



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN INTERNAS DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, 2017”

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

Presentado por:

**BACHILLERES:**

AGUIRRE FALERO, KATHY ELIZABETH

PUCUHUAYLA GUADALUPE, CARMEN MARGARITA

**LIMA-PERÚ**

**2017**



### **DEDICATORIA**

A nuestros padres, que son nuestra fuerza fundamental, por su apoyo incondicional y estar siempre presentes en cada paso de nuestra carrera profesional.

A nuestra asesora Dra. Rodríguez Huamán, Yda Rafaela, por su dedicación, paciencia y motivación que nos brindó para seguir con nuestra investigación.

Al Hospital Hipólito Unanue por permitirnos realizar nuestra investigación.

A nuestra alma mater la Universidad Privada Norbert Wiener por ser parte de nuestra formación académica.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos en primer lugar a Dios por guiarnos en cada paso que damos, por darnos la fortaleza para seguir con nuestros proyectos y por brindarnos la dicha de lograr de ser obstetras, a nuestros padres quienes siempre han velado por nuestro bienestar y educación siendo nuestro apoyo incondicional.

Al Hospital Hipólito Unanue por permitirnos realizar este trabajo de investigación dándonos las facilidades.

A nuestra asesora la Dra. Yda Rafaela Rodríguez Huamán por su apoyo constante para la culminación de nuestra tesis.

A los docentes de la Universidad Norbert Wiener por su buen nivel de educación y por ser parte de nuestra formación profesional ayudándonos ser buenas profesionales.

**ASESOR**

DRA. YDA RODRIGUEZ HUAMAN

## **JURADOS**

**Presidente:** Dr. Carlos Leonidas Rodríguez Chávez

**Secretario:** Mg. José Luis Delgado Sánchez

**Vocal: Lic.** Jessica Maryluz Yace Martinez

## INDICE

	<b>Pág.</b>
CAPITULO I: El problema	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Justificación	16
1.4. Objetivos	18
1.4.1. Objetivo general	18
1.4.2. Objetivos específicos	18
CAPITULO II: Marco teórico	19
2.1. Antecedentes	19
2.2. Base teórica	23
2.3. Terminología básica	39
2.4. Hipótesis	41
2.5. Variables e indicadores	41
2.6. Definición operacional de términos	43
CAPITULO III: Diseño metodológico	44
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Población y muestra	44
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	46
3.5. Aspectos éticos	47
CAPITULO IV: Resultados y discusión	48
4.1. Resultados	48
4.2. Discusión	58
CAPITULO V: Conclusiones y recomendaciones	63
5.1. Conclusiones	63
5.2. Recomendaciones	64
Referencias bibliográficas	65
Anexos	70

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1:</b> Características sociodemográficas y gineco-obstétricas	48
<b>Tabla N° 2:</b> Conocimiento según ítems sobre Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	51
<b>Tabla N° 3:</b> Uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia	53
<b>Tabla N° 4:</b> Nivel de conocimiento sobre la AOE de acuerdo a la edad	54
<b>Tabla N° 5:</b> Nivel de conocimiento sobre la AOE de acuerdo al estado civil de la población	55
<b>Tabla N° 6:</b> Nivel de conocimiento sobre la AOE de acuerdo al inicio de relaciones sexuales	56
<b>Tabla N° 7:</b> Nivel de conocimiento de acuerdo al número de parejas sexuales hasta la actualidad	57

## ÍNDICE DE GRÁFICO

<b>Gráfico N°1:</b> Nivel de conocimiento sobre la AOE	50
--	----

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento y uso de la anticoncepción oral de emergencia en internas obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue 2017.

**Materiales y método:** La investigación que se realizó es de tipo descriptivo de corte transversal y prospectivo. La población de nuestro estudio está conformada por las internas de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue. Se trabajó con 50 internas de obstetricia que representa el universo las cuales cumplieron con los requisitos de inclusión.

**Resultados:** Los resultados revelaron que el 52% de las internas de Obstetricia poseen un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia. En cuanto al uso se encontró que el 62% de ellas afirmo haberlo usado en algún momento de su vida sexual. Sobre la frecuencia del uso del anticonceptivo oral de emergencia se halló que el 28% afirma haberla usado una vez en su vida mientras que un 38% afirma nunca haberla usado.

**Conclusión:** Se concluye que un 52% de las internas de obstetricia presenta un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia y el 62% afirma haberla usado algún momento de su vida sexual dicho anticonceptivo.

**Palabras claves:** anticoncepción oral de emergencia, conocimiento, uso.

## SUMARY

**Objective:** To determine the level of knowledge and use of emergency oral contraception in internal obstetrics of the national hospital Hipolito Unanue 2017.

**Materials and method:** The research that was carried out is of a descriptive type of cross section and prospective. The population of our study is made up of the obstetric interns of Hipolito Unanue Hospital. We worked with 50 obstetrical interns representing the universe who met the inclusion requirements.

**Results:** The results revealed that 52% of the obstetric interns possess a level of knowledge about emergency oral contraception. Regarding the use was found that 62% of them claimed to have used it at some point in their sex life. On the frequency of the use of emergency oral contraceptives, it was found that 28% said they had used it once in their life while 38% said they had never used it.

**Conclusion:** It is concluded that 52% of obstetric interns present a level of knowledge about emergency oral contraception and 62% state that they have used it at some time in their sexual life, said contraceptive.

**Keywords:** emergency oral contraception, knowledge, use.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Las primeras noticias sobre el uso de anticoncepción postcoital datan de 1966, año en que se publicó en Estados Unidos la primera experiencia clínica con dietilestilbestrol. En una publicación posterior se recoge otra experiencia fechada en 1964 en Holanda y se revisan otras experiencias hasta principios de la década de los 90. Otro momento clave fue a finales de la década de los 70 cuando Yuzpe describió la eficacia de la combinación de etinilestradiol y de levonorgestrel administrada postcoitalmente para prevenir un embarazo.<sup>1</sup>

Otro espectacular avance respecto a la eficacia y seguridad de este tratamiento se produjo en 1998 con la generalización de la pauta de solo gestágeno basada en levonorgestrel, la única autorizada en España para libre dispensación.<sup>1</sup>

Es tal su efecto preventivo que el levonorgestrel, en su dosis para anticoncepción de urgencia (750 mcg, envase de dos, y única pastilla de 1500 mcg), está incluido en el listado de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1997. Antes, desde 1995, estaban incluidos los preparados combinados a base de estrógenos y gestágenos.<sup>1</sup>

En España, desde 1990 la prescripción no autorizada de anticoncepción de urgencia a base de cuatro comprimidos de píldoras combinadas de alta dosis con un intervalo de 12 horas fue un hecho común en los centros sanitarios, y especialmente en los centros de planificación familiar. Aunque los productos usados (píldoras anticonceptivas de uso regular diario) no tenían indicación expresa para ser usados como anticonceptivo postcoital, las recomendaciones

internacionales de la OMS y de otros organismos sanitarios, avalaban su uso fundamentado en el principio de beneficencia de toda práctica clínica.<sup>1</sup>

En el año 2007 se hace público el posicionamiento de La Sociedad Española de Contracepción (SEC) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sobre anticoncepción de urgencia al proponer un plan para mejorar el acceso a la anticoncepción de urgencia ya que identificaban numerosos obstáculos “a la hora de conseguir el fármaco, considerado por la OMS como un medicamento esencial, ya que, según este organismos, su uso generalizado podría evitar un 70% de los abortos”. En septiembre de 2009 se autoriza la libre dispensación en farmacias de las dos presentaciones que contienen 1500 mcg de levonorgestrel como medicamento no sujeto a prescripción médica. El informe de evaluación de los medicamentos autorizados en España se acompañaba de una detallada información sobre los estudios pivotaes de la Organización Mundial de la Salud y otra documentación científica que avala la decisión adoptada por el Ministerio de España.<sup>1</sup>

En Chile se permite la venta de la PAE (píldora anticonceptiva de emergencia) sólo con receta médica retenida, lo que dificulta y retrasa su acceso. Algunos estudios han mostrado que aún existen barreras para acceder a la PAE, pese a existir un marco jurídico que asegura su acceso. En Chile, se han realizado un gran número de investigaciones para determinar el mecanismo de acción de la PAE, pero hay escasos estudios sobre la demanda de la PAE en los servicios de salud, el perfil de las usuarias que usan este anticonceptivo, sus motivaciones y necesidades. Al comparar el número de consultas y de prescripciones de PAE realizadas en Pro salud Chile, con el número total de atenciones y recetas de PAE reportadas por el Ministerio de Salud en 2010, se aprecia que las atenciones y prescripciones de PAE

en Pro salud Chile representan aproximadamente el 45% de las realizadas en la red de establecimientos públicos de salud a nivel nacional. Esta cifra podría indicar que existe una demanda de PAE insatisfecha en la red pública de salud. Según estudios realizados por la Universidad Central en 2011 y 2013, 10,9% y 5,9% de los municipios consultados telefónicamente, respectivamente, reportaron que no entregaban la PAE.<sup>2</sup>

En Honduras, El Código Penal (Decreto Número 144-83) restringe y criminaliza el aborto en todos los casos, es decir que ni siquiera se hace una excepción legal explícita para salvar la vida de la mujer. Esta ley tiene provisiones para intimidar y castigar a cualquier persona que intencionalmente cause un aborto, incluso para la propia mujer, proveedores de salud o a cualquiera que le ayude a la mujer cuando ella desee terminar su embarazo. La ley restrictiva no impide que las mujeres y las niñas tengan abortos, solo hace que estos abortos sean en condiciones inseguras. No existe aborto seguro en Honduras y mujeres tienen abortos clandestinos con métodos nocivos y/o proveedores inseguros. A la criminalización del aborto se suma la prohibición de la promoción, comercialización y uso de la anticoncepción de emergencia, la cual vulnera principalmente a víctimas de violencia sexual. Es importante mencionar que la anticoncepción de emergencia fue prohibida en octubre de 2009, cuando el Ministro de Salud de facto oficialmente prohibió la promoción, uso, venta, compra y cualquier política o programa relacionado con la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE). También prohibió la distribución (pagada o gratuita) y comercialización de fármacos de anticoncepción de emergencias en farmacias, droguerías, o cualquier otro medio de adquisición, prohibiendo además el uso de anticonceptivos orales como método de anticoncepción de emergencia (Método Yuzpe).<sup>3</sup>

Adicionalmente, en el 2012, la Corte Suprema de Justicia de Honduras declaró la exequibilidad constitucional de la penalización de la anticoncepción de emergencia, por considerar que la anticoncepción de emergencia funciona como un método abortivo, y que por tanto posibilita la violación del Artículo 126 del Código Penal de Honduras, que penaliza el aborto sin excepción alguna.<sup>3</sup>

En Bolivia, la falta de prioridad y confusión que persiste en toda la sociedad, incluso entre altos funcionarios del Estado es sobre la legalidad y disponibilidad de ciertos servicios fundamentales de salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción de emergencia o los servicios de aborto seguros en los casos en los que la ley establece excepciones a la penalización, entre otros. Por ejemplo, en 2014 representantes de la Iglesia Católica y Evangélica solicitaron al Estado que suspendiera la entrega de anticoncepción de emergencia. El entonces Ministro de Salud hizo declaraciones públicas asegurando que “el Ministerio de Salud no ha dado ninguna voz oficial sobre la incorporación de la pastilla, no hay nada en nuestro sistema de salud y no podemos discutir sobre algo que oficialmente el ministerio no ha incorporado”. Sin embargo, en la “Norma Nacional Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción” vigente desde el 2010, figuran entre los “Métodos cubiertos y ofertados y por el Seguro y Sistema Público de Salud”, la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) y la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE). Un funcionario del Ministerio de Salud ha asegurado a Amnistía Internacional que la PAE está siendo distribuida en los servicios públicos “que lo desean” desde 2004 pero que no puede publicitarse su disponibilidad porque esto generaría problemas con las jerarquías de las iglesias a las cuales algunos altos funcionarios del Estado pertenecen o responden.<sup>4</sup>

En México, la anticoncepción de emergencia se ha incluido de manera progresiva en diversos ordenamientos de carácter general y obligatorio emitidos por la Secretaría de Salud y, con ello, los servicios de salud de todos los ámbitos, deben cumplir con las indicaciones de esas normativas y proporcionar información y servicios de anticoncepción de emergencia. Desde enero de 2004, la anticoncepción de emergencia está incluida en la Norma Oficial Mexicana (NOM 005) para los casos de relaciones sexuales voluntarias sin protección anticonceptiva, cuando se use un método y se presuma su falla y para casos de violación.<sup>5</sup>

En el Perú, previo a la Resolución Ministerial se estimaba que el 83% de los embarazos no deseados eran por abuso sexual y que el número de abortos clandestinos alcanzaba la cifra alarmante de 400 000 anuales, lo cual contribuía significativamente a la elevada tasa de mortalidad materna debida a las complicaciones. La anticoncepción oral de emergencia es parte del derecho sexual y reproductivo de la mujer. En el año 2001, esta política de salud fue incorporada en las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, principalmente para prevenir el embarazo no deseado y sus graves consecuencias, el aborto inducido y la alta tasa de mortalidad materna que conlleva, los cuales constituyen importantes problemas de salud pública.<sup>6</sup>

Por lo expuesto es importante realizar la investigación titulada: “Nivel de conocimiento y uso de la anticoncepción oral de emergencia en internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017”

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es el nivel de conocimiento y uso de la anticoncepción oral de emergencia en internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017?

## **1.3 Justificación**

La Anticoncepción Oral de Emergencia es una herramienta importante que contribuye positivamente a prevenir los embarazos no deseados y a la vez a reducir la mortalidad materna ya que su uso es exclusivamente en casos de emergencia.

Muchas veces observamos que el desconocimiento o la falta de información no permiten acceder a muchas mujeres al uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia, la iglesia católica se opone a la distribución y uso de este método argumentando que tiene efectos abortivos.

Se estima que alrededor de tres millones de píldoras del día siguiente o anticonceptivo oral de emergencia (AOE) son vendidas anualmente en el Perú. Si bien se trata de uno de los métodos de prevención del embarazo más consultados, la discriminación para acceder a él lo convierten también en el menos disponible para las mujeres en el país. Como se sabe, desde el 2009, el Tribunal Constitucional, en un voto dividido de cinco contra dos, prohibió al Ministerio de Salud (MINSA) la distribución gratuita del AOE, más no su libre comercialización en establecimientos privados, pues consideraba que había dudas sobre su naturaleza abortiva.<sup>7</sup>

En nuestro país no existen cifras oficiales del Ministerio de Salud sobre cuántas personas utilizan la anticoncepción oral de emergencia (AOE) para evitar una gestación no deseada. Los especialistas señalan que alrededor del 30% de los jóvenes sexualmente activos, entre los 18 y 29 años, la emplea con frecuencia; y

que aproximadamente el 60% lo hace de manera inadecuada, pues la usa como método de planificación familiar y no como de emergencia.<sup>8</sup>

En nuestro tiempo de internado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, escuchamos en el consultorio de Planificación Familiar a usuarias que usaban el anticonceptivo oral de emergencia como método de uso regular porque desconocían o tenían mala información sobre las verdaderas indicaciones de este método, por lo que se evidencia la falta de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. Algunos estudios realizados en el Perú en estudiantes universitarios de la carrera de obstetricia obtuvieron que la mayor parte de los estudiantes tenían un nivel de conocimiento medio sobre anticoncepción oral de emergencia, por tal motivo es necesario la investigación ya que los futuros obstetras contribuirán a disminuir la mortalidad materna como consejeros sobre este método anticonceptivo.

Este trabajo de investigación será útil para los profesionales obstetras y para todas las instituciones de salud que brindan el servicio de Planificación Familiar. También podría ser usada como fuente de información para futuros estudios de investigación de los profesionales de salud; a través de su ejecución se podría mejorar la calidad de atención e información a las usuarias y así mejorar el servicio de Planificación Familiar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

La investigación también es necesaria para la carrera de obstetricia de diferentes universidades ya que nos permitirá acceder al nivel de conocimiento que tienen actualmente las internas de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue y a la vez mejorar la enseñanza de este tema para que sea aplicado correctamente en su

campo profesional y brindar mejor orientación a las usuarias mediante talleres o campañas sobre Anticoncepción Oral de Emergencia.

## **1.4Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimiento y uso de la anticoncepción oral de emergencia en internas obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue 2017.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Identificar las variables sociodemográficas y gineco- obstétricas de la población de estudio.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia en las internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Conocer el uso de la anticoncepción oral de emergencia en las internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

- **Antecedentes internacionales**

**Palermo T. et al. (2015)** en su investigación: “Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis Multipaís”. Tuvo por objetivo identificar las asociaciones entre las características de las mujeres y el hecho de que hubieran oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia o que la hubieran usado alguna vez. Materiales y métodos: Mediante regresiones logísticas. Principales resultados fueron que la proporción de mujeres que habían oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia varió entre un 2% en Chad y un 66% en Colombia, y la proporción de mujeres sexualmente experimentadas que la habían usado varió de un 0.04% en Chad a un 12% en Colombia. En conclusión, los hallazgos apoyan la necesidad de una mayor difusión de la información sobre la anticoncepción de emergencia, dirigida particularmente a personas de bajos ingresos. Las variaciones en uso y conocimientos dentro de las regiones sugieren la necesidad de que los programas se diseñen de acuerdo con las características de cada país.<sup>9</sup>

**Padilla, M. (2015)** en su investigación: “Nivel de conocimiento y actitudes acerca de anticoncepción oral de emergencia (AOE) en los estudiantes del bachillerato general unificado del colegio nacional técnico valle del chota”. Tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimientos y actitudes acerca del anticonceptivo oral de emergencia en los estudiantes del bachillerato general unificado del Colegio “Nacional Técnico Valle Del Chota”. Materiales y métodos: fue un estudio descriptivo de corte transversal. Principales resultados fueron que 30,7% están entre 17 años, el 64,2% pertenece al sexo femenino, el 38,7% cursaban el segundo

año de BGU, el 59,9% viven con sus padres. El 60,4% de los estudiantes afirmaron ser sexualmente activos, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 15 y 14 años. El 68,9% no han escuchado ni conocen la anticoncepción oral de emergencia y el 9% de la población lo han usado, pero al momento que se exploró el estar desacuerdo con el uso del AOE se encontró que 68,4% están de acuerdo y el 84% si desean recibir más información. El 46% identifica el concepto propuesto y el 2% tiene un conocimiento erróneo de lo que es la anticoncepción oral de emergencia. En conclusión, los conocimientos acerca de la anticoncepción oral de emergencia son muy deficientes a pesar de sus actitudes positivas hacia este AOE.<sup>10</sup>

**Cárdenas L. et al. (2014)** en su investigación: “Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias”. Tuvo por objetivo identificar el uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. Materiales y métodos: fue un estudio descriptivo y transversal. Principales resultados fueron que las edades de las adolescentes que más solicitaron la anticoncepción de emergencia se ubicaron entre los 19 y 21 años; 87% manifestó conocer su uso. En los seis meses previos 27.1% había usado una vez la anticoncepción de emergencia; 15% la empleó en dos ocasiones. El método anticonceptivo usado por 8 de cada 10 estudiantes fue el condón. En conclusión la frecuencia del uso de la anticoncepción de emergencia indica que las universitarias lo ingieren como si se tratara de un método anticonceptivo secuencial, lo cual podría generar daños a la salud, así como un mayor número de embarazos no planeados debido a los desajustes hormonales que podría generar el uso de la anticoncepción de emergencia.<sup>11</sup>

- **Antecedentes Nacionales**

**Choque, F. (2015)** en su investigación: “Conocimiento y actitudes sobre anticoncepción oral de emergencia en internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza febrero 2015”. Tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimientos e identificar las actitudes sobre la anticoncepción oral de emergencia en los internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Materiales y métodos: fue un estudio descriptivo. Principales resultados fueron: Se encuestaron a 92 internos de medicina, de los cuales 58 (63%) alcanzaron un nivel de conocimiento medio sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia, 18 (20%) obtuvieron un nivel de conocimiento alto y 16 (17%) un conocimiento bajo. En lo que respecta al nivel de actitud que tienen los internos sobre la AOE, 54 (58,7%) obtuvieron una actitud de indecisión, 20 (21,7%) una actitud de rechazo, y 18 (19,6%) una actitud de aceptación. En conclusión: Un porcentaje considerable (80%) de internos de medicina obtuvo un nivel de conocimiento entre medio y bajo respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia. La actitud predominante fue la indecisión en 54 de los encuestados (58,7%) y sólo el 19,6% tienen una actitud de aceptación hacia la AOE. Tanto en el presente estudio como en publicaciones realizadas en otros países del mundo afirman que el nivel de conocimientos acerca de la Anticoncepción Oral de Emergencia en estudiantes del área salud es bajo.<sup>12</sup>

**Changana, K. (2015)** en su investigación: “Nivel de conocimiento sobre anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de obstetricia del VII-VIII ciclo de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2015”. Tuvo por objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de obstetricia del VII-VIII ciclo de la Universidad Privada Arzobispo Loayza. Materiales y métodos: Fue un estudio transversal y descriptivo. Principales resultados fueron:

Que en relación al nivel de conocimiento teórico del anticonceptivo oral de emergencia 8 (7.3%) de los alumnos tuvo un conocimiento bajo; 90 (82.6%) un conocimiento medio y 11 (10.1%) con un conocimiento alto. En comparación con el nivel de conocimiento práctico del anticonceptivo oral de emergencia 33 (30.3%) de los alumnos tuvieron un conocimiento bajo; 46 (42.2%) un conocimiento medio y 30 (27.5%) con un conocimiento alto. En conclusión: Los estudiantes de la carrera de obstetricia del VII y VIII ciclo de la Universidad Arzobispo Loayza poseen un nivel de conocimiento teórico medio sobre el anticonceptivo oral de emergencia, 90 (82.6%) y un conocimiento práctico medio de 46 (42.2%).<sup>13</sup>

**Merino, k. y Machaca, S. (2014)** en su investigación: “Conocimientos y prácticas sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener, agosto-diciembre 2014”. Tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia en estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener del tercer al décimo ciclo, según el estudio por realizar entre agosto y diciembre de 2014. Materiales y métodos: Fue un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Principales resultados fueron: Que 112 (67,47 %) pertenecían al sexo femenino, y 54 (32,53 %) al sexo masculino. Las edades estuvieron comprendidas en un rango de 20 a 50 años; 123 (74,10 %) de los estudiantes eran solteros, 42 (25,30 %) casados y 1 (0,6 %) divorciados. En cuanto a los conocimientos sobre el mecanismo de acción del AOE, 123 (74,2 %) de los estudiantes encuestados tuvieron un nivel malo, 116 (69,88 %) alcanzaron un nivel bueno en cuanto a los efectos secundarios que produce el AOE, 151 (90,96 %) obtuvieron un nivel bueno sobre el tiempo pos relación sexual sin protección para usar el AOE (72 horas).

Esto también era debido a la falta de tiempo y porque no contaban con dinero para la consulta médica; por ello, 142 (85,54 %) de los estudiantes encuestados indicaron haber usado el AOE sin prescripción médica, alcanzando un nivel de prácticas inadecuadas. En conclusión: En cuanto a los conocimientos sobre los efectos secundarios que produce el AOE, 116 (69,88 %) de los estudiantes alcanzaron un nivel bueno y 151 (90,96 %) de los estudiantes obtuvieron un nivel bueno sobre el tiempo pos relación sexual sin protección para usar el AOE (72 horas). En cuanto a los conocimientos sobre el mecanismo de acción del AOE, 43 (25,8 %) de los estudiantes alcanzaron un nivel bueno y 123 (74,2 %) tuvieron un nivel de conocimiento malo. En cuanto a las prácticas sobre el uso del AOE, 166 (100 %) de los estudiantes indicaron haber utilizado el AOE y que tuvieron prácticas adecuadas, en cuanto a las razones de uso del AOE; 150 (90,36 %) de los estudiantes encuestados indicaron utilizar un método anticonceptivo regular o diferente después de haber usado el AOE, por ello, alcanzaron un nivel adecuado.<sup>14</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

- **Situación de los métodos anticonceptivos en el Perú**

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 (ENDES) da cuenta que el 9.01% de las mujeres en el país, presentaron necesidad insatisfecha de planificación familiar, siendo esta mayor en Loreto (14.2%), Madre de Dios (14.1%), Amazonas (13.03%) Ayacucho y Huancavelica (13.0%) cada uno. En promedio la necesidad de servicios de planificación familiar de las mujeres en zona rural es de 10.1 % y en la zona urbana es de 8.6 %. La tasa global de fecundidad es de 2,4 hijos por mujer, las regiones que presentan más alta tasa global de fecundidad son Loreto (3.8), Amazonas (3.6), Ucayali (3.5), Ayacucho y Madre de Dios (3.2) cada uno y Piura (3.0) hijos por mujer.<sup>15</sup>

Por eso es importante que el MINSA brinde el acceso a todos los métodos anticonceptivos de planificación familiar incluida la anticoncepción oral de emergencia.

- **Métodos anticonceptivos**

**Métodos de abstinencia periódica:**

- Método del ritmo o de la regla
- Método del moco cervical (Billings)
- Método de los días fijos o del collar

Se considera pareja protegida a la que recibe 6 atenciones de planificación familiar en 1 año.<sup>16</sup>

**Método de Lactancia Materna Exclusiva y Amenorrea (MELA)**

Se considera pareja protegida a la puérpera que acude a la consulta dentro de los primeros 45 días y hace uso del método hasta cumplir los 6 meses post parto.<sup>16</sup>

**Anticonceptivo hormonal combinado oral**

Se considera pareja protegida a la que recibe 13 ciclos de anticonceptivo hormonal combinado oral en 4 atenciones de planificación familiar en un año.<sup>16</sup>

**Anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual**

Se considera pareja protegida a la usuaria que recibe 12 atenciones con la aplicación del método en el año.<sup>16</sup>

**Anticonceptivo hormonal de solo progestágeno inyectable trimestral**

Se considera pareja protegida cuando ha recibido 4 atenciones con la aplicación del método en el año.<sup>16</sup>

**Métodos de barrera: condón masculino**

Se considera pareja protegida a la que recibe 100 unidades de condones distribuidas en 4 atenciones, la primera al mes y las siguientes cada tres meses de planificación familiar en un año, en todos los niveles de atención.<sup>16</sup>

### **Método de barrera: condón femenino**

Se considera pareja protegida a la que recibe 100 unidades de condones distribuidas en 4 atenciones, la primera al mes y las siguientes cada tres meses de planificación familiar en un año, en todos los niveles de atención.<sup>16</sup>

### **Implante**

Se considera pareja protegida a la que recibe la inserción del implante y asiste a sus controles.<sup>16</sup>

### **Dispositivos intrauterinos (DIU)**

Se considera pareja protegida a la que recibe la aplicación del método y asiste a sus controles.<sup>16</sup>

### **Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina**

Se considera pareja protegida a la mujer que se ha sometido al procedimiento quirúrgico de bloqueo tubario bilateral, en el establecimiento de salud.<sup>16</sup>

### **Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina**

Se considera pareja protegida a la que se ha sometido al procedimiento quirúrgico de vasectomía en el establecimiento de salud.<sup>16</sup>

### **Anticoncepción de emergencia**

Se considera usuaria protegida a la que recibe levonorgestrel 1.5 mg (equivalente a 1 tableta 1.5 mg o 2 tabletas de 0.75mg) o el método de Yuzpe (8 tabletas de 30 ug de etinilestradiol y 150ug de levonorgestrel en 1 atención de emergencia).<sup>16</sup>

### **Antecedentes de la AOE**

Los primeros ensayos clínicos 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 ug + levonorgestrel 500 ug, conocido como régimen de yuzpe fue el más usado. Un metanálisis de 8 estudios clínicos

determino 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 hubiese producido sin el anticonceptivo. 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(LNG-AE) que ha mostrado mayor efectividad anticonceptiva y menores efectos secundarios.<sup>17</sup>

En los últimos años se ha introducido como AE una antiprogestina, ulipristal acetato (UPA) en dosis única de 30 mg. El objetivo es tener un fármaco que permita prevenir embarazos cuando se administra hasta 120 horas después de la relación sexual desprotegida y que no disminuya su eficacia en ese periodo. Su eficacia anticonceptiva es similar al LNG-AE cuando se administra hasta las 72 horas y es mayor entre 72 y 120 horas. Al igual que LNG-AE, previene la ovulación cuando se administra hasta inmediatamente antes del pico de LH. UPA en dosis de 10, 50 o 100 mg produce retraso en el desarrollo del endometrio durante la ventana de implantación lo que podría contribuir a su eficacia anticonceptiva. Este producto está autorizado en Europa desde octubre del 2009 y en Estados Unidos bajo prescripción médica desde agosto del 2010.<sup>18</sup>

- **Anticoncepción Oral de Emergencia**

Las píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE) son medicamentos que se ingieren por vía oral, que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de un acto sexual no protegido o con una protección inadecuada. Las PAE se conocen también como “anticonceptivos orales postcoitales” o, más popularmente, como “píldora del día después”. Esta segunda denominación es inadecuada dado que las

PAE pueden usarse no sólo un día después, sino hasta 5 días después de la relación sexual desprotegida.<sup>19</sup>

Las PAE son diferentes de los regímenes de medicamentos para aborto médico (en cuya categoría se incluye la mifepristona, conocida también como la píldora abortiva y el misoprostol, una prostaglandina). Ambos tratamientos son de importancia crucial para la salud reproductiva de las mujeres en todo el mundo, pero la confusión entre estos dos tratamientos puede convertirse en una barrera que impide el acceso más amplio a la anticoncepción de emergencia.<sup>20</sup>

Las PAE están especialmente indicadas en caso de que ocurra una relación sexual no consensuada (violación) si la mujer no estaba protegida por un método anticonceptivo efectivo.

Las PAE también están indicadas cuando:

- No se usó un método anticonceptivo;
- Se usó un anticonceptivo en forma incorrecta;
- A pesar de haber usado correctamente un anticonceptivo, surgió un problema con el mismo (por ejemplo, rotura de condón).

A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de situaciones comunes en las cuales una mujer que está usando regularmente un método anticonceptivo puede necesitar las PAE.<sup>19</sup>

Método anticonceptivo	Una mujer debería evaluar la posibilidad de usar las PAE después de una relación sexual, si:
Píldoras, parche, anillo vaginal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inició el uso del método en un día del ciclo menstrual posterior al indicado.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No usó el método en forma consistente durante el ciclo, de acuerdo a las indicaciones.</li> <li>• Usó algún medicamento que puede haber reducido la efectividad del método.</li> </ul>
--	---

Método anticonceptivo	Una mujer debería evaluar la posibilidad de usar las PAE después de una relación sexual, si:
Inyectables (combinados o de progestina sola)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inició el uso del método en un día del ciclo menstrual posterior al indicado.</li> <li>• El período de protección anticonceptiva de la última inyección terminó antes de la relación sexual.</li> </ul>
Implantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inició el uso del método en un día del ciclo menstrual posterior al indicado.</li> <li>• El período de protección anticonceptiva del implante terminó antes de la relación sexual.</li> </ul>
Dispositivo o sistema intrauterino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expulsó el dispositivo.</li> <li>• No puede palpar, sentir u observar los filamentos del dispositivo.</li> <li>• El período de protección anticonceptiva del dispositivo terminó antes de la relación sexual.</li> </ul>
Condomes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El condón se rompió, se desplazó o se usó en forma incorrecta.</li> </ul>
Diafragma o capuchón cervical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El dispositivo se desplazó o fue extraído antes o durante la relación sexual.</li> <li>• El dispositivo se desplazó o fue extraído después de la relación sexual pero antes de lo indicado en las instrucciones.</li> </ul>

Espermicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se aplicó el espermicida antes de la relación sexual como indican las instrucciones.</li> <li>• La tableta o la película con espermicida no se deshizo antes del acto sexual.</li> </ul>
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estaba en su período fértil cuando tuvo relaciones sexuales.</li> <li>• No está segura de si estaba o no en su período fértil cuando tuvo relaciones sexuales.</li> </ul>
Coito interrumpido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hubo eyaculación en la vagina o en los genitales externos.</li> </ul>

- **Regímenes de anticoncepción oral de emergencia**

Estas guías se centran fundamentalmente en tres regímenes orales de PAE: uno que contiene la progestina levonorgestrel (LNG), uno de hormonas combinadas (etinil estradiol y LNG, conocido como régimen de Yuzpe) y otro que contiene el modulador de receptor de progesterona acetato de ulipristal (UPA).<sup>19</sup>

- ✓ Régimen de levonorgestrel: 1 píldora de levonorgestrel de 1,5 mg o dos píldoras juntas de levonorg- estrel de 0,75 mg (registradas para ser tomadas con un intervalo de 12 horas pero que pueden tomarse juntas en forma segura). Hay productos dedicados con esta formulación.<sup>19</sup>
- ✓ Régimen de hormonas combinadas (régimen de Yuzpe): una dosis de 100 mcg (0,1 mg) de etinil estradiol más 500 mcg (0,5 mg) de LNG, seguida de una segunda dosis idéntica 12 horas más tarde. No hay un producto dedicado. Pueden usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas

combinadas que contengan 30 mcg (0,03 mg) de etinil-estradiol y 150 mcg (0,15 mg) de LNG.<sup>19</sup>

También pueden usarse, por cada dosis, cinco píldoras anticonceptivas combinadas que contengan 20 mcg (0,02 mg) de etinil-estradiol y 100 mcg (0,10 mg) de LNG o dos píldoras de 50 mcg de etinil-estradiol y 250 mcg de LNG.<sup>19</sup>

- ✓ Régimen de acetato de ulipristal: 1 píldora de acetato de ulipristal (UPA, por su sigla en inglés) de 30 mg. Desde 2009 se comercializa un producto dedicado con esta formulación.<sup>19</sup>

Se recomienda tomar cualquiera de estos regímenes tan pronto como sea posible, dentro de los 5 días después de la relación sexual.<sup>19</sup>

El régimen de mifepristona (10-25 mg en dosis única), no está registrado como PAE en América Latina y el Caribe.<sup>19</sup>

El régimen de levonorgestrel puede ser efectivo por al menos 4 días después de la relación sexual y posiblemente hasta por 5 días. El régimen hormonal combinado sería efectivo hasta 3 días después de la relación sexual y posiblemente hasta 5 días. El régimen de ulipristal puede ser efectivo por 5 días después de la relación sexual. Es prudente y se recomienda enfáticamente tomar cualquiera de estos regímenes tan pronto como sea posible dentro de estos períodos de tiempo.<sup>19</sup>

- **Mecanismo de acción**

El mecanismo de acción primario documentado para los regímenes de levonorgestrel, de hormonas combinadas y de acetato de ulipristal, es la interferencia con el proceso de la ovulación. Si se toma antes del inicio del alza pre-ovulatoria de la hormona luteinizante (LH), el levonorgestrel puede inhibir dicha

alza, impidiendo el desarrollo folicular y la maduración y/o liberación del óvulo (ovocito). Se ha observado que el ulipristal es más efectivo en prevenir la ovulación, tanto antes como después de iniciada el alza, retrasando la ruptura del folículo en por lo menos 5 días. Ninguno de los dos previene la ruptura folicular si son tomados al momento del pico de LH.<sup>19</sup>

Estos regímenes no evitan la implantación de un huevo fecundado en el útero, como se ha observado en diversos estudios. Dos estudios analizaron el efecto de las PAE de LNG determinando el día del ciclo en que fueron administradas mediante análisis hormonal (otros estudios usaron el día del ciclo informado por las mismas mujeres). En estos estudios, no ocurrieron embarazos en aquellas mujeres que tomaron las PAE antes de la ovulación, mientras que hubo embarazos en mujeres que las tomaron en el mismo día de la ovulación o después de que ya ocurrió. Esto evidencia que las PAE no impidieron la implantación.<sup>13</sup> Varios estudios han evaluado si las PAE producen cambios en las características histológicas y bioquímicas del endometrio. La mayoría de estos estudios muestra que las PAE de LNG no tienen efecto sobre el endometrio, lo que indica que no actúan impidiendo la implantación.<sup>15</sup> Otro estudio mostró que el levonorgestrel no impidió que embriones humanos se adhirieran a un cultivo de células endometriales (in vitro). Estudios realizados en animales han demostrado que las PAE de LNG no impiden la implantación del huevo fecundado en el endometrio.<sup>19</sup>

Se han postulado otros mecanismos como el espesamiento del moco cervical que causa retención de los espermatozoides en el cuello uterino y alteraciones en el transporte de los espermatozoides o del óvulo en las trompas.<sup>20</sup>

El régimen con levonorgestrel no tiene efecto alguno sobre un embarazo en curso y no aumenta las tasas de aborto espontáneo si se toma después de que tenga

lugar la implantación. Los datos preliminares sobre ulipristal no muestran efecto sobre los embarazos en curso.<sup>19</sup>

- **Eficacia anticonceptiva**

El primer estudio multicéntrico comparativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, cuando las PAE se usan dentro de las 72 horas, la tasa de embarazo es de 1,1% para la PAE de levonorgestrel (11 de 976 mujeres que lo usaron). Doce estudios sobre el régimen con levonorgestrel que incluyeron un total de más de 13.500 mujeres concluyeron que este régimen reducía la probabilidad de embarazo en una mujer después de una relación sexual única entre un 52% y un 100%. Un análisis riguroso de los datos de dos ensayos clínicos randomizados mostró que el régimen de levonorgestrel reduce el riesgo absoluto de embarazo después de un acto sexual no protegido en por lo menos 49% (intervalo de confianza al 95%: 17-69%).<sup>19</sup>

Algunos datos sugieren que la eficacia del régimen de levonorgestrel se reduce con el tiempo transcurrido desde el coito. Un análisis que combinó los datos de cuatro ensayos clínicos de gran tamaño no encontró una disminución significativa de la efectividad de este régimen durante los primeros 4 días posteriores a la relación sexual, siendo la tasa de embarazo entre 0,7% y 1,6% en estos días. En este análisis, el régimen parece tener una efectividad mínima o nula si se toma en el día 5, siendo la tasa de embarazo de 5,2%.<sup>19</sup>

El régimen hormonal combinado (Yuzpe) es el menos efectivo de los cuatro regímenes de PAE. El primer estudio multicéntrico comparativo de la OMS estimó que, cuando las PAE se usan dentro de las 72 horas, la tasa de embarazo es de 3,2% (31 de 979 mujeres) para el régimen de Yuzpe. Este estudio comparativo

encontró que el régimen de Yuzpe evitó el 57% de los embarazos estimados siendo menos efectivo que el régimen de levonorgestrel que, en este estudio, evitó el 85% de los embarazos estimados. Una revisión de diversos estudios estimó que el régimen de Yuzpe reduciría el riesgo de embarazo en alrededor del 74,1%, con un intervalo de confianza de 62,9% a 79,2%. La eficacia del régimen de Yuzpe también se reduce con el tiempo transcurrido desde el coito.<sup>19</sup>

Dos estudios randomizados encontraron que el régimen de acetato de ulipristal es al menos igualmente efectivo que el régimen de levonorgestrel cuando se utiliza dentro de 72 horas después de la relación sexual. Un análisis que combinó datos de estos ensayos clínicos sugirió que el régimen de acetato de ulipristal es más efectivo hasta cinco días después de la relación sexual (tasa de embarazo 1,3% vs. 2,2%). No se observó ninguna disminución de la eficacia del régimen de acetato de ulipristal dentro del período de 5 días después de la relación sexual. Independientemente del régimen de AE usado, el riesgo de embarazo es sustancialmente más alto si la mujer vuelve a tener relaciones sexuales no protegidas durante el mismo ciclo menstrual, que si no las tiene.<sup>20</sup>

Algunos datos de Europa y Norteamérica sugieren que el régimen de levonorgestrel puede ser menos efectivo en mujeres obesas que en mujeres más delgadas. Todavía no está claro si sucede lo mismo con el régimen de ulipristal. El uso de dosis más altas de estos dos regímenes en mujeres obesas no se ha estudiado y no se recomienda. Si bien las PAE son efectivas en reducir el riesgo de embarazo después de una relación sexual no protegida, no se ha demostrado que el aumento de la disponibilidad de este método a nivel poblacional reduzca las tasas de embarazo no planificado o de aborto. Probablemente la razón para esta aparente discrepancia sea, al menos en parte, que las mujeres no usan las PAE después de

todas las relaciones sexuales no protegidas, incluso teniendo acceso inmediato a ellas. Además, un estudio sugirió que el acceso fácil puede alentar a algunas mujeres a usar PAE en lugar de otros métodos anticonceptivos más efectivos. Abordar el problema de salud pública del embarazo no planificado requiere un enfoque multi-dimensional, del cual la provisión de las PAE es sólo un aspecto.<sup>19</sup> Es importante considerar que la eficacia para el régimen de levonorgestrel y para el método de yuzpe disminuye cuando aumenta el intervalo entre la relación sexual y el tratamiento, siendo la eficacia de 95% hasta las 24 horas; 85% para las 24 a 48 horas; de 58% para las 49 a 72 horas y algo menor hasta las 120 horas.<sup>17</sup>

- **Efectos secundarios**

Las PAE son extremadamente seguras. No se ha establecido una relación causal entre ninguna muerte o complicación severa y el uso de un régimen de PAE.<sup>20</sup> Las investigaciones también demuestran que las PAE de LNG no tienen ningún efecto en la fertilidad futura y no están asociadas con un mayor riesgo de cáncer o de embarazo ectópico. Dado que las PAE no contienen estrógeno, no suponen ningún riesgo de accidentes cerebro vasculares o de enfermedad tromboembólica venosa.<sup>16</sup> A continuación se describen los efectos secundarios que no son relevantes desde el punto de vista médico pero que pueden ser problemáticos para algunas usuarias.<sup>19</sup>

- **Alteración del patrón de sangrado vaginal**

La mayoría de las mujeres que han usado las PAE tienen su siguiente período menstrual dentro de un rango de 7 días con respecto a la fecha esperada. Se ha reportado que la menstruación se adelanta en promedio 1 día en relación a lo esperado después de usar el régimen de levonorgestrel y se atrasa 2 días en

relación a lo esperado después del uso de ulipristal. En ensayos clínicos con ulipristal, alrededor del 24% de las mujeres informaron un retraso de más de 7 días. Algunas mujeres experimentan sangrado irregular o goteo después de tomar las PAE. La proporción que experimenta estos efectos secundarios varía de un estudio a otro. Las alteraciones en el patrón de sangrado debidas al uso de PAE no son peligrosas y se normalizan sin necesidad de tratamiento.<sup>19</sup>

- **Náuseas y vómitos**

Las náuseas, rara vez acompañadas de vómitos, se presentan en menos del 20% de las mujeres que usan el régimen de levonorgestrel y en alrededor del 12% de las mujeres que usan el régimen de ulipristal. Estos síntomas son tan poco frecuentes que no se considera necesario administrar rutinariamente fármacos antieméticos con fines profilácticos antes del uso de estos regímenes. Las mujeres que utilizan las píldoras combinadas como AE pueden sentir náuseas o vómitos en el 50,5% y el 18,8% de los casos, respectivamente. Si se presentan vómitos dentro de dos o tres horas después de la toma de una dosis de PAE, algunos/as expertos/as recomiendan repetir la dosis.<sup>19</sup>

- **Otros síntomas**

Otros síntomas que pueden presentarse en usuarias de PAE incluyen dolor de cabeza, dolor abdominal, sensibilidad de las mamas, mareos o fatiga. Estos efectos secundarios habitualmente no se presentan más allá de unos días después del tratamiento y por lo general desaparecen dentro de 24 horas.<sup>19</sup>

- **Efectos sobre un embarazo**

Estudios realizados en mujeres que se embarazaron a pesar de haber usado el régimen de levonor-gestrel o que lo usaron sin darse cuenta de que ya estaban embarazadas, indican que este régimen no daña a la mujer embarazada ni al feto. Específicamente, no aumenta las tasas de aborto espontáneo, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas o complicaciones del embarazo. De acuerdo al fabricante del producto de PAE de ulipristal, a la fecha son pocos los embarazos reportados después del uso de ulipristal, pero en ellos no se han observado complicaciones.<sup>19</sup>

- **Precauciones y contraindicaciones**

Las PAE no son peligrosas bajo ninguna circunstancia conocida, ni en mujeres que presentan alguna condición médica especial. Por ser de uso ocasional, no se aplican para las PAE las contraindicaciones reconocidas de los anticonceptivos orales (categorías 3 y 4 de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud). Específicamente, las siguientes condiciones no son contraindicaciones para el uso de las PAE: juventud, obesidad, historia personal o familiar de enfermedad venosa tromboembólica, cáncer de mama previo o en curso, embarazo ectópico previo, lactancia, migraña, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática, diabetes, hipertensión y uso previo de PAE en el mismo ciclo menstrual.<sup>19</sup>

Las PAE no están indicadas en una mujer que tiene un embarazo confirmado porque no ofrecerán ningún beneficio. Sin embargo, si no se ha determinado si hay embarazo o si no está claro si la mujer está embarazada, se pueden utilizar las PAE, ya que no existe evidencia que sugiera la posibilidad de daño a un embrión en desarrollo.<sup>19</sup>

- **Uso repetido**

Hasta donde se sabe el uso repetido de las PAE no representa ningún riesgo para la salud. Las PAE siguen siendo seguras y eficaces para la prevención de embarazos no deseados aunque se usen múltiples veces (si bien el uso de un método anticonceptivo regular y continuado es la manera más efectiva para prevenir un embarazo). No se han reportado efectos adversos graves ni siquiera entre las mujeres que utilizaron las PAE más de una vez en el mismo ciclo menstrual. Dado los riesgos para la salud que conlleva un embarazo, tomar las PAE es probablemente más seguro que llevar a término un embarazo no deseado. Por lo tanto, no se debería limitar la frecuencia o el número de veces que las mujeres acceden a las PAE.<sup>21</sup>

### **Normas Técnicas de Salud en Planificación Familiar**

En el año 2016 se deroga la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (NTS) N° 032- 2005 para aprobar la nueva NTS N°124-2016 donde se incluirán nuevos servicios de planificación familiar.<sup>16</sup>

### **Diferencias entre la NTS N°032-2005 y la NTS N°124-2016 en cuanto a la Anticoncepción Oral de Emergencia**

<b>NTS N°032-2005</b>	<b>NTS N°124-2016</b>
➤ No se realizaba el tamizaje para la prueba rápida de VIH.	➤ Se incluye el tamizaje para la realizar prueba rápida de VIH.
➤ No se realizaba el tamizaje para la prueba rápida de sífilis.	➤ Se incluye el tamizaje para realizar la prueba rápida de sífilis.
➤ No se brindaba el tratamiento para ITS.	➤ Se incluye el tratamiento para ITS.

- **Teoría Científica**

### **Conocimiento**

El conocimiento es el que se adquiere en la vida diaria, escuchando, haciendo viendo, pero el conocimiento viene desde el hogar, la escuela, el colegio, la calle, también se adquiere de los demás, el conocimiento es experimentar algo común para satisfacer nuestra necesidad de saber a través de las experiencias vividas propias o de otros .<sup>22</sup>

### **Origen del conocimiento**

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella, y la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Así, a partir de un ente, hecho o fenómeno aislado, se puede ascender hasta situarlo dentro de un contexto más complejo, ver su significado y función, su naturaleza aparente y profunda, su origen, su finalidad, su subordinación a otros entes, en fin, su estructura fundamental.

Esta complejidad de lo real, objeto del conocimiento, dictara necesariamente formas diferentes de apropiación por parte del sujeto cognoscente; estas formas darán los diversos niveles del conocimiento según el grado de penetración de este y la consiguiente posesión de la realidad en el área o estructura considerada.<sup>22</sup>

Dentro del origen del conocimiento existen tres doctrinas importantes que dieron lugar a los niveles de conocimiento, y la última que tiene relación con el intelectualismo; estas doctrinas son:

## **El Racionalismo**

Denomina racionalismo a la doctrina epistemológica que sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que un conocimiento solo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal.<sup>22</sup>

## **El Empirismo**

Opone a la tesis del racionalismo, es la antítesis de que la única fuente del conocimiento humano es la experiencia. En opinión del empirismo, no hay ningún patrimonio a priori de la razón. El espíritu humano está por naturaleza vacío; es una tabla rasa, una hoja de escribir y en la que escribe la experiencia. Todos nuestros conceptos, incluso los más generales y abstractos, proceden de la experiencia.<sup>22</sup>

## **El Intelectualismo**

Esta posición epistemológica media entre el racionalismo y el empirismo y reconoce que ambos factores tienen parte en la producción del conocimiento.<sup>22</sup>

## **2.3 Terminología Básica**

### **a) Conocimiento**

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a la situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimiento aunada con

la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas: La informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud enfermedad y suele completarse con otros medios de información; la formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas que se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.<sup>23</sup>

### **b) Anticoncepción**

Conjunto de métodos o procedimientos empleados para impedir el embarazo de una mujer.<sup>24</sup>

### **c) Anticoncepción de emergencia**

Es una manera segura y relativamente efectiva de prevenir un embarazo después de tener relaciones sexuales sin empleo de un método anticonceptivo, de la utilización incorrecta de un método o de la utilización correcta de un método cuando inmediatamente se observa que falló.<sup>25</sup>

### **d) Uso**

Ejercicio o práctica general de una cosa.<sup>26</sup>

En el presente estudio se considera uso cuando la entrevistada manifiesta haber utilizado por lo menos en una oportunidad el AOE.

### **e) Método de levonorgestrel**

Es un anticonceptivo de emergencia que sirve para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección.

#### **f) Método de yuzpe**

Es un anticonceptivo de emergencia que contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno) y previene un embarazo no deseado después de una relación sexual sin protección.

#### **g) Acetato de ulipristal**

Es un modulador selectivo de los receptores de progesterona, que se administra durante las primeras 120 horas del evento, generando un retraso de la ovulación de hasta 5 días. <sup>27</sup>

### **2.4 Hipótesis**

Debido a que el diseño de la investigación a realizar es descriptivo no es necesaria la formulación de una hipótesis, ya que ésta no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis), como si sucedería en un estudio de carácter analítico.

### **2.5 Variables**

- a) Variables sociodemográficas
  - Edad
  - Estado civil
  - Ciclo que cursa
- b) Variables gineco-obstétricas
  - Actividad sexual
  - Edad de inicio de las relaciones sexuales
  - Parejas sexuales

- c) Variable de conocimiento sobre la AOE
  - Definición de la Anticoncepción oral de emergencia
  - Indicación de la AOE
  - Contraindicaciones de la AOE
  - Mecanismo de acción de la AOE
  - Efectos secundarios de la AOE
  - Frecuencia sobre el uso de la AOE
  - Consecuencias sobre el uso frecuente de la AOE
  - Composición del Método de Yuzpe
  - Dosificación del Método de Yuzpe
  - Administración del Método de Yuzpe
  - Dosificación del Método de Levonorgestrel
  - Administración del Método de levonorgestrel
  - Acetato de ulipristal
- d) Uso de la AOE
  - Uso
  - Número de veces

## 2.5.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	TÉCNICA DE MEDICIÓN
<b>Variables sociodemográficas</b>					
Edad	Años que cumple o tiene la persona desde su nacimiento.	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos	Encuesta
Estado civil	Condición de una persona en el orden social.	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente	Encuesta
Ciclo que cursa	Nivel en el que se encuentra el estudiante.	Cuantitativa	Nominal	1. 9° 2. 10°	Encuesta
<b>Variables gineco-obstétricas</b>					
Relaciones sexuales	Conjunto de comportamientos sexuales que realizan dos personas.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	Encuesta
Inicio de la vida sexual	Tiempo o edad en que inicio las relaciones sexuales.	Cuantitativa	Nominal	1. Si 2. No	Encuesta
Número de parejas sexuales	Número de personas con la que se ha tenido relaciones sexuales.	Cuantitativa	Discreta	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 a más	Encuesta
<b>Conocimiento de los estudiantes</b>					
Conocimiento	Es el grado más elevado de información que tienen las internas	Cualitativa	Ordinal	1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Encuesta
<b>Uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia</b>					
Uso	Hacer servir una cosa para algo, ejecutar o practicar algo habitualmente.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	Encuesta

## **CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo y nivel investigación**

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

### **3.2 Población y muestra**

#### **3.2.1. Población**

La población está conformada por 50 internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima 2017, que representan el universo.

#### **3.2.2. Criterios de inclusión**

- Internas de obstetricia que pertenecen al HNHU.
- Internas de obstetricia que acepten participar en el estudio

#### **3.2.3 Criterios de exclusión**

- Internas de otra carrera
- Internas de obstetricia que no acepten participar en el estudio.

**3.2.4 Muestra:** No se obtuvo muestra debido a que la población es de 50 internas de obstetricia por lo tanto se trabajó con toda la población, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.3.1. Método**

Un cuestionario que está dividida en 4 partes:

**Bloque I:** Variables sociodemográficas, donde se conoció la edad, el estado civil y el ciclo que cursa la población de estudio.

**Bloque II:** Variables gineco-obstétricas, donde se preguntó sobre la vida sexual de la población de estudio.

**Bloque III:** Variable de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia, donde se preguntó la definición, la indicación para el uso de la AOE,

contraindicaciones, mecanismo de acción, efectos secundarios, frecuencia sobre el uso, consecuencias, composición, dosificación y administración.

**Bloque IV:** Uso de la anticoncepción oral de emergencia; donde se preguntó si ha usado o no la AOE y cuantas veces.

### 3.3.2 Técnica

Una encuesta con preguntas cerradas y abiertas

### 3.3.3 Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado para nuestro trabajo de investigación es un cuestionario previamente elaborado por los investigadores y validado por expertos.

- **Validez y confiabilidad del instrumento**

#### Validez

La validez del contenido de los ítems se determinó por la evaluación de 5 jueces expertos en el tema y por unanimidad de los expertos el cuestionario tiene una validez perfecta.

$$B = \frac{Ta}{Ta + Td} * 100 \qquad B = \frac{35}{35 + 0} * 100 = 1.0$$

#### Confiabilidad

Se realizó luego de hacer una prueba piloto en el 20% de la población diferente a la muestra pero con características similares y se sometió a la prueba estadística de Kuder- Richardson, en el cual fue evaluada la puntuación obtenida para determinar la confiabilidad.

Kuder- Richardson	Número de elementos
<b>.76646</b>	13

**Interpretación:** Al sustituir los valores numéricos en la fórmula se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.76646 lo cual indica que el instrumento diseñado tiene una confiabilidad alta para ser aplicado a la población de estudio.

### **3.4 Procesamiento de datos y análisis estadísticos**

**3.4.1 Plan de procesamiento.** El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 23, donde en primer lugar se construyó una base de datos con lo recolectado en el cuestionario elaborado para nuestra investigación, posteriormente se realizó el análisis de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas que fueron las respuestas a cada una de las preguntas contenidas en el cuestionario y para las variables numéricas se hizo el cálculo de las medidas de tendencia central con su respectiva desviación estándar.

Las preguntas para evaluar el nivel de conocimiento son 13 y para el análisis se otorgó un puntaje de 1 a cada respuesta correcta y el puntaje de 0 a la respuesta incorrecta o no contestada, el cual tuvo una puntuación total de 13 puntos, construyéndose tres categorías que se detallan a continuación:

Conocimiento bajo: 0 – 6 puntos

Conocimiento medio: 7 - 10 puntos

Conocimiento alto de: 11 – 13 puntos

**3.4.2. Análisis de datos.** Se realizó el análisis de tipo descriptivo.

### **3.5 Aspectos Éticos**

#### **3.5.1. Confidencialidad**

En este trabajo se garantiza que la recolección y utilización de datos obtenidos mediante la base de datos han sido anónimos, de manera que no se solicitó la identificación de los participantes de dicho estudio. Se mantuvo la seguridad de los instrumentos de recolección de datos y la reserva de la información recolectada en la base de datos.

#### **3.5.2. Veracidad**

Se garantiza que los datos y la información obtenida mediante las encuestas no fueron manipulados, de manera que los resultados no han sido alterados.

## CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

### 4.1. Resultados

Tabla N° 1

Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unánue – 2017

Características sociodemográficas y Gineco-obstétricas	N°	%
<b>EDAD</b>		
22 años	7	14
23 años	11	22
24 años	9	18
25 años	8	16
26 años	4	8
27 años	7	14
28 años	4	8
Edad media	24.5	
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	41	82
Casada	3	6
Conviviente	6	12
<b>EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES</b>		
≤19 años	28	56
≥20 años	16	32
NA	6	12
<b>NUMERO DE PAREJAS SEXUALES</b>		
1	18	36
2	22	44
3	4	8
NA	6	12
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

NA: No aplica (quiere decir que son las personas que no han iniciado vida sexual)

La **Tabla N° 1**, nos muestra los resultados de las características sociodemográficas y sexuales de las estudiantes de obstetricia, se puede evidenciar que el 22% de las estudiantes tiene una edad de 23 años, seguido de un 18% con una edad de 24 años, la media aritmética de la edad de la población de estudio fue de 24.5 años. El estado civil de las estudiantes fue en mayor proporción soltera en un 82% de los casos, seguido del estado civil conviviente con un 12%.

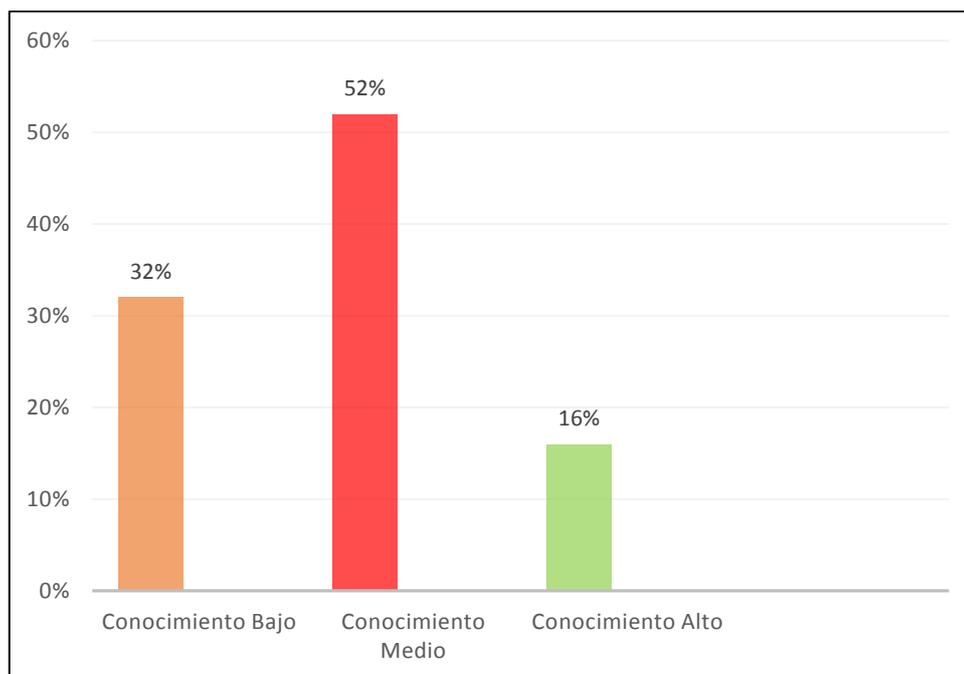
La edad de inicio de las relaciones sexuales fue en un 56% en la etapa de la adolescencia es decir tenían 19 o menos años de edad, un 32% había iniciado su vida sexual después de los 20 años, un 12% de ellas no había iniciado aun su vida sexual.

El número de parejas sexuales fue en un 44% que afirman haber tenido dos parejas sexuales, seguido de un 36% quienes habían tenido solo una pareja sexual.

## Conocimiento de la Anticoncepción Oral de Emergencia

### GRAFICO N° 1

#### Nivel de Conocimiento global sobre la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) en internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017



Fuente: ficha de recolección de datos

En el gráfico N° 1, se puede observar la evaluación global sobre los conocimientos de la Anticoncepción oral de emergencia en las internas de obstetricia, los resultados nos muestran que aproximadamente la mitad de las participantes (52%) poseía un conocimiento medio sobre la temática, seguido de solo un 16% de quienes tuvieron un conocimiento alto y un preocupante 32% quienes tuvieron un conocimiento bajo.

**Tabla N° 2**  
**Conocimientos según ítems sobre la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) en internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unánue 2017**

CONOCIMIENTO SOBRE AOE	CORRECTO		INCORRECTO	
	N°	%	N°	%
CONOCIMIENTO SOBRE LA DEFINICION	47	94	3	6
INDICACION DE LA AOE	37	74	13	26
CONTRAINDICACIONES DE LA AOE	21	42	29	58
MECANISMO DE ACCION DE LA AOE	14	28	36	72
EFFECTOS SECUNDARIOS	33	66	17	34
FRECUENCIA DE USO	-	-	50	100
CONSECUENCIAS DE USO FRECUENTE	23	46	27	54
COMPOSICION DEL METODO DE YUZPE	41	82	9	18
DOSIFICACION DEL METODO DE YUZPE	37	74	13	26
ADMINISTRACION DEL METODO DE YUZPE	35	70	15	30
DOSIFICACION DEL LEVONORGESTREL	36	72	14	28
ADMINISTRACION DEL LEVONORGESTREL	38	76	12	24
HA ESCUCHADO SOBRE EL ACETATO DE ULIPRISTAL	2	4	48	96

Fuente: Ficha de recolección de datos

La **Tabla N° 2**, nos muestra en cuanto a la definición de la anticoncepción oral de emergencia que el 94% de las estudiantes tenía un conocimiento correcto.

Cuando se les pregunto a las estudiantes sobre cuál era la indicación de la AOE, el 74% de ellas respondió correctamente. Sobre la contraindicación de la AOE, un 58% de las estudiantes respondió de forma incorrecta, es decir no sabían cuáles eran las contraindicaciones para su administración y/o uso.

Se investigó entre las estudiantes sobre el mecanismo de acción de la AOE, se pudo observar que un preocupante 72% desconocía el mecanismo de acción de este anticonceptivo, solo el 28% de ellas respondió de forma correcta sobre este ítem.

Los efectos secundarios de la AOE, son aspectos importantes que se debe conocer, cuando se les pregunto a las estudiantes sobre este tema, el 66% respondió correctamente conocer al respecto.

Dentro las preguntas sobre conocimientos sobre la frecuencia del uso de la AOE, un preocupante 100% de las estudiantes respondió de manera incorrecta.

Se preguntó sobre las consecuencias que acarrear el uso de la AOE, a esto más de la mitad de las estudiantes (54%) respondió de manera incorrecta.

Una de las variedades de AOE es el método Yuzpe, en cuanto al conocimiento sobre la composición de este método, el 82% de las estudiantes respondió correctamente sobre la composición del mismo.

Cuando se indago sobre la dosis del método Yuzpe, el 74% respondió de manera correcta conocer sobre este aspecto de la AOE.

Se preguntó a las estudiantes sobre cómo administrar el método Yuzpe, un 70% de ellas conocía como se administra la AOE.

Se indago entre las estudiantes sobre la dosis del Levonorgestrel otra variedad de AOE y un 72% de ellas respondió de forma correcta. En cuanto a la pregunta sobre la forma de administración del Levonorgestrel, un 76% de las jóvenes respondió de manera acertada.

Cuando se les pregunto a las estudiantes sobre el acetato de ulipristal, un nuevo modulador selectivo de los receptores de progesterona (RP), cuya indicación principal es el manejo de los síntomas moderados a severos de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva, pero que es utilizado también como anticonceptivo oral de emergencia, se observó que 96% de las jóvenes no conocían de este nuevo anticonceptivo.

**Tabla N° 3**

**Uso de la Anticoncepción oral de emergencia (AOE) en internas de  
obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unánue – 2017**

Uso de la AOE	N°	%
<b>HA USADO ALGUNA VEZ LA AOE</b>		
<b>Si</b>	31	62
<b>No</b>	19	38
<b>CUANTAS VECES HA USADO LA AOE</b>		
<b>1</b>	14	28
<b>2</b>	11	22
<b>3</b>	1	2
<b>4</b>	3	6
<b>5</b>	2	4
<b>NA</b>	19	38
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

NA: No aplica

Los resultados de la **Tabla N° 3**, muestra datos sobre el uso de la AOE por las estudiantes, respecto a esto un 62% de ellas respondió haberlo usado en algún momento.

En cuanto a la frecuencia del uso, el 28% de ellas respondió haberlo usado una vez, seguido de un 22% que manifestó haberlo usado dos veces, solo un 2% de ellas manifestó haberlo usado tres veces.

**Tabla N° 4**

**Nivel de conocimiento sobre la AOE de acuerdo a la edad.**

Edades	Nivel de conocimiento sobre AOE							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
22	2	28.6	3	42.8	2	28.6	7	14
23	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11	22
24	4	44.4	4	44.4	1	11.1	9	18
25	3	37.5	3	37.5	2	25	8	16
26	1	25	3	75	0	0	4	8
27	2	28.6	4	57.1	1	14.3	7	14
28	0	0	3	75	1	25	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>26</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: ficha de recolección de datos.

La tabla N° 4 nos muestra el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia por edades, donde se encontró que del 100% de las personas que tenían 22 años de edad el 42.8% tiene un nivel de conocimiento medio, en las personas con 23 años de edad el 54,5% también tenía un nivel de conocimiento medio, en las personas con 24 años se obtuvo que el 44,4% tenía un nivel de conocimiento bajo y otro 44.4% un conocimiento medio, la población de 25 años de edad obtuvo un 37.5% un conocimiento medio y de la misma manera con un 37.5% un conocimiento bajo, en las internas de 26 años un 75% tiene conocimiento medio, en las internas de 27 años el 57.1% tiene conocimiento medio y en la población de 28 años el 75% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia.

**Tabla N° 5**

**Nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de acuerdo al estado civil**

Estado civil	Nivel de conocimiento sobre la AOE							
	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Soltera</b>	<b>13</b>	<b>31.7</b>	<b>22</b>	<b>53.7</b>	<b>6</b>	<b>14.6</b>	<b>41</b>	<b>82</b>
<b>Casada</b>	<b>1</b>	<b>33.3</b>	<b>1</b>	<b>33.3</b>	<b>1</b>	<b>33.3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>Conviviente</b>	<b>2</b>	<b>33.3</b>	<b>3</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>16.7</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>26</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 5 nos muestra el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de acuerdo al estado civil. Se observó que del 100% de las internas que son solteras el 53.7% tiene un nivel de conocimiento medio, el 33.3% de las internas que son casadas tienen conocimiento medio y de igual manera con el mismo porcentaje para el nivel bajo y alto, mientras que en las personas con estado civil conviviente el 52% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia.

**Tabla N° 6**

**Nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de acuerdo al inicio de las relaciones sexuales**

<b>Inicio de relaciones sexuales</b>	<b>Nivel de conocimiento sobre la AOE</b>							
	<b>Bajo</b>		<b>Medio</b>		<b>Alto</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	<b>16</b>	<b>36.4</b>	<b>21</b>	<b>47.7</b>	<b>7</b>	<b>15.9</b>	<b>44</b>	<b>88</b>
<b>No</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>83.3</b>	<b>1</b>	<b>16.7</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>26</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: ficha de recolección de datos

La tabla N° 6 nos muestra el nivel de conocimiento sobre la AOE entre las que han iniciado las relaciones sexuales y las que aún no han iniciado su vida sexual. Se encontró que del 100% de las personas que si han iniciado las relaciones sexuales el 47.7% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia, mientras que en las personas que aún no han iniciado su vida sexual el 83.3% tiene un nivel de conocimiento medio.

**Tabla N° 7**

**Nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de acuerdo al número de parejas sexuales**

N° de parejas sexuales hasta la actualidad	Nivel de conocimiento sobre la AOE							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>83.3</b>	<b>1</b>	<b>16.7</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>1</b>	<b>7</b>	<b>38.9</b>	<b>9</b>	<b>50</b>	<b>2</b>	<b>11.1</b>	<b>18</b>	<b>36</b>
<b>2</b>	<b>9</b>	<b>40.9</b>	<b>9</b>	<b>40.9</b>	<b>4</b>	<b>18.2</b>	<b>22</b>	<b>44</b>
<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>75</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>26</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N° 7 nos muestra el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia de acuerdo al número de parejas sexuales hasta la actualidad. Se observó que del 100% de las personas que no han tenido parejas sexuales hasta el momento el 83.3% tiene un nivel de conocimiento medio, el 50% de las personas que han tenido una pareja sexual hasta el momento tiene un nivel de conocimiento medio, de las internas que han tenido dos parejas sexuales hasta la actualidad el 40.9% tiene un nivel de conocimiento medio y con el mismo porcentaje también tienen un nivel de conocimiento bajo y las internas que han tenido 3 parejas sexuales hasta la actualidad el 75% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la anticoncepción oral de emergencia.

## 4.2. Discusión

De los resultados de este estudio, se puede observar que el 52% de las internas de obstetricia tienen un nivel de conocimiento medio el cual difiere con el estudio de Changana y Choque quienes en sus investigaciones encontraron que el 82,6% y el 63% respectivamente tienen un nivel de conocimiento medio. Respecto al conocimiento sobre la definición de la anticoncepción oral de emergencia, nuestro estudio halló que el 94% de las internas de obstetricia sabe la definición correcta, similar a lo hallado en el estudio de Choque (2015) con un 91,3% en internos de medicina humana quienes contestaron correctamente. En el estudio de Changana (2015) se obtuvo que el 78% de las estudiantes de obstetricia sabía la definición correcta de la anticoncepción oral de emergencia.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia por edades se encontró que prevalece el nivel medio. En cuanto al nivel de conocimiento por estado civil se obtuvo que el 53.7% de la población de solteras tiene un nivel medio mientras que las casadas obtuvieron un 33.3% para el nivel medio y bajo; y para la población de estado civil conviviente se obtuvo que un 50% tiene un nivel medio. Para el nivel de conocimiento de acuerdo al inicio de relaciones sexuales se encontró que el 83.3% de las que no habían iniciado su vida sexual y por tal motivo no han usado la AOE tienen un nivel medio y un 16.7% un nivel alto, esto llama mucho la atención ya que sumado ambos porcentajes nos da el 100% por lo tanto ninguna tuvo nivel bajo, esto quiere decir que mientras estén correctamente informadas, menos será el uso de la AOE y también postergaran su vida sexual. Respecto al nivel de conocimiento por el número de parejas sexuales el 83.3% de las personas que no tenían parejas sexuales porque aún no inician su vida sexual tienen un nivel de conocimiento

medio mientras que en la población que tuvo dos parejas sexuales el 40,9% tiene un nivel de conocimiento medio y otro 40,9% un nivel bajo de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia; lamentablemente no se han encontrado estudios similares para realizar la comparación.

Al explorar sobre el uso de la anticoncepción oral de emergencia en las internas de obstetricia se obtuvo que un 62% si ha usado alguna vez dicho anticonceptivo y el 38% afirma nunca haber usado el anticonceptivo oral de emergencia; a diferencia del estudio de Merino y Machaca (2014) se encontró que el 100% de los estudiantes de farmacia y bioquímica habían usado alguna vez este método, por otro lado, en el estudio de Padilla (2015) se halló que solo el 9% de los estudiantes había usado alguna vez. En otra investigación como la de Palermo et al. (2015) se obtuvo que el 12,2% de las mujeres sexualmente experimentadas en Colombia habían usado alguna vez el anticonceptivo pos coital.

Respecto a la edad, se obtuvo que los promedios de las internas de obstetricia evaluadas fueron de 22 a 28 años, diferente a lo encontrado en los estudios de Merino y Machaca (2014) cuya edad promedio fue de 20 a 50 años de edad.

En cuanto al estado civil de las internas de obstetricia se halló el 82% son solteras, similar a lo hallado por Merino y Machaca (2014) con un 74,10% para el estado civil soltera en su investigación.

En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales se obtuvo que el 56% de las internas de obstetricia afirma haber iniciado su vida asexual en la etapa de la adolescencia es decir a los 19 o menos años de edad, lo cual se asemeja con el estudio realizado por Cárdenas et al. (2014) quienes encontraron en su investigación que un 42,1% de las usuarias había iniciado su vida sexual entre los 17 y 18 años de edad.

Asimismo, en relación al número de parejas sexuales hasta la actualidad se obtuvo que el 44% de las internas de obstetricia afirmó haber tenido 2 parejas sexuales y un 8% tuvo 3 parejas sexuales hasta el momento.

El 74% de las internas de obstetricia conoce correctamente sobre las indicaciones de la anticoncepción oral de emergencia, la cual se asemeja a los resultados que se encontró en el estudio de Merino y Machaca (2014) con un 67,47% en estudiantes de la facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener y con un 81,5% en el estudio de Choque (2015) realizado a internos de medicina humana quienes afirman conocer las indicaciones para el anticonceptivo oral de emergencia. En el estudio de Changana (2015) solo se halló que el 3,7% sabía correctamente las indicaciones de la anticoncepción oral de emergencia.

Un 58% tiene conocimiento incorrecto sobre la contraindicación de la anticoncepción oral de emergencia, algo que es muy preocupante; al ser comparado con la investigación de Choque (2015) se encontró que un 48,9% en internos de medicina humana también tenían conocimiento erróneo sobre las contraindicaciones de dicho anticonceptivo.

En cuanto al mecanismo de acción del anticonceptivo oral de emergencia se encontró que el 28% de las encuestadas contestó correctamente afirmando que el mecanismo de acción de dicho anticonceptivo era la de inhibir la ovulación y espesar el moco cervical, similar al estudio de Merino y Machaca (2014) donde se obtuvo que el 25,8% de los estudiantes de Farmacia y Bioquímica contestó correctamente para este ítem; y difiere con la investigación de Changana (2015) donde solo el 9,2% de las estudiantes de obstetricia sabía la respuesta correcta.

En lo concerniente a los efectos secundarios de la anticoncepción oral de emergencia en este estudio se halló que el 66% tiene la idea correcta acerca del

tema, similar con los resultados que se obtuvieron en el estudio de Merino y Machaca (2014) donde se obtuvo que un 69,88% en estudiantes de farmacia y bioquímica también respondió correctamente; a diferencia de lo hallado en el estudio de Padilla donde solo el 3,8% tiene el conocimiento correcto sobre los efectos secundarios del anticonceptivo oral de emergencia.

Otro hallazgo importante es que en nuestro estudio se obtuvo que el 100% de las internas de obstetricia no conoce correctamente la frecuencia de uso de la anticoncepción oral de emergencia, afirmando que solo se puede tomar de 1 a 2 veces dicho anticonceptivo cuando en realidad no existe límite para el número de veces que se debe utilizar dicho anticonceptivo.<sup>22</sup> Lamentablemente no se encontraron estudios similares para realizar dicha comparación.

En nuestra investigación también se encontró que el 54% de las encuestadas no tiene el conocimiento correcto sobre las consecuencias del uso frecuente de la anticoncepción oral de emergencia, lamentablemente no se encontraron estudios similares para este ítem.

En el estudio de Choque (2015) se observó que el 63% acertó sobre la composición correcta del método de yuzpe; al ser comparado con nuestra investigación se halló un porcentaje más alto siendo este un 82% de internas de obstetricia que si acertó. Respecto a la dosificación correcta del método de yuzpe en los resultados de Choque (2015) solo acertaron el 43,5% mientras que en nuestra investigación el 74% de las internas de obstetricia acertaron correctamente, afirmando que la dosificación correcta del método de yuzpe es: 100-120mcg de etinilestradiol y 0,5-0,6 mg de levonorgestrel.

En cuanto a la administración correcta del método de yuzpe en nuestro estudio se halló que el 70% de las encuestadas contestaron correctamente, mientras que en

el estudio de Changana (2015) se obtuvo que el 82,6% acertaron sobre la administración y dosificación de la anticoncepción oral de emergencia.

En nuestro estudio solo el 28% tiene el conocimiento erróneo sobre la dosificación del levonorgestrel; la cual difiere con el estudio de Choque (2015) donde se obtuvo que el 42,4% no acertó correctamente para este ítem.

El 76% de las internas de obstetricia conoce la administración correcta del levonorgestrel contestando que la primera dosis es dentro de las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la primera toma, la cual difiere con el estudio de Choque (2015) donde solo el 56,5% acertó acerca de este tema.

En cuanto al uso del anticonceptivo pos coital se obtuvo que el 38% de las encuestadas dijo nunca haber usado el anticonceptivo oral de emergencia seguido de un 28% que ha usado 1 vez, el 22% solo 2 veces, el 2% solo 3 veces, el 6% solo 4 veces y un 4% la uso 5 veces; al ser comparado con la investigación de Cárdenas et al. (2014) se halló que un 53,3% admite nunca haberla usado, seguido por un 27,1% que solo la uso 1 vez, un 15% la uso 2 veces, un 3,7% la uso 3 veces y un 0,9% la uso solo 4 veces.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

1. Con respecto al nivel de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia en la población evaluada resulto que el 52% tiene un nivel de conocimiento medio, el 32% de las encuestadas tiene un nivel bajo y el 16% de las encuestas tiene un nivel alto. Respecto a la relación sobre el nivel de conocimiento entre la edad, estado civil, inicio de relaciones sexuales y el número de parejas sexuales no se encontraron diferencias importantes ya que el nivel que predominó en su mayoría fue el nivel medio.
2. Respecto al uso el 62% de la población afirma haber usado alguna vez la anticoncepción oral de emergencia.
3. Con respecto a las características sociodemográficas, se encontró que la edad media de las internas de obstetricia fue de 24.5 años de edad.; además que el 82% de las encuestadas eran solteras. En cuanto a las variables gineco-obstétricas el 56% de las internas de obstetricia había iniciado las relaciones sexuales en la etapa de adolescencia es decir tenían 19 o menos años de edad y el 44% de la población admite haber tenido 2 parejas sexuales.

## 5.2 Recomendaciones

1. Las facultades de ciencias de la salud juegan un papel importante sobre el conocimiento del anticonceptivo oral de emergencia y la universidad Norbert Wiener debe seguir impulsando la actualización en planificación familiar y estar al tanto de los nuevos métodos pos coitales, para así favorecer al aumento de conocimiento hacia este tema de forma segura, llevando a cabo una actitud responsable y consciente para una vida sexual sana hacia el uso del anticonceptivo oral de emergencia.
2. Difundir en las estudiantes e internas de obstetricia sobre la importancia del buen uso de los métodos anticonceptivos y de la anticoncepción oral de emergencia, incluyendo en la malla curricular de la carrera el curso de planificación familiar y enfatizar más afondo este tema, mejorar las capacitaciones con retroalimentación o círculos de grupo para mejorar la captación de información sobre anticoncepción oral de emergencia para garantizar el correcto uso de los anticonceptivos y prevenir embarazos no deseados.
3. Realizar alguna investigación que busque las causas y factores que influyen sobre el nivel de conocimiento medio y bajo en los estudiantes de carreras de salud, que en cierta forma deberían tener un alto conocimiento sobre el tema por el mismo hecho de pertenecer a una profesión de salud.
4. Se recomienda a los estudiantes de la Facultad de obstetricia a realizar investigaciones y revisiones del tema sobre el nivel de conocimiento y uso del anticonceptivo oral de emergencia, por ser futuros profesionales y poder cumplir de forma responsable y correcta con las usuarias ya que debemos brindar una información correcta y actualizada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Serrano I. Informe sobre la libre dispensación de la píldora de urgencia: Análisis de la situación y propuestas. Federación de la planificación familiar estatal (internet): Madrid; 2012 (Fecha de consulta 25/02/17). Disponible en:  
[http://clae-la.org/wpcontent/uploads/FICHA\\_24102014100259.pdf](http://clae-la.org/wpcontent/uploads/FICHA_24102014100259.pdf)
2. Schiappacasse V., Bascuñan T., Frez K. y Cortés I. Píldora anticonceptiva de emergencia: Características de la demanda en una organización no gubernamental en Chile. Revista chilena de obstetricia y Ginecología (Internet). 2014 (Fecha de consulta 25/02/17); 79(5): 378-383. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000500004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500004)
3. Blandon M. y Fonseca R. Información complementaria sobre Honduras programada para revisión por parte del Comité contra Tortura (internet). 2016 (Fecha de consulta el 25/03/17). Disponible en:  
[http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/HND/INT\\_CAT\\_CSS\\_HND\\_24593\\_S.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/HND/INT_CAT_CSS_HND_24593_S.pdf)
4. Informe para el comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas. Amnesty international (en línea): Bolivia; 2015 61° sesión; 2015 (Fecha de consulta 11/03/17). Disponible en:  
<https://www.amnesty.org/download/Documents/AMR1816692015SPANISH.pdf>
5. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Niñas y Mujeres sin justicia: Reproducción en México (en línea). México; 2015 (Fecha de consulta 11/06/17). Disponible en:  
<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/678/Ni>

[%C3%B1as%20y%20mujeres%20sin%20justicia%20GIRE%202015.pdf?s  
equence=1&isAllowed=y](#)

6. Pretell E. Política de anticoncepción oral de emergencia: La experiencia peruana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica (internet). 2013 (Fecha de consulta 11/04/17); 30(3): 487-93. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300019&script=sci_arttext)
7. La píldora de hoy. El comercio. Pe (publicación periódica en línea) 2016. Agosto 28 [Fecha de consulta 14/06/17]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/opini%C3%B3n/editorial/editorial-pildora-hoy-252323>
8. ¿Sabes los jóvenes peruanos utilizar métodos anticonceptivos? El comercio.pe [en línea]. Perú; 2014. Mayo 01 [Fecha de consulta 14/06/17]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/j%C3%B3venes-peruanos-utilizar-metodos-anticonceptivos-315526>
9. Palermo T., Bleck J. y Westley E. Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis multipaís. Perspectivas internacionales en salud sexual y reproductiva, 2015: 1-8.
10. Padilla M. Nivel de conocimiento y actitudes acerca de anticoncepción oral de emergencia (AOE) en los estudiantes del bachillerato general unificado del colegio Nacional Técnico Valle del Chota. (Tesis de pre grado). Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2015.
11. Cárdenas L., Sánchez M., Ramírez O. y Robledo A. Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. Aten Fam (en línea): México; 2014 (Fecha de consulta 14/04/17); 21(3). Disponible en: <https://ac.els-cdn.com/S1405887116300256/1-s2.0-S1405887116300256->

[main.pdf?\\_tid=bc4feb2800aa11e886fb00000aab0f02&acdnat=1516759574\\_498c8aead1c9d1f2013b96112d536215](https://www.inec.org.pe/main.pdf?_tid=bc4feb2800aa11e886fb00000aab0f02&acdnat=1516759574_498c8aead1c9d1f2013b96112d536215)

12. Choque F. Conocimientos y actitudes sobre Anticoncepción oral de emergencia en internos de medicina humana del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Tesis de pre grado). Febrero: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
13. Changana K. Nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia en estudiantes de Obstetricia del VII – VIII ciclo de la Universidad Privada Arzobispo Loayza (Tesis de pre grado). Universidad Arzobispo Loayza; 2015.
14. Merino K. y Machaca S. Conocimientos y prácticas sobre uso del anticonceptivo oral de emergencia (AOE) en estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener (Tesis pre grado). Agosto – diciembre: Universidad Privada Norbert Wiener; 2014.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (En línea): Perú; 2013 (Fecha de consulta 16/05/17). Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/)
16. MINSA. Norma técnica de salud de planificación familiar- Ntsn°124 – 2016[internet]. Perú; 2016[Fecha de consulta el 16/05/17]. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016-MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016-MINSA.pdf)
17. Padilla M. Conformación, funciones y posicionamiento del grupo de trabajo de la anticoncepción oral de emergencia: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2010.

18. Távara L. XX Congreso de obstetricia y ginecología. Reporte de la reunión intracongreso sobre anticoncepción de emergencia: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2011.
19. FLASOG y CLAE. Píldoras anticonceptivas de Emergencia: Guías médicas y de entrega de servicios en América Latina y el Caribe (En línea). 2013 (fecha de consulta 20/06/17). Disponible en: [http://develop.webstudiopanama.com/flag/wpcontent/uploads/2016/06/ICEC\\_CLAE-Med-and-Serv.-delivery-guidelines\\_2013.pdf](http://develop.webstudiopanama.com/flag/wpcontent/uploads/2016/06/ICEC_CLAE-Med-and-Serv.-delivery-guidelines_2013.pdf)
20. International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). AE y Aborto Médico: Anticoncepción de emergencia y aborto medico: ¿Cuál es la diferencia? (en línea) 2013. Febrero (fecha de consulta 20/06/17). Disponible en: [http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/08/13-0815-MedAbort\\_FactSheet\\_2013\\_SPANISH.pdf](http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/08/13-0815-MedAbort_FactSheet_2013_SPANISH.pdf)
21. International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). Anticoncepción de Emergencia: Preguntas y Respuestas para Decisores Políticos (en línea) 2013. Febrero (fecha de consulta 22/06/17). Disponible en: [http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC\\_-QA-for-Decision-Makers\\_2013-Spanish.pdf](http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_-QA-for-Decision-Makers_2013-Spanish.pdf)
22. Carvajal L. y Gavilanez A. Conocimientos y uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en la prevención del embarazo, en los/las adolescentes que acuden a la consulta externa del centro de salud Latacunga (tesis en internet). Ecuador: Universidad Estatal de Bolívar.; 2014 (fecha de consulta 02/07/17). Disponible en: [http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/250/3/TESIS%20COMPLETA\\_2.pdf](http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/250/3/TESIS%20COMPLETA_2.pdf)

23. Contreras H. Nivel de conocimiento acerca del anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes del nivel secundario de los centros educativos Carlos Armando Laura y Gerardo Arias Copaja de Tacna (tesis en internet). Lima: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012 (fecha de consulta 04/07/17). Disponible en: [http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/217/102\\_2013\\_Contreras\\_Velasco\\_HN\\_FACS\\_Obstetricia\\_2013.pdf?sequence=1](http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/217/102_2013_Contreras_Velasco_HN_FACS_Obstetricia_2013.pdf?sequence=1)
24. Diccionario de la lengua española. Anticoncepción (en línea). 2005 (fecha de consulta 05/08/17). Disponible: <http://www.wordreference.com/definicion/anticoncepci%C3%B3n>
25. Botero J., Júbiz A. y Henao G. Obstetricia y Ginecología. 9. ° ed. Medellín: CIB; 2015.
26. Diccionario de la lengua española. Uso (en línea). 2005 (fecha de consulta 05/08/17). Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/uso>
27. González J., Gonzales J. y Gonzales J. Ginecología. 9. ° ed. España. Elsevier Masson; 2014.

# ANEXOS

## ANEXO I

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Kathy Elizabeth Aguirre Falero y Carmen Margarita Pucuhuayla Guadalupe de la Universidad Privada Norbert Wiener. La meta de este estudio es: Determinar el nivel de conocimiento y uso de la anticoncepción oral de emergencia en internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 8 minutos de su tiempo. No se ha previsto compensación económica por su participación en el estudio.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Kathy Elizabeth Aguirre Falero y Carmen Margarita Pucuhuayla Guadalupe. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Determinar el nivel de conocimiento y uso de la anticoncepción oral de emergencia en internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017.

Me han indicado también que tendré que responder una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 8 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Kathy Elizabeth Aguirre Falero y Carmen Margarita Pucuhuayla Guadalupe y a los teléfonos 954006233 y 948640583.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Universidad Privada Norbert Wiener al teléfono 705 5100. Y a los teléfonos anteriormente mencionado.

---

Nombre del Participante

Firma del Participante

## ANEXO II

### CUESTIONARIO

#### **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA EN INTERNAS OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2017”**

Estimadas estudiantes somos alumnas de la Universidad Privada Norbert Wiener de la EAP de obstetricia a continuación hay algunas preguntas que ayudarán a desarrollar nuestro trabajo de investigación que tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimientos y uso de la anticoncepción oral de emergencia. Agradecemos de antemano su sinceridad, paciencia y veracidad en los datos brindados al responder este cuestionario que será anónima.

#### **BLOQUE I: Variables sociodemográficas**

1. Edad:...

2. ¿Cuál es su estado civil?

a) Soltero    b) Casado    c) Conviviente

3. Ciclo de carrera que cursa

a) 9<sup>no</sup>            b) 10<sup>mo</sup>

#### **BLOQUE II: Variables gineco-obstétricas**

4. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

a) Si            b) No

5. ¿A qué edad inicio su actividad sexual?

.....

6. Número de parejas Sexuales hasta la actualidad...

#### **Bloque III: Variable de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE)**

7. Definición de la anticoncepción oral de emergencia (AOE)?

- a. Es un método anticonceptivo de barrera.
- b. Es un método para prevenir el embarazo de uso regula.
- c. Es una píldora abortiva.
- d. Es un método para prevenir el embarazo cuando se ha tenido relaciones sexuales sin protección.

8. ¿En qué casos está indicado el uso de la AOE?

- a. En caso de violación

- b. En caso de ruptura del condón
- c. En caso de tener relaciones sexuales sin protección
- d. Todas las anteriores

**9. ¿Cuál es la contraindicación de la AOE?**

- a. Está contraindicado porque puede producir malformaciones congénitas
- b. Está contraindicada en la gestante porque interrumpe el embarazo
- c. Está contraindicada porque su uso rutinario produce esterilidad
- d. Ninguna de las anteriores

**10. ¿Cuál es el mecanismo de acción de la AOE?**

- a. Inhibe la ovulación
- b. Espesa el moco cervical
- c. Interrumpe la implantación
- d. a y b son correctas

**11. ¿Cuál es el efecto secundario de la AOE?**

- a. Nauseas
- b. Sensibilidad mamaria
- c. dolor de cabeza
- d. Todas

**12. ¿Con qué frecuencia se debe usar el anticonceptivo oral de emergencia (AOE)?**

- a. No hay límite para el número de veces que se debe utilizar la AOE.
- b. 1-2 veces por año
- c. Hasta 4 veces al año
- d. Ninguna de las anteriores

**13. ¿Cuáles son las consecuencias del uso frecuente de AOE?**

- a. Infertilidad
- b. Irregularidad menstrual
- c. Riesgo de sobredosis
- d. Ninguna de las anteriores

**14 ¿De qué está compuesto del método de Yuzpe?**

- a. Levonorgestrel
- b. Etinilestradiol

- c. Etinilestradiol y levonorgestrel
- d. Ninguna de las anteriores

**15. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma con el método de Yuzpe?**

- a. 0,5mg de levonorgestrel
- b. 100 mcg de etinilestradiol
- c. 100-120mcg de etinilestradiol y 0,5-0,6mg de levonorgestrel
- d. Ninguna de las anteriores

**16. ¿Cómo se administra el método de Yuzpe?**

- a. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 6 horas después de la primera toma.
- b. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la primera toma.
- c. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas después de la primera toma.
- d. Ninguna de las anteriores

**17. ¿Cuál de las siguientes dosis se usa en cada toma del método de levonorgestrel?**

- a. 75mg de levonorgestrel
- b. 0.75mg de levonorgestrel
- c. 0.50mg de levonorgestrel
- d. Ninguna de las anteriores

**18. Como se administra el método con levonorgestrel?**

- a. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 12 horas después de la primera toma.
- b. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 18 horas después de la primera toma.
- c. Primera dosis en las primeras 72 horas post coito, seguida por una segunda dosis 24 horas después de la primera toma.
- d. Ninguna de las anteriores

**19. ¿Conoces o has escuchado hablar sobre el acetato de ulipristal?**

- a) si
- b) no

**BLOQUE IV: Uso de la anticoncepción oral de emergencia (AOE)**

**20. ¿Ha usado alguna vez la anticoncepción oral de emergencia?**

a) Si

b) No

**21. De ser positiva la respuesta anterior ¿cuántas veces ha usado la anticoncepción oral de emergencia?**

.....

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO	JUSTIFICACIÓN	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTO
¿Cuál es el nivel de conocimiento y uso de la anticoncepción oral de emergencia en internas de obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue 2017?	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar el nivel de conocimiento y uso de la anticoncepción oral de emergencia en internas de obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue 2017</p> <p><b>Objetivos Específicos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Identificar las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas de la población de estudio.</li> <li>•Conocer el nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia en las internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</li> <li>•Conocer el uso de la anticoncepción oral de emergencia en las internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</li> </ul>	<p>La Anticoncepción Oral de Emergencia es una herramienta importante que contribuye positivamente a prevenir los embarazos no deseados y a la vez a reducir la mortalidad materna ya que su uso es exclusivamente en casos de emergencia.</p> <p>Se estima que alrededor de tres millones de píldoras del día siguiente o anticonceptivo oral de emergencia (AOE) son vendidas anualmente en el Perú. Si bien se trata de uno de los métodos de prevención del embarazo más consultados, la discriminación para acceder a él lo convierten también en el menos disponible para las mujeres en el país.</p> <p>Este trabajo de investigación será útil para los profesionales obstetras y para todas las instituciones de salud que brindan el servicio de Planificación Familiar. También podría ser usada como fuente de información para futuros</p>	<p>Hipótesis de investigación.</p> <p>Debido a que el diseño de la investigación a realizar es descriptivo no es necesaria la formulación de una hipótesis.</p>	<p><b>Variables sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad</li> <li>-Estado civil</li> <li>-Ciclo que cursa</li> </ul> <p><b>Variables gineco-obstétricas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividad sexual</li> <li>-Edad de inicio de las relaciones sexuales</li> <li>-Parejas sexuales</li> </ul> <p><b>Variable de conocimiento sobre la AOE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Definición de la AOE.</li> <li>-Indicaciones del uso de la AOE.</li> <li>-Contraindicaciones de la AOE.</li> <li>-Mecanismo de acción de la AOE.</li> <li>-Efectos secundarios de la AOE.</li> <li>-Frecuencia del uso de la AOE</li> <li>-Consecuencias del uso frecuente de la AOE.</li> <li>-Composición del Método de Yuzpe.</li> </ul>	<p><b>1.Enfoque:</b> Investigación cuantitativa  <b>2.Tipo:</b> Descriptivo  <b>3.Diseño:</b> De corte transversal y prospectivo</p>	<p><b>Población:</b> Las 50 internas de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017.</p> <p><b>Muestra:</b> Para el presente estudio la muestra será el universo es decir se trabajará con toda la población que cumpla con los criterios de inclusión.</p>	<p><b>Técnica</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento</b> Cuestionario</p>

		estudios de investigación de los profesionales de salud; a través de su ejecución se podría mejorar la calidad de atención e información a las usuarias y así mejorar el servicio de Planificación Familiar en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dosis del Método de Yuzpe.</li> <li>-Administración del Método de Yuzpe.</li> <li>-Dosis del Método de levonorgestrel.</li> <li>-Administración del Método de levonorgestrel.</li> <li>-Conocimiento sobre el acetato de ulipristal.</li> </ul> <p><b>Uso de la AOE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Uso</li> <li>-Número de veces</li> </ul>			
--	--	--	--	--	--	--	--

## JUICIO DE EXPERTOS

### Datos de calificación:

1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3.	La estructura del instrumento es adecuado.
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6.	Los ítems son claros y entendibles.
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES					VALOR P
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
TOTAL	7	7	7	7	7	35

1: de acuerdo      0: desacuerdo

#### PROCESAMIENTO:

Ta: N° TOTAL DE ACUERDO DE JUECES

Td: N° TOTAL DE DESACUERDO DE JUECES

#### Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b: grado de concordancia significativa

$$b = \frac{35}{35 + 0} \times 100 = 1.0$$

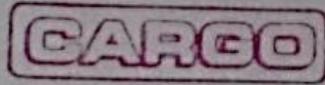
Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

### Confiabilidad del instrumento:

**VALIDEZ PERFECTA**





**Universidad  
Norbert Wiener**

Lima, 7 de Agosto de 2017

**CARTA N° 13-08-426-2017-DFCS-UPNW**

**Dr. Luis Wilfredo Miranda Molina  
Director de Hospital Hipólito Unánue**

Presente -

*De mi mayor consideración,*

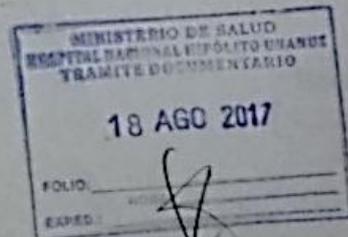
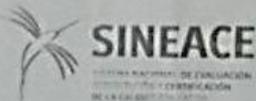
*Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.*

*Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que las Bachilleres, Aguirre Falero, Kathy Elizabeth y Pucuhuayla Guadalupe, Carmen Margarita alumnas de la carrera profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, puedan realizar sus encuestas y así poder ejecutar su proyecto de tesis " Nivel de conocimiento y uso de la Anticoncepción oral de emergencia en internas de Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue".*

*Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.*

*Atentamente,*

  
**Dr. Agustín Ramón Iza Stoll**  
Decano  
Escuela de Ciencias de la Salud  
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.



## ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuado.			
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

### SUGERENCIAS:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a): *Esperanza Rebecca Tafur Peves*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

**SUGERENCIAS:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*[Firma]*  
 LIC. TAFUR PEVES ESPERANZA REBECA  
 OBSTETRA  
 C.O.P. 20084  
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UGARRE  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

**ESCALA DE CALIFICACIÓN**

Estimado (a): *Palomino Leyzapúa, Rosita. Jesús*  
*Cap 16892.*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada faciita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS: *Ninguna*

  
**LIC. PALOMINO LEYZAPÚA ROSITA JESÚS**  
**OBSTETRA**  
**C.O.P. N° 18892**  
 HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO URANUE"  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Sandoval Milla, Valdemar.

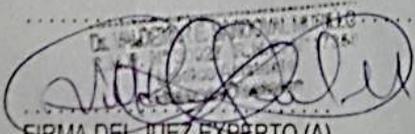
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en Si o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

**SUGERENCIAS:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

  
 M.C. FERNANDO RAMÍREZ FERNÁNDEZ  
 C.A.P. DE INVESTIGACIONES  
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**

### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

#### SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

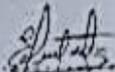
.....

.....

.....

.....

.....

.....  
  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

DR. ANDRÉS RODRÍGUEZ FIGUEROA  
 ODONTÓLOGO  
 C.O.P. N° 1177  
 HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO BARRAQUE"

