (5).

**GRÁFICO N° 04**



Fuente: H. S. J. de D. Pisco

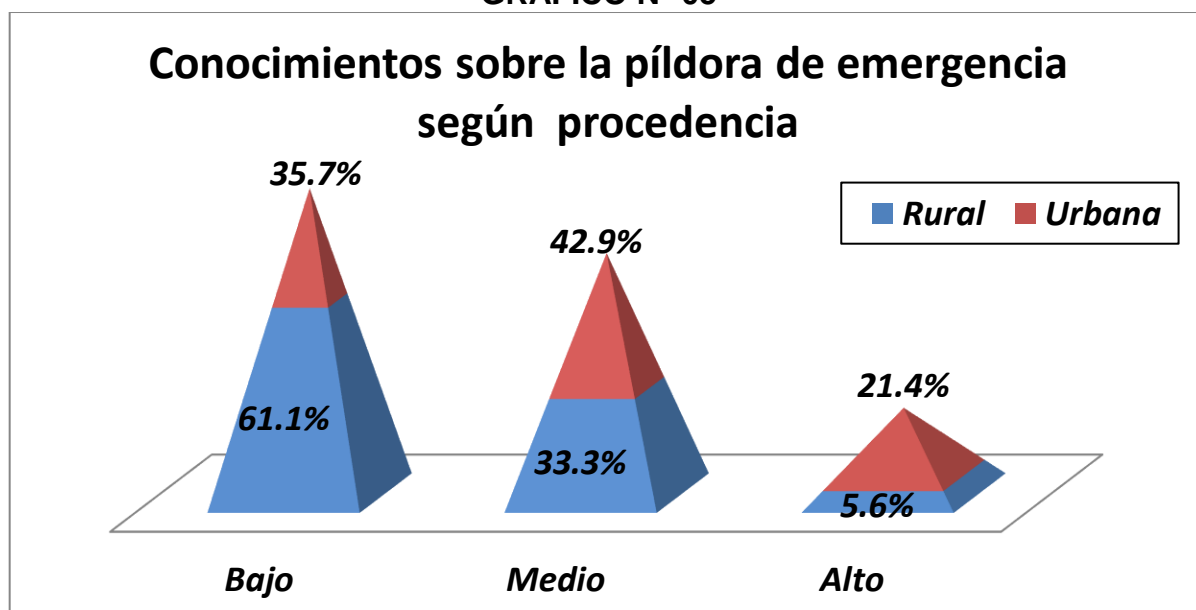
**TABLA N° 05**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PÍLDORA DE EMERGENCIA EN LOS**  
**ADOLESCENTES FEMENINOS DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO NOVIEMBRE 2017**  
**SEGÚN PROCEDENCIA**

Nivel de conocimiento	PROCEDENCIA		Total
	Rural	Urbana	
Bajo	11	15	26
	61.1%	35.7%	43.3%
Medio	6	18	24
	33.3%	42.9%	40.0%
Alto	1	9	10
	5.6%	21.4%	16.7%
Total	18	42	60
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: H. S. J. de D. Pisco

-En esta tabla se observa que en relación a la procedencia el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es de nivel bajo sobre todo en las que proceden de zonas rurales 61.1% (11), el nivel medio se presenta mayormente en las que proceden de zonas urbanas 42.9% (18) y el nivel alto se produce sobre todo también en las que proceden de zonas urbanas 21.4% (9).

**GRÁFICO N° 05**



Fuente: H. S. J. de D. Pisco

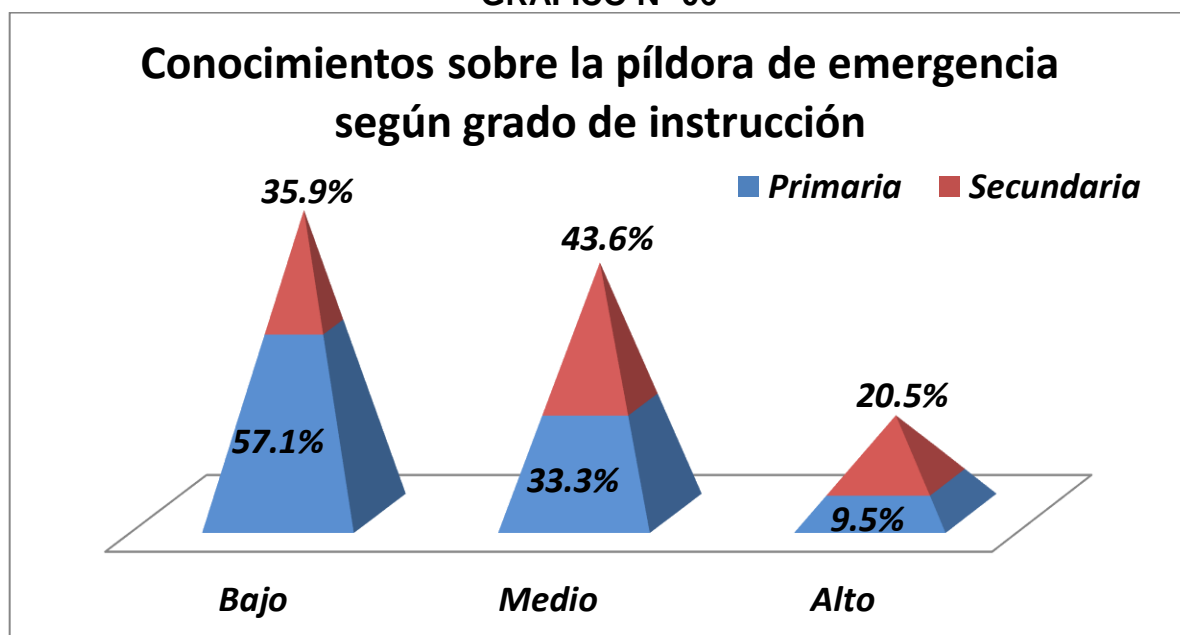
**TABLA N° 06**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PÍLDORA DE EMERGENCIA EN LOS**  
**ADOLESCENTES FEMENINOS DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL**  
**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO NOVIEMBRE 2017**  
**SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Nivel de conocimientos	GRADO DE INSTRUCCIÓN		Total
	Primaria	Secundaria	
Bajo	12	14	26
	57.1%	35.9%	43.3%
Medio	7	17	24
	33.3%	43.6%	40.0%
Alto	2	8	10
	9.5%	20.5%	16.7%
Total	21	39	60
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: H. S. J. de D. Pisco

-En esta tabla se observa que en relación al grado de instrucción el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es: de nivel bajo sobre todo en las que tienen primaria 57.1% (12), mientras que el nivel medio se presenta mayormente en las que tienen secundaria 43.6% (17) y el nivel alto se produce sobre todo también en las que tienen secundaria 20.5% (9).

**GRÁFICO N° 06**



Fuente: H. S. J. de D. Pisco

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

En la investigación realizada se encontró que: el 43.3% de las encuestadas que acuden al hospital San Juan de Dios de Pisco presenta bajo nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia, el 40% presenta nivel medio, y entre ambas hacen un 73.3% que no tienen nivel de conocimientos adecuados sobre ésta píldora, y solo el 16.7% presentó nivel alto de conocimientos sobredicha píldora, lo que demuestra que el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es inadecuada en la gran mayoría de las encuestadas adolescentes de 12 a 17 años la que se debería a una pobre información que se les brinda sobre este método en los colegios y el pobre alcance que tiene el sector salud sobre éstos jóvenes. Al respecto se encontró un estudio realizado por Padilla M. (2015), en el Colegio Nacional Técnico Valle del Chota donde concluye que el 68.9% de los alumnos no han escuchado ni conocen la anticoncepción oral de emergencia, que evidentemente están en mayor riesgo de presentar gestaciones no deseadas ni planificadas. También Szames C. (2012) en Buenos Aires Argentina concluye que las adolescentes no conocen adecuadamente las características de la AHE, ubicándoles como adolescentes de alto riesgo para



tener embarazos no deseados. Mientras que Lima Y. (2017), en el Ecuador encuentra que el 46% de la población conocen el uso correcto de los anticonceptivos orales de emergencia. Se encontró además que Campos M. (2012) en un estudio desarrollado en la universidad Alas Peruanas de Puerto Maldonado el 71.42% de las usuarias manifiesta que tienen conocimiento de los efectos Secundarios y conocen la dosificación de esta píldora en los estudiantes de esta casa de estudios, lo que se debería a que son universitarios de diferentes escuelas y algunas relacionadas con la salud lo que les facilita la información.

Se analiza además la frecuencia de usos de esta píldora, encontrándose que solo un 11.7% de las encuestadas manifiesta haber usado solo una vez dicha píldora, mientras que el 21.7% refiere haber utilizado 2 veces, el 30% en 3 oportunidades y el 36.7% manifiesta haber usado de 4 a más veces, lo que indicaría el uso frecuente de esta píldora en adolescentes jóvenes de 12 a 17 años, cuando recién empiezan a tener relaciones sexuales, proveyendo que en un futuro se utilizará repetidas veces, con la consiguiente alteración de sus ciclos menstruales y posibles efectos no deseados de esta píldora. En un estudio realizado por Cárdenas L. (2014) encontró que en México las edades de las adolescentes que más solicitaron la píldora de emergencia fue entre las edades de 19 a 21 años, lo que indica que a medida que aumenta la edad también se hace más frecuente las actividades sexuales. Incluso en un estudio realizado por Niño C. (2012) reporta que sus hallazgos muestran asociación positiva entre la anticoncepción hormonal, la depresión y la ansiedad la que es más probable cuanto más se usa esta píldora, alertando sobre los efectos del mal uso de esta píldora.

Luego se averiguo sobre el momento que mayormente ingieren la píldora después de terminado el acto sexual, refiriendo que el 30% lo hace antes de las 12 horas, el 51.7% lo hace dentro de las 24 horas es decir entre las 12 y 24 horas, y el 18.3% lo realiza inclusive antes de las 36 horas es decir entre 24 a 36 horas, que es cuando los efectos de esta píldora van perdiendo efectividad, ello indica la mala orientación en el uso adecuado de esta píldora pues como su nombre lo indica es

una píldora de emergencia que debe ser tomada lo más antes posible después de terminado el acto sexual.

El nivel de conocimiento sobre esta píldora se ve afectada por varias variables siendo algunas de ellas la edad, pues se observó en el estudio que las menores de 12 a 14 años son las que tienen más deficiente este conocimiento siendo el 55.6% de ellas, también tienen bajo nivel las de 15 a 16 años siendo el 52.2% de ellas, el nivel medio es determinante en los de 17 años, y es en este grupo etáreo que también mayormente tienen nivel alto de conocimientos sobre ésta píldora, lo que indica que la edad está en relación al nivel de conocimientos sobre esta píldora la que se debería a la experiencias que tienen las mayores con esta píldora que les obliga a conocer más sobre ella.

También se observó que la procedencia influye en el nivel de los conocimientos sobre esta píldora, pues son las que proceden de zonas rurales las que tienen sobre todo bajo nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia lo que se debería a la pobre información que llega a ellos por lo lejos en que se encuentran en comparación con las adolescentes que viven en zonas urbanas donde la información es más asequible tanto en los centros de salud como en los medios radiales, en ellos predomina el nivel medio y alto de conocimientos sobre la píldora. Estudios relacionados se encontró el realizado por Nicho B. (2016) en el Centro de Salud Hualmay que concluye que el nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia en las mujeres en edad fértil es medio (67.2%), lo que entre otras cosas se debería las intervenciones de educación en los colegios que los profesionales de la salud realizan en esta zona.

Para terminar, se evaluó la relación entre el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia con el grado de instrucción de las adolescentes encontrándose que el nivel bajo se relaciona sobre todo con las que tienen nivel primario como grado de instrucción y las que tienen nivel medio y alto sobre todo en las que tienen nivel secundario. Al respecto Panta M. (2016), en su estudio el Lima concluye los estudiantes de 5to año de Medicina Humana (89%) presenta conocimiento entre bajo y medio sobre la anticoncepción oral de emergencia que

es explicable por la experiencia que tienen dichos alumnos. También Choque F. (2015), en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de Lima encuentra un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina obtuvo un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia, lo que se debe a que son estudiantes de medicina que ya tienen conocimientos sobre ésta píldora en sus estudios. Todo ello demuestra que el perfil del adolescente está en relación al nivel de conocimientos sobre esta píldora como lo demuestra López K. (2015), en su estudio realizado en el Perú donde concluye que el perfil biosocial se relaciona de manera significativa con los conocimientos y prácticas de esta píldora.

## CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia en las adolescentes femeninas de 12 a 17 años es: Nivel bajo 43.3%, nivel medio 40% y nivel alto 16.7%.
2. La frecuencia de uso de la píldora de emergencia en las adolescentes femeninas de 12 a 17 años es: una vez el 11.7%, dos veces 21.7%, tres veces 30% y cuatro a más veces 36.7%.
3. El tiempo que transcurre entre el fin de la relación sexual y la toma de la píldora de emergencia es: antes de las 12 horas el 30% de las encuestadas, entre las 12 y 24 horas 51.7% y de 24 a 36 horas 18.3% de las encuestadas.
4. Según la edad el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es de: nivel bajo sobre todo en las de 12 a 14 años y las de 15 a 16 años con 55.6% y 52.2% respectivamente, el nivel medio y alto se presenta mayormente en las edades de 17 años 52.6% y 26.3% respectivamente.
5. Según la procedencia el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es de nivel bajo sobre todo en las que proceden de zonas rurales 61.1%, el nivel medio se presenta mayormente en las que proceden de zonas urbanas 42.9% y el nivel alto se produce sobre todo también en las que proceden de zonas urbanas 21.4%.
6. En relación al grado de instrucción el nivel de conocimientos sobre la píldora de emergencia es: de nivel bajo sobre todo en las que tienen primaria 57.1%, mientras que el nivel medio y alto se presenta mayormente en las que tienen secundaria 43.6% y 20.5% respectivamente.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar en forma periódica y constante charlas educativas en los colegios de la localidad, a cargo del personal de salud, en especial obstetras, incluso a los profesores y directivos de estas instituciones educativas que albergan una gran cantidad de adolescentes muchas de ellas sexualmente activas.
2. Promover el acceso fácil a estas píldoras pues el uso es frecuente y en cada vez que acude el adolescente concientizarlo sobre el uso y abuso de estas píldoras y las consecuencias que ello le puede traer.
3. Brindar información a todo adolescente que solicita estas píldoras sobre el uso correcto antes píldoras que debe ser de inmediato al término del acto sexual, también debe informarse de estos beneficios a todo adolescente que acuda a estos establecimientos de salud.
4. Insistir sobre todo en los adolescentes tempranos como son aquellos que inician sus relaciones sexuales muy prematuramente antes de los 15 años, pues son ellos los más vulnerables por su difícil acceso a este método pues su condición de menor de edad le dificulta solicitar información al respecto.
5. Realizar actividades promocionales a fin de llevar información y píldoras a los lugares más alejados de la localidad a fin de que dichos adolescentes tengan la forma de acceder a esta píldora que puede ser de utilidad para evitar embarazos no deseados.
6. Acceder a los colegios, incluso a las escuelas a fin de informar sobre salud sexual y reproductiva pues son los de nivel primarios los más vulnerables pues tienen menos conocimientos sobre esta píldora.

## **FUENTES DE INFORMACIÓN.**

- 1.- Barrientos A. (2012) Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) en Costa Rica. Rev. Población y Salud en Mesoamérica - Volumen 9, número 2, informe técnico 1, ene - jun 2012
- 2.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Nacional y Departamental 2014.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2015. Lima: INEI; 2015.
- 4.- UNESCO. (2013). Anticoncepción de emergencia: mecanismos de acción y efectos posfecundación. Revista Redbioética / UNESCO, Vol. 1(No. 7), 11-13. Disponible en:  
<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/images/RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf>.
- 5.- Padilla M. (2015). Nivel de conocimiento y actitudes acerca de anticoncepción oral de emergencia (AOE) en los estudiantes del bachillerato general unificado del Colegio Nacional Técnico Valle del Chota. Disponible en:  
[cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4094/1/Choque\\_nf.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4094/1/Choque_nf.pdf)
- 6.- Cárdenas L. (2014) Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. México. ATENFAM 2014; 21 (3)
- 7.- Szames C. (2012) Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires. Argentina. Rev Argent Salud Pública, Vol. 3 - Nº 11, 2012
- 8.- Lima Y. (2017). Conocimiento de anticoncepción de emergencia en estudiantes del Colegio Ismael Pérez Pazmiño, Cantón Machala. Ecuador 2017. Disponible en:  
[dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18784/1/Tesis%20final..pdf](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18784/1/Tesis%20final..pdf)

- 9.- Niño C. (2012) Episodios de ansiedad y depresión en universitarias de Tunja (Colombia): probable asociación con uso de anticoncepción hormonal. 2012.
- 10.- Panta M. (2016). Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de 5to año de Medicina Humana de la UNMSM, febrero 2016. Disponible en:  
[alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS\\_2a13f475120857465e335ba5b98dff4](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_2a13f475120857465e335ba5b98dff4)
- 11.- Choque F. (2015). Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, febrero 2015.
- 12.- López K. (2015). Perfil biosocial y su relación con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del centro de salud el Alamo, junio – 2015. Lima Perú
- 13.- Campos M. (2012). Frecuencia del uso del anticonceptivo oral de emergencia y sus repercusiones en la salud de las alumnas de la Universidad Alas Peruanas Puerto Maldonado- Marzo-Mayo, 2012
- 14.- Nicho B. (2016) Nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia en mujeres en edad fértil Centro de Salud Hualmay – 2015.
- 15.- Díaz S, Croxatto H. (2015) Anticoncepción Hormonal de Emergencia. [Acceso el 28 de marzo del 2015]. Disponible en:  
[http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion\\_de\\_emergencia/Anticoncepcion%20Hormonal%20de%20Emergencia.pdf](http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/Anticoncepcion%20Hormonal%20de%20Emergencia.pdf)
- 16.- Bueno C. (2012) Programa de educación para la salud dirigido a mujeres que utilizan anticoncepción de emergencia. *Matronas Prof.* 2012; 13(1): 15-22
- 17.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2012). "Anticoncepción de Emergencia ".Biblioteca de la OMS. Disponible como:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

- 18.- Cerrón E. (2014) Conocimientos y Actitudes sobre el anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Mayor de San Marcos año 2012 Lima Universidad Mayor de San Marcos 2014.
- 19.- Choque F. (2015) Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de Medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Febrero 2015. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.
- 20.- Fernandez I. (2015) Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Ágora Rev. Cient.*2015; 02(01):79-88
- 21.- Changana K. (2015) Nivel de conocimiento sobre Anticonceptivo Oral de emergencia en estudiantes de Obstetricia del VII-VIII ciclo de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2015
- 22.- Latorre P. (2012) Nivel de Conocimiento y Actitud hacia el uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes Atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012
- 23.- Lituma, C. (2014) Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, 2014
- 24.- Mamani S. (2013) Nivel de Conocimientos y prácticas acerca del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en los internos rotantes en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Enero-Febrero 2012, Lima. Universidad Mayor de San Marcos. 2013.
- 25.- MINISTERIO DE SANIDAD, Política Social e Igualdad. Postinor 1,5 mg. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2014.



26.-. Nolasco F. (2015) Conocimientos y actitudes sobre anti concepción oral de emergencia en internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Febrero Perú 2015.

27.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2014.

28.- Moran J. (2013) La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. 2013.

29.- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Anticoncepción de emergencia en las Américas. Hoja informativa del Programa Mujer, salud y desarrollo. 2012

<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/emergencycontraceptionsp.pdf>

30.- Pretell E. (2013) Política de anticoncepción oral de emergencia: La experiencia peruana. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(3):487-93.

31.- Quispe D. (2016) Alto uso de anticoncepción oral de emergencia en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016;33(4):839-40.

32.- Zavala J. (2012). El caso de la AOE en el Perú en el marco de las Políticas de Salud. Disponible en:

[cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2128/1/Zavala\\_rj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2128/1/Zavala_rj.pdf)

33.- Ramírez Á. (2014) Conocimientos sobre el manejo de la pastilla del día siguiente en estudiantes universitarios del área de salud. 2014. Disponible en:

<file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/Dialnet>

## **ANEXOS**

- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **MODELO DE FICHA DE ENCUESTA**

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO
¿Cuál es el nivel de conocimiento y en qué medida usan la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017?	Determinar el nivel de conocimiento y en qué medida usan la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017.	<p>Precisar el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según edad</p> <p>Conocer el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según procedencia</p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento sobre la píldora de emergencia de las adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 según grado de instrucción</p> <p>Investigar en qué medida usan la píldora de emergencia las</p>	<p>El grado de conocimiento sobre el anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de 12 a 17 años atendidas en el Hospital San Juan de Dios Pisco es bajo.</p> <p>El grado de conocimiento sobre el anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes de 12 a 17 años atendidas en el Hospital San Juan de Dios Pisco no es bajo.</p>	<p><b>Dependiente</b></p> <p>Conocimientos sobre la píldora de emergencia</p> <p>Uso de la píldora de emergencia</p>	Grado de conocimiento	Adolescente de 12 a 17 años
				<p><b>Independiente</b></p> <p>Edad</p> <p>Procedencia</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Frecuencia de uso</p> <p>Tiempo entre el fin del coito y la toma de la píldora de emergencia.</p>	<p>12 a 14 años</p> <p>15 a 16 años</p> <p>17 años</p> <p>Rural</p> <p>Urbana</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>1 vez</p> <p>2 veces</p> <p>3 veces</p> <p>De 4 a más veces</p> <p>12 horas</p> <p>24 horas</p> <p>36 horas</p> <p>48 horas</p> <p>Más de 48 horas</p>	Ficha de datos

		adolescentes femeninas de 12 a 17 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017 Medir el tiempo que transcurre desde el fin de la relación sexual hasta la toma de la píldora de emergencia las adolescentes femeninas de 16 a 19 años que acuden al Hospital San Juan de Dios de Pisco noviembre 2017				
--	--	--	--	--	--	--



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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....domiciliado con  
Dirección.....

DNI..... aceptando a participar en el proyecto titulado  
“Conocimiento y uso del Anticonceptivo Oral de Emergencia en  
Adolescentes de 12 a 17 años de Edad atendidas en el Hospital san Juan de  
dios Pisco 2017”

Aquí sus respuestas y participación será en forma anónima y que no se  
publicará mi identidad personal.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.

**Atentamente:**

---

**FIRMA**



**“CONOCIMIENTO Y USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS NOVIEMBRE PISCO 2017”**

**FICHA DE ENCUESTA**

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con el Píldora Oral de Emergencia, sus respuestas son confidenciales, desde ya agradecemos su valiosa colaboración ya que su respuestas son muy importantes para el estudio que estamos realizando. Recuerde que su encuesta es absolutamente anónima con (x) la respuesta que usted indique correcto.

N° DE FICHA .....

**1.- EDAD.....**

**2.- Grado de instrucción**

a.- Analfabeta.      b.- Primaria.      c.- Secundaria.      d.- Superior.

**3.- Procedencia**

a.- Rural.      b.- Urbano.

**4.- ¿A qué edad usted tuvo su primera relación sexual? (SI) (NO)**

**7.- A que tiempo después del coito de riesgo lo usó AOE?**

a.- Antes de las 12 horas      b.- Entre 12 a 24 horas  
c.- Entre 24 y 36 horas      d.- De 36 a 48 horas      e.- Más de 48 horas

**8.- ¿Cuántas veces ya usó la píldora de emergencia?**

a.- 1 vez      b.- 2 veces      c.- 3 veces

## CONOCIMIENTOS

**1.- ¿Cuál es el mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales?**

- a. No permite la captación del óvulo por las fimbrias de las trompas \_\_\_\_\_
- b. No permite el transporte del huevo o cigoto a través de las trompas \_\_\_\_\_
- c. No permite la fecundación \_\_\_\_\_
- d. Interfieren con la ovulación \_\_\_\_\_

**2.- La efectividad de los anticonceptivos orales de emergencia para prevenir el embarazo es de**

- a.- Menos del 25%
- b.- 25%
- c.- 50%
- d.- 75%
- e.- 100%
- f.- No sabe

**3. ¿Si una mujer embarazada llegase a tomar anticonceptivos orales de emergencia, cuáles serían las consecuencias de esto?**

- a.- Aborto
- b.- Malformación del producto
- c.- Complicaciones maternas
- d.- Ninguna

**4.- \_\_F\_\_** Un tratamiento de AOE protege de un embarazo en todo el ciclo menstrual en que se usó.- Marque verdadero o falso

**5.- \_\_F\_\_** Para la administración de AOE la usuaria primero debe pasar por un examen pélvico.- Marque verdadero o falso

**6.- La AOE puede ser usado:**

- a. Hasta las 24 horas después de una relación sexual no protegida
- b. Hasta las 48 horas después de una relación sexual no protegida
- c. Hasta las 72 horas después de una relación sexual no protegida
- d. Hasta una semana después de una relación sexual no protegida

**7.- ¿En qué situaciones están indicados los anticonceptivos orales de emergencia?**

- a.- Rutinariamente
- b.- En todas las relaciones sexuales
- c.- Relaciones sexuales sin protección
- d.- Olvido de una toma de píldora

**8.- El anticonceptivo oral de emergencia te protege de enfermedades de transmisión sexual como el sida? ( SI ) ( NO )**

**10.- Si ocurre vómito dentro de las dos horas después de haber tomado la primera píldora de AOE se debe:**

- a.- Seguir con la segunda dosis
- b.- Repetir el tratamiento de nuevo
- c.- No tomar la segunda dosis
- d.- Dar de tomar leche a la usuaria

**11.- \_\_F\_\_ Solo las píldoras que contienen estrógenos y progestagenos (combinados) pueden ser usado como AOE.- Marque verdadero o falso**

**12.- ¿Ésta píldora es de adquisición legal o ilegal?**

LEGAL ( )

ILEGAL ( )



## **CALIFICACIÓN**

**4 o menos respuestas correctas.....(BAJO)**

**5 a 8 respuestas correctas.....(MEDIO)**

**9 a 12 respuestas correctas.....(ALTO)**