

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**

**UNAN-León**



**Tesis para optar al título de Doctor(a) en Medicina y Cirugía.**

**Conocimientos, actitudes y prácticas del personal en el primer nivel de atención en Madriz, en relación a la promoción del uso de la anticoncepción de emergencia.**

**Autores: Br. Luvianka Sarahi López Cruz.**

**Br. Hugo Abrahán Ordoñez Guillen.**

**Tutor: Dr. Arnoldo Toruño.**

**Somoto, Madriz, Octubre 2013**

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	<b>i</b>
<b>AGARADECIMIENTO</b>	<b>ii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>iii</b>
<b>i. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>ii. ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
<b>iii. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>iv. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>7</b>
<b>v. OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>vi. MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>vii. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>26</b>
<b>viii. RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>ix. DISCUSION Y ANÁLISIS</b>	<b>41</b>
<b>x. CONCLUSIONES</b>	<b>47</b>
<b>xi. RECOMENDACIONES</b>	<b>48</b>
<b>xii. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>49</b>
<b>xiii. ANEXOS</b>	<b>52</b>

## DEDICATORIA

A nuestros padres,

A nuestros maestros.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por brindarnos salud y sabiduría cada día.

Al maestro, Dr. Arnoldo Toruño por su apoyo incondicional para la realización de nuestro estudio.

## RESUMEN

Considerando que los profesionales de la salud están llamados a jugar un papel fundamental en la inserción de la anticoncepción de emergencia dentro de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, y ante el hecho de no encontrar información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales nicaragüense sobre el particular, se decidió realizar este estudio en médicos y enfermeras en el primer nivel de atención en el Departamento de Madriz.

El estudio consistió en una encuesta que cubrió a 90 de los 108 médicos y enfermeras, que fueron visitados en sus municipios, en los días asignados a educación continua, en los meses de junio y julio de 2013. Los cuestionarios fueron autoadministrados.

Los resultados indican que los médicos y enfermeras disponen de información insuficiente, y a veces errónea, sobre la anticoncepción de emergencia, y que esta condición muy probablemente está influyendo para que una regular parte del personal no le conceda la importancia debida, o que incluso, tenga actitudes negativas hacia la promoción de la misma, aunque también se encontraron restricciones de orden moral. Los médicos tienen mejores conocimientos y actitudes que las enfermeras.

Una minoría del personal reportó haber encontrado casos en que se necesitaba la anticoncepción de emergencia, pero es razonable pensar que, en vista del deficiente conocimiento sobre las condiciones señaladas por las normas como indicaciones para su uso, muy probablemente ha permitido que pasen desapercibidas mujeres que la necesitaban. En casi todos los casos, reportaron que habían ofertado orientaciones y prescrito el tratamiento. La actividad educativa a la población sobre este tema es pobre, debido a su baja frecuencia y calidad, derivada de que ha estado principalmente en manos del personal de enfermería, que tiene débiles conocimientos y actitudes sobre este tema.

## INTRODUCCIÓN

La anticoncepción de emergencia ha sido un tema polémico y a menudo divisivo en las Américas desde que este método anticonceptivo se hizo conocer públicamente. Si bien la anticoncepción de emergencia en forma de anticonceptivos orales está disponible en las Américas (en cualquier parte donde la anticoncepción es legal), el conocimiento de su existencia ni es común, ni se fomenta. <sup>1</sup>

Cuesta creerlo desde América Latina pero fue a mediados de los años setenta que las mujeres de los países desarrollados supieron que el empleo de los anticonceptivos orales combinados podía ser usado como método de anticoncepción de emergencia, además a fines de esta década se dio a conocer que la inserción del dispositivo intrauterino hasta 5 días después de una relación sexual podía ser usado como anticoncepción de emergencia. Mientras paralelamente se iniciaban ensayos que mas tarde desembocarían en la producción de una píldora específicamente dedicada a situaciones urgentes. Sin embargo casi 25 años más tarde sigue siendo un tema desconocido para la mayoría de la opinión pública de América Latina y del Caribe.<sup>2</sup>

La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: “Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”.<sup>3</sup>

La fecundidad deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados se hubieran evitado. La tasa global de fecundidad deseada para los cinco años previos a la encuesta de 2006/07 es de 2.3 hijos por mujer. Las mujeres en edad fértil representan el 49% del total de mujeres del país y dentro de éstas, el grupo de población con mayor porcentaje es el de 10-19 años con 54.5%. Entonces, si las mujeres nicaragüenses pudieran evitar los hijos no deseados, la tasa de fecundidad se reduciría en 0.4 hijos.<sup>3, 4</sup>

Datos no mostrados dan cuenta sobre las intenciones actuales de embarazo entre todas las mujeres nicaragüenses de 15 a 49 años de edad, las mujeres casadas/unidas y las mujeres casadas/unidas que están fecundas. Esos datos indican que el 23, 26 y 38 por ciento, respectivamente, no deseaban tener (más) embarazos.<sup>4</sup>

Aproximadamente el 75% de las adolescentes sexualmente activas que aún no tenían un hijo no deseaba tenerlo pronto, comparado con el 92% de aquellas con un hijo y con el 97% de las que tenían dos.<sup>5</sup>

Casi la mitad de todos los nacimientos de mujeres adolescentes en Nicaragua no son planeados, y la gran mayoría de mujeres adolescentes sexualmente activas no desea tener hijos sino hasta más tarde. Además, muchas no usan métodos anticonceptivos modernos que les permitirían aplazar la maternidad.<sup>6</sup>

La problemática relativa a los embarazos no deseados cobra cada año un precio elevado a la salud de la mujer. Se calcula que cada año ocurren 45 millones de abortos en condiciones de riesgo, una cuarta parte de estos tienen lugar en una adolescente, según datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2008, aproximadamente 358 000 mujeres murieron de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.<sup>7</sup>

La existencia de la anticoncepción de emergencia en cualquiera de las formas no indica que está disponible ampliamente o que es promovida por los proveedores de servicios de salud. En efecto en muchos de los países en los cuales podría estar disponible en forma de anticonceptivos orales, los proveedores rehúsan compartir esta información con las mujeres o sencillamente la desconocen.<sup>1</sup>

## ANTECEDENTES

En Europa se dispone desde hace años de productos específicamente a la anticoncepción de emergencia, mientras que en la región, donde se reportan avances en algunos países, el conocimiento de esta opción había quedado reducido por décadas a algunas personas responsables de políticas de salud.<sup>2</sup>

El secreto sufrió un remezón en 1995 tras una declaración de personas expertas en todo el mundo que reunidas en Bellagio (Italia) aprobaron un consenso sobre anticoncepción de emergencia en la que llamaron a los responsables en salud reproductiva de los países a informarse sobre los métodos disponibles y a ponerlos a la disposición de todas las mujeres que lo necesitaran. A fines de 1995 la organización mundial de salud (OMS) incluyó las píldoras en la lista modelo de medicamentos esenciales.<sup>2</sup>

Una encuesta realizada en 1998 en seis de los 14 departamentos del país entre jóvenes de 15 a 24 años encontró que sus aspiraciones reproductivas y su conocimiento sobre la salud reproductiva eran contradictorios. El 97% de las mujeres solteras y el 87% de las mujeres en unión en estas mismas edades dijeron no encontrar ninguna ventaja en tener un hijo en esa etapa de sus vidas.<sup>5</sup>

En Brasil, Chile y México se realizaron estudios antes de iniciar la anticoncepción de emergencia para evaluar conocimiento, actitudes y prácticas en diversas audiencias y para reconocer obstáculos y factores facilitadores. A partir de estos estudios se diseñaron estrategias de introducción de anticoncepción de emergencia y campañas de difusión.<sup>7</sup>

Estos estudios mostraron que las mujeres tenían acceso limitado a los servicios de anticoncepción de emergencia, que las clínicas estaban sobrecargadas y no funcionaban como servicios de urgencia, no había privacidad suficiente, faltaba personal capacitado, había recursos humanos limitados y deficiente calidad de atención.<sup>7</sup>

En los servicios de atención para mujeres que han sufrido violencia sexual, se daba prioridad a los aspectos legales y al trauma psicológico y médico y no a la prevención del embarazo.<sup>7</sup>

La mayoría de los estudios identificó gran desconocimiento del método y su mecanismo de acción entre proveedores y potenciales usuarias con excepción en el caso de Brasil, donde muchos gineco-obstetras sabían de la existencia de la anticoncepción de emergencia, aunque no tenían conocimientos específicos.<sup>8</sup>

En México, Brasil y Chile algunos proveedores temían el abuso o mal uso de la anticoncepción de emergencia y los castigos administrativos si los entregaban sin autorización, tenían barreras culturales o religiosas, poca sensibilidad a la necesidad de las usuarias y a sus derechos reproductivos y sexuales como también entregar anticonceptivo a las adolescentes, temor a su mal uso, quejas de los padres y/o promover en ellos conductas irresponsables.<sup>8</sup>

Los niveles de conocimiento sobre la anticoncepción son consistentemente altos en Nicaragua. En 2001, al menos nueve de cada 10 mujeres de 15 a 19 años tenían conocimiento sobre uno o más métodos anticonceptivos modernos, pero no se dispone de datos sobre anticoncepción de emergencia.<sup>6</sup>

No hay estudios en Nicaragua acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de médicos y enfermeras sobre la promoción del uso de la anticoncepción de emergencia.

## JUSTIFICACION

El acceso a la anticoncepción de emergencia ha sido reconocido como un derecho sexual y reproductivo de las mujeres y una manera de reducir los embarazos no deseados y en consecuencia la morbilidad y mortalidad relacionados con el aborto.<sup>9</sup>

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995).<sup>3</sup>

La concienciación pública sobre la anticoncepción de emergencia en lugares de escasos recursos es baja.<sup>7</sup> La existencia de la anticoncepción de emergencia en cualquiera de las formas no indica que está disponible ampliamente o que es promovida por los proveedores de servicios de salud. En efecto en muchos de los países en los cuales podría estar disponible en forma de anticonceptivos orales, los proveedores rehúsan compartir esta información con las mujeres o sencillamente la desconocen.<sup>1</sup>

Según el manual de salud sexual y reproductiva del MINSA debería ofrecerse la anticoncepción de emergencia en caso de violaciones en las unidades de salud lo cual no se cumple, debido a que las víctimas no acuden de forma inmediata por desconocimiento de este tipo de anticoncepción.<sup>9</sup>

No hay estudios en Nicaragua acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal en el primer nivel de atención de Madriz, en relación a la promoción del uso de la anticoncepción de emergencia. Motivado por lo antes comentado, consideramos oportuno realizar una primera aproximación al tema, puesto que los profesionales de la salud juegan un papel fundamental para insertar la anticoncepción hormonal de emergencia dentro de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. En este sentido, será de gran importancia la información clara y accesible que pueden ofrecer y las acciones que pueden desarrollar en las consultas.<sup>10</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes, y prácticas de los médicos y enfermeras en el primer nivel de atención del departamento de Matriz, en relación a la promoción del uso de la anticoncepción de emergencia?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Valorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos y enfermeras en el primer nivel de atención del departamento de Madriz, en relación a la anticoncepción de emergencia.

### **Objetivos específicos:**

1. Evaluar los conocimientos de los médicos y enfermeras en el primer nivel de atención del departamento de Madriz, en relación a la anticoncepción de emergencia.
2. Identificar las actitudes de los médicos y enfermeras en el primer nivel de atención del departamento de Madriz, en relación a la anticoncepción de emergencia.
3. Determinar las prácticas de los médicos y enfermeras en el primer nivel de atención del departamento de Madriz, en relación a la anticoncepción de emergencia.

## MARCO TEÓRICO

### **Anticoncepción de emergencia**

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección. La probabilidad de quedar embarazada por un solo coito sin protección a la mitad del ciclo menstrual es del 2 al 10 %.<sup>3</sup>

También conocida como “la píldora del día después”, pero este término no es adecuado, ya que debe ser iniciada lo antes posible (“horas después”), inmediatamente luego del coito no protegido y hasta 120 horas después<sup>3</sup>. Además, el término “emergencia” expresa claramente que la es un método de último recurso para prevenir el embarazo no deseado y no debe sustituirse por los métodos anticonceptivos regulares.<sup>1,7</sup>

### **Antecedentes acerca del uso de Anticoncepción de emergencia**

El primer caso documentado de su uso en seres humanos aparece recién en la década de los años 60, cuando médicos de los países bajos lo utilizaron en una niña de 13 años violada en la mitad del ciclo menstrual. En los primeros ensayos clínicos se usaron altas dosis de estrógenos (Haspels y col 1976), posteriormente se las reemplazó por altas dosis de anticonceptivos orales combinados conteniendo etinilestradiol y levonorgestrel (Yuzpe y col 1974). A esta combinación se la conoce como el método de Yuzpe. El uso de anticoncepción de emergencia con progestágeno levonorgestrel se propuso por primera vez en América Latina en 1973, siendo hoy el método de elección como anticoncepción de emergencia.<sup>10</sup>

### **Viene en dos formas:**

Pastillas y dispositivo intrauterino que libera cobre (DIU). Si bien el DIU ha demostrado ser más eficaz en prevenir el embarazo, su uso es más complicado, lo que a menudo actúa como elemento disuasivo.<sup>1, 10</sup>

La anticoncepción oral de emergencia está compuesta por las mismas hormonas que contienen los anticonceptivos hormonales orales de uso regular. Hoy en día la mayoría de productos son a base de levonorgestrel (un componente hormonal sintético).<sup>11</sup>

### **a) Métodos hormonales**

Tipos:

#### **Hormonales orales combinados:**

Estrógeno + Progestágeno (Método de Yuzpe):

1. Etinilestradiol 50 mcg. + Levonorgestrel 250 mcg. (Neogynon, Eugynon) o Etinilestradiol 50 mcg. + Norgestimato 500 mcg. (Ovral) por vía oral, tomar en dosis única 4 tabletas ó 2 tabletas cada 12 horas. Total 4 tabletas.
2. Etinilestradiol 30 mcg + Levonorgestrel 150 mcg. (Lo-femenal, Microgynon, Nordette) o Etinilestradiol 30 mcg. + Norgestrel 300 mcg. Tomar en dosis única 8 tabletas o 4 tabletas cada 12 horas. Total 8 tabletas.<sup>3</sup>

#### **Progestágeno solo:**

1. Levonorgestrel 0.03 mg (Microlut). Por vía oral, tomar en dosis única 50 tabletas ó 25 tabletas cada 12 horas.
2. Levonorgestrel 0.0375 mg (Ovrett). Tomar en dosis única 40 tabletas, ó 20 tabletas cada 12 horas. Total 40 tabletas.
3. Levonorgestrel 75 mg (PPMS, Postinor-2). Tomar en dosis única 2 tabletas o 1 tableta cada 12 horas. Total 2 tabletas.<sup>3</sup>

### **b) Dispositivos intrauterinos**

DIU T de Cobre, aplicar dentro de los primer cinco días posteriores a la relación sexual sin protección.<sup>3</sup>

## ¿Quiénes necesitan anticoncepción de emergencia?

Toda mujer en edad reproductiva podría necesitar, en algún momento, anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo no deseado. La anticoncepción de emergencia puede utilizarse en situaciones tales como: <sup>3,10, 12</sup>

1. Cuando no se ha usado ningún método anticonceptivo;
2. Cuando ha ocurrido una falla del método anticonceptivo o éste ha sido usado de manera incorrecta, incluyendo casos en que:
  - ✓ El condón se ha roto, deslizado o se ha usado de manera incorrecta.
  - ✓ La mujer ha olvidado tomar tres o más píldoras anticonceptivas orales combinadas consecutivas.
  - ✓ Ha habido un retraso de más de dos semanas en la administración de la inyección anticonceptiva de progestágeno solo (acetato de medroxiprogesterona de depósito o enantato de noresterona).
  - ✓ Ha habido un retraso de más de siete días en la administración de la inyección mensual combinada de estrógenos más progestágeno.
  - ✓ El parche transdérmico (o el anillo vaginal) se ha desplazado, ha habido un retraso en su colocación o se ha extraído antes de lo debido.
  - ✓ El diafragma (o el capuchón cervical) se ha desplazado o roto, o se ha extraído antes de lo debido.
  - ✓ El coito interrumpido ha fallado (por ejemplo, eyaculación en la vagina o en los genitales externos).
  - ✓ Una tableta (o una película espermicida) no se han derretido antes de la relación sexual.
  - ✓ Ha ocurrido un error en el cálculo del método de abstinencia periódica o no ha sido posible practicar la abstinencia en los días fértiles del ciclo.
  - ✓ Ha ocurrido una expulsión del DIU.
3. Cuando ha ocurrido una agresión sexual y la mujer no está protegida con un método anticonceptivo eficaz. <sup>3,12</sup>

**Mecanismo de acción:**

Depende del momento del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer cuando usa el método y de cuándo ocurrió la relación sexual no protegida.

**Período pre – ovulatorio:**

Impide o retrasa la ovulación a través de inhibir el desarrollo folicular, la maduración y expulsión del óvulo por parte del ovario. Se pierde la capacidad de llevar a cabo una ovulación adecuada.<sup>3</sup>

**Período post - ovulatorio:**

1. Altera la consistencia del moco cervical (lo vuelve más espeso) impidiendo el pase de los espermatozoides. Interfiere en el transporte y capacitación de los espermatozoides.
2. Altera el tránsito del semen, del óvulo o del huevo cigoto por las trompas.
3. Interfiere en otras funciones hormonales que se producen antes de la fecundación.
4. A nivel de ovario, perturba el cuerpo lúteo, alterando la producción de las hormonas necesarias (progesterona) para que se produzca el embarazo.
5. Los estudios no son concluyentes sobre si la anticoncepción de emergencia altera el endometrio impidiendo la implantación del óvulo fecundado.<sup>3</sup>

**Mecanismo de acción del Dispositivo intrauterino (DIU) como anticoncepción de emergencia:**

Actúa inhibiendo la fecundación, reduciendo el número de espermatozoides que alcanzan la trompa de Falopio en donde se encuentra el óvulo y perturba al mismo tiempo su movilidad. Por lo tanto la acción básica del DIU es interferir en la fecundación y no en la implantación.<sup>10</sup>

**Eficacia:**

La posibilidad de embarazo sin el uso de anticoncepción hormonal de emergencia se estima indirectamente utilizando datos publicados sobre la probabilidad de embarazo en cada día del ciclo menstrual. A modo de ejemplo se ha estimado que si 100 mujeres tienen relaciones sexuales en la segunda o tercera semana del ciclo menstrual 8 lograrán embarazarse; en cambio, con el uso habrá sólo 2 embarazos.<sup>11</sup>

- El régimen combinado (Yuzpe) tiene una eficacia del 74%.
- El régimen de la PPMS (Levonorgestrel) reduce la probabilidad de embarazo en un 85%.
- Esta eficacia es mayor si se administra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección.
- El DIU tiene una eficacia de hasta el 99%.<sup>2</sup>

**Forma de administración:****Hormonales:**

La toma de Anticoncepción hormonal de emergencia debe ser lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección o hasta los primeros cinco días (120 horas). El riesgo de embarazo aumenta con el tiempo a medida que se demora el tratamiento.<sup>3</sup>

Una vez que ocurrió la nidación endometrial, estos métodos no son eficaces. No deberán administrarse si la mujer ya está embarazada el índice de fallas es de uno en 500 a uno en 1000.<sup>3</sup>

**DIU T de cobre:**

El DIU T Cu debe aplicarse lo más pronto posible o hasta un máximo de 7 días posteriores a la relación sexual sin protección.<sup>3</sup>

El DIU que libera cobre puede resultar particularmente útil cuando la mujer está considerando su uso para una anticoncepción a largo plazo o cuando la mujer ya no puede utilizar los métodos hormonales porque han transcurrido más de 72 horas de la exposición.

Al usar un DIU con fines de anticoncepción de emergencia, deben observarse las mismas contraindicaciones que rigen para su uso regular.<sup>3</sup>

### **Efectos colaterales:**

Entre las mujeres que utilizan el método Yuzpe, el 50% presentan náuseas y el 20% vómito. En las que utilizan progestágenos solos, el 23% presenta náusea y el 6% vómito, éstos son los efectos más frecuentes.<sup>3,10</sup>

Para prevenirlos se aconseja tomar el método de anticoncepción de emergencia con algún tipo de alimento o tomar media hora antes un anti-emético (dimenhidrinato).<sup>3</sup>

Si vomita dentro de las primeras dos horas después de tomar la primera dosis, es necesario volver a tomar la misma dosis.<sup>3</sup>

Otros efectos secundarios son el aumento en la sensibilidad de las mamas, cefalea o sensación de mareo, estos efectos no duran más de 24 horas, se pueden tratar con analgésicos corrientes.<sup>3,10</sup>

Cuando se utiliza el DIU pueden presentarse cólicos abdominales que pueden tratarse con anti-espasmódicos, si la usuaria no desea continuar con el DIU, debe regresar a la unidad de salud cuando se presente su siguiente menstruación para retirarlo e iniciar otro método anticonceptivo si así lo desea.<sup>3</sup>

### **¿Existen contraindicaciones?**

De acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, no hay ninguna condición clínica en la cual los riesgos de utilizar superen los beneficios de su uso (categorías 1-2).<sup>10</sup>

## **Anticoncepción Hormonal de emergencia. Criterios de la OMS, 3ra ed. 2004**

<b>Condición</b>	<b>Categoría</b>
Violación	1
Lactancia	1
Historia de complicaciones cardiovasculares severas	2
Angina de pecho	2
Migraña	2
Enfermedad hepática severa	2
Uso repetido de AHE	1

### **¿Son seguras las píldoras Levonorgestrel?**

El uso es seguro para todas las mujeres, incluidas las adolescentes. Ha sido usado extensamente en varias formulaciones por más de 30 años y ha sido estudiado ampliamente en mujeres en edad reproductiva. Es bien tolerado, no se conoce que provoque alergias, se elimina del cuerpo en pocos días, no es adictivo y se ha demostrado que no produce reacciones tóxicas. No presentan riesgo de sobredosis y no tienen interacciones importantes con otros medicamentos ni contraindicaciones para su uso.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una sola dosis de levonorgestrel (1,5 mg) para uso de emergencia dentro de las 120 horas después de una relación sexual no protegida, el uso repetido no presenta riesgos conocidos para la salud. No se han reportado efectos adversos severos, ni en mujeres que han usado píldoras anticonceptivas de emergencia más de una vez en un ciclo menstrual.<sup>10, 13</sup>

Se usan desde hace varias décadas y las investigaciones actuales muestran que no se asocian con un incremento en el riesgo de cáncer.

Aunque los estrógenos usados en muchas píldoras anticonceptivas se asocian con cierto riesgo (muy bajo) de accidente cerebrovascular y tromboembolismo

venoso, especialmente en mujeres mayores de 35 años que fuman, estos riesgos no se asocian con el levonorgestrel.<sup>13</sup>

El levonorgestrel (un progestágeno), que no presenta ninguno de los riesgos asociados a las píldoras anticonceptivas que contienen progestágenos junto con estrógenos. La cantidad de la hormona activa administrada en un curso de las píldoras de emergencia es menos de la mitad de la que se administra en un ciclo de píldoras anticonceptivas de uso habitual (aunque la dosis en las píldoras mensuales se distribuye a lo largo de un periodo más prolongado).<sup>10, 13</sup>

### **¿Aumentan las píldoras anticonceptivas de emergencia de Levonorgestrel el riesgo de embarazo ectópico?**

No aumentan el riesgo de embarazo ectópico, una condición potencialmente peligrosa en la que un huevo fecundado se implanta fuera del útero. Una búsqueda exhaustiva de la literatura publicada, que ha evaluado 23 estudios sobre el uso de levonorgestrel, encontró que, de los 216 embarazos observados, menos del 1% (0.9%) eran ectópicos, lo que es menor o comparable a las tasas de embarazo ectópico en la población general. La tasa de embarazo ectópico es menor o similar a la esperada en los embarazos que sí se produzcan después del uso de las píldoras de anticoncepción de emergencia.<sup>13</sup>

### **¿El uso píldoras de levonorgestrel puede afectar la fertilidad en el futuro?**

El uso de anticoncepción hormonal, no tiene efecto en la fertilidad futura. Las píldoras de emergencia de levonorgestrel se eliminan del organismo en pocos días y las mujeres que han usado píldoras pueden quedar embarazadas después de cualquier relación sexual subsiguiente.<sup>10, 13</sup>

## **¿Pueden las píldoras de levonorgestrel dañar a un feto en desarrollo?**

Las píldoras no dañan a un feto en desarrollo si se toman por error durante un embarazo inicial. Un estudio que comparó el resultado de los embarazos en mujeres que usaron las píldoras durante el ciclo concepcional con el de mujeres que no las usaron encontró que no había diferencia en las tasas de aborto espontáneo, peso al nacimiento, malformaciones, o en la razón de sexos al nacer.<sup>3, 11, 13</sup>

## **Intervenciones para la anticoncepción de emergencia**

### **Nivel de primer contacto (atención primaria)**

El momento de administración es crucial para que la anticoncepción de emergencia sea efectiva. Por lo tanto, la anticoncepción de emergencia debería proporcionarse en el nivel de atención primaria, incluyendo consultorios privados, farmacias, departamentos de pacientes ambulatorios de los hospitales, así como centros de atención primaria, donde dicho método resulta de fácil acceso para las consumidoras potenciales.<sup>14</sup>

Para poder proporcionar la anticoncepción de emergencia en forma efectiva, los trabajadores de la salud necesitarán capacitación en las técnicas de asesoramiento y en el seguimiento adecuado de las usuarias. Deberá establecerse un sistema de distribución eficiente para el suministro regular de fármacos en este nivel. Existiría también la necesidad de asesorar a las mujeres sobre el uso de la anticoncepción periódica a fin de evitar más casos de anticoncepción de emergencia.<sup>14</sup>

### **Nivel del hospital de referencia (atención secundaria)**

En este nivel también sería necesario ofrecer anticoncepción de emergencia junto con servicios de asesoramiento relacionado. Además, este nivel necesitaría ofrecer servicios de abortos de apoyo para los casos que no respondan a la anticoncepción de emergencia. Las mujeres sometidas a un aborto inducido deben recibir asesoramiento sobre la anticoncepción habitual y de emergencia a fin de evitar embarazos no deseados en el futuro.

También será necesario que los trabajadores de la salud en este nivel participen en la capacitación de los trabajadores de la salud de zonas periféricas respecto a la provisión de anticoncepción de emergencia.<sup>14</sup>

### **En casa o en la comunidad**

La concienciación pública sobre la anticoncepción de emergencia en lugares de escasos recursos es baja. Por lo tanto, es necesario informar a la gente, especialmente a las mujeres, que existe la anticoncepción de emergencia como alternativa y que también existen varios métodos para ello. Con este propósito, se sugiere realizar campañas de concienciación pública en la comunidad sin olvidar la cultura local. Las mujeres deberían recibir información sobre la importancia de usar los métodos anticonceptivos modernos como anticoncepción periódica y la anticoncepción de emergencia como un método de apoyo.<sup>14</sup>

### **Abogacía por la anticoncepción hormonal de emergencia**

Las mujeres han sido las principales defensoras de la legalización y promoción por una razón: el argumento principal usado para ejercer presión política sobre los gobiernos y los funcionarios de salud ha sido que la anticoncepción hormonal de emergencia es una manera de reducir el número de abortos.

Lo cual es especialmente importante en los países donde el aborto es ilegal y a menudo conlleva consecuencias adversas para la salud. La abogacía en pro de la legalización y promoción debe centrarse en ciertos puntos clave:

En primer lugar, porque todos los métodos anticonceptivos tienen algún porcentaje de falla.

La OMS estima que aunque todas las mujeres utilizaran métodos anticonceptivos en forma correcta, ocurrirían cerca de 6 millones de embarazos no planificados por falla de dichos métodos.<sup>10</sup>

En segundo lugar, porque tener relaciones sexuales sin protección es un hecho del diario vivir de las personas, debido a razones múltiples y variadas.

En muchas ocasiones, el ejercicio de la sexualidad no es el resultado de una decisión libre. La violencia sexual, la intimidación, la coacción y todo ejercicio de poder para conseguir el dominio sexual son acciones vividas por mujeres en circunstancias en las que la relación sexual ocurre sin que estén protegidas. En cualquiera de estos ejemplos la incertidumbre frente a un posible embarazo, tiene un fuerte impacto en la salud mental de la mujer. A modo de ejemplo, se estima que en EE.UU. ocurren 32.000 gestaciones por año como resultado de violencia sexual. Cerca del 25% de las gestaciones, producto de los hechos antes mencionados, terminará en un aborto muchas veces realizado en condiciones de inseguridad, llevando anualmente a casi 67 mil mujeres a la muerte. Otra parte de esos embarazos será llevado a término, con posibilidades que la madre tenga dificultades para establecer un vínculo saludable con su hijo/hija. Esta situación tiene repercusiones a nivel individual, familiar y social.<sup>1, 10</sup>

En tercer lugar, porque millones de personas tienen necesidades no satisfechas de planificación familiar por falta de acceso a métodos anticonceptivos apropiados, de información y/o de apoyo suficiente para utilizarlos.<sup>10</sup>

La eficacia económica en forma de dosis altas de anticonceptivos orales cuesta poco y es una opción fácilmente disponible para la mayoría de las comunidades. En este caso las pastillas no se envasan como anticonceptivo de emergencia, de manera que los proveedores sepan de la posibilidad de usar anticonceptivos orales. Es más, el costo de los abortos (o la atención pos-aborto en el caso de complicaciones de los realizados ilegalmente) excede ampliamente el costo de proporcionar la anticoncepción de emergencia.<sup>1</sup>

### **El debate sobre la Anticoncepción de Emergencia**

Ha sido un tema polémico y a menudo divisivo en las Américas desde que este método anticonceptivo se hizo conocer públicamente.<sup>1</sup>

Si bien la anticoncepción de emergencia en forma de anticonceptivos orales está disponible en las Américas (en cualquier parte donde la anticoncepción es legal), el conocimiento de su existencia ni es común ni se fomenta (incluyendo gran parte de los Estados Unidos y Canadá).<sup>1</sup>

Aunque está incluida en las normas de planificación familiar de muchos países en la región, las píldoras prescritas específicamente están disponibles en solamente unos cuantos países. Para entender la respuesta social y política, se requiere que examinemos los argumentos principales utilizados en su denuncia:<sup>1</sup>

- ✓ El uso constituye aborto
- ✓ El uso promueve el comportamiento promiscuo (aumento en la actividad sexual)
- ✓ Causará que mujeres y hombres abandonen otros métodos regulares de anticoncepción

Los partidarios principales del primer argumento que constituye un aborto son la Iglesia Católica, los religiosos fundamentalistas y los políticos conservadores en muchos países. Aunque la doctrina de la Iglesia Católica afirma que un embarazo empieza con un óvulo fecundado, médicamente se considera que una mujer está embarazada cuando un óvulo fecundado se implanta en el recubrimiento de su útero y sólo entonces puede desarrollarse como un feto. La anticoncepción de emergencia no es un abortivo, por lo tanto no puede terminar un embarazo. Su función es prevenir la fecundación del óvulo previniendo la ovulación, u obstaculizando la función de los espermatozoides en la fecundación del óvulo.<sup>1</sup>

### **Actúa antes de la implantación del óvulo fecundado en el útero de la mujer**

Hasta el año 2005 existía la sospecha de que podría tener un efecto anti-implantatorio. Es decir, que podía interferir en la capacidad de un óvulo fecundado de anidar (implantarse en el endometrio), paso necesario para la favorable evolución del embarazo.

Este posible efecto podría ser considerado abortivo, en aquellos países en los que se considera que el embarazo se inicia con la fecundación (encuentro de óvulo y espermatozoide), en lugar de con la implantación (cuando un óvulo fecundado anida). Sin embargo, la evidencia recabada a lo largo de la última década ha permitido a la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmar que “una vez ocurrida la fecundación, no interfiere con el proceso de implantación en el endometrio del óvulo fecundado”. Está incluida en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.<sup>11</sup>

Para comprender cómo puede un método anticonceptivo prevenir un embarazo después del coito, es preciso conocer cómo ocurre la fecundación; esta no se da necesariamente en el momento inmediatamente posterior al coito. Los espermatozoides pueden sobrevivir dentro del cuerpo de la mujer hasta cinco días. El óvulo sólo puede ser fecundado durante 24 horas, desde el momento en que es liberado por el ovario. Por ello, la fecundación puede producirse a las pocas horas o hasta cinco días después del coito, o no producirse, en función de cuando ovule la mujer. La anticoncepción de interviene en ese lapso de tiempo que hay entre coito y fecundación. Si la fecundación se da antes de que se use la anticoncepción oral de emergencia, ésta no interfiere con el óvulo fecundado y por lo tanto, en ese caso falla en prevenir un embarazo.<sup>11</sup>

El DIU como anticoncepción de emergencia, actúa inhibiendo la fecundación, reduciendo el número de espermatozoides que alcanzan la trompa de Falopio en donde se encuentra el óvulo y perturba al mismo tiempo su movilidad.

Por lo tanto la acción básica del DIU es interferir en la fecundación y no en la implantación.<sup>3</sup>

No existe información que respalde el segundo y tercer argumentos ya que la anticoncepción de emergencia no es una práctica común en las Américas. Sin embargo, los estudios realizados en Europa no muestran prueba estadística alguna que la anticoncepción de emergencia o cualquier otro método anticonceptivo aumenta la actividad sexual entre los usuarios.<sup>13</sup>

**¿Pueden las mujeres comprender la información sobre las píldoras anticonceptivas de emergencia Levonorgestrel y usarlas correctamente si se ofrecen sin receta médica?**

El régimen es simple de seguir y no es necesaria supervisión médica para un uso correcto. Está aprobado para dispensarse sin receta médica en muchos países. Los resultados de investigaciones han demostrado que tanto las mujeres jóvenes como las adultas encuentran que las etiquetas e instrucciones son fáciles de entender. Las mujeres adolescentes y jóvenes que recibieron múltiples suministros en una misma oportunidad, no usaron las píldoras repetidamente en vez de métodos anticonceptivos de rutina.<sup>13</sup>

**¿La disponibilidad y el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia Levonorgestrel, conducen a mayor actividad sexual no protegida?**

Varios estudios han mostrado que facilitar el acceso a las píldoras de emergencia no aumenta las conductas sexuales o anticonceptivas de riesgo. Las mujeres que recibieron anticoncepción de emergencia de levonorgestrel solo, en un contexto de no emergencia (es decir, antes de necesitarla) presentaron una mayor probabilidad de usarla cuando la necesitaron y de tomarla dentro de 12 horas después de la relación sexual, período en que es más efectiva.<sup>13</sup>

Los resultados de un estudio realizado en el Reino Unido demostraron que no hay correlación entre el conocimiento sobre, o el acceso en las mujeres jóvenes, y la probabilidad de que se hicieran activas sexualmente.<sup>13</sup>

Además, las mujeres adolescentes y jóvenes que han usado las píldoras de emergencia no presentan un riesgo mayor de infecciones de transmisión sexual en comparación con las que nunca han usado anticoncepción de emergencia.<sup>13</sup>

Para responder a estas dos objeciones se debe poner el énfasis en la importancia que tiene un mercadeo adecuado de la anticoncepción de emergencia. Se le debe presentar a las mujeres como un resguardo o al menos como un recurso de última instancia cuando todo lo demás ha fallado.<sup>1</sup>

### **Sustento legal específico de la anticoncepción de emergencia**

Por ser un método anticonceptivo relativamente moderno, y por ser el único que tiene la capacidad de prevenir el embarazo después del coito, encontramos otros derechos en el fundamento legal. A saber:

#### **Derecho a disfrutar los beneficios del progreso científico**

Declaración Universal. Artículo 27.

Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.<sup>9</sup>

#### **Derecho de las mujeres una vida libre de violencia sexual**

La comunidad internacional ha reconocido el derecho de la mujer a estar libre de violencia, incluida la violación y otros tipos de violencia sexual.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993, representantes de 171 países declararon que “la violencia de género, así como todas las formas de acoso y explotación sexuales [...] son incompatibles con el valor y la dignidad humana y deben ser eliminadas”.

Los Estados deben tomar las medidas necesarias para proteger los derechos de las mujeres en este aspecto.<sup>11</sup>

Es el único método que tiene la capacidad de reparar la salud reproductiva de las mujeres que sufren una violación, es decir, de prevenir que la violación resulte en embarazo.<sup>9</sup>

Garantizar el acceso a anticoncepción hormonal de emergencia de las mujeres que han sufrido una violación es una medida esencial para reparar su salud, su salud reproductiva y su dignidad humana.<sup>11</sup>

#### **Compromisos de país a nivel internacional:**

La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: “Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”.<sup>9</sup>

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar.

- En Diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- En 1984 en la Ciudad de México, en la Conferencia Internacional sobre población; en 1985, en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer;
- En 1989, en Amsterdam en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI.
- En 1993, en Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.
- En 1994, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la comunidad Internacional acerca de los derechos de las personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Por primera vez los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos.

La calidad de vida y la planificación familiar fueron establecidos como principios fundamentales, así como se afirmó el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo ( párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995).<sup>3</sup>

## **¿Qué papel juegan los profesionales de la salud en términos de difusión y consejería en anticoncepción hormonal de emergencia?**

Los profesionales de la salud juegan un papel fundamental para insertar la anticoncepción hormonal de emergencia dentro de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. En este sentido, será de gran importancia la información clara y accesible que pueden ofrecer y las acciones que pueden desarrollar en las consultas.<sup>10</sup>

Entre los aspectos sobresalientes a incluir en la información y explicación, es importante la alusión a los siguientes temas:

- Que se puede evitar un embarazo luego de una relación sexual no protegida.
- Que debe ser administrada luego de la relación sexual y “cuanto antes mejor”.
- Que sirve de protección únicamente para “esa relación sexual”, pero no para relaciones sexuales posteriores durante ese ciclo, por ello se debe recomendar el uso de un método de barrera o bien abstinencia sexual hasta la próxima menstruación.
- Que no protege contra las ITS/VIH haciendo especial hincapié en el uso correcto y consistente del preservativo.<sup>10</sup>

### **Efectos secundarios posibles**

- Que la próxima menstruación puede no llegar en la fecha prevista y que un atraso de más de cinco días puede significar una falla del método, es decir un embarazo. En tal caso se le debe informar que la anticoncepción hormonal de emergencia no la perjudica a ella ni al embrión.<sup>10</sup>

### **Uso abusivo**

- Que su uso repetido no es aconsejable porque es menos eficaz que la anticoncepción de uso regular.
- Que no hay contraindicaciones en utilizarla más de una vez, salvo su menor efectividad, en relación a los métodos anticonceptivos de uso regular y las alteraciones del ciclo menstrual que suelen presentarse

## DISEÑO METODOLÓGICO

### Área de estudio:

El estudio se realizó en las unidades de salud de atención primaria ubicadas en los 9 municipios del departamento de Madriz (San Juan del río coco, Telpaneca, Palacagüina, Yalagüina, Somoto, Totogalpa, San Lucas, Las sabanas y San José de Cusmapa).

### Distribución del personal de salud en el primer nivel de atención en el Departamento de Madriz, según su formación (médicos y enfermeras) año 2013

Formación	Total	Participaron	
		Número	Porcentaje
Médicos graduados	24	19	79.1
Médicos en servicio social	25	18	72.0
Enfermeras graduadas	51	47	92.1
Enfermeras en servicio social	8	6	75.0
Total	108	90	83.3

### Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal en el primer nivel de atención del departamento de Madriz, en relación a la promoción de la anticoncepción de emergencia.

Para responder al objetivo del estudio se realizó una encuesta. La población de estudio estuvo constituida por los 49 médicos (de estos 25 en servicio social) y 59 enfermeras graduadas (de estas 8 enfermeras en servicio social) que trabajan en los centros y puestos de salud del Departamento de Madriz. Con este fin, se visitó cada uno de los nueve municipios que conforman el Departamento, los días en que toquen actividades de educación continua, un día por semana, cuando se reúne todo el personal, incluyendo el ubicado en los puestos de salud. La forma de responder al cuestionario será entregándoselo.

Se solicitó permiso verbal y por escrito a cada director de municipio para aplicar la encuesta de estudio a cada médico o enfermera.

**Aspectos éticos:**

El cuestionario fue anónimo, con participación voluntaria y se mantendrá confidencialidad.

**Fuente y obtención de los datos:**

**Fuente primaria:**

A través de entrevistas directas a los médicos y enfermeras de atención primaria en salud.

**Técnicas e instrumentos:**

Se diseñó un cuestionario en base a las variables del estudio tomando en cuenta las hojas informativas realizadas por la OMS, OPS y a la norma y protocolo de planificación familiar de Nicaragua.

**Procesamiento y análisis de datos:**

Se utilizó Microsoft Excel obteniendo tablas de datos y gráficos correspondientes, posteriormente se procederá a realizar el análisis de variables según los objetivos del estudio.

Para el análisis de las preguntas abiertas se tratará de identificar las respuestas comunes. Luego se contabilizó el porcentaje de miembros del personal que expresaron cada una de ellas.

## RESULTADOS

### Descripción de los participantes en el estudio

El cuestionario fue respondido por 90 de los 108 médicos y enfermeras que laboran en el primer nivel de atención, en el Departamento de Madriz. De los 18 que no participaron en el estudio, 15 no lo hicieron porque estaban ausentes cuando se recolectó la información (9 estaban de vacaciones o en subsidio y 6 andaban en trabajo de terreno); los otros 3 se negaron a participar. En el cuadro 1 se presenta información sobre la distribución del personal según su formación, y según su participación en el estudio.

**Cuadro 1: Distribución del personal de salud en el primer nivel de atención en el Departamento de Madriz, según su formación (médicos y enfermeras) año 2013**

Formación	Total	Participaron	
		Número	Porcentaje
Médicos graduados	24	19	79.1
Médicos en servicio social	25	18	72.0
Enfermeras graduadas	51	47	92.1
Enfermeras en servicio social	8	6	75.0
Total	108	90	83.3

## **Conocimientos sobre varios aspectos seleccionados de la anticoncepción de emergencia**

Existe un limitado conocimiento sobre las hormonas usadas en la anticoncepción de emergencia. Mucho más serio que lo anterior es el hecho de que sólo una minoría sabe las indicaciones para su uso, señaladas por las normas. También hay una debilidad en los conocimientos sobre seguridad de la anticoncepción de emergencia y sobre su efectividad. La mayoría sabe que su uso es permitido por la ley. Aproximadamente dos de cada tres médicos y enfermeras saben que la anticoncepción de emergencia está incluida en las normas de planificación familiar. Una minoría, sobre todo entre las enfermeras, sabe de la utilidad del DIU para la anticoncepción de emergencia. También una franca minoría del personal es la que tiene claridad de que el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia no es impedir la anidación del óvulo fecundado.

Los médicos mostraron mejores conocimientos sobre anticoncepción de emergencia que las enfermeras (cuadro 2).

**Cuadro 2: Porcentaje de médicos y enfermeras en el primer nivel de atención de Madriz, que sabían sobre determinados aspectos de la anticoncepción de emergencia. Año 2013.**

Aspectos del conocimiento	% que sabe		
	Todos (n=90)	Médicos (n=37)	Enfermeras (n=53)
Las tres hormonas utilizadas como AE: etinilestradiol, levonorgestrel y norgestrel	28.8	45.9	16.9
Conoce la hormona que se usa sola como AE (levonorgestrel)	66.6	83.7	54.7
Dosis única de levonorgestrel como AE (1.5 mg)	20.0	21.6	18.8
Tres indicaciones para anticoncepción de emergencia, según normas.	24.4	40.5	13.2
Su uso es seguro en las adolescentes	62.2	81.0	49.0
La disponibilidad y su uso, no conducen a mayor actividad sexual no protegida	28.8	54.0	11.3
No presentan efectos serios o duraderos	42.2	48.6	37.7
No aumentan el riesgo de embarazo ectópico	28.8	56.7	9.4
No puede dañar un feto en desarrollo	60.0	97.2	33.9
El DIU es muy efectivo como AE	35.5	62.1	16.9
Si vomita dentro de las primeras 2 horas después de tomar la primera dosis, debe tomar la misma dosis nuevamente	55.5	94.5	28.3
La AE no es prohibida por la ley de Nicaragua	88.8	100.0	81.1
La AE está incluida en la norma y protocolo de planificación familiar	66.6	81.0	56.6
El principal mecanismo de acción de las pastillas para anticoncepción no es impidiendo la implantación en el endometrio del óvulo fecundado	17.7	29.7	9.4

Si bien sólo 28.8% de los médicos y enfermeras pudo mencionar las tres hormonas que son eficaces como anticoncepción de emergencia, un buen porcentaje de ellos podían señalar al menos una o dos hormonas.

**Cuadro 3. Porcentaje de médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Matriz que pudieron reconocer, dentro de un listado de hormonas, aquellas de probada eficacia como anticoncepción de emergencia. Año 2013**

Hormonas	Porcentaje (N=90)
Levonorgestrel	86.6
Etinilestradiol	60.0
Norgestrel	44.4

Al pedirles que mencionaran las indicaciones que señalan las normas para el uso de la anticoncepción de emergencia, el 57.8% pudo señalar una o más de las tres indicaciones, y sólo 24.4% pudo mencionarlas todas (cuadro 4)

**Cuadro 4: Distribución porcentual de médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Matriz, según número de indicaciones que conocían para el uso de la anticoncepción de emergencia, según la norma nacional. Año 2013**

Número de Indicaciones conocidas	Porcentaje (N= 90)
Ninguna	42.2
1	11.1
2	22.2
3	24.4
TOTAL	100.0

La indicación más conocida para el uso de la anticoncepción de emergencia corresponde a las relaciones sexuales no protegidas, cuando la mujer no desea un embarazo, y la menos conocida fue la falla o uso incorrecto del método anticonceptivo (cuadro 5)

**Cuadro 5: Porcentaje de los médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Matriz que mencionaron determinadas situaciones que, de acuerdo a las normas, constituyen indicaciones para el uso de la anticoncepción de emergencia. Año 2013**

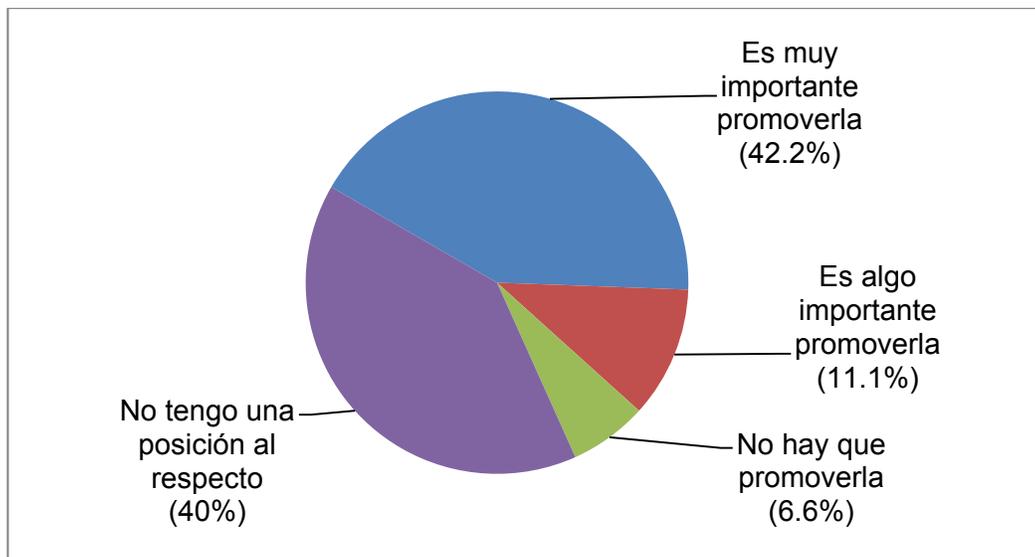
<b>Situaciones</b>	<b>Porcentaje (N=90)</b>
Relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo	48.8
Víctima de violación	37.7
Falló el método o uso incorrecto	28.8

Nota: 42.2% no mencionaron ninguna situación

## Actitudes sobre anticoncepción de emergencia

53.3% de los médicos y enfermeras considera que es algo importante o muy importante promover la anticoncepción de emergencia, buena parte no tiene una posición definida al respecto y una minoría se opone (gráfico 1).

**Gráfico 1: Distribución porcentual de 90 médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Matriz, según sus posiciones sobre la promoción de la anticoncepción de emergencia. Año 2013**

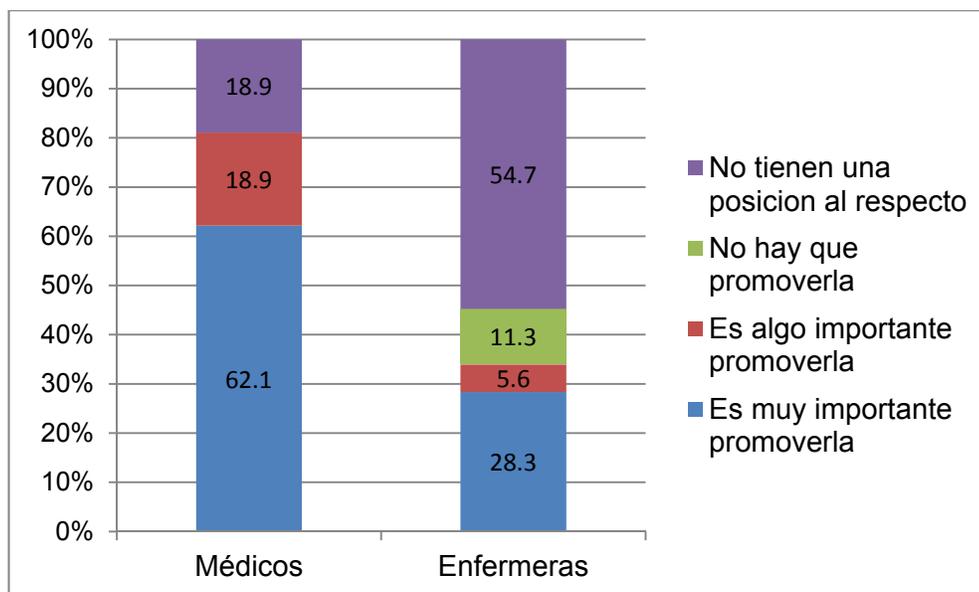


Al pedirles que razonaran sus actitudes hacia la promoción de la anticoncepción de emergencia, llama la atención aquellas que respaldan la falta de una actitud positiva, o bien, una actitud francamente negativa (los porcentajes están calculados sobre el total de los 90 médicos y enfermeras, y deben examinarse tomando en cuenta que algunas personas estarían repetidas, al haber mencionado más de una razón):

- Necesidad de más información sobre el tema: 13.3%
- Los adolescentes la tomarían como una oportunidad de tener mayor actividad sexual sin protección, mas riesgo de ITS/VIH (11.1%)
- La anticoncepción de emergencia no es efectiva para evitar un embarazo (7.7%)
- Las mujeres pueden utilizarlo como un método anticonceptivo (5.5%)
- Porque sus reacciones adversas son muy dañinas (5.5%)
- No está establecida en las normas del MINSA (3.3%).
- Provocaría fornicación, que es un pecado (1.1%)

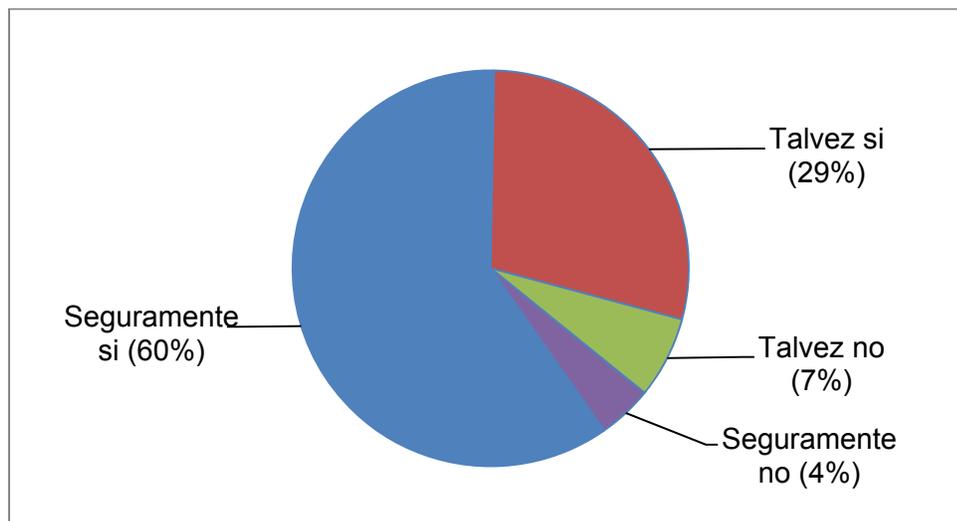
Los médicos muestran una actitud más favorable hacia la promoción de la anticoncepción de emergencia que las enfermeras; de hecho, todas las personas que opinaron que no hay que promoverla fueron enfermeras (gráfico 2).

**Gráfico 2: Distribución porcentual por separado de 90 médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Matriz, según sus posiciones sobre la promoción de la anticoncepción de emergencia. Año 2013**



Enfrentados médicos y enfermeras a la situación hipotética de que se les presentara un familiar o una persona muy querida con necesidad de anticoncepción de emergencia, la mayoría expresó que estarían dispuestos a recomendársela (gráfico 3).

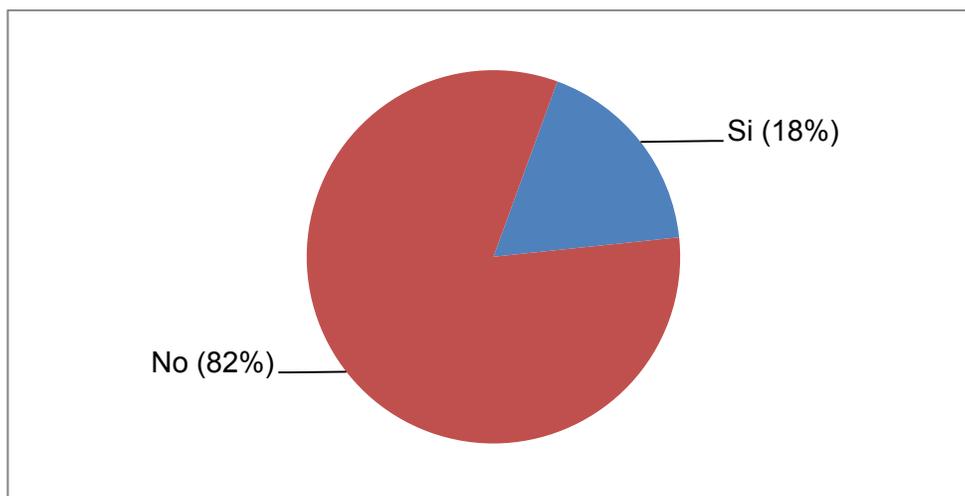
**Gráfico 3: Distribución porcentual de 90 médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Madriz según su disposición o no de recomendar el uso de anticoncepción de emergencia a una persona muy querida, si se presentara la necesidad. Año 2013**



## Prácticas sobre anticoncepción de emergencia

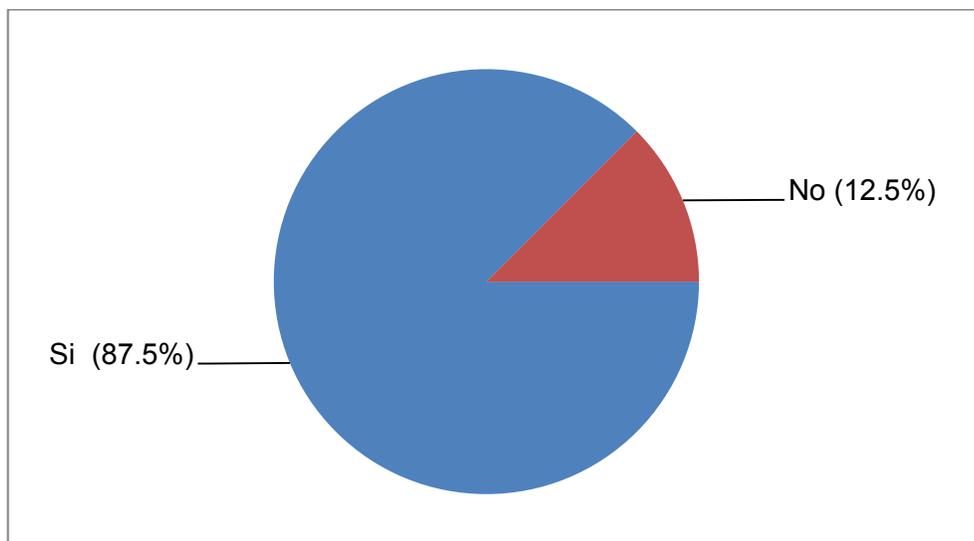
Una franca minoría de los médicos y enfermeras manifestó que se les han presentado casos donde está indicada la anticoncepción de emergencia (gráfico 4).

**Gráfico 4: Distribución porcentual de los 90 miembros del personal en el primer nivel de atención en Madriz, según si se les han presentado o no casos de mujeres en quienes estaba indicada la anticoncepción de emergencia. Año 2013**



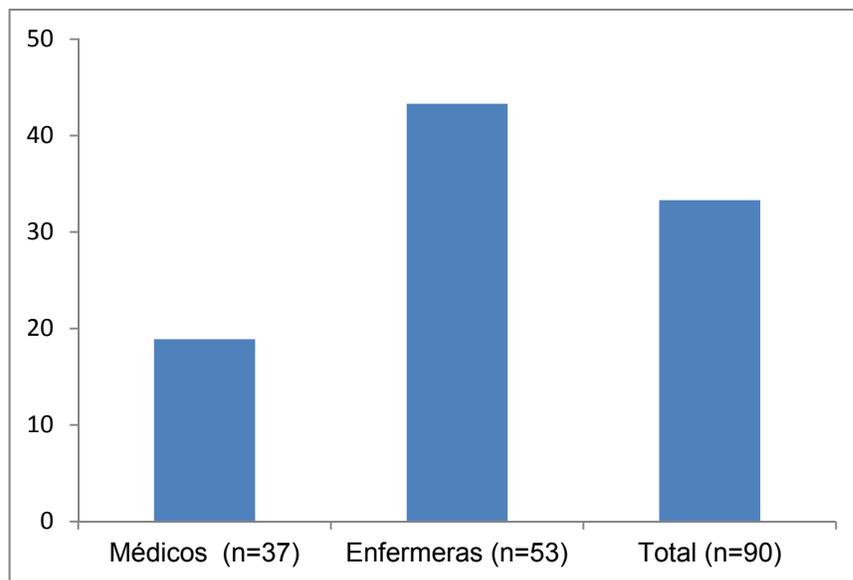
De los 16 médicos o enfermeras a quienes en el último año se les presentaron casos en que estaba indicada la anticoncepción de emergencia, la gran mayoría (87.5%) dieron información a las pacientes sobre la anticoncepción de emergencia y terminaron recetándola (gráfico 5). Siendo médicos quienes mas la indicaron (62.5%)

**Gráfico 5: Distribución porcentual de 16 médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Matriz según si brindaron o no información y receta de anticoncepción de emergencia, la última vez que se les presentó un caso. Año 2013**



En cuanto al desarrollo de actividades educativas sobre el tema, 30 (33.3%) de los médicos y enfermeras reportó haber realizado alguna vez este tipo de actividad; el personal de enfermería reportó un mayor involucramiento en las mismas, que los médicos (gráfico 8)

**Gráfico 6: Porcentaje de médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Matriz, que han realizado actividad educativa sobre anticoncepción de emergencia. Año 2013**



De los 30 médicos y enfermeras que reportaron haber realizado alguna vez actividades de información y educación sobre anticoncepción de emergencia, sólo 46.7% las han hecho durante los últimos 12 meses. En el gráfico 9 se presenta el número de veces que las han realizado.

**Cuadro 6: Distribución porcentual de 30 médicos y enfermeras del primer nivel de atención en Madriz que han realizado actividades de educación en relación a la anticoncepción de emergencia, según el número de veces que lo han hecho en los últimos 12 meses. Año 2013**

<b>Veces</b>	<b>% (N=30)</b>
Ninguna	53.3
1 – 2	26.6
3 – 4	6.6
≥ 5	13.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

## DISCUSIÓN

### **Conocimientos sobre varios aspectos seleccionados de la anticoncepción de emergencia**

La mayoría de los participantes conoce el uso del levonorgestrel solo, con fines de anticoncepción de emergencia, pero son pocos los que conocen la dosis con que se utiliza. Pocos también pudieron mencionar las 3 hormonas que son eficaces como anticoncepción de emergencia.

Sobre el mecanismo de acción de las hormonas usadas en la anticoncepción de emergencia ha habido bastante debate<sup>3</sup>, sin embargo, actualmente se da por un hecho que se basa en impedir la ovulación. En el presente estudio, se encuentra que sólo 17.7% de los médicos y enfermeras tiene claridad de que no basan su efecto en la interferencia en la implantación del óvulo fecundado. Cuando se cree que es este último el mecanismo de acción, puede derivarse una actitud negativa hacia el uso de este recurso, o al menos, a que no haya mucho entusiasmo hacia su promoción, pues se estaría provocando un “microaborto”, condenado por las iglesias. Se hace constar la deficiencia del cuestionario, de no haber preguntado explícitamente sobre el principal mecanismo de acción de las hormonas.

El hallazgo anterior coincide con estudios anteriores que, en general, reflejan gran desconocimiento del mecanismo de acción, y de su misma existencia, tanto entre proveedores y potenciales usuarias. En un estudio en Brasil, muchos gineco-obstetras sabían de la existencia de la anticoncepción de emergencia, pero no tenían conocimientos específicos.<sup>15</sup>

Aunque la mayoría de médicos y enfermeras consultados piensa que la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia conduce a mayor actividad sexual no protegida, los resultados de un estudio realizado en el Reino Unido muestran que no hay asociación entre el conocimiento y acceso a las píldoras de anticoncepción de emergencia de levonorgestrel en mujeres jóvenes, y la probabilidad de que se hicieran activas sexualmente<sup>13</sup>. Sin embargo, sería prudente realizar un estudio en nuestro medio, pues por razones culturales, religiosas, sociales y educacionales, los resultados podrían ser diferentes.

Hay debilidad en los conocimientos sobre la seguridad y efectos de la anticoncepción de emergencia, pues sólo seis de cada diez médicos y enfermeras consideran que su uso es seguro en adolescentes y que no causa daño a un feto en desarrollo; apenas 42% saben que su uso está libre de efectos serios o duraderos, y 28% conocen que no conduce a embarazos ectópicos. Una revisión cuidadosa de la evidencia muestra que las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo, son muy seguras. Los efectos secundarios son infrecuentes y generalmente leves. No causa aborto, previene el embarazo. Según definición Médica, científica técnica, el embarazo comienza cuando el embrión se ha implantado en el útero de la mujer.<sup>13</sup>

Un poco más de la mitad del personal examinado sabe que se debe repetir la dosis nuevamente, si se presenta vómito dentro de las primeras dos horas de administradas las pastillas. Para prevenirlo, la norma y protocolo de planificación familiar aconseja tomar las pastillas con algún tipo de alimento, o tomar un antiemético (dimenhidrinato) media hora antes de las pastillas. En este estudio no se indagó si el personal está al tanto de esta recomendación.

Existe en el personal poca conciencia sobre la utilidad del DIU como anticoncepción de emergencia, a pesar de su gran efectividad (tasa de falla inferior al 1%) y del mayor tiempo en que muestra efectividad, después de la relación sexual no protegida (5 a 7 días). Al respecto, en el estudio en Brasil, sólo el 8% de los gineco-obstetras indicó que recomendaría la inserción de un DIU<sup>15</sup>. Su uso más complicado seguramente actúa como elemento disuasivo.

La anticoncepción de emergencia no es prohibida por la ley en Nicaragua, y eso lo saben 8 de cada 10 participantes en el estudio. Sin embargo, resulta preocupante que uno de cada tres de ellos, ignore que su uso está contemplado en las normas del MINSA. En el estudio en Brasil, solamente el 12% sabía que la anticoncepción de emergencia era legal y que estaba incluida dentro de las normas del programa nacional de planificación familiar<sup>15</sup>, aunque cabe hacer notar, que cuando tal estudio se realizó, el uso de la anticoncepción de emergencia recién se había aprobado.

Debe ser motivo de preocupación el hecho de que 42% del personal examinado no conoce ninguna de las indicaciones señaladas por las normas, para la anticoncepción de emergencia, y que sólo el 24% pudo mencionar las tres indicaciones señaladas por las normas. Es especialmente lamentable el bajo nivel de conocimiento de su indicación en casos de violación, pues en estos casos la anticoncepción de emergencia es una medida esencial para reparar su salud reproductiva y su dignidad humana.<sup>11</sup>

Los conocimientos de médicos y enfermeras difieren considerablemente. En cada aspecto estudiado, los médicos mostraron mejor dominio. Diferencias en el currículo de cada carrera y el hecho de que las enfermeras suelen estar asignadas a programas específicos de atención, por ejemplo, PAI, programas de tuberculosis, y sólo se actualizan en el programa en que trabajan, podrían explicar las diferencias observadas entre médicos y enfermeras.

## **Actitudes**

Es llamativa la existencia de una amplia gama de actitudes hacia la promoción de la anticoncepción de emergencia, desde un extremo representado por 42% de los médicos y enfermeras que la consideran muy importante, hasta el extremo opuesto, en que 6.6% piensa que no se debe de promover. Entre ambos extremos, queda un 11.1% que piensa que es algo importante promoverla, y un 40% que no tiene definida una opinión al respecto.

La principal explicación para las actitudes dubitativas o contrarias a la promoción de la anticoncepción de emergencia parece radicar en la debilidad en los conocimientos. En efecto, uno puede deducir lo anterior a partir de observar que los médicos, que tienen conocimientos sobre el tema bastante superiores que los de las enfermeras, tienen actitudes más positivas, pero además, algunos así lo expresan, mientras que hay quienes basan su actitud en la consideración errónea de que la anticoncepción de emergencia tiene escasa efectividad, o que tiene efectos secundarios severos, o que su uso no está contemplado en las normas del MINSA.

Otra razón para no dar importancia a la anticoncepción de emergencia o para tener actitudes en contra de su uso, tiene consideraciones de orden moral. En efecto, algunos señalaron que la promoción de la anticoncepción de emergencia conduciría a mayor libertinaje sexual en la población, especialmente entre los adolescentes.

Esta reticencia entre el personal de salud hacia la promoción de la anticoncepción de emergencia ha sido identificada antes por la Organización Panamericana de la Salud; que señala que la existencia de la anticoncepción de emergencia en cualquiera de las formas, no garantiza que sea promovida por los proveedores de servicios de salud, ni que esté fácilmente accesible para la población<sup>1</sup>. Se ha encontrado que en muchos países, los proveedores rehúsan compartir esta información con las mujeres o sencillamente la desconocen. Como muestra de lo antes dicho, en un estudio se reporta que 7% de los médicos seleccionaban una alternativa que decía: “Yo no haría nada, porque estoy contra el aborto”, y el 3% indicó que “la amonestaría seriamente y le diría que si no estuviera embarazada, que regresara a buscar anticonceptivos”.<sup>15</sup>

Otra forma de explorar la actitud del personal de salud hacia la anticoncepción de emergencia fue preguntándoles si la recomendarían o no a una persona muy querida que la necesitara. En este caso, hubo una respuesta más positiva, pues 60% dijo que con seguridad lo harían y 29% que tal vez sí, mientras sólo 4% tienen seguridad de que no la recomendarían, y otro 7%, que quizás no lo harían.

## **Prácticas**

Una franca minoría de los médicos y enfermeras reportó que se les han presentado casos en que estaba indicada la anticoncepción de emergencia. Una importante preocupación es el hecho de que ellos mostraron marcadas limitaciones en el conocimiento sobre las indicaciones para la anticoncepción de emergencia. Bajo esta circunstancia, es de suponer que un regular número de mujeres que tenían necesidad de la misma, hayan pasada desapercibidas.

Por otra parte, la gran mayoría de médicos o enfermeras (87.5%) que identificaron casos de mujeres que necesitaban anticoncepción de emergencia, reportaron que les habían ofrecido información y que les habían hecho la prescripción respectiva.

Las actividades de información y educación realizadas por el personal de salud han sido pocas. Menos de la mitad lo ha hecho en los últimos 12 meses, y son principalmente las enfermeras, que como se ha visto, tienen conocimientos bastante limitados y actitudes débiles hacia la promoción de la anticoncepción de emergencia. Bajo estas condiciones, se puede esperar que la población de Matriz tenga escasa información sobre el método y sus características, y por lo tanto, que lo demande poco, aunque estén en alguna de las circunstancias en que está indicado su uso.

## CONCLUSIONES

- Nuestro estudio indica que los médicos y enfermeras en el primer nivel de atención en el Departamento de Madriz disponen de información insuficiente, y a veces errónea, sobre la anticoncepción de emergencia. Las deficiencias son más notorias en las enfermeras.
- Predominan ligeramente las actitudes positivas hacia el uso de la anticoncepción de emergencia, pues aunque sólo un poco más de la mitad del personal considera importante o muy importante su promoción, la gran mayoría se la recomendaría a un familiar o una persona muy querida que la necesitara. La resistencia hacia su promoción, e incluso actitudes francamente negativas, se fundamentan en creencias erróneas y en consideraciones de tipo moral. Las actitudes positivas fueron más frecuentes entre los médicos que entre las enfermeras.
- En relación a las prácticas, de las pocas mujeres que se han identificado como necesitando de la anticoncepción de emergencia, la gran mayoría recibió las orientaciones y la prescripción apropiada, según reporta el personal. Por otro lado, las actividades de información y educación a la población sobre este tema son pobres, debido a su baja frecuencia y calidad, esta última derivada del hecho de que quienes las realizan son principalmente las enfermeras. que tienen débiles conocimientos y actitudes sobre este servicio.

## RECOMENDACIONES

### **A médicos y enfermeras de atención primaria en salud**

1. Mejorar los conocimientos del personal sobre el tema, tomando como base la norma y protocolo de planificación familiar y la hoja informativa de la OMS sobre la seguridad de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo, de manera que se aclaren las preocupaciones acerca de este método y, por ende, esperar que se mejoren las actitudes y las prácticas en la mayoría de médicos y enfermeras.
  
2. Es importante reforzar la información y educación a la población que deben reforzar es la información y educación a la población sobre este tema, sobre todo de parte de los médicos, que son los que tienen mejores conocimientos y actitudes, de manera que las mujeres demanden el servicio cuando se les presente la necesidad, o para que lo busquen por su cuenta en las farmacias.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo sobre la Anticoncepción de Emergencia en las Américas. [Documento en internet]. Washington DC: OPS; 2001.  
[ acceso: 26 de febrero] Disponible en:  
<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/emergencycontraceptionsp.pdf>
2. Ortiz Marcela. Anticoncepción de Emergencia, El secreto mejor guardado. [Documento en internet]. Santiago [Chile]: Agenda Salud; Abril 2003.  
Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/15041Slage12.pdf>
3. Nicaragua. Ministerio de Salud. Norma y protocolo de planificación familiar. Dirección de atención integral a la mujer. Managua: MIINSA; mayo de 2008.
4. INIDE. Encuesta nicaragüense de demografía y salud. Managua: ENDESA; Junio 2008.
5. Blandón L. et al. Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante. En Resumen, Nueva York: Instituto Guttmacher; 2006. Disponible en:  
[http://www.guttmacher.org/pubs/2006/09/20/rib\\_Nicaragua2006-09.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2006/09/20/rib_Nicaragua2006-09.pdf)
6. Instituto Guttmacher. Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense. En Resumen. Nueva York: Instituto Guttmacher; mayo 2008.  
Disponible en:  
[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

7. Peláez Mendoza, Jorge. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. Editorial Ciencias Médicas: La Habana; 2000. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0138-600X20110003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0138-600X20110003&lng=es&nrm=iso)
8. Rodríguez Grau. Anticoncepción de emergencia. Fichas informativas. [s.l.]: lpas; 2001.
9. Ministerio de Salud. Manual de planificación familiar. Managua: MINSA; 1994.
10. Trumper Eugenia. Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007. Disponible en:  
[http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE\\_guia\\_profesionales%5B2%5D.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales%5B2%5D.pdf)
11. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. La anticoncepción oral de emergencia: el debate legal en América Latina / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José [Costa Rica]: IIDH, 2008. Disponible en:  
<https://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2008/Libro%203.%20Anticoncepcion%20oral.pdf>
12. OMS. Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N°244. OMS: Centro de prensa; Octubre de 2005. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS) Hoja informativa sobre la seguridad de las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel solo. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación: Suiza; 2010. Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.06\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_spa.pdf)

14. Mittal S. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia: Aspectos prácticos de la BSR (última revisión: 1 de noviembre de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en:  
<http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/smguid1/es/index.html>
  
15. Galvão Loren, Díaz Juan, Díaz Margarita, Osis María , Clark Shelley y Ellertso Charlotte. Anticoncepción de Emergencia: Conocimiento, Actitudes y Prácticas De los Gineco-Obstetras del Brasil. Brasilia; 1997. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2600200S.pdf>

## ANEXOS

### ENCUESTA

Conocimientos, actitudes y prácticas del personal en el primer nivel de atención de Matriz, en relación a la promoción del uso de la anticoncepción de emergencia.

#### **Su participación es voluntaria y sus respuestas son anónimas**

1. De las hormonas que a continuación se mencionan, por favor marque con una X las tres de probada eficacia en la anticoncepción de emergencia (por favor, no marque más de tres)
  - a. Etinilestradiol \_\_\_\_
  - b. Levonorgestrel \_\_\_\_
  - c. Norgestrel \_\_\_\_
  - d. Acetato de medroxiprogesterona \_\_\_\_
  - e. Desogestrel \_\_\_\_
  - f. Acetato de clormadinona \_\_\_\_
  - g. Acetato de ciproterona \_\_\_\_
  - h. Gestodeno \_\_\_\_
  - i. NO SABE \_\_\_\_
2. De las hormonas anteriores, ¿cuál es la que se usa sola en píldoras para anticoncepción de emergencia? Para responder, escriba la letra que identifica el producto en la pregunta anterior. Respuesta: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuántos miligramos de esta hormona se deben de administrar en total?  
Miligramos \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_ (99)
4. Mencione circunstancias en que está indicada la anticoncepción de emergencia, según la norma nacional:

Rsp__ V__
-----------

5. A continuación se presentan algunas frases sobre las Píldoras de levonorgestrel de una sola hormona y otras en relación a la anticoncepción de emergencia. Por favor, diga para cada una de ellas si las considera ciertas o falsas, o diga si no sabe:

Frases	No sabe	Cierta	Falsa
El uso es seguro para todas las mujeres, incluidas las adolescentes			
La disponibilidad y el uso , conducen a mayor actividad sexual no protegida			
El uso repetido no presenta riesgos conocidos para la salud.			
No presentan efectos secundarios serios o duraderos			
Aumentan el riesgo de embarazo ectópico			
Pueden dañar a un feto en desarrollo			
El DIU es muy efectivo como anticoncepción de emergencia.			
Si vomita dentro de las primeras dos horas después de tomar la primer dosis, es necesario volver a tomar la misma dosis.			
La anticoncepción de emergencia es prohibida por la ley en Nicaragua			
La anticoncepción de emergencia está incluida en la norma y protocolo de planificación familiar			
El principal mecanismo de acción de las pastillas para anticoncepción es impidiendo la implantación en el endometrio del óvulo fecundado			

5 ¿Ha realizado alguna vez alguna actividad educativa, por ejemplo, charlas, sobre anticoncepción de emergencia?

a. Si \_\_\_(1)

b. No \_\_\_(2) Pase a pregunta 7

6 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tocado el tema de la anticoncepción de emergencia en sus actividades educativas o de consejería para la población? Veces: \_\_\_

- 7 ¿Por qué no ha ofrecido información/educación sobre este tema?
- 8 ¿Alguna vez se le ha presentado una mujer en quien estaba indicada la anticoncepción de emergencia?  
Sí\_\_\_ (1) Siga con pregunta 9  
No\_\_\_ (2) Pase a pregunta 11
- 9 La última vez que se le presentó una mujer en quien estaba indicada la anticoncepción de emergencia, ¿le dio orientaciones sobre anticoncepción de emergencia?  
Si\_\_\_ (1)  
No\_\_\_ (2)
- 10 Esa vez, ¿le recetó anticoncepción de emergencia?  
Si\_\_\_ (2)  
No\_\_\_ (2)
- 11 Si a usted, o a una persona muy querida por usted, se le presentara una situación en que está indicada la anticoncepción de emergencia, ¿la usaría o recomendaría su uso?  
Seguramente sí\_\_\_ (1) Talvez sí\_\_\_ (2)  
Talvez no\_\_\_ (3); Seguro que no\_\_\_ (4)
- 12 ¿Cuál es su posición sobre la anticoncepción de emergencia?  
Es muy importante promoverla\_\_\_ (1)  
Es algo importante promoverla\_\_\_ (2)  
No hay que promoverla\_\_\_ (3)  
No tengo una posición al respecto\_\_\_ (4)

Por favor, razone su respuesta:

## Operacionalización de Variables

<b>Variables</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Indicador</b>
<b>Conocimientos</b>	Base teórica y conceptuales respecto a la anticoncepción de emergencia	Para cada pregunta en el cuestionario o para cada frase incluida en el cuestionario, porcentaje de médicos y enfermeras que la responde correctamente o que las identifica correctamente como ciertas o falsas
<b>Actitudes</b>	Estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un médico o enfermera ante la anticoncepción de emergencia.	Distribución porcentual de médicos y enfermeras, según sus respuestas a las preguntas relativas a su disposición de promover la anticoncepción de emergencia.
<b>Prácticas</b>	Conducta o respuesta establecida para una situación determinada.	Porcentaje de médicos y enfermeras que han mostrado determinadas prácticas incluidas en el cuestionario