

Universidad Internacional
para el Desarrollo Sostenible



**Informe Final de monografía para optar al título de Doctor en Medicina y
Cirugía**

**“Abuso de la anticoncepción de emergencia y reacciones
adversas en adolescentes de educación secundaria en dos
colegios de Tipitapa, entre octubre del 2021 y abril del 2022”**

Autora

Aurelia Marbelly Jarquín González

Tutora

Msc. Martha Gallo

Master en Salud Sexual y Reproductiva

Especialización en educación sexual en la adolescencia

Abril 2022

DEDICATORIA

A DIOS que me ha dado la oportunidad de levantarme después de caer.

A mis padres Miguel y Mercedes Jarquín

AGRADECIMIENTOS

Dios por permitirme seguir adelante

A mis padres, mi papá, aunque ya no está entre nosotros, el confío en mí y a mi madre que tengo la dicha de tenerla

A mi familia por apoyarme

A los docentes me apoyaron dedicando parte de su tiempo en mi elaboración del tema Mis docentes de la facultad que me ayudaron en mi formación que culminó con la realización de este informe.

OPINIÓN DE LA TUTORA

Por este medio hago constar que he revisado el informe final de la tesis monográfica titulada “Abuso de la anticoncepción de emergencia y reacciones adversas en adolescentes de educación secundaria en dos colegios de Tipitapa, entre octubre del 2021 y abril del 2022”, elaborado por la estudiante Aurelia Marbelly Jarquín González.

Múltiples estudios muestran que año con año va aumentando el uso de la anticoncepción de emergencia de forma indiscriminada, especialmente en los adolescentes. En este contexto, para poder establecer medidas educativas efectivas es necesario contar con información confiable producida en Nicaragua, por lo que este estudio es de suma relevancia ya que contribuye a conocer cuál es la frecuencia de uso de anticonceptivos de emergencia y saber cuántos de los adolescentes están haciendo abuso de esta alternativa, enfatizando en que conocimientos tienen las adolescentes sobre la anticoncepción de emergencia.

Considero que este informe final contiene y cumple con los requisitos científicos y académicos para ser sometidos a aprobación por parte de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de UNIDES.

Msc. Martha Gallo

Master en Salud Sexual y Reproductiva

Especialización en educación sexual en la adolescencia

Tutora

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la frecuencia del abuso de la anticoncepción de emergencia y reacciones adversas en adolescentes de educación secundaria en dos colegios de Tipitapa, los autores llevaron a cabo un estudio observacional, transversal, descriptivo entre octubre del 2021 y abril del 2022, encuestado a 181 adolescentes mujeres entre 13 y 17 años. Los investigadores encontraron que en las adolescentes en estudio hubo un predominio de la edad entre 15 y 16 años, procedentes del área urbana, de religión católica seguido de religión evangélica. Cerca de la mitad de las adolescentes vive con sus dos padres, sin embargo 1 de cada 5 adolescentes encuestada vive solo con su madre. Un tercio de las adolescentes han tenido 2 parejas sexuales o más. Con respecto a los conocimientos sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia solo el 40% refirió saber de su existencia, siendo la principal fuente información el internet y las redes sociales. Cerca de un 75% no conocía cuando usar la anticoncepción de emergencia y solo un 35% sabía el momento apropiado de uso y un 40% sabía como actuaba. Del total de adolescentes encuestadas el 25% refirió haber usado alguna vez la píldora de la mañana siguiente, y entre las adolescentes que ya iniciaron vida sexual la frecuencia de uso fue del 70%. De forma global, la frecuencia de abuso fue del 6% y entre las que iniciaron vida sexual fue del 16%. La fuente más frecuente de donde se adquiere la píldora es la farmacia seguido de amigos. Las principales razones de usar la píldora, es tener relaciones sin condones y usar la píldora porque no les gusta usar otros métodos. Las reacciones adversas más frecuentes asociadas al uso de la anticoncepción de emergencia fueron mareos, cefalea, regla irregular, vómitos, suspensión de la regla y aumento de peso. Se observó una asociación significativa entre la edad y la frecuencia de abuso de la píldora de la mañana siguiente. A mayor edad hubo mayor frecuencia de uso (al menos una vez) y de abuso (uso frecuente o 3 veces o más) de la anticoncepción de emergencia.

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
OPINIÓN DE LA TUTORA	III
RESUMEN.....	IV
INDICE	V
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTE.....	3
Antecedentes en Latino América	3
JUSTIFICACIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos	8
MARCO TEÓRICO	9
Conceptos y definiciones básicas	9
Anticonceptivos de emergencia	9
Mecanismos de acción.....	10
Elementos claves sobre anticonceptivos de emergencia que deben manejar los adolescentes	13
Criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de la anticoncepción de emergencia	20
Anticoncepción de emergencia de acuerdo a los protocolos y normas del MINSA	22
Mitos acerca de los anticonceptivos de emergencia.....	27

Obstáculos que se oponen a los métodos anticonceptivos de emergencia..	31
Patrones de uso y abuso de la anticoncepción de emergencia	31
Evidencias sobre la seguridad del uso de la anticoncepción de emergencia	33
Riesgos y daños a la salud de las adolescentes por el uso de la pastilla de emergencia	34
MATERIAL Y MÉTODO.....	38
Área y periodo de Estudio.....	38
Muestra.....	38
Operacionalización de Variables.....	40
Fuentes y Obtención de la Información	40
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:	40
Procesamiento y Análisis de los datos:.....	41
Aspectos Éticos	42
RESULTADOS	43
Resultados del objetivo 1	43
Resultados del objetivo 2.....	43
Resultados del objetivo 3.....	44
Resultados del objetivo 4.....	45
Resultados del objetivo 5.....	45
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS.....	55
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	56

ANEXO #2: FICHA DE RECOLECCIÓN.....	63
ANEXO #4: CRONOGRAMA.....	65
ANEXO #5: PRESUPUESTO	66
ANEXO #6: CUADROS Y GRÁFICOS	67
Cuadros	67
Gráficos	82

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción de emergencia (AE), llamada así por tratarse de un método para la planificación familiar (PF) que no es de uso cotidiano puede utilizarse inmediatamente o hasta 72 horas en caso de uso incorrecto o falla de un método anticonceptivo, o debido a una relación sexual forzada (violación) (1, 2). Esta constituye una valiosa oportunidad como respaldo anticonceptivo postcoital por ser un método simple, seguro y efectivo que pueden utilizar las mujeres para prevenir un embarazo no deseado (3).

Promover el conocimiento y uso de la AE como derecho sexual y reproductivo es de excepcional importancia porque amplía las posibilidades de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos a tener (4). No obstante, se vuelve indispensable identificar aquellos factores que influyen de manera positiva en la adquisición de información adecuada entre los/las adolescentes, y en la realización de prácticas adecuadas (5, 6), ya que también se ha reportado el abuso de este método, especialmente entre los jóvenes, situación que no está libre de riesgos o potenciales efectos adversos en la mujer (7, 8).

De acuerdo a la OMS, el uso reiterado de la anticoncepción de emergencia, mas de dos veces en un año es considerado uso frecuente y no apropiado (9), para otros autores esto ya podría ser considerado como abuso, ya que el impacto negativo sería mucho mayor en los adolescentes, que están aún en desarrollo (10).

En Nicaragua se reportan pocos estudios sobre anticoncepción de emergencia. Además, se sabe muy poco acerca de su utilización y frecuencia de uso en adolescentes de las escuelas de secundaria, es por eso que el propósito del presente estudio fue obtener información sobre la frecuencia de uso de la píldora de la mañana siguiente (PPMS) que representa la forma de presentación comercial más común disponible en Nicaragua de anticoncepción de emergencia hormonal oral, en un grupo de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas secundarias del

municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, haciendo énfasis en la identificación de su abuso por las adolescentes, para identificar de esta manera elementos útiles para el diseño de estrategias efectivas de educación.

ANTECEDENTE

Antecedentes en Latino América

Szames et al (2012) publicaron una tesis realizada en Argentina que tuvo por objetivo establecer el grado de conocimiento, utilización y distribución de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) por parte de adolescentes de 15 a 18 años que concurren a centros de salud o escuelas. Para tal efecto los investigadores llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal durante 2009-2010. Se aplicó una encuesta autoadministrada y anónima a adolescentes. 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). Los autores concluyeron que los adolescentes no conocen adecuadamente las características de la AHE, aunque la utilizan y la obtienen principalmente a través de la compra en farmacias (11).

Del Aguila Inuma (2018) con el propósito de determinar el conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia, en adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución educativa Teniente Diego Ferre Sosa en Perú, entrevistaron 181 estudiantes. Resultados: Respecto a los datos generales encontramos que el 62% de los estudiantes adolescentes de los cuales el 52% tuvo una constitución familiar conformada por mamá y papá, el 19% de ellos iniciaron relaciones sexuales entre las edades 14-15 años, el 25% de los estudiantes tuvieron más de una pareja sexual. Respecto al de conocimiento; el 40% de la población en estudio tuvo conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia, solo el 26% respondió que se podría utilizar la anticoncepción de emergencia por ruptura del preservativo durante la relación sexual y por violación sexual y el 74% desconoce el uso correcto, el 36% conoce el momento adecuado de hacer uso de la anticoncepción de emergencia, el

49% de los estudiantes indicaron conocer la forma correcta de cómo actúa la píldora a diferencia de un 51% lo desconoce, solo el 12% conoce sobre los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia, el 61% afirmaron que la anticoncepción de emergencia es un método anticonceptivo de rutina. Por otro lado, el 30% de los estudiantes manifestaron que si utilizaron la píldora de emergencia alguna vez, el 25% indicaron que han utilizado entre 1 – 3 veces la anticoncepción de emergencia, el 24% adquirió la píldora en farmacias, hospitales y amigos respectivamente (12).

Antecedentes en Nicaragua

González Mena y colaboradores publicaron en el 2007 un estudio titulado “Utilización de Pastillas Anticonceptivas de Emergencia por mujeres en edad fértil, Managua Distrito II”. El tamaño de la muestra del estudio fue de 30 mujeres (procedentes de dos barrios del distrito II). Los autores encontraron que en cuanto al conocimiento general que las mujeres estudiadas tienen sobre las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia, un alto porcentaje (86.7%) las conoce o ha oído hablar de ellas. El 43.3% de las mujeres refieren que las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia actúan en un periodo de 72 horas, el 33.3% desconoce el periodo de tiempo, el 13.3% menciona que ejercen en 48 horas y el 10% señala que en 24 horas. El 56.7 % del total de las encuestadas refieren desconocer el mecanismo de acción de las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia. Un 40% expresa desconocer los efectos adversos colaterales. La mayoría de las mujeres conoce las formas de utilizar las pastillas anticonceptivas de emergencia (90%). Un 26.7% las clasifica como métodos anticonceptivos de uso continuo. El 37.9% no ha utilizado pastillas anticonceptivas de emergencia en los últimos seis meses, el 34.5% la ha utilizado una vez, el 13.8% dos veces y el 6.9% tres veces. En general 46.7% de las mujeres utilizan las pastillas anticonceptivas de emergencia y un 53.3% manifestaron no utilizarlas (13).

Gómez y colaboradores publicaron en el 2013 un estudio que tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los métodos anticonceptivos de emergencia relacionado a la prevención de embarazo en adolescentes de IV y V año del instituto Chinandega. Los autores llevaron a cabo un estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 84 estudiantes. Los autores encontraron que la mayoría de los jóvenes son de 17 años, predominando el sexo femenino, de procedencia urbana, solteros, religión católica y en V año. En cuanto a conocimiento: conocen el uso de la anticoncepción de emergencia, donde conseguirla, sus reacciones adversas, mecanismo de acción, efectos que producen, y que son legales porque están en las normas del MINSA y su venta es libre. En relación a la práctica la mayoría ha utilizado anticonceptivos de emergencia, predominando la PPMS, utilizándola cada 2 y 4 meses (14)

Según los resultados de acuerdo a los resultados de la última Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA 2011) el 12% de todas las mujeres en edad fértil utilizan o han utilizado anticoncepción de emergencia. Entre las adolescentes (15 a 19) el 10 % usa anticoncepción de emergencia y entre los 20 y 24 años incrementa el uso hasta un 19% (15).

Zeledón y García (2017) llevaron a cabo un estudio transversal descriptivo con el objetivo de identificar el uso y abuso de la PPMS (píldora para la mañana siguiente) en adolescentes del Instituto Nacional Ángela Siles de Rivera del municipio de San Rafael del Norte Jinotega del III trimestre 2016. De 60 estudiantes mujeres entrevistadas 43% han utilizado la PPMS, y entre el grupo que ha tenido relaciones sexuales (n=41) el 60% la ha usado, de estas un 35% la han usado más de 3 veces esto se asocia al abuso que los jóvenes están teniendo con este método de emergencia. Según las reacciones que les ha causado la PPMS cuando utilizaron la cerca del 40% han referido reacciones adversas como sangrado irregular, dismenorrea y náuseas (16).

JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua, la última década se ha generado debate y polémica en relación con la anticoncepción y con su promoción entre los adolescentes. De acuerdo al MINSA el 10% de todos las adolescentes usan anticonceptivos de emergencia (15). Sin embargo, para muchos expertos estas cifras están subestimadas, ya que según reportes del MINSA la PPMS es de los fármacos más vendidos en las farmacias (17).

Los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia son conocidos, y se considera que su uso esporádico no supone un riesgo para la salud, aunque en la actualidad no se disponga de estudios que indaguen su efecto a largo plazo en la salud de las mujeres con un uso reiterado de anticoncepción de emergencia en un corto periodo, especialmente en mujeres adolescentes, por lo que existe una preocupación creciente en la comunidad de salud en relación al uso indiscriminado o abuso de la anticoncepción de emergencia (18-20). A pesar de estas preocupaciones los estudios muestran que año con año va aumentando el uso de la anticoncepción de emergencia de forma indiscriminada, especialmente en los adolescentes (19-21)

Resulta necesario transmitir a los y las adolescentes y jóvenes mensajes claros sobre la forma precisa de uso de este método y sus indiscutibles ventajas, así como proveerles de información confiable respecto del funcionamiento biológico de la AE, favoreciendo así su uso apropiado (6, 8) y previniendo el abuso de la anticoncepción de emergencia y los probables riesgos de salud que conlleva su abuso.

Para poder establecer medidas educativas efectivas es necesario contar con información confiable sobre la frecuencia de uso de anticonceptivos de emergencia y saber cuántos de los adolescentes están haciendo abuso de esta alternativa, enfatizando en que conocimientos tienen las adolescentes sobre la anticoncepción de emergencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según cifras oficiales de la Organización Mundial de la Salud, anualmente se realizan cerca de 20 millones de abortos inseguros globalmente como consecuencia de gestaciones no planeadas que causan más de 80.000 muertes maternas, especialmente en adolescentes. La anticoncepción de emergencia es una útil herramienta para minimizar embarazos no planeados después de una relación sexual sin protección (22), siendo el tipo más frecuente la anticoncepción de emergencia hormonal (AEH) (23).

La última ENDESA (2011) y en años recientes el MINSA de Nicaragua (17) y reportan un importante incremento de la demanda y dispensación de la anticoncepción de emergencia. El consumo va aumentando paulatinamente y en edades cada vez más tempranas.

Desde los centros de salud se tiene la percepción de que se está empleando la AE como método anticonceptivo habitual en vez de excepcional y de urgencia que es su indicación, sobre todo por los adolescentes y jóvenes (24). Esto se debe, posiblemente, al desconocimiento por parte de las adolescentes, así como a la existencia de ideas preconcebidas erróneas, bien por desinformación, bien por falta de intervenciones educativas en materia de sexualidad (15). Ante esta situación nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia del abuso de la anticoncepción de emergencia y reacciones adversas en adolescentes de educación secundaria en dos colegios de Tipitapa, entre octubre del 2021 y abril del 2022?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la frecuencia del abuso de la anticoncepción de emergencia y reacciones adversas en adolescentes de educación secundaria en dos colegios de Tipitapa, entre octubre del 2021 y abril del 2022.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las adolescentes en estudio.
2. Identificar las principales fuentes de información y los conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en las adolescentes investigadas.
3. Establecer la frecuencia de adolescentes que han usado alguna vez anticoncepción de emergencia, razón de uso y proporción de adolescente que hacen abuso de este método, en el grupo en estudio.
4. Explorar cuáles son las principales reacciones adversas o efectos negativos sobre la salud referidos por las adolescentes relacionadas con la anticoncepción de emergencia.
5. Asociar la edad de las adolescentes con la frecuencia de abuso de la anticoncepción de emergencia en las adolescentes en estudio.

MARCO TEÓRICO

Conceptos y definiciones básicas

Anticonceptivos de emergencia

Las primeras experiencias clínicas con el uso de hormonas en altas dosis como anticonceptivo de emergencia datan de la década del 70. Por muchos años, el régimen combinado de etinilestradiol 100 µg + levonorgestrel 500 µg, administrado en dos dosis separadas por 12 horas, conocido como régimen de Yuzpe (Yuzpe, 1982) fue el más usado. (25, 26)

Un metanálisis de 8 estudios clínicos determinó que el régimen de Yuzpe, usado dentro de las 72 horas posteriores a una relación sexual desprotegida, previene el 74% de los embarazos que se hubiesen producido sin el anticonceptivo.(25, 26)

Sin embargo, debido a los efectos adversos que provoca en las usuarias, principalmente náuseas (50%) y vómitos (20%), actualmente ha sido desplazado por el uso de levonorgestrel solo (LNGAE) que ha mostrado mayor efectividad anticonceptiva y menores efectos secundarios. (25, 26)

El régimen de LNG-AE originalmente, por analogía con el régimen de Yuzpe, se administró en dos dosis de 0,75 mg separadas por 12 horas. Posteriormente, se demostró que usado en una sola dosis de 1,5 mg es tan efectivo como administrado en dos dosis y no produce mayor incidencia o severidad de las molestias. (25, 26)

Es importante considerar que la eficacia para ambos regímenes disminuye cuando aumenta el intervalo entre la relación sexual y el tratamiento, siendo la eficacia de 95% hasta las 24 horas; 85% entre las 24 a 48 horas, de 58% entre las 49 a 72 horas y algo menor hasta las 120 horas. (25-29)

Mecanismos de acción

Los estudios de prevención del embarazo por AOE se orientaron a evaluar los efectos sobre la interferencia con los procesos previos a la fecundación (ovulación y migración espermática), e interferencia con procesos posteriores a la fecundación (cambios en la calidad del endometrio).(26, 29-31)

1.- Efecto sobre la migración espermática Al momento de la ovulación, el moco cervical presenta condiciones adecuadas para la migración espermática ya que es transparente, abundante, elástico, y sus moléculas se disponen en paralelo formando verdaderos canales, de forma tal que facilita la migración de los espermatozoides. (26, 29-31)

Con el uso de la AOE esta arquitectura normal es alterada, provocando que el moco cervical se torne grueso, espeso, hostil, y que sus moléculas se encuentren entrecruzadas sin formar canales. Esto impide el proceso de migración. Según Kesseru (1973), el levonorgestrel aumenta también el pH del fluido uterino, así como la viscosidad del moco cervical, fenómenos que inmovilizan a los espermatozoides: Al ocurrir el coito, los espermatozoides migran desde el cuello uterino en dos fases: 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. (26, 29-31)

Únicamente los espermatozoides que migran en la fase tardía tienen capacidad fecundante, el tiempo de latencia permite que este proceso sea potencialmente alterado por el levonorgestrel. Por otra parte, el levonorgestrel tiene efectos sobre la capacidad de los espermatozoides para adherirse al óvulo por la mayor producción de glicodelina-A, sustancia que se segrega en el endometrio y dificulta la unión del espermatozoide con la zona pelúcida del ovocito. (26, 29-31)

2.- Efecto sobre la ovulación

En el caso del método de Yuzpe Swahn (1996), administró el método de Yuzpe (uso de AOE de píldoras anticonceptivas regulares combinadas de Etinil estradiol + Levonorgestrel) el día 12 del ciclo. Seguidamente se pudo observar la supresión o postergación del pico de Hormona Luteinizante (LH) en 6 de las 8 mujeres estudiadas, con lo que se demuestra su acción anticonceptiva. Croxatto (2002) por su parte, hicieron uso del método de Yuzpe en diferentes momentos de la fase folicular del ovario: cuando el diámetro del folículo dominante tenía de 12 a 14 mm, de 15 a 17 mm ó 18 mm (ovulación inminente). Con esto se comprobó la correlación inversa entre este marcador (diámetro folicular) y la inhibición de la ovulación, ya que mientras más grande fue el diámetro, menor la capacidad de la AOE de producir anovulación, por ello fue que esta ocurrió en 80%, 50% y 0% de los casos según fuera el diámetro folicular. (26, 29-31)

Sus hallazgos demostraron que mientras más cerca de la ovulación se encuentra la mujer el efecto de esta forma de AOE es incipiente o nulo. 3.-En consecuencia, existe interferencia con procesos previos a la fecundación En la mujer, los 6 días fértiles del ciclo menstrual son el día de la ovulación y los 5 días que la preceden. Los espermatozoides depositados en el tracto genital femenino pueden fecundar un oocito liberado del folículo hasta 5 días después del coito. (26, 29-31)

Este espacio de varios días que puede transcurrir entre un coito y la ovulación hace posible que el anticonceptivo de emergencia actúe interfiriendo con procesos previos a la fecundación. Varios investigadores han demostrado que la administración de LNGAOE interfiere con la ovulación. Dicha interferencia es dependiente de cuan avanzada esté la fase folicular y más específicamente si se da antes o después de iniciado el pico de LH. Kesseru (2004), demostró que la administración de 400 µg de LNG produce una disminución de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina observable a partir de las 3 horas post tratamiento, aumenta la densidad del moco cervical y el pH intrauterino, lo cual

inmoviliza los espermatozoides. Estos efectos no se observaron en otro estudio en que los intervalos entre coito, tratamiento y examen del moco cervical y de la migración espermática fueron más prolongados. (26, 29-31)

El hecho de que la efectividad de LNG-AE disminuye cuando aumenta el intervalo entre la relación sexual desprotegida y el tratamiento, hace prever que la interferencia con la implantación es poco probable. Numerosas investigaciones se han realizado buscando posibles cambios histológicos y fisiológicos en biopsias de endometrio de mujeres tratadas con LNG-AE. Un estudio reciente concluye que no hay efectos deletéreos sobre los marcadores de implantación, de manera que es improbable que la prevención de embarazos por LNG-AOE se produzca por fallas en la implantación. Tampoco se encontró que LNG afecte la implantación de embriones humanos in vitro. Razones éticas impiden estudiar directamente en la mujer y determinar si LNG-AOE afecta la fecundación y la implantación. Por lo tanto, la razón embarazos observados / embarazos esperados se ha establecido como el método para estimar la eficacia de LNG-AOE. La estimación de los embarazos esperados requiere establecer con precisión si la relación sexual desprotegida ocurrió en los días fértiles del ciclo y en cuál de ellos. (26, 29-31)

Varios estudios proporcionan evidencia sobre que el LNG-AE mostró ser muy efectivo para evitar el embarazo cuando se administra antes de la ovulación. En cambio, cuando se usa muy cercano a o inmediatamente después de la ovulación, se observó el mismo número de embarazos que se hubiesen producido si no se hubiera usado el anticonceptivo. Por todas las evidencias arriba mencionadas, se entiende que este anticonceptivo sólo es eficaz en la fase anterior a la ovulación, pero “mientras más cerca esté la ovulación, el uso de las píldoras de emergencia no es capaz de detenerla y como consecuencia, aquella ocurre, y de haber las condiciones adecuadas puede ir seguida de fecundación, sin que ésta pueda ser interrumpida por la AOE.”, lo que explica las fallas anticonceptivas del método. Sin embargo, este método deberá administrarse en toda relación no protegida independientemente de la fase del ciclo en que la mujer pueda presuntamente

encontrarse. Las evidencias sobre los mecanismos de acción de la AOE discutidos en este documento se encuentran rigurosamente resumidas en dos artículos de revisión recientes publicados en revistas médicas indexadas, que citamos para ulteriores consultas y referencias útiles a los tomadores de decisión y los prestadores de servicio de nuestra región. (26, 29-31)

Elementos claves sobre anticonceptivos de emergencia que deben manejar los adolescentes

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. (2, 3, 32, 33)

Se estableció para situaciones creadas por una relación sexual sin protección, el fallo o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de una píldora anticonceptiva o la rotura o deslizamiento del preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas sin protección. (2, 3, 32, 33)

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. La anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo. (2, 3, 32, 33)

¿Quiénes necesitan anticoncepción de emergencia?

Toda mujer o niña en edad fértil podría necesitar anticoncepción de emergencia en algún momento para evitar un embarazo no deseado tras una relación sexual sin protección. (2, 3, 32, 33)

¿En qué situaciones se debe usar la anticoncepción de emergencia?

La anticoncepción de emergencia puede ser útil en diferentes situaciones después de una relación sexual. Por ejemplo (2, 3, 32, 33):

Cuando no se usó ningún método anticonceptivo.

En casos de violación o relaciones sexuales forzadas cuando la mujer no estaba protegida por un método anticonceptivo eficaz.

Cuando ha ocurrido un fallo en el método anticonceptivo utilizado o se ha utilizado incorrectamente, por ejemplo:

- Rotura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo;
- omisión de tres o más píldoras anticonceptivas combinadas consecutivas;
- tres horas de retraso en la toma de la píldora anticonceptiva que solo contiene progestágeno (minipíldora);
- más de 12 horas de retraso en la toma de las píldoras de 0,75 mg de desogestrel;
- más de dos semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo de enantato de noresterona;
- más de cuatro semanas de retraso en la administración de la inyección de progestágeno solo de acetato de medroxiprogesterona de depósito;
- más de siete días de retraso en la administración de la inyección mensual combinada de estrógenos y progestágeno;
- desplazamiento, colocación tardía o extracción prematura del parche transdérmico o el anillo hormonal vaginal;
- desplazamiento, rotura o desgarramiento del diafragma o capuchón cervical;
- fallo del coito interrumpido (eyaculación en la vagina o los genitales externos);
- la tableta o película espermicida no se ha disuelto antes de la relación sexual;
- error de cálculo en el periodo de abstinencia o relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo en las que no se ha usado un método anticonceptivo de barrera cuando se utilicen métodos basados en el calendario de días fértiles;
- expulsión del dispositivo intrauterino o el implante anticonceptivo hormonal;

Métodos de anticoncepción de emergencia

Existen tres métodos de anticoncepción de emergencia (2, 3, 32, 33):

Píldoras anticonceptivas de emergencia;

Píldoras de anticonceptivos orales combinados o método Yuzpe;

Dispositivos intrauterinos de cobre.

1. Píldoras anticonceptivas de emergencia

La OMS recomienda uno de los dos fármacos siguientes para la anticoncepción de emergencia, tomados en los cinco días posteriores (120 horas) a la relación sexual sin protección (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35):

Levonorgestrel en una sola dosis de 1,5 mg. Otra opción es tomar dos dosis de 0,75 mg separadas por 12 horas. (5, 8, 34, 35)

Acetato de ulipristal en una sola dosis de 30 mg. (5, 8, 34, 35)

Mecanismo de acción

Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel y acetato de ulipristal previenen el embarazo impidiendo o retrasando la ovulación. También pueden impedir la fertilización de un óvulo por su efecto sobre el moco cervical o la capacidad del espermatozoide de unirse al óvulo. (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35). Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no son eficaces una vez que ha comenzado el proceso de implantación y no pueden provocar un aborto. (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35)

Eficacia

De acuerdo con los resultados de nueve estudios en los que participaron 10 500 mujeres, la eficacia de la pauta de levonorgestrel recomendada por la OMS para evitar el embarazo es del 52 al 94% siempre que se tome dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual sin protección. La eficacia aumenta cuanto más pronto se tome el fármaco después de la relación.(2, 3, 32)

En cuanto al ulipristal, de acuerdo con los datos recogidos evita el embarazo en el 98% de los casos o incluso en un porcentaje superior, sobre todo si se toma dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35)

Seguridad

Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel solo y de acetato de ulipristal son seguras y no provocan el aborto ni afectan a la fertilidad futura. Los efectos secundarios, en general similares a los experimentados por mujeres que usan píldoras anticonceptivas, son poco frecuentes y, por lo general, leves. (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35)

Criterios médicos y contraindicaciones

Las píldoras anticonceptivas de emergencia previenen el embarazo. No se deben administrar a mujeres con embarazo confirmado. Sin embargo, si una mujer las toma sin saber que está embarazada, los datos disponibles indican que los medicamentos no perjudicarán ni a la mujer ni al feto. (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35)

El uso de píldoras anticonceptivas de emergencia está recomendado de forma ocasional solamente después de relaciones sexuales sin protección y no se

recomienda como método anticonceptivo de uso regular porque existe una mayor posibilidad de fracaso que con las píldoras anticonceptivas habituales. El uso frecuente de la anticoncepción de emergencia puede tener mayores efectos secundarios, como la irregularidad menstrual, aunque no se ha establecido que su uso repetido constituya un riesgo para la salud. (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden ser menos eficaces en las mujeres obesas (con un IMC superior a 30 kg/m²), pero no presentan problemas de toxicidad. No se debe negar la anticoncepción de emergencia a las mujeres obesas cuando la necesiten. (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35), Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel o ulipristal no tienen otras contraindicaciones médicas.

Al facilitar información sobre la anticoncepción de emergencia se deben explicar los métodos anticonceptivos de uso regular disponibles y ofrecer más información sobre cómo actuar cuando se observe una falla en el método anticonceptivo utilizado.

2. Método Yuzpe

En el método Yuzpe se toman píldoras que contienen anticonceptivos orales combinados. Las píldoras se toman en dos dosis, y ambas deben contener un estrógeno (de 100 a 120 mcg de etinilestradiol) y un progestágeno (de 0,50 a 0,60 mg de levonorgestrel o de 1,0 a 1,2 mg de norgestrel). (2, 3, 5, 8, 32, 34, 35)

La primera dosis se debe tomar tan pronto como sea posible después de la relación sexual sin protección (preferentemente en las 72 horas posteriores y, a más tardar, en las 120 horas posteriores [5 días]) y la segunda dosis, 12 horas más tarde. Si se experimentan vómitos durante las 2 horas posteriores a la toma del medicamento, se debe administrar una nueva dosis. (2, 3, 5, 8, 25, 26, 29, 30, 32, 34, 35)

3. Dispositivos intrauterinos de cobre

La OMS recomienda que la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre, (cuando se utilice como anticonceptivo de emergencia) se realice en los primeros cinco días posteriores a la relación sexual sin protección. Este método es particularmente apropiado para las mujeres que deseen usar un método anticonceptivo de larga duración, reversible y sumamente eficaz. (25, 26, 29, 30)

Mecanismo de acción

El dispositivo intrauterino de cobre impide la fertilización porque provoca un cambio químico que afecta al espermatozoide y al óvulo antes de que lleguen a unirse. (25, 26, 29, 30)

Eficacia

Cuando se coloca en los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección, la eficacia del dispositivo intrauterino de cobre para prevenir el embarazo es de más de 99%. Es el método anticonceptivo de emergencia más eficaz que existe. Una vez colocado, la mujer puede continuar utilizándolo como método anticonceptivo regular y decidir cambiarlo por otro método más adelante. (25, 26, 29, 30)

Seguridad

El dispositivo intrauterino de cobre es un método de anticoncepción de emergencia seguro. Los riesgos de infección, expulsión o perforación son bajos. (25, 26, 29, 30)

Criterios médicos y contraindicaciones

La única situación en la que no se debería utilizar nunca un dispositivo intrauterino de cobre como método anticonceptivo de emergencia es cuando la mujer ya esté

embarazada. El uso del dispositivo intrauterino de cobre como método anticonceptivo regular tiene otras contraindicaciones, que también se deben tomar en cuenta antes de usarlo como método de emergencia. Algunas de las contraindicaciones que desaconsejan el empleo de este método son la trombocitopenia grave, la hemorragia vaginal sin causa aparente, el cáncer cervicouterino, el cáncer endometrial y la enfermedad inflamatoria pélvica. Para más información, véase Criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de anticonceptivos. (25, 26, 29, 30)

Recomendaciones de la OMS para la administración de la anticoncepción de emergencia

De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, todas las niñas y mujeres que corran el riesgo de tener un embarazo no deseado tienen derecho a la anticoncepción de emergencia y estos métodos se deben integrar en todos los programas nacionales de planificación familiar (36, 37).

Además, la anticoncepción de emergencia se debería integrar en los servicios de salud que se prestan a la mayoría de las poblaciones que corren riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, entre ellas como por ejemplo la atención a las víctimas de violaciones, a las niñas y mujeres que viven en situaciones de emergencia o de ayuda humanitaria como migrantes en situaciones de riesgo o en zonas de guerra, entre muchas otras situaciones (25, 26, 29, 30)

En la quinta edición de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (publicación en inglés) se exponen las orientaciones más recientes sobre los métodos de anticoncepción de emergencia y las recomendaciones de la OMS para su implementación por parte de los gobiernos (22, 38).

La OMS reafirma su compromiso de examinar constantemente los datos emergentes mediante su sistema de Identificación continua de datos de

investigación (CIRE) y actualizar sus recomendaciones periódicamente en consecuencia (25, 26, 29, 30)

Criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de la anticoncepción de emergencia

A continuación se detallan las recomendaciones para el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), acetato de ulipristal (AUP) como nuevo método agregado a la guía; inductores del CYP3A4 y obesidad como nuevas condiciones para el uso de las PAE (38).

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia
9. Recomendaciones para el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), acetato de ulipristal (AUP) como nuevo método agregado a la guía; inductores del CYP3A4 y obesidad como nuevas condiciones para el uso de las PAE		
Embarazo	Para las embarazadas, no aplica el uso de las PAE.	
Lactancia materna	Las mujeres que están amamantando pueden usar anticonceptivos combinados orales (AOC) o LNG como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME). Las mujeres que están amamantando, en general, pueden usar AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Historia de embarazo ectópico	Las mujeres con historia de embarazos ectópicos pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	

Historia de cardiopatía grave	Las mujeres con historia de cardiopatía grave, que incluye cardiopatía isquémica, evento cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos, en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	Muy baja
Migrañas	Las mujeres con migrañas, en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Enfermedad hepática grave	Las mujeres con enfermedad hepática grave, que incluye ictericia (característica personal y signo de la enfermedad hepática previo al diagnóstico), en general, pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 2 de los CME).	
Uso de inductores del CYP3A4	Las mujeres que usan inductores del CYP3A4 pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
Uso repetido de las PAE	No existen restricciones sobre el uso repetido de AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	
Violación	No existen restricciones sobre el uso repetido de AOC, LNG o AUP como PAE (categoría 1 de los CME).	
Obesidad	Las mujeres con obesidad pueden usar AOC, LNG o AUP como PAE sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Moderada

Anticoncepción de emergencia de acuerdo a los protocolos y normas del MINSA

De acuerdo al MINSA en las siguientes situaciones de debe usar anticoncepción de emergencia (39):

- Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo.
- Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente (se rompe un preservativo, el diafragma se cae, el DIU se expulsa, se olvida tomar el anticonceptivo oral, no se aplica en la fecha que corresponde el anticonceptivo inyectable).
- En el caso de que una mujer haya sido víctima de una violación.

Los métodos de anticoncepción de emergencia disponibles son (39):

Métodos hormonales

Tipos:

- **Hormonales orales combinados:**
 - Estrógeno + Progestágeno (Método de Yuzpe):
 - Etinilestradiol 50 mcg. + Levonorgestrel 250 mcg. (Neogynon, Eugynon) o
 - Etinilestradiol 50 mcg. + Norgestimato 500 mcg. (Ovret) por vía oral, Tomar en
 - dosis única 4 tabletas o 2 tabletas cada 12 horas. Total 4 tabletas.
 - Etinilestradiol 30 mcg + levonorgestrel 150 mcg. (Lofemenal, Microgynon,
 - Nordette) o Etinilestradiol 30 mcg. + Norgestrel 300 mcg. Tomar en dosis única
 - 8 tabletas o 4 tabletas cada 12 horas. Total 8 tabletas.

- **Progestágeno solo:**

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

Dispositivos intrauterinos

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

A continuación, se presenta la tabla de métodos de anticoncepción de emergencia aprobados por el MINSA Nicaragua (39).

Métodos de anticoncepción de emergencia

Formula	Marca	Dosis cada 12 hrs.	Dosis única	Total de dosis	Eficacia en la prevención de emb.
EE 50 mcg. + LNG 250 mcg.	Neogynon, Eugynon Ovral	2 Tb.	4 Tb.	4 Tb.	74%
EE50 mcg. + NG 500 mcg.		2 Tb.	4 Tb.	4 Tb.	
EE 30 mcg + LNG 150 mcg.	Lo-femenal, Microgynon, Nordette	4 Tb.	8 Tb.	8 Tb.	85 %
EE 30 mcg. + NG 300 mcg.		4 Tb.	8 Tb.	8 Tb.	
LNG 0.03 mg.	Microlut	25 Tb.	50 Tb.	50 Tb.	85 %
LNG 0.0375 mg.	Ovrett	20 Tb.	40 Tb.	40 Tb.	
LNG 75 mg	PPMS, Postinor-2	1 Tb.	2 Tb.	2 Tb.	
DIU T de Cobre	Inserción en los primeros cinco días posteriores a la relación sin protección.				99%

Efectos colaterales registrados en la normativa del MINSA

Efectos colaterales de los anticonceptivos de emergencia referidos en la Normativa MINSA 002 “Norma y protocolo de planificación familiar” (39):

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

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud de las PAE (39)

Efectos secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
Algunas usuarias relatan:		
Cambios en los patrones desagrado, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none">• Leve sangrado irregular durante 1 o 2 días después de tomar PAE• Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado En la semana después de tomar PAE: Náuseas (Las mujeres que utilizan PAE con formulaciones de progestágeno solo, son menos propensas a presentar náuseas y vómitos que las mujeres que utilizan formulaciones de PAE con estrógeno y	Ayuda a proteger contra: Riesgo de embarazo	Ninguno

progestágeno). <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal • Fatiga • Cefaleas • Sensibilidad en los pechos • Mareos • Vómitos 		
---	--	--

Aclaración de Mitos relacionados al uso de las PAE

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (39):

- No provocan aborto.
- Si se produce el embarazo no causan defectos de nacimientos.
- No son peligrosas para la salud de la mujer.
- No promueven la conducta sexual riesgosa.
- No provocan infertilidad a la mujer.
- Algunas mujeres dicen que les gustan las PAE porque
- Brindan una segunda oportunidad de prevenir el embarazo.
- Son controladas por la mujer.
- Reducen la necesidad de recurrir al aborto ante la eventualidad de un fallo del anticonceptivo o si no se está utilizando anticoncepción.

¿Quiénes pueden utilizar las PAE?

- Seguras y aptas para casi todas las mujeres
- Para utilizar PAE no es preciso recurrir a análisis ni exámenes.
- Pueden ser apropiadas por otras razones, en especial si hubo sexo forzado.

Criterios Médicos de Elegibilidad para PAE

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

Cuando utilizarlas

Después de la relación sexual sin protección, preferiblemente antes de las 12 horas. Puede usarse hasta el 4to día después; pero cuanto más temprano se tome después de la relación sexual, mayor es la probabilidad de prevenir el embarazo¹⁰. También una mujer víctima de violación debe recibir profilaxis para ITS incluyendo el VIH (39).

Las PAE son apropiadas en muchas situaciones (39):

- Las PAE pueden utilizarse toda vez que la mujer esté preocupada por la posibilidad de quedar embarazada. Por ejemplo, después de:
- Después de una Violación (también debe recibir profilaxis para ITS incluyendo el VIH)
- Todo sexo sin protección
- Errores en la anticoncepción, tales como:
- Se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió o rompió
- La pareja utilizó incorrectamente un método de observación de la fertilidad (por ejemplo, omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles)
- El hombre no se retiró como estaba previsto, antes de eyacular
- La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora.
- El DIU se salió de sitio.
- La mujer tiene más de 4 semanas de retraso en la inyección de repetición trimestral de AMPD, más de 2 semanas de retraso en la inyección de repetición bimestral de NET-EN, o más de 7 días de retraso en la inyección de repetición mensual.

Mitos acerca de los anticonceptivos de emergencia

A continuación, se resumen algunos mitos acerca de los anticonceptivos de emergencia (14, 33, 40, 41)

Mito	Realidad
La AE es abortiva	La AE no es abortiva, funciona de diversas maneras dependiendo en qué momento del ciclo menstrual se tome. Interfiere con la migración y función de los espermatozoides, la ovulación o la fertilización. No hay evidencia científica de que inhiba la implantación del óvulo fecundado al útero. En todo caso, si ya la mujer está embarazada, la AE no va a interrumpir el embarazo, ni va a causar ningún daño al embrión.
La AE protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH / SIDA.	La AE no protege a la mujer de las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH / SIDA
La AE siempre provoca la menstruación inmediatamente después de ser tomadas.	La menstruación se presenta por lo general alrededor de la fecha prevista, aunque puede adelantarse o atrasarse unos días. Si no llega después de una semana de la fecha esperada se recomienda que la mujer se haga una prueba de embarazo, pues existe la posibilidad de que haya quedado embarazada

<p>Las mujeres que no pueden tomar pastillas anticonceptivas regulares tampoco pueden usar la anticoncepción de emergencia,</p>	<p>La dosis de hormonas que se toma con la AE es relativamente pequeña y se utiliza durante un corto lapso de tiempo, por lo tanto las contraindicaciones con el uso continuado de anticonceptivos hormonales no se aplican al método de emergencia. De acuerdo a la OMS no hay ninguna contraindicación para la toma de AE, ni siquiera en aquellas mujeres para las que no se recomiendan las pastillas anticonceptivas de forma regular</p>
<p>Si la mujer utiliza AE varias veces en un mes, su efectividad disminuye.</p>	<p>La efectividad de la AE no disminuye por su uso frecuente. Una vez que se usó AE, lo indicado es iniciar un método anticonceptivo de uso regular. Estos métodos son más efectivos que la AE y producen menos efectos secundarios. AE debe reservarse para situaciones de emergencia.</p>
<p>La AE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada.</p>	<p>No hay evidencia científica de contraindicación médica absoluta o relativa para la mujer si ya estaba embarazada o para el producto de la concepción.</p>
<p>La AE promueve la irresponsabilidad y disminuye el uso de los anticonceptivos de uso regular.</p>	<p>Varios estudios recientes, compararon grupos de mujeres que tenían fácil acceso a la AE, con otros grupos que tuvieron que acudir a una persona profesional en medicina para obtenerla. Se demostró que las mujeres que tenían la AE en la casa no la usaron de forma</p>

incorrecta, ni más frecuentemente que las que tenían que acudir al centro médico. Se demostró además, que las mujeres con fácil acceso a la AE la usaron más temprano que las que no la tenían a mano, aumentando por lo tanto la eficacia para las que las tomaron antes. Informar y educar a las mujeres sobre la AE ofrece una oportunidad más para hablar sobre métodos anticonceptivos de uso regular y el uso del condón para la prevención de las ITS y el VIH / SIDA. Así como para prevenir embarazos no deseados que en Costa Rica alcanza un 40%.

Brindar información sobre AE promueve o incentiva las relaciones sexuales entre adolescentes.

Diversos estudios han demostrado que los adolescentes no son más propensos a tener relaciones sexuales luego que conocen AE. En Inglaterra, profesores capacitados dieron información sobre AE a 916 muchachos y 852 muchachas estudiantes de 10mo. año, todos de 14-15 años de edad. Otro grupo de 1058 muchachos y 968 muchachas de la misma edad y estudiantes de otras escuelas no recibieron información. Se concluyó que la intervención educativa aumentó el porcentaje de muchachos y muchachas que conocían los límites de tiempo para el uso correcto de AE. La intervención no

	modificó la actividad sexual o el uso de AE en el grupo informado (Graham, 2002).
Las mujeres quedan embarazadas debido a conductas sexuales irresponsables, por lo que deben asumir las consecuencias.	Las mujeres quedan embarazadas debido a diversos factores. En relación a los embarazos no deseados, muchas veces las mujeres no tienen información acerca de cómo prevenirlos, no tienen acceso a métodos anticonceptivos, por situaciones de violencia no tienen la posibilidad de negociar el uso de un método, o éste falló
Las mujeres no piden información sobre AE porque no la necesitan.	Las mujeres no piden información sobre AE porque no la necesitan.

Obstáculos que se oponen a los métodos anticonceptivos de emergencia

La introducción de la MAE tropieza con varios obstáculos e importa establecer estrategias apropiadas para superarlo. (14, 33, 40, 41)

Obstáculos relacionados con la clientela: Uno de los principales obstáculos con que tropiezan los MAE, es la ignorancia de las mujeres al respecto. Los Comportamientos arriesgados frecuentes entre los jóvenes. (14, 33, 40, 41)

Obstáculos relacionados con el personal médico: La falta de conocimientos por parte del personal asistencial, de los directores de programa y de las autoridades dificulta la introducción de los MAE, en los programas de salud reproductiva. El Personal asistencial restringe a veces el acceso de las mujeres a la AE, porque esa práctica choca con sus creencias o sistemas de valores. (14, 33, 40, 41)

Obstáculos Culturales: Otro posible obstáculo es la influencia de grupos religiosos tradicionales cuya oposición a los programas de regulación de la fecundidad tiende a reforzar unas actitudes conservadoras entre los políticos, autoridades, el personal de la salud, maestro, asesores escolares y los medios de comunicación. (14, 33, 40, 41)

Obstáculos Relacionados con el Producto: Las Píldoras especialmente embazada para la MAE, solo pueden obtenerse en un pequeño número de países, y son relativamente caras. (14, 33, 40, 41)

Patrones de uso y abuso de la anticoncepción de emergencia

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que acontece al individuo y de la que participa las prácticas regulares se llaman Hábitos y se definen como una repuesta establecida

para una situación común. El Proceso de educación se efectúa en todo momento, si un individuo no está aprendiendo un hecho nuevo, por lo menos experimenta algo, está desarrollando una actitud adecuada o no está reaccionando a esta actitud de modo correcto o incorrecto. Ciertas prácticas que tienen los jóvenes, con respecto a la AE, puede no ser las más adecuadas y traer consigo un sin número de problemas, por lo que puede haber practicas positivas o negativas.

Disponibilidad

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, se han logrado avances importantes en el respeto a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en la mayoría de países en todo el mundo. En la región de América Latina, sin embargo, todavía persiste legislación restrictiva en algunos países que pone en riesgo la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres y limita su acceso a servicios oportunos de calidad. (3, 14, 32, 33, 40, 41)

El producto dedicado de levonorgestrel en una o dos tomas está registrado y se encuentra disponible en casi todos los países de América Latina, a excepción de Costa Rica, Honduras y Panamá. En la mayoría de países se necesita de receta médica para obtener el producto dedicado, pero en unos cuantos el producto se despacha en farmacias sin exigir receta. En la mayoría de los países de la región, el producto dedicado está disponible en los servicios de salud pública. En otros sólo se entrega gratuitamente en dichos servicios únicamente el régimen de Yuzpe. (3, 5, 8, 14, 32, 33, 40, 41)

Productos de anticoncepción de emergencia disponibles en América Latina

A nivel de los países de América Latina se encuentran disponibles más de 30 marcas de productos comerciales de diversos laboratorios farmacéuticos. En la siguiente tabla se describen los principales productos dedicados en la región de América Latina y los países en los que está disponible en farmacias.(5, 8)

Nombre de la píldora	Compañía	Países donde se comercializa actualmente
Altema	Alliance Pharma	México
Diad	Simed	Brasil
Emkit	ZAFA Pharmaceuticals	Perú
Escapel	Gedeon Richter	Ecuador
Escapel-1	Gedeon Richter	Chile
Escapel-2	Gedeon Richter	Chile
Evtal	Ethical	República Dominicana
Evtaren	Libra	Uruguay
Glanique	Asofarma	Bolivia, República Dominicana, Ecuador, México, Perú, Venezuela
Glanique 1	Asofarma	Ecuador
Imediat N	Gador, SA	Bolivia, República Dominicana, Paraguay, Uruguay
Impreviat	Orbis	Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Perú
Ladlades 0.75	Ultra Laboratorios	México
Ladlades 1.5	Ultra Laboratorios	México
Minipil 2	Sigma Pharma	Brasil
Nogravide	Hebron	Brasil
Norgestrel-Max	Biotenk	Argentina
Oportuna	Bayer	México
Pilem	Uniao Quimica	Brasil, Bolivia
Poslov	Cifarma	Brasil
PostDay	IFA Mexico	Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, República Dominicana
Postinor-2 Unidosis	Biofarma Natural CMD	México, Guatemala*
Postinor Uno	ACHE Lab.	Brasil, El Salvador, Guatemala*
Pozato	Libbs Farmaceutica	Brasil
Pozato Uni	Libbs Farmaceutica	Brasil
PPMS	Panzyma Laboratorios	Brasil, Nicaragua, El Salvador y República Dominicana
Prevyol	Sigma Pharma	Brasil
Prikul	Nolver S.A.	Nicaragua, Uruguay
Pronta	HRA Pharma	Paraguay
Secufem	Unufarma	Uruguay
Seguldet	Alfa	República Dominicana
Silogin 0.75mg	Laboratorios DIBA	México
Silogin 1.5mg	Laboratorios DIBA	México
Tace	Gynopharm	Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú
Vilka	HRA Pharma	México
Vermagest	Vijosa	El Salvador

Evidencias sobre la seguridad del uso de la anticoncepción de emergencia

De acuerdo a los últimos Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Métodos Anticonceptivos de la OMS, no hay ninguna situación en que el riesgo de usar LNG-AE supere los beneficios. Más aún, se destaca que puede administrarse en adolescentes, nulíparas, en mujeres con condiciones como enfermedades cardiovascular y hepática, migraña, embarazos ectópicos previos y durante la lactancia (38). Según la OMS:

1. La anticoncepción hormonal de emergencia es una forma segura y eficaz de prevenir embarazos en caso de una relación sexual sin protección. Debe considerarse como un método de emergencia ya que su eficacia anticonceptiva es inferior a la eficacia de anticonceptivos de uso regular. (5, 8)

2. LNG-AOE es el método de emergencia de primera elección ya que es más efectivo y mejor tolerado que el régimen de Yuzpe y debe preferirse en situaciones especiales como enfermedades cardiovasculares y hepáticas y en mujeres lactando. (4, 5, 34, 35)

3. Los estudios de efectividad anticonceptiva muestran que LNG-AOE sólo previene el embarazo cuando se usa antes de la ovulación y que es ineficaz cuando se administra muy cerca o inmediatamente después de la ovulación para prevenir el embarazo. (4, 5, 34, 35)

4. Las evidencias sobre el mecanismo de prevención del embarazo por LNG-AOE indican que interfiere con procesos previos a la ovulación y/o fecundación. (4, 5, 34, 35)

Riesgos y daños a la salud de las adolescentes por el uso de la pastilla de emergencia

Una revisión sistemática y metaanálisis de reciente publicación resumió la evidencia actual con respecto a los efectos adversos eventos y su prevalencia informados durante el uso de anticonceptivos de emergencia de levonorgestrel (42).

Los resultados de este metaanálisis mostraron que los efectos adversos más frecuentes del levonorgestrel no fueron graves. Las reacciones adversas comunes incluyeron sangrado menstrual más intenso (31 %), náuseas (14 %), dolor abdominal inferior (13 %), fatiga (13 %), dolor de cabeza (10 %) y mareos (10 %)

[86]. Este metaanálisis mostró que la tasa de náuseas (15 %), dolor abdominal bajo (11,4 %), fatiga (14 %), dolor de cabeza (12,4 %) y mareos (10,8 %) se aproximó a la tasa informada en la información de prescripción; sin embargo, el metaanálisis no pudo mostrar la tasa de hemorragia debido a la variación en la terminología utilizada en cada artículo incluido (42).

En esta revisión sistemática, se encontraron múltiples eventos adversos graves, que incluyen convulsiones, embarazo ectópico, neutropenia febril, accidente cerebrovascular, hernia abdominal, reacción anafiláctica, cáncer, ruptura de quiste ovárico, infecciones graves e ideación suicida. Se discute la plausibilidad biológica de cada evento adverso. La progesterona tiene efectos anticonvulsivos con un mecanismo de acción indefinido; sin embargo, es posible que el levonorgestrel provoque convulsiones porque la supresión de la progesterona produce convulsiones. Para el embarazo ectópico, varios estudios observacionales avalan que se asocia el uso de levonorgestrel. Un posible mecanismo para el embarazo ectópico inducido por levonorgestrel puede ser la reducción de la frecuencia de los latidos ciliares (42).

Varios estudios incluidos en el metaanálisis confirmaron que el riesgo de trombosis venosa en usuarias de levonorgestrel es menor que el de otros progestágenos. Sin embargo, algunos estudios sugieren una asociación entre levonorgestrel y accidente cerebrovascular. Junto con el hecho de que el levonorgestrel todavía implica la cascada de la coagulación, p. factores II, VII, X y fibrinógeno, las reacciones adversas relevantes para la coagulación, como embolia y accidente cerebrovascular, son biológicamente plausibles. En cuanto al riesgo de cáncer, muchos estudios investigaron la asociación entre el levonorgestrel y el cáncer de mama. Esto es biológicamente plausible porque los estudios in vitro muestran que los progestágenos juegan un papel importante en la proliferación del cáncer de mama; sin embargo, dicha asociación aún requiere investigación, ya que los estudios observacionales en humanos encontraron resultados contradictorios sobre la asociación entre el levonorgestrel y el cáncer de mama (42).

Esta revisión sistemática también encontró casos de infecciones durante el uso de levonorgestrel. El uso de la anticoncepción de emergencia genera preocupaciones sobre el aumento en la tasa de enfermedades de transmisión sexual (ETS), pero varios estudios han demostrado que el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia no está asociado con el riesgo de contraer ETS. Sin embargo, la evidencia muestra que los compuestos a base de progesterona reducen la cantidad de células T CD8+ y disminuyen la secreción de citoquinas proinflamatorias. El efecto de los compuestos puede aliviar o agravar las infecciones, según el tipo de patógenos; por lo tanto, existe la posibilidad de que el uso de levonorgestrel se asocie con una mayor susceptibilidad en infecciones distintas de las ETS (42).

Otro tipo de incidencia identificado como resultado de esta revisión sistemática fueron los eventos psiquiátricos. El uso de progestágenos se asocia con ansiedad, depresión, trastornos psiquiátricos e intentos de suicidio. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, es posible que la progesterona pueda causar tales efectos adversos porque los receptores de progesterona se expresan de forma salvaje en el cerebro, incluso en el hipocampo y la corteza frontal, es decir, las partes responsables de la memoria, la emoción, la cognición y el comportamiento. Los posibles mecanismos que explican la asociación entre el uso de levonorgestrel y la hernia abdominal, la neutropenia febril y la ruptura del quiste ovárico no están disponibles actualmente (42).

En general, los resultados de seguridad en su mayoría no fueron el resultado primario; por lo tanto, el análisis estadístico en los estudios incluidos podría haber tenido menos poder estadístico para detectar la diferencia estadística entre las usuarias y no usuarias de levonorgestrel (42). Los autores concluyeron que la mayoría de las reacciones adversas del levonorgestrel oral para la anticoncepción de emergencia fueron comunes y no graves. Las reacciones adversas graves identificadas incluyeron convulsiones, embarazo ectópico, neutropenia febril y accidente cerebrovascular. El embarazo ectópico fue el único evento adverso grave identificado tanto en las revisiones sistemáticas como en los informes del FAERS.

El uso de un régimen de dos dosis de 0,75 mg y un régimen de dosis única de 1,50 mg no mostró diferencias en la prevalencia de efectos adversos y la tasa de embarazo. Para determinar la seguridad del levonorgestrel utilizado como anticonceptivo oral de emergencia, tanto a corto como a largo plazo, estudios observacionales amplios adicionales con un bajo riesgo de sesgo de selección y vigilancia posterior a la comercialización diseñados para detectar los efectos adversos del levonorgestrel utilizado específicamente como un anticonceptivo oral de emergencia, son necesarios (42).

En caso de lactancia, en un estudio que midió la potencial exposición del lactante a LNG luego de la administración de LNG-AE a la madre, los autores recomiendan que la mujer debería suspender la lactancia por al menos 8 horas y por no más de 24 horas post-tratamiento.(25-31, 43-45)

En relación con los embarazos ectópicos, una extensa revisión determinó que la tasa de embarazo ectópico luego del tratamiento con AOE no excede la tasa observada en la población general, de hecho es menor porque al reducir el riesgo de embarazo es menos probable que una relación sexual termine en embarazo ectópico. Respecto al uso de LNG-AOE durante un embarazo, en un estudio comparativo de mujeres que se embarazaron luego de usar LNG-AOE con embarazos en una población equivalente, no se encontró asociación entre el uso del anticonceptivo y el riesgo de malformaciones congénitas o de complicaciones o eventos adversos en el embarazo. (25-31, 43-45)

MATERIAL Y MÉTODO

Área y periodo de Estudio

El estudio se realizó en los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal.

Población (Universo)

Conformado por 830 estudiantes de secundaria, según las matrículas actuales de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo de Tipitapa, entre octubre del 2021 y abril del 2022, de estas 452 son estudiantes mujeres entre 13 y 17 años, lo que correspondería al universo de estudio.

Muestra

Se aplicó un muestreo probabilístico. En primer lugar se determinó el tamaño de muestra necesario. Para la determinación del tamaño se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

N: número de elementos de la población (N=452)

p: proporción de elementos de la población con la característica o parámetro de interés (0.50)

Z=1.96 para un nivel de confianza (1- α) de 95%

e: error estadístico o precisión (0.05)

Dando como resultado una muestra estimada de **181 mujeres adolescentes**

Con relación al procedimiento de muestreo se aplicó un muestreo probabilístico, de tipo aleatorio simple.

Unidad de Análisis

La unidad de análisis está constituida por la adolescente investigada (estudiante activa de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo de Tipitapa, entre octubre del 2021 y abril del 2022)

a) Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

- Estudiante mujer
- Edad entre 13 y 17 años
- Qué esté estudiando actualmente en los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo de Tipitapa
- Que esté presente en el colegio al momento del trabajo de campo
- Que aceptaran participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Que no hayan completado de forma satisfactoria la encuesta

Variables

Las variables de estudio fueron definidas en relación a cada uno de los objetivos específicos del presente estudio.

1. Variables del objetivo 1

- Edad
- Tipo de familia
- Inicio de vida sexual

- Numero de compañeros sexuales
2. Variables del objetivo 2
 - Fuente de información
 - Conocimiento sobre la existencia
 - Conocimiento de cuando usarlo
 - Forma adecuada de uso
 - Conocimiento de cómo actúan
 3. Variables del objetivo 3
 - Uso alguna vez
 - Frecuencia de uso
 - Razón de uso
 4. Variable del objetivo 4
 - Reacciones adversas
 5. Cruce de variables – objetivos 5
 - Frecuencia de uso de la anticoncepción de emergencia versus grupo de edad.

Operacionalización de Variables

Ver anexos

Fuentes y Obtención de la Información

La fuente de información que se utilizó en la realización de este estudio es Primaria, ya que la información fue obtenida a través de entrevistas a las participantes en el estudio.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

La técnica para la recolección de la información será la entrevista, por lo que se elaborará un cuestionario (instrumento o encuesta)

Previo a la realización del trabajo de campo principal para recolección de la información se elaboró una primera propuesta de instrumento a partir de una revisión de la literatura y de los protocolos y normas del Ministerio de Salud sobre anticoncepción de emergencia, tomando como referencia las preguntas incluidas en la ENDESA 2011.

El contenido específico del cuestionario responde a las variables derivadas de los objetivos del estudio.

La primera propuesta del instrumento fue validada en una muestra limitada de sujetos con características similares a los sujetos que participarían en la investigación (una muestra de 30 mujeres adolescentes estudiantes de secundaria) y con esto se valoró si las preguntas eran comprensibles para las estudiantes y si se podía completar el cuestionario de forma satisfactoria, a esto se le conoce como validación de lenguaje o validación de comprensión.

Procesamiento y Análisis de los datos:

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento o ficha de recolección fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS versión 25 para Windows.

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas) se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos serán ilustrados usando gráficos de barra y de pasteles.

Para explorar la asociación estadística entre variables se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Se consideró que el resultado fue estadísticamente significativo si el valor de p obtenido fuera <0.05 .

Aspectos Éticos

En esta investigación se consideraron las normas éticas en relación a investigación en seres humanos; a las adolescentes entrevistadas que participaron en el estudio se les informó acerca de la investigación. Se solicitó un consentimiento informado verbal y se les garantizó que el manejo de los datos fue confidencial.

RESULTADOS

Resultados del objetivo 1

En cuanto a la edad de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, el 32% tenía entre 13 y 14 años, el 51% entre 15 y 16 años y el 17% de 17 años, el 97% procede del área urbana y el 48% es de religión católica y el 38% de religión evangélica (ver cuadro 1).

Del total de adolescentes (n=181), el 52% vive con sus dos padres, el 20% solo con la mamá, el 9% solo con el papá, el 6% con los abuelos y el 8% con otros familiares (Ver cuadro 2)

De forma global, de las 181 encuestadas, el 61% refirió que nunca habían tenido relaciones sexuales, y el 6% inicio entre los 13 y los 14 años, el 20% entre los 15 y 16 años y el 14% a los 17 años (ver cuadro 3).

Por otro lado, del total de adolescentes investigadas, 14% ha tenido solo una pareja sexual, 16% dos parejas y 16% tres parejas o más (ver cuadro 4)

Resultados del objetivo 2

Al preguntar sobre los conocimientos sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia de las adolescentes, solo el 40% refirió saber de su existencia (Ver cuadro 5).

Del total de adolescentes, el 3.3% tuvo como fuente de información la escuela, el 11.6% las amigas, el 2.8% los familiares, el 3.3% el centro de salud y el 19% el

internet. Casi el 60% no refirió fuente de información sobre anticoncepción de emergencia. (ver cuadro 6).

Cuando se les preguntó a las estudiantes en que situaciones se podría usar el anticonceptivo de emergencia, 26% refirió que, en caso de ruptura del preservativo durante la relación sexual, o en caso de violación sexual. Un 6% refirió que se podía usar cuando hay sospecha de embarazo y un 27% menciona que se podría usar como método anticonceptivo regular. El 41% refirió que realmente desconocía cuando se podría usar (Ver cuadro 7)

En relación a la pregunta sobre el momento adecuado de hacer uso de la anticoncepción oral de emergencia, solo el 35% refirió que conoce que debe usarse en las primeras 72 horas, el resto dijo que en cualquier momento o que no sabía (Ver cuadro 8).

En referencia a la pregunta de cómo actúa la anticoncepción oral de emergencia, el 40% indicó que impide la ovulación, el 2% menciona que altera el endometrio y un 6% enfatizó que actúa como abortivo, el 43% refirió no conocer o no dio respuesta. (ver cuadro 9)

Resultados del objetivo 3

De las 181 adolescentes encuestadas, el 25% refirió haber usado alguna vez la píldora de la mañana siguiente, es decir 45 adolescentes, lo que representa más del 70% de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales (n=70) (Ver cuadro 10)

De forma global, el 7.7% a usado las píldoras en una sola ocasión, el 11% dos veces y un 6% tres veces o más. Es decir que 11 de las 70 adolescentes que ha tenido sexo lo usan de forma excesiva indicando que el porcentaje de abuso entre las que

tienen vida sexual es del 16%. De las 70 que han tenido sexo solo 25 nunca ha usado la píldora de la mañana siguiente (Ver cuadro 11).

La fuente más frecuente de donde se adquiere la píldora es la farmacia con un 16%, seguido de amigos con un 5.5%. Las unidades de salud solo representan el 2.2% (Ver cuadro 12).

Las principales razones de usar la píldora, es tener relaciones sin condones con un 13.8%. Un 5.5% de las adolescentes indican que usaron la píldora porque no les gusta usar otro método y un 4.4% la uso por que se rompió el condón (Ver cuadro 13).

Resultados del objetivo 4

En referencia a las reacciones adversas, las adolescentes señalaron en orden frecuencia las siguientes: Mareos 6.1%, cefalea 5.5%, regla irregular 5%, vómitos 4.4%, suspensión de la regla 2.2% y aumento de peso 1.7% (Ver cuadro 13)

Resultados del objetivo 5

Se observo una asociación significativa entre la edad y la frecuencia de abuso de la píldora de la mañana siguiente. El mayor porcentaje de abuso se presento en el grupo de 15 a 16 años y de 17 años, correspondiendo a un 36% y 54%, respectivamente ($p=0.002$) (Ver cuadro 15).

DISCUSIÓN

En el presente estudio la frecuencia de adolescentes que iniciaron vida sexual fue similar a la reportada por la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2011/2012. Según Endesa 2011 un 35% de las adolescentes inician vida sexual antes de los 18 años, en nuestro estudio fue de aproximadamente del 40% (15). Por otro lado, según Edesa la media de edad de inicio de vida sexual es de 14 años, en nuestro estudio la mayoría de los estudiantes iniciaron vida sexual entre los 15 y los 16 años (15), sin embargo, fue evidente en nuestro estudio que una proporción considerable de las adolescentes iniciaron vida sexual antes de los 15 años y han tenido múltiples parejas sexuales.

Nuestro estudio indica grandes deficiencias en el conocimiento de los adolescentes respecto a la anticoncepción de emergencia. Por ejemplo, solo el 40% refirió saber de su existencia, siendo la principal fuente información el internet y las redes sociales. Cerca de un 75% no conocía cuando usar la anticoncepción de emergencia y solo un 35% sabía el momento apropiado de uso y un 40% sabía como actuaba. Los hallazgos del presente estudio son consistentes con los hallazgos reportados en otros estudios realizados en Latinoamérica. Szames et al (2012) a partir de una encuesta con 387 adolescentes en argentina refieren que apenas el 28% poseía un conocimiento adecuado acerca (11). Los autores concluyeron que los adolescentes no conocen adecuadamente las características de la AHE, aunque la utilizan y la obtienen principalmente a través de la compra en farmacias Situación que también se ve reflejada en nuestro estudio ya que los adolescentes obtienen las píldoras de la mañana siguiente principalmente a través de la venta libre en las farmacias (11).

Del Aguila Inuma (2018) en un estudio realizado con adolescentes escolares en el Peru revelo que el 74% desconoce el uso correcto, y solo el 36% conoce el momento adecuado de hacer uso de la anticoncepción de emergencia, y solo el

12% conoce sobre los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia, y que el 24% adquirió la píldora en farmacias y de amigos (12).

A pesar de que las prácticas sexuales en nuestra población estudios se comportan de forma similar a la reportada en ENDESA 2011 (15), la frecuencia de uso de anticoncepción de emergencia en nuestra población es mucho mayor a la reportada por ENDESA. En nuestro estudio de las 181 adolescentes encuestadas, el 25% refirió haber usado alguna vez la píldora de la mañana siguiente, es decir 45 adolescentes, lo que representa más del 70% de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales. Según los resultados ENDESA 2011, el 12% de todas las mujeres en edad fértil utilizan o han utilizado anticoncepción de emergencia. Entre las adolescentes el 10% ha usado anticoncepción de emergencia. Sin embargo, nuestros resultados son similares a los reportados en el estudio publicado por Zeledón y García (2017) realizado con adolescentes del Instituto Nacional Ángela Siles de Rivera del municipio de San Rafael del Norte Jinotega en donde se reporta que 43% han utilizado la PPMS, y entre el grupo que ha tenido relaciones sexuales (n=41) el 60% la ha usado (16).

Con referencia a la frecuencia de abuso, en nuestro estudio, de forma global, la frecuencia de abuso fue del 6% y entre las que iniciaron vida sexual fue del 16%. En el estudio de Zeledón y García (2017), la frecuencia de abuso fue de cerca del 35% (16), lo que corresponde a más de doble a lo reportado en el presente estudio

De acuerdo a la OMS, la causa de que el uso de la anticoncepción de emergencia sea frecuente en los adolescentes y que cada día aumente la frecuencia de abuso, se debe a que cada día en países en vía de desarrollo el inicio de la vida sexual es a mas temprana edad y a las mejoras en el acceso de la anticoncepción de emergencia a través de farmacia ya que en la mayoría de países la píldora de la mañana siguientes es considera de venta libre. La OMS también señala que el abuso se debe las grandes deficiencias que tienen los adolescentes sobre la anticoncepción de emergencia y de los anticonceptivos en general. Estudios

realizados en Nicaragua en escuelas sugieren que estos bajos niveles de conocimientos están asociados a la falta de programas de educación sexual amplios, integrales y sistemáticos a nivel de las escuelas. Esto se puede conformar a que actualmente en los pensum de secundarias no hay módulos especiales de salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

A pesar del uso frecuente y las altas tasas de abuso, nuestro estudio sugiere que la frecuencia de reacciones adversas es moderada y que en su mayoría las reacciones adversas no son graves. Esta información se corresponde con los hallazgos. Zeledón y García (2017) en su estudio con adolescentes del Instituto Nacional Ángela Siles de Rivera del municipio de San Rafael del Norte Jinotega encontraron que cerca del 40% han referido reacciones adversas como sangrado irregular, dismenorrea y náuseas (16).

Un elemento relevante a discutir es que en nuestro estudio muy pocos adolescentes refieren que la anticoncepción de emergencia fue prescrita o que tuvieron acceso a ella, en unidades de salud del sistema público. Lo que no se corresponde con las recomendaciones de la OMS. De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, todas las niñas y mujeres que corran el riesgo de tener un embarazo no deseado tienen derecho a la anticoncepción de emergencia y estos métodos se deben integrar en todos los programas nacionales de planificación familiar (36, 37). Además, la anticoncepción de emergencia se debería integrar en los servicios de salud que se prestan a la mayoría de las poblaciones que corren riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, entre ellas como por ejemplo la atención a las víctimas de violaciones, a las niñas y mujeres que viven en situaciones de emergencia o de ayuda humanitaria como migrantes en situaciones de riesgo o en zonas de guerra, entre muchas otras situaciones (25, 26, 29, 30)

CONCLUSIONES

1. En las adolescentes en estudio hubo un predominio de la edad entre 15 y 16 años, procedentes del área urbana, de religión católica seguido de religión evangélica. Cerca de la mitad de las adolescentes vive con sus dos padres, sin embargo 1 de cada 5 adolescentes encuestada vive solo con su madre. Un tercio de las adolescentes han tenido 2 parejas sexuales o más.
2. Con respecto a los conocimientos sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia solo el 40% refirió saber de su existencia, siendo la principal fuente información el internet y las redes sociales. Cerca de un 75% no conocía cuando usar la anticoncepción de emergencia y solo un 35% sabía el momento apropiado de uso y un 40% sabía como actuaba.
3. Del total de adolescentes encuestadas el 25% refirió haber usado alguna vez la píldora de la mañana siguiente, y entre las adolescentes que ya iniciaron vida sexual la frecuencia de uso fue del 70%. De forma global, la frecuencia de abuso fue del 6% y entre las que iniciaron vida sexual fue del 16%. La fuente más frecuente de donde se adquiere la píldora es la farmacia seguido de amigos. Las principales razones de usar la píldora, es tener relaciones sin condones y usar la píldora porque no les gusta usar otros métodos.
4. Las reacciones adversas más frecuentes asociadas al uso de la anticoncepción de emergencia fueron mareos, cefalea, regla irregular, vómitos, suspensión de la regla y aumento de peso.
5. Se observó una asociación significativa entre la edad y la frecuencia de abuso de la píldora de la mañana siguiente. A mayor edad hubo mayor frecuencia de uso (al menos una vez) y de abuso (uso frecuente o 3 veces o más) de la anticoncepción de emergencia.

RECOMENDACIONES

A nivel de Ministerio de Salud.

- Involucrar a todo el personal de salud de las unidades de atención primaria y al personal docente, en la participación activa para orientar a este grupo de riesgo sobre el uso apropiado de la anticoncepción de emergencia,
- Fomentar Ferias, charlas, convocatorias, Jornadas científicas donde se fortalezca el conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en general en la población de adolescentes escolares.
- Incentivar al personal de salud hacer uso de la normal 002-2015 en relación al uso de anticonceptivos en la adolescencia.

Al MINED

- Se recomienda la coordinación interinstitucional entre MINSA y MINED para la realización de campañas sobre Salud Sexual y Reproductiva.
- Efectuar capacitación a los padres y maestros sobre Métodos Anticonceptivos de manera que se trasmita información veraz y oportuna que ayude a disminuir los embarazos en los adolescentes.
- Incluir en el pensum de estudio temas de Salud Sexual Reproductiva.

A las universidades

- Fomentar la colaboración entre las universidades y el MINED, para que los estudiantes de las carreras de las ciencias de la salud realicen visitas a los colegios del sector para brindar charlas educativas y consejería a los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. ICEC. Anticoncepción de emergencia: Uso de píldoras anticonceptivas regulares como AE New York, USA: International Consortium for Emergency Contraception; 2015.
2. Sandoval J. Anticoncepción de emergencia. Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc. 2014;21(1):6-12.
3. Cravioto Galindo M. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. salud pública de méxico. 2016;58(1):89-91.
4. Ermani RS, Jiménez-Villanueva CH, Ellertson C, Langer A. Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados. Revista de investigación clínica. 2000;52(2):168-76.
5. Lee CO. La anticoncepción de emergencia en la adolescencia. Revista Sexología y Sociedad. 2014;10(26).
6. Tapia-Curiel A, Villaseñor-Farias M, Nuño-Gutiérrez BL. Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2008;46(1):33-41.
7. Cano JV, Almansa AL-G, López FL. Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria. Atención primaria. 2004;34(6):279-83.
8. Martín A. La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004;16(6):424-31.
9. Calvo MTM. Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2015;6(1):53-61.
10. Perpiñán CM. Anticoncepción en adolescentes: Educación sexual y asistencia adecuada. Revista Española de Endocrinología Pediátrica. 2016.
11. Szames C, Vázquez S, Discacciati V. Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires. Revista Argentina de Salud Pública. 2012;3(11):16-22.

12. Del Aguila Inuma C. Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia en adolescentes del 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Teniente Diego Ferre Sosa, periodo setiembre 2018. 2018.
13. González Mena MR. Utilización de pastillas anticonceptivas de emergencia por mujeres en edad fértil. 2007.
14. Gómez Espinales MA. Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos de emergencia, relacionados a prevención de embarazos en adolescentes estudiantes de IV y V año del Instituto Chinandega. 2013.
15. MINSA-INIDE. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011. Managua: Ministerio de Salud (MINSA), Instituto Nicaraguense de Información y Desarrollo (INIDE); 2012.
16. Zeledón Castillo RE, García Zeledón LP. Uso y abuso de la PPMS (píldora para la mañana siguiente) en adolescentes del Instituto Nacional Ángela Siles de Rivera del municipio de San Rafael del Norte, Jinotega del III trimestre del año 2016 2017.
17. MINSA. Reporte de dispensación de medicamentos en farmacias privadas y farmacias sociales en Nicaragua. Managua: Ministerio de Salud (MINSA), República de Nicaragua; 2017.
18. Díaz JSV, Silva LAM, Pineda MdLS, Avendaño RSQ. Riesgos y daños a la salud de las adolescentes por el uso de la pastilla de emergencia. Revista CuidArte. 2012;1(1):39-48.
19. Alfaro González M, Vázquez Fernández M, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno M, Rodríguez Molinero L, González Hernando C. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. Pediatría Atención Primaria. 2015;17(67):217-25.
20. Garuti Colldefors S. Análisis de la información sobre la anticoncepción de urgencia en adolescentes. 2021.
21. Bueno-González C, García-García E, Muñoz AG-E, Latorre-Marco G, Maqueda-Moreno R, Ollero-Sanguino E, et al. Programa de educación para la salud dirigido a mujeres que utilizan anticoncepción de emergencia. Matronas Prof. 2012;13(1):15-22.

22. OMS. Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2018.
23. OMS. Reporte mundial sobre salud y reproductiva en la adolescencia. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019.
24. Miranda R, García T, López E. Métodos anticonceptivos más utilizados de acuerdo al Protocolo de Planificación Familiar del Ministerio de Salud (MINSA), por las adolescentes de 12-19 años.[En línea] 2013.[Citado el: 19 de Agosto de 2017.].
25. Batur P, Kransdorf LN, Casey PM. Emergency Contraception. Mayo Clinic proceedings. 2016;91(6):802-7.
26. Corbelli J, Bimla Schwarz E. Emergency contraception: a review. Minerva ginecologica. 2014;66(6):551-64.
27. Aiken AR, Trussell J. Recent advances in contraception. F1000prime reports. 2014;6:113.
28. Allen RH, Goldberg AB. Emergency contraception: a clinical review. Clinical obstetrics and gynecology. 2007;50(4):927-36.
29. Raymond EG, Cleland K. Clinical practice. Emergency contraception. The New England journal of medicine. 2015;372(14):1342-8.
30. Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. Clinical obstetrics and gynecology. 2014;57(4):741-50.
31. Gemzell-Danielsson K, Berger C, Lalitkumar PG. Mechanisms of action of oral emergency contraception. Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. 2014;30(10):685-7.
32. Faúndes JMM. Anticoncepción de Emergencia. New York, USA: Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia; 2016.
33. Palermo T, Bleck J, Westley E. Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis multipaís.
34. Ezcurra LB. Anticoncepción de Emergencia. Revista Sexología y Sociedad. 2014;9(23).

35. Herrera D, Gaus D, Troya C, Obregón M, Guevara A, Romero S. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Manual médico SALUDESA. 2016;1(1).
36. Viroga S. Anticoncepción de emergencia. Tendencias en medicina. 2020;1(57):138-40.
37. OMS. Anticoncepción de urgencia. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la salud (OMS); 2021.
38. Organization WH. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos %ta Edición: World Health Organization; 2015.
39. MINSA Nicaragua. Normativa 002-Segunda Edición Norma Y Protocolo De Planificación Familiar. Managua: Ministerio de Salud (MINSA), República de Nicaragua; 2015.
40. Mendoza JP. Anticoncepción de Emergencia en Adolescentes. Nuestra Experiencia. Revista Sexología y Sociedad. 2014;14(38).
41. Valverde C, Faroni W, Castillo Corea LP. Conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes embarazadas acerca de los métodos anticonceptivos atendidas, en el centro de salud francisco Morazán de Enero-Junio del Año 2013: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015.
42. Leelakanok N, Methaneethorn J. A systematic review and meta-analysis of the adverse effects of levonorgestrel emergency oral contraceptive. Clinical Drug Investigation. 2020;40(5):395-420.
43. Jatlaoui TC, Riley H, Curtis KM. Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimens for emergency contraception. Contraception. 2016;93(2):93-112.
44. Kahlenborn C, Peck R, Severs WB. Mechanism of action of levonorgestrel emergency contraception. The Linacre quarterly. 2015;82(1):18-33.
45. Mittal S. Emergency contraception - potential for women's health. The Indian journal of medical research. 2014;140 Suppl:S45-52.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Operacionalización de variables del objetivo #1

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala	Valor
Edad	Años cumplidos hasta el momento de la entrevista	Respuesta de la entrevistada	Cuantitativa discreta	13 a 15 16 a 17
Procedencia	Lugar de residencia habitual	Respuesta de la entrevistada	Cualitativa nominal	Urbana Rural
Religión	Tipo de profesión de fe de la familia	Respuesta de la entrevistada	Cualitativa nominal	Católica Evangelica Testigo de Jehová Otras Ninguna
Tipo de familia	Tipo de conformación del núcleo familiar al que pertenece la adolescente y con quienes vive	Respuesta de la entrevistada	Cualitativa nominal	Padre y madre Solo madre Solo padre Abuelos Otros familiares

Vida sexual (IVSA)	Refiere haber tenido al menos una relación sexual	Respuesta de la entrevistada	Cualitativa nominal	Si No
Edad de IVSA	Edad de primera relación sexual con penetración	Respuesta de la entrevistada	Cualitativa ordinal	12 a 13 14 a 15 16 a 17
Numero de compañeros sexuales	Numero de personas con las que ha tenido relaciones sexuales	Respuesta de la entrevistada	Cualitativa ordinal	Una Dos Tres Mas de tres

Operacionalización de variables del objetivo #2

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala	Valor
Ha escuchado sobre píldoras de anticoncepción de emergencia	Persona encuesta refiere que previamente ha escuchado sobre la anticoncepción de emergencia	Respuesta de la entrevistada	Nominal	Si / No
Fuente de información	Origen principal de la información sobre AE que recibió la persona entrevistada	Respuesta de la entrevista	Nominal	En una clínica/centro de salud A través de comentarios de amigos o familiares A través de las noticias, en revistas A través de la radio En la televisión Curso o clase formal Internet Otro
Conoce en que situaciones se podría usar	Situación referida por la encuestada en la que se podría usar uso de la	Respuesta de la entrevista	Nominal	Ruptura del preservativo durante

	anticoncepción de emergencia			la relación sexual, violación sexual Cuando sospecho que estoy embarazada Como método anticonceptivo Desconozco
Conoce cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse las píldoras anticonceptivas de emergencia	Contesta correctamente a la pregunta correspondiente en el cuestionario.	Respuesta de la entrevistada	Nominal	En las primeras 72 horas En cualquier momento Desconoce
Sabe cómo actúa	Forma o mecanismo referido por la encuestada sobre como actúa la anticoncepción de emergencia	Respuesta de la entrevistada	Nominal	Impide la ovulación Altera el endometrio Actúa como abortivo Desconozco

Operacionalización de variables del objetivo #4

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor	Escala
Antecedente de uso de AE	Persona encuesta refiere que previamente ha usado previamente AE	Respuesta de la entrevista	Nominal	Si / No
Razón de uso	Razón o argumento por el cual la persona entrevistada decidió usar AE	Respuesta de la entrevista	Nominal	No usó un método anticonceptivo Calculó mal la fecha (ritmo) El condón se rompió o se deslizó Olvidó tomar algunas píldoras Fue obligada a tener relaciones sexuales El retiro falló Otro
Frecuencia de uso de AE	Número de ocasiones en las que ha usado AE	Respuesta de la entrevista	Discreta	Una Dos Tres Mas de tres.

<p>Lugar de disponibilidad de las píldoras de anticoncepción de emergencia</p>	<p>Proveedor donde puede encontrar disponible algún tipo de AE</p>	<p>Respuesta de la entrevistada</p>	<p>Nominal</p>	<p>En una clínica/centro de salud A través de comentarios de amigos o familiares A través de las noticias, en revistas A través de la radio En la televisión Curso o clase formal Internet Otro</p>
--	--	-------------------------------------	----------------	--

Operacionalización de variables del objetivo #5

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala	Valor
Reacciones adversas	Efecto no desasado relacionado con el consumo de la anticoncepción de emergencia	Respuesta de la encuestada	Cualitativa nominal	Cefalea Mareos Vómitos Regla irregular Suspensión de la regla Aumento de peso

ANEXO #2: FICHA DE RECOLECCIÓN

“Abuso de la anticoncepción de emergencia y reacciones adversas en adolescentes de educación secundaria en dos colegios de Tipitapa, entre octubre del 2021 y abril del 2022”

Guía de entrevista (ficha de recolección)

A. DATOS DE IDENTIFICACION

1. Número de Ficha
2. Fecha de encuesta

B. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

3. Edad de la encuestada: _____
4. Procedencia: _____
5. Religión:
 - a. Católica
 - b. Evangelica
 - c. Testigo de Jehová
 - d. Otras
 - e. Ninguna
6. Persona con la que vive
 - a. Padre y madre
 - b. Solo madre
 - c. Solo padre
 - d. Abuelos
 - e. Otro familiar
7. Ha tenido relaciones sexuales: Si ___ No___
8. Edad de inicio de las relaciones sexuales: _____
9. Número de parejas sexuales: _____

C. FUENTE DE INFORMACION Y CONOCIMIENTOS SOBRE AOE

10. ¿Ha escuchado sobre píldoras de anticoncepción de emergencia?
11. ¿Fuente de información?
12. ¿Conoce en que situaciones se podría usar?
13. ¿Conoce cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse las píldoras anticonceptivas de emergencia?
14. ¿Sabe cómo actúa?

D. USO DE LA ANICONCEPCION DE EMERGENCIA

15. ¿Usted ha usado previamente algún tipo de anticoncepción de emergencia o ha tomado la píldora de la mañana siguiente?
16. ¿Cuál fue la razón por la cual decidió usar la AE o tomar la píldora de la mañana siguiente?
17. ¿Número de ocasiones en las que ha usado AE?
18. ¿Proveedor donde encontró disponible u obtuvo la AE?

E. REACCIONES ADVERSAS

- ¿Luego de tomar la píldora de la mañana siguiente, experimento alguno de los siguientes síntomas? Si No
- Dolor de cabeza
- Mareos
- Vómitos
- Regla irregular
- Suspensión de la regla
- Aumento de peso

ANEXO #4: CRONOGRAMA

No.	Actividad	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración de protocolo																												
2	Validación del instrumento																												
3	Recolección de la información																												
4	Digitación y procesamiento de la información																												
5	Análisis de resultados																												
6	Elaboración de informa final																												

ANEXO #5: PRESUPUESTO

No.	RUBRO	MONTO EN CÓRDOBAS (C\$)
1	Elaboración de protocolo	
1.1	Revisión bibliográfica	1200.00
1.2	Fotocopias e Impresiones	1,100.00
2	Recolección de datos	
2.1	Fotocopias e impresiones	3,700.00
2.2	Viáticos de transporte	2000.00
2.3	Viáticos de alimentación	1,900.00
3	Elaboración del final	
3.1	Digitación de ficha	6,000.00
3.2	Elaboración de cuadros y gráficos	3,500.00
3.3	Fotocopias e impresiones	1,700.00
	TOTAL	21,100.00

ANEXO #6: CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadros

Cuadro 1. Edad de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-14 años	58	32.0
15-16 años	92	50.8
17 años	31	17.1
TOTAL	181	100
PROCEDENCIA		
Urbana	176	97.2
Rural	5	2.8
RELIGION DE LA FAMILIA		
Católica	87	48.1
Evangelica	69	38.1
Testigo de Jehová	12	6.6
Otras	8	4.4
Ninguna	5	2.8

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 2. Tipo de constitución de las familias de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

CONSTITUCIÓN DE LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vive con mama y papa	94	52
Vive solo con mama	53	29
Vive solo con papa	9	5
Vive solo con sus abuelos	11	6
Otros	14	8
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 3. Inicio de la vida sexual de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

Vida sexual	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Han tenido relaciones sexuales		
Si	70	39
No	111	61
Edad de IVSA		
13 – 14	9	5
15 – 16	36	20
17 años	25	14
Aun no inicia vida sexual	111	61
TOTAL	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 4. Número de parejas sexuales de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

NUMEROS DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	111	61
1	24	14
2	29	16
≥ 3	17	9
TOTAL	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 5. Conocimiento sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

CONOCIMIENTO SOBRE LA EXISTENCIA DE LA AOE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	73	40
NO	108	60
TOTAL	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 6. Fuentes principales de información sobre la anticoncepción de emergencia de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

De donde obtuvo información sobre la anticoncepción de emergencia	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Escuela	6	3.3
Amigas	21	11.6
Familia	5	2.8
Centro de salud	6	3.3
Internet	35	19.3
NO sabia sobre la AOE	108	59.7
TOTAL	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 7. Conocimiento sobre la circunstancia en que debe ser utilizado la anticoncepción oral de emergencia, de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

CASOS EN QUE SE PODRIA USAR LA AOE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ruptura del preservativo durante la relación sexual, violación sexual, entre otros.	47	26
Cuando sospecho que estoy embarazada	11	6
Como método anticonceptivo	48	27
Desconozco	75	41
TOTAL	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 8. Conocimiento del momento adecuado de hacer uso de la anticoncepción oral de emergencia, de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

CONOCIMIENTO DEL MOMENTO ADECUADO DE HACER USO DE LA AOE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dentro de la 72 hora Post relaciones sexuales (conoce)	65	36
En cualquier momento	9	5
Desconozco	107	59

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 9. Conocimiento sobre cómo actúa la anticoncepción oral de emergencia, de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

CONOCE COMO ACTÚA LA AOE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Impide la ovulación	88	49
Altera el endometrio	4	2
Actúa como abortivo	12	6
Desconozco	77	43
TOTAL	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 10. Uso de la píldora del día siguiente en las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

UTILIZÓ LA PILDORA DE EMERGENCIA ALGUNAS VEZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	45	25
NO	136	75
TOTAL	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 11. Frecuencia (número de veces) de uso de la píldora del día siguiente en las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

VECES QUE HA SIDO UTILIZADO LA AOE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solamente una vez	14	7.7
Dos veces	20	11.0
Tres veces o más (abuso)	11	6.1
Nunca	136	75
TOTAL	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 12. Fuente de prescripción o acceso a la píldora del día siguiente en las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

DONDE ADQUIRIO LA PILDORA (AOE)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Farmacias	30	16.6
Puesto o centro de salud	0	0.0
Hospitales	4	2.2
A través de un amigo	10	5.5
ONG	1	0.6
Nunca adquirió píldora	136	75.1
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 13. Razón de uso de la píldora del día siguiente en las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

DONDE ADQUIRIO LA PILDORA (AOE)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No use condón	25	13.8
Se rompió el condón	8	4.4
Se me olvido tomar mi pastilla de siempre	1	0.6
No me gusta usar otro método	10	5.5
Me obligaron a tener sexo	1	0.6
Nunca adquirió píldora	136	75.1
Total	181	100

Nota: Solo una adolescente refirió usar métodos anticonceptivos de forma regular (anticonceptivos hormonales orales)

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 14. Reacciones adversas asociadas al uso de la píldora del día siguiente en las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cefalea	10	5.5
Mareos	11	6.1
Vómitos	8	4.4
Regla irregular	9	5.0
Suspensión de la regla	4	2.2
Aumento de peso	3	1.7
Nunca ha usado la AOE	136	75.1
Total	181	5.5

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Cuadro 15. Uso de la píldora del día siguiente según grupo de edad en las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.

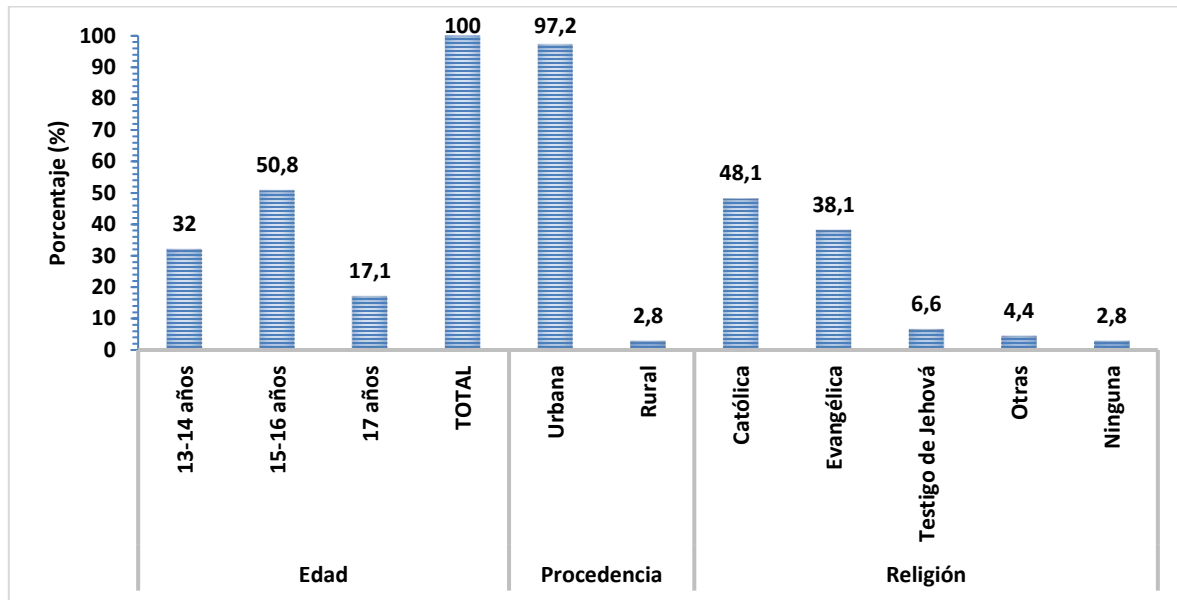
	Solamente una vez		Dos veces		Tres veces o más (abuso)		Nunca		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
13 a 14 años	3	21.4	5	25.0	1	9.1	43	31.6	58	32.0	0.002
15 a 16 años	5	35.7	7	35.0	4	36.4	76	55.9	92	50.8	
17 años o mas	6	42.9	8	40.0	6	54.5	11	8.1	31	17.1	
TOTAL	14	100.0	20	100.0	11	100.0	136	100.0	181	100.0	

Prueba de Chi cuadrado

Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

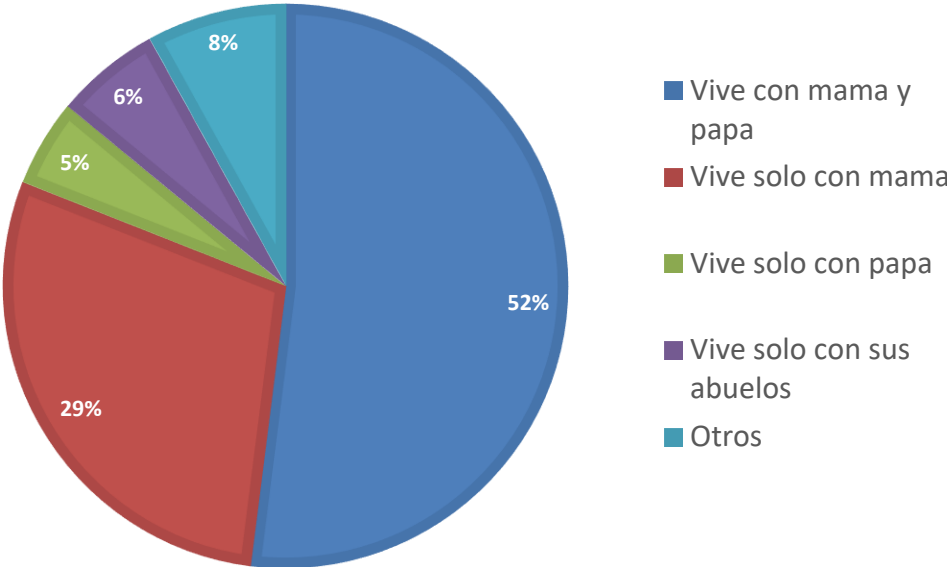
Gráficos

Gráfico 1. Edad de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



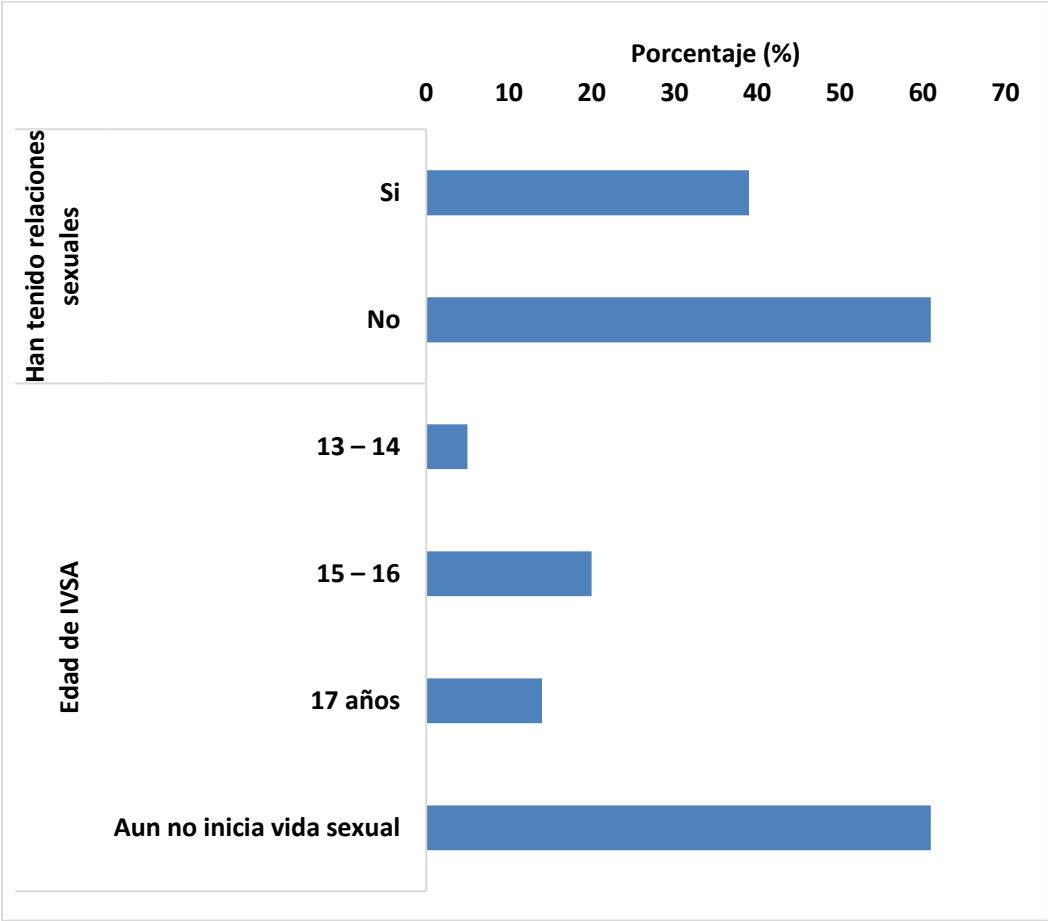
Fuente: Cuadro 1

Gráfico 2. Tipo de constitución de las familias de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



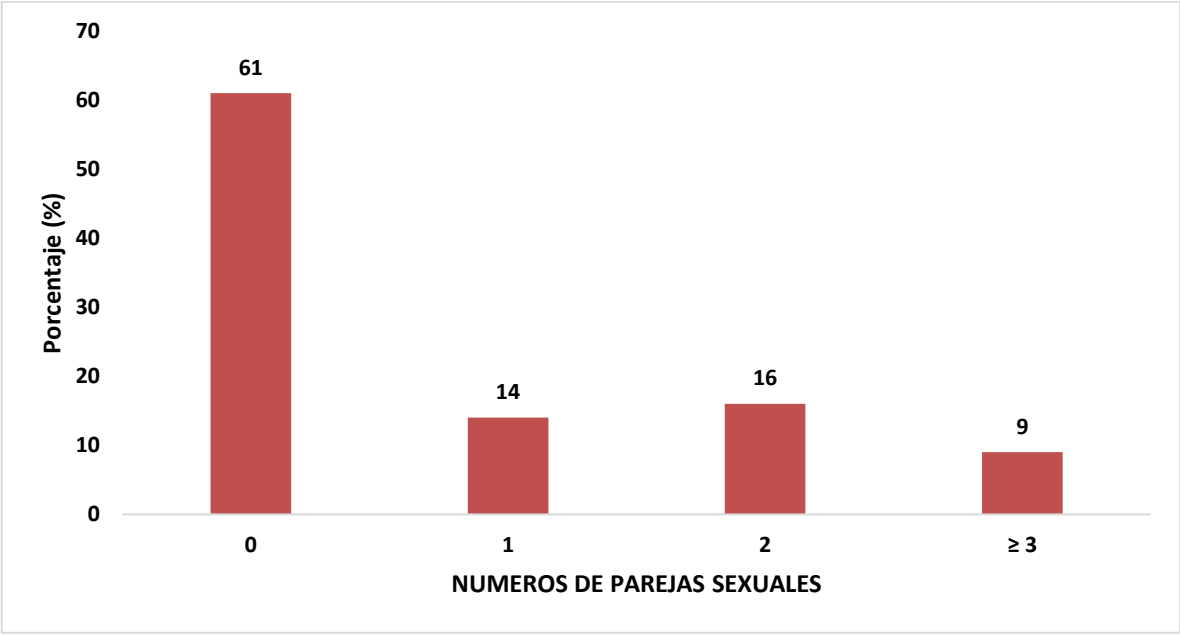
Fuente: Cuadro 2

Cuadro 3. Inicio de la vida sexual de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



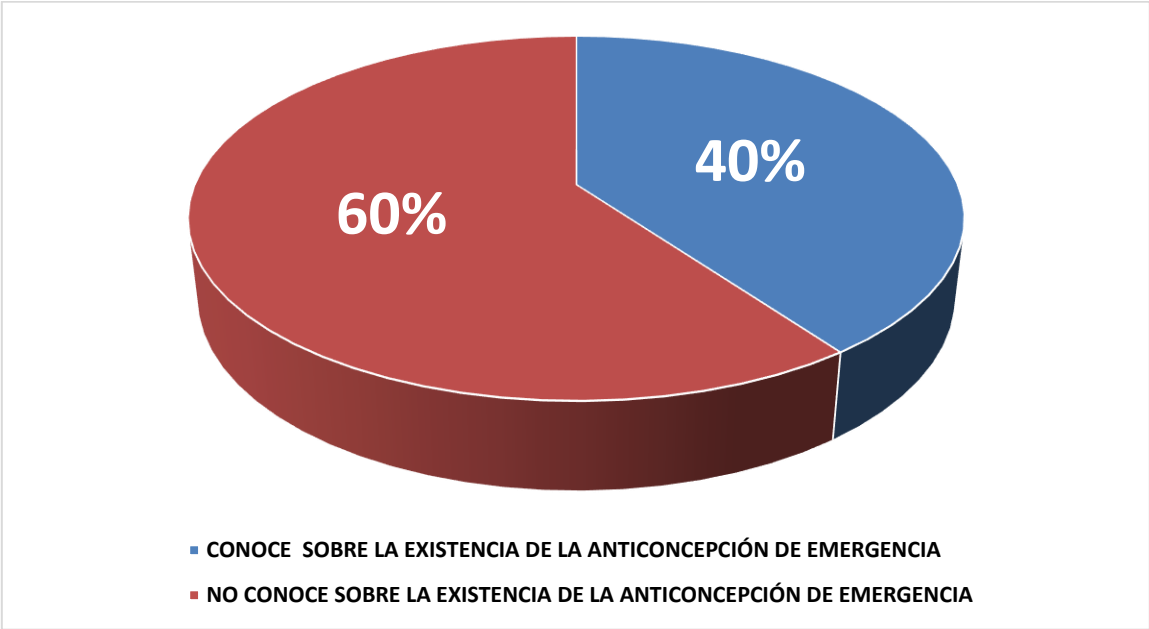
Fuente: Ficha de recolección (Encuesta)

Gráfico 4. Número de parejas sexuales de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



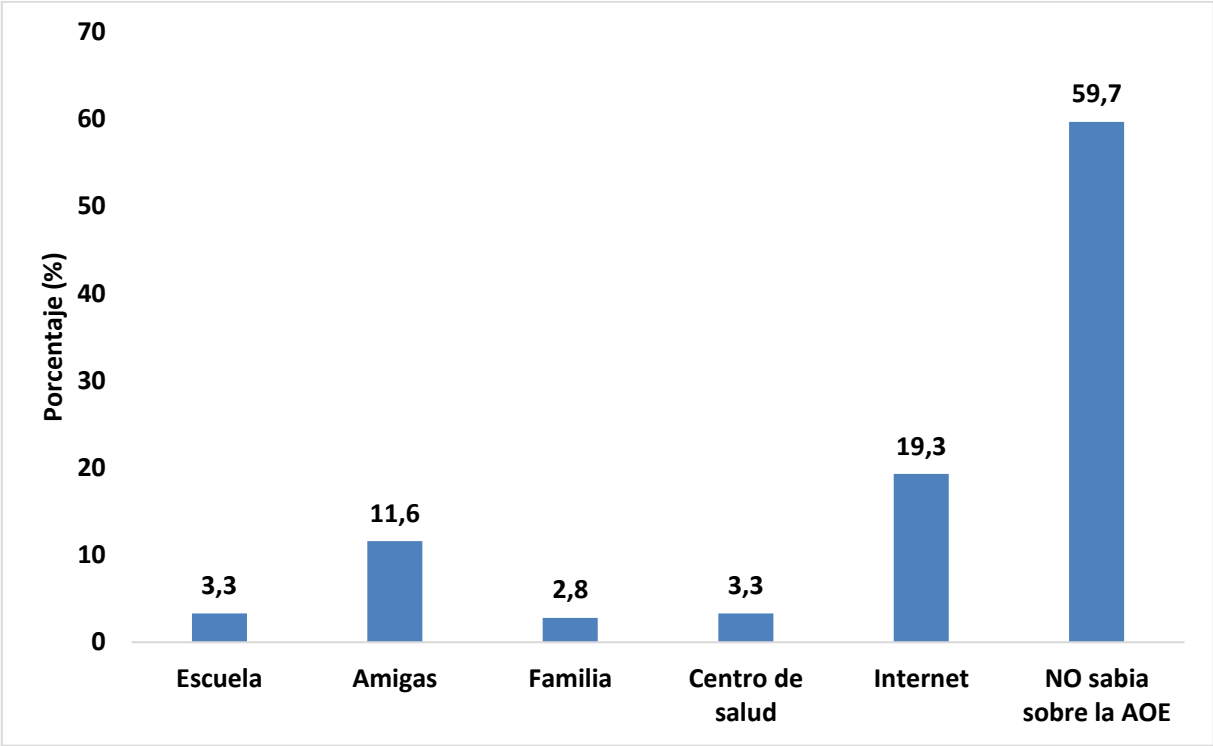
Fuente: Cuadro 4

Gráfico 5. Conocimiento sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



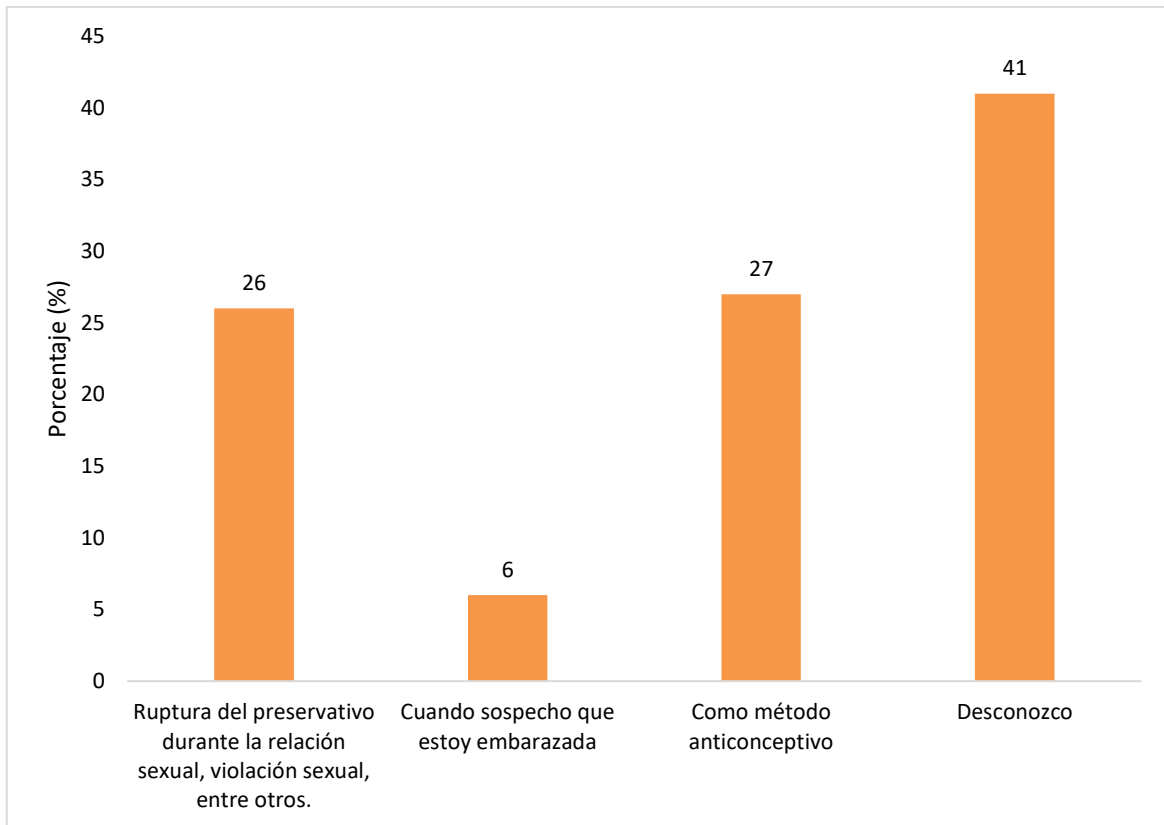
Fuente: Cuadro 5

Gráfico 6. Fuentes principales de información sobre la anticoncepción de emergencia de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



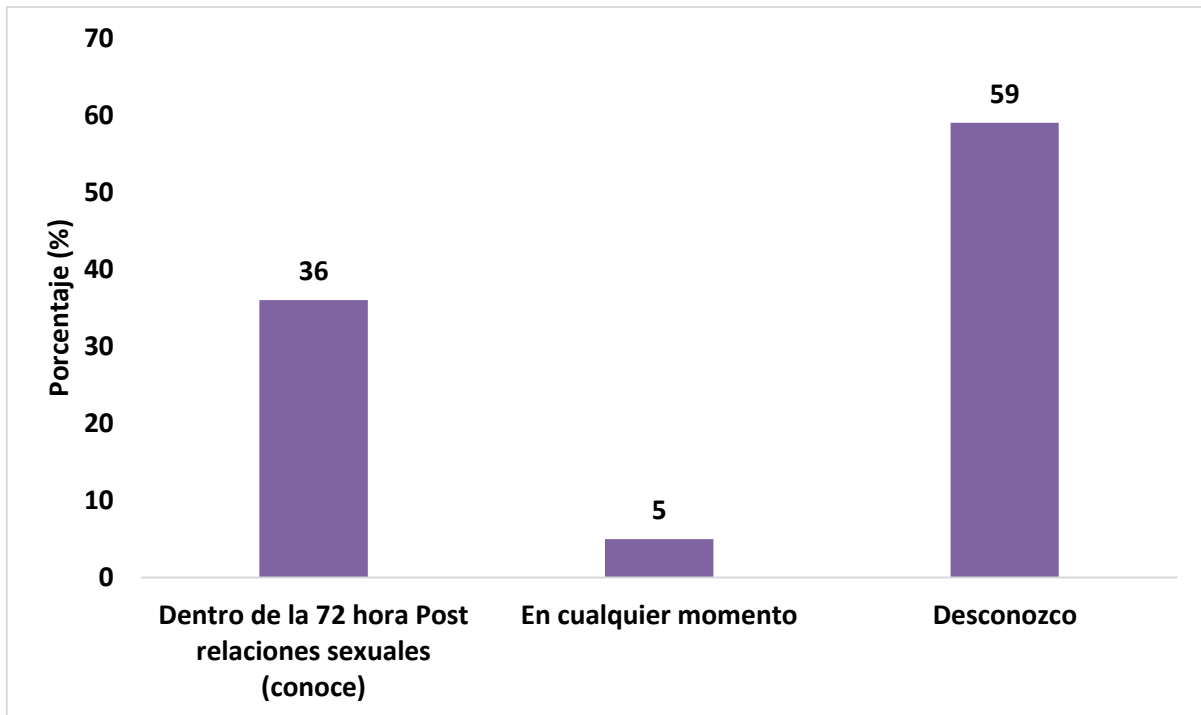
Fuente: Cuadro 6

Gráfico 7. Conocimiento sobre la circunstancia en que debe ser utilizado la anticoncepción oral de emergencia, de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



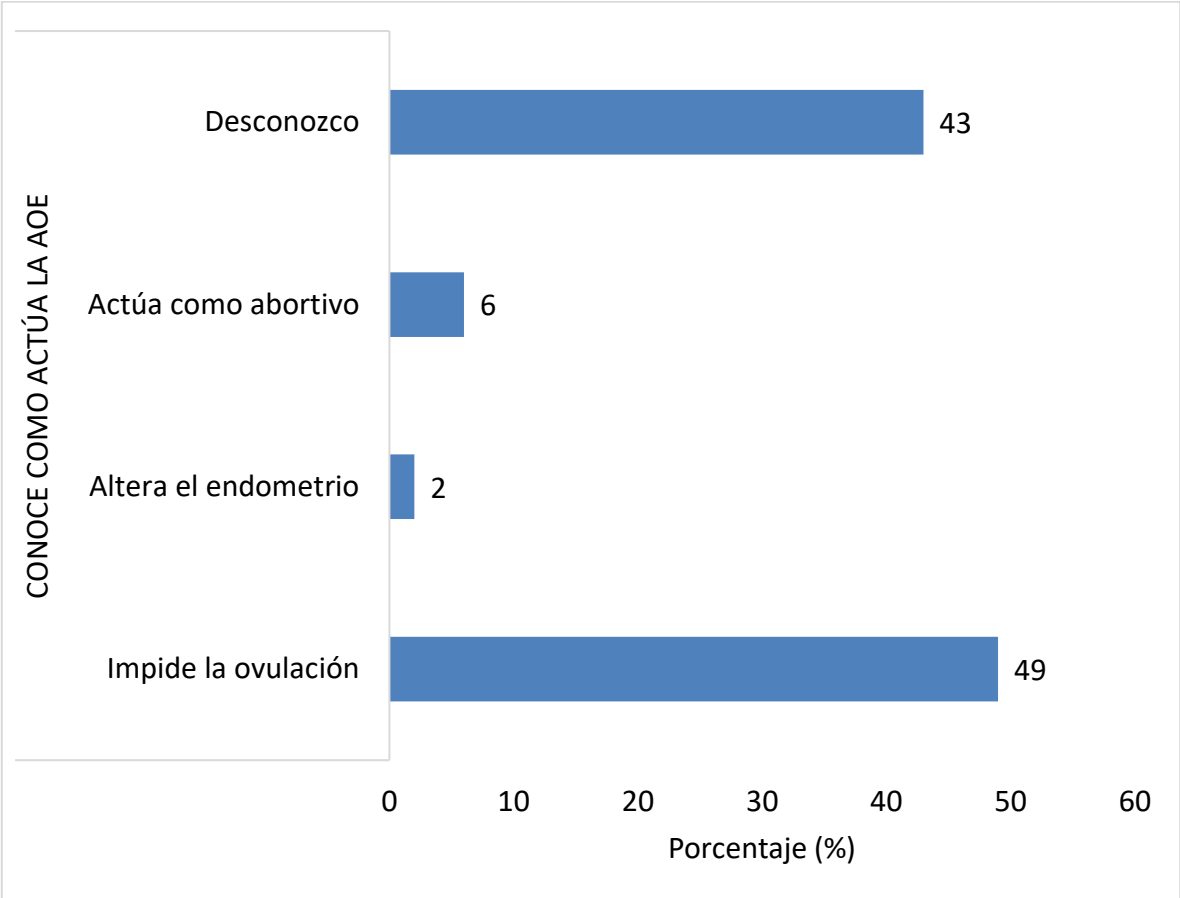
Fuente: Cuadro 7

Gráfico 8. Conocimiento del momento adecuado de hacer uso de la anticoncepción oral de emergencia, de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



Fuente: Cuadro 8

Gráfico 9. Conocimiento sobre cómo actúa la anticoncepción oral de emergencia, de las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



Fuente: Cuadro 9

Gráfico 10. Uso de la píldora del día siguiente en las adolescentes estudiantes de secundaria de los colegios Andrés Castro e Instituto Nacional Autónomo del municipio de Tipitapa, del departamento de Managua, encuestadas entre los meses de octubre 2021 a abril del 2022.



Fuente: Cuadro 10