

Anticoncepción de emergencia, evaluación de conocimiento en adolescentes

Emergency contraception, knowledge assessment in teenagers

Contracepção de emergência, avaliação de conhecimento em adolescentes

Ana Belén Palacios Beltrán

bellen_pab@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1655-6663>

Zoila Katherine Salazar Torres

zsalazart@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-7663-8049>

Lizette Espinosa Martin

lespinosam@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-3455-4437>

Universidad Católica de Cuenca, Cuenca-Ecuador

Recibido 15 de septiembre 2021 / Arbitrado y aceptado 27 de octubre 2021 / Publicado 19 de Febrero 2022

RESUMEN

El inicio sexual temprano, conlleva numerosos riesgos como embarazos precoces o enfermedades de transmisión sexual, abortos; por ello, la importancia de que los adolescentes conozcan la anticoncepción de emergencia, sobre todo, para la prevención del embarazo no deseado y las secuelas del aborto. **Objetivo.** Describir la anticoncepción de emergencia y la evaluación de su conocimiento en adolescentes. **Materiales y métodos.** Revisión sistemática, basado en criterios de inclusión y exclusión, se realizó la búsqueda de documentos entre los años 2020 y 2021, de las bases de datos PubMed, Cochrane, Science Direct, Redalyc, Scielo. Se usaron las palabras clave de los DeCS y MeSH; además, se utilizó los operadores booleanos AND, OR. Se obtuvieron 18 artículos para elaborar esta investigación. **Resultados.** El uso de anticoncepción de emergencia (AE) varía entre el 10,6% hasta un 60% en dependencia de la población estudiada, además, gran parte de los factores de rechazo radican en una desinformación acerca de su mecanismo de acción y a la estigmatización de la misma, el cual es visto como un método abortivo. El nivel de conocimiento acerca de la AE es baja, destacando factores como el hecho de asistir a un colegio de menor nivel académico y ser inmigrante, los que se asocian con un menor conocimiento de la misma. **Conclusiones.** Pese a los esfuerzos por garantizar una salud sexual y reproductiva los niveles de conocimiento sobre el AE son bajos, siendo reflejado en la prevalencia de utilización y en los factores que limitan su adquisición y uso.

Palabras clave: Adolescencia; Anticonceptivos; Anticonceptivos Poscoito; Anticonceptivo de emergencia; Conocimiento

ABSTRACT

Early sexual initiation carries numerous risks such as early pregnancy or sexually transmitted diseases, abortions; therefore, it is important for adolescents to know about emergency contraception, especially for the prevention of unwanted pregnancy and the sequelae of abortion. **Objective.** To describe emergency contraception and the evaluation of its knowledge in adolescents. **Materials and methods.** Systematic review, based on inclusion and exclusion criteria, we searched for documents between 2020 and 2021, from PubMed, Cochrane, Science Direct, Redalyc, Scielo databases. DeCS and MeSH keywords were used; in addition, the Boolean operators AND, OR were used. Eighteen articles were obtained to prepare this research. **Results.** The use of emergency contraception (EC) varies from 10.6% to 60% depending on the population studied. In addition, a large part of the rejection factors lie in misinformation about its mechanism of action and its stigmatization, which is seen as an abortive method. The level of knowledge about EC is low, with factors such as the fact of attending a school with a lower academic level and being an immigrant being associated with a lower level of knowledge. **Conclusions.** Despite the efforts to guarantee sexual and reproductive health, the levels of knowledge about EC are low, being reflected in the prevalence of use and in the factors that limit its acquisition and use.

Key words: Adolescence, contraceptives, post-coital contraceptives, emergency contraception, knowledge

RESUMO

A iniciação sexual precoce acarreta inúmeros riscos, como gravidez precoce ou doenças sexualmente transmissíveis, abortos; portanto, é importante que as adolescentes estejam cientes da contracepção de emergência, especialmente para a prevenção da gravidez indesejada e das consequências do aborto. **Objetivo.** Para descrever a anticoncepção de emergência e a avaliação de seus conhecimentos em adolescentes. **Materiais e métodos.** Revisão sistemática, baseada em critérios de inclusão e exclusão, pesquisamos documentos entre 2020 e 2021, nas bases de dados PubMed, Cochrane, Science Direct, Redalyc, Scielo. Foram utilizadas as palavras-chave DeCS e MeSH; além disso, foram utilizados os operadores Booleanos AND, OR. Dezoito artigos foram obtidos para esta pesquisa. **Resultados.** O uso da anticoncepção de emergência (CE) varia de 10,6% a 60% dependendo da população estudada. Além disso, uma grande parte dos fatores de rejeição reside na desinformação sobre seu mecanismo de ação e sua estigmatização, o que é visto como um método abortivo. O nível de conhecimento sobre CE é baixo, com fatores como o fato de frequentar uma escola com um nível acadêmico inferior e ser um imigrante sendo associado a um nível de conhecimento inferior. **Conclusões.** Apesar dos esforços para garantir a saúde sexual e reprodutiva, os níveis de conhecimento sobre CE são baixos, como refletido na prevalência do uso e nos fatores que limitam sua aquisição e uso.

Palavras-Chave: Adolescência; contraceptivos; anticoncepcionais pós-coito; contracepção de emergência; conhecimento

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años (1); es un periodo crítico, donde pasan de ser dependientes a ser sujetos responsables; la salud y las opciones sexuales de los adolescentes durante este periodo determinan en gran medida su futuro. De hecho, las mejoras en el estado de salud sexual y reproductiva de una región a lo largo del tiempo dependen del grado en que los gobiernos inviertan en la salud sexual de los adolescentes (2). En términos de salud sexual y reproductiva,

los adolescentes son considerados una población de alta vulnerabilidad. Los riesgos y consecuencias negativas de las relaciones sexuales no protegidas en los adolescentes son motivo de preocupación mundial (1).

Aunque los proveedores de salud suelen centrarse en los cambios físicos de la adolescencia, son igualmente significativos los cambios en el desarrollo, incluida la sexualidad emergente y en evolución continua. Los adolescentes adquieren una gran conciencia de sí mismos como seres humanos sexuados y de género, incluso al principio de la adolescencia (3).

Las relaciones sexuales son habituales entre los adolescentes (3), como lo manifiesta el estudio de Alfaro *et al.*, (4) realizado en España, donde valoraron a adolescentes entre 13 a 18 años, evidenciando que la edad de inicio de la actividad sexual se sitúa entre los 15 y 16 años (50,9%). Según el estudio de Finer en el año 2013, en Estados Unidos (EEUU) un 48% de los que tenían 17 años, el 61% de los de 18 años y, el 71% de 19 años, declararon haber mantenido alguna vez relaciones sexuales (3). En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2012, reportó un incremento del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual: 23% comparado con 15% del 2006 (1).

De forma general, la educación sexual ha carecido de una visión integral, no existe una cultura de prevención desde el punto de vista de los derechos sexuales y reproductivos, salud sexual o equidad de género y, las consecuencias de esta insuficiencia se observan en los indicadores de salud (1), El

embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son importantes problemáticas sociales que afectan las trayectorias de vida de miles de niñas y adolescentes en América Latina, especialmente en la subregión Andina. Los efectos de estos fenómenos son múltiples y complejos que se traducen tanto en términos educativos como laborales, económicos y sanitarios (4,5).

La tasa de embarazos en adolescentes de EEUU continúa siendo una de las más altas del mundo desarrollado y un problema de salud pública considerable. Cada año, 615.000 mujeres de entre 15 y 19 años se embarazan y, el 82% de estos embarazos no son deseados (3,6). África subsahariana contribuye con el 50% de la tasa mundial de natalidad en adolescentes, así como el 23% de la carga de enfermedades asociadas al embarazo y a la mala salud infantil y materna (2). El embarazo adolescente en México tiende al alza, en el 2011 nacieron 2,58 millones de niñas y niños, de ellos 473 mil de madres menores de 19 años de edad. Esta cifra equivale a 18,4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 nacidos vivos en el 2011 es de madres adolescentes (1).

En Ecuador, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, el 39,2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado una vida sexual activa, cifra que ha aumentado en comparación con mediciones de 2004 y que debe ser atendida por los riesgos que están asociados a ella, tales como la mayor exposición a infecciones de transmisión sexual o la probabilidad de embarazo (7). En cuanto las niñas menores de 14 años, de

acuerdo con la misma encuesta, ocho de cada 100 adolescentes en esa edad se quedaron embarazadas de personas mayores a 30 años y el 80% de embarazos en esa edad, fueron fruto de violencia sexual. Esto tiene efectos sobre el desenlace de sus trayectorias educativas, entre los que se destaca la desafiliación escolar (5).

En un estudio ecuatoriano, Velastegui *et al.*, (8) manifestaron que el 28% de complicaciones en embarazos adolescentes fue por aborto y el 23% se hospitalizaron por: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infección de vías urinarias, oligohidramnios y ruptura prematura de membrana, entre otras. La histerectomía y hemorragia postparto que correspondió al 1%. En los recién nacidos, el 12 % presentó complicaciones, siendo el 6% distrés respiratorio.

MÉTODO

Estudio descriptivo, de revisión bibliográfica, se incluyeron las bases de datos PubMed, Cochrane, Science Direct, Redalyc, Scielo y Medigraphic, desde 01 de enero del 2016 hasta el 25 de mayo del 2021, se incluyeron bibliografía en los idiomas inglés y español. Se aceptaron artículos científicos: meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios de cohortes. Se excluyeron cartas editoriales, publicaciones en congresos, erratas, tesis de pregrado (literatura gris). Se diseñaron búsquedas concatenadas para las bases de datos, utilizando una estructura de búsqueda en términos del Medical Subject Headings (MeSH)

para bibliográfica en inglés y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para bibliografía en español. Mediante el método STROBE (16), se evaluó y seleccionó los diferentes artículos de rigor científico, los cuales deben cumplir especificaciones de los criterios de inclusión/exclusión y, de los cuales se extrajo en forma resumida las partes principales de cada uno, siendo estos: autor/es, año, diseño, número participantes y resultados.

Todo este proceso de la selección de estudios se hizo constar en un diagrama de flujo, que estratifica la pérdida de estudios en la identificación-cribado-elegibilidad-selección de los artículos científicos.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

En la búsqueda de documentos se obtuvo 388 artículos, se recopilaron 329 de la base de datos de Pubmed, 39 de Science Direct, Redalyc 14, Scielo 5 y Medigraphyc 1. Se eliminaron 25 archivos por ser duplicados. Posterior a la revisión de las fichas bibliográficas se eliminaron 345 artículos por no cumplir con los criterios de inclusión. Los 18 artículos restantes fueron estudiados y aceptados para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

IDENTIFICACIÓN	Registros identificaos por la búsqueda bibliográfica. P: unwanted pregnancy I: Contraception emergency C: adolescents O: Contraception	Base de datos de Pubmed 329, Science Direct 39, Redalyc 14, Scielo 5 y Medigraphyc 1.
CRIBADO	Registros después de remover duplicados (n = 365)	Artículos duplicados (n = 25) Excluidos por ser otro tipo de documentos (n = 295)
ELEGIBILIDAD	Textos completos (n = 68)	Excluidos, por no tener características de los objetivos del estudio (edad, PAE) (n = 50)
INCLUSIÓN	Artículos que cumplieron criterios inclusión (n = 18)	Scimago Journal Rank: Q1 = 13, Q2 = 13, Q3 = 5, Q4 = 7.

Gráfico 1. Diagrama de flujo de artículos seleccionados.

La adolescencia se caracteriza por tratarse de un periodo de desarrollo y crecimiento, particularmente en el área de la afectividad y la sexualidad. Aunque el desarrollo afectivo-sexual tiene lugar a lo largo de toda la vida, en esta etapa se dan importantes cambios en la persona. Muchos adolescentes comienzan a tener sus primeras relaciones sexuales en estas edades, entrañando numerosos riesgos para la salud y el bienestar general, como embarazos precoces, ETS, las relaciones sexuales forzadas, los sentimientos de decepción o arrepentimiento ante las relaciones sexuales (4), los costes emocionales, médicos y económicos de estos riesgos subrayan la importancia de estudiar la iniciación sexual en la adolescencia y sus elementos asociados.

Los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva eran escasos entre los adolescentes en China según el estudio de Lim *et al.*, (29), donde solo el 43% declaraba utilizar sistemáticamente el preservativo y el 28% utilizaba actualmente otra forma de anticoncepción moderna. En el último año, el 76% había declarado haber realizado una consulta sobre anticoncepción, pero solo el 27% declaró haber recibido alguna vez información sobre salud sexual y reproductiva en un servicio de salud. De manera aún más baja se detectó que el uso de anticonceptivos fue del 12%, según el estudio de Ganle *et al.*, (33).

Villalobos *et al.*, (34) destacan que en las adolescentes de 15 a 19 años la posibilidad de uso consistente de método anticonceptivo modernoseincrementó7.0vecesenrelacióncon

las de menor edad. El no haberse embarazado y asistir a la escuela incrementó la posibilidad de uso consistente en 2,8 veces. En el caso de los hombres, asistir a la escuela incrementó al doble la posibilidad de uso consistente de preservativo. Según Milkowski *et al.*, (25) entre 2006 y 2017, el 10% de las mujeres rurales y el 19% de las urbanas que habían tenido relaciones sexuales declararon haber usado alguna vez píldoras anticonceptivas. Entre las mujeres rurales, el uso de AE aumentó del 6% en 2006-2008 al 15% en 2015-2017; entre las mujeres urbanas, el uso de AE aumentó del 11% al 27%, y el uso de la AE por parte de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales al menos una vez ha aumentado, pasando del 8% en 2002 al 22% en 2011-2013 (35).

Yen *et al.*, (21) destacan que las mujeres adolescentes (86%) informaron de que había “oído hablar de la anticoncepción de emergencia” en mayor medida que los hombres (70%), destacando el uso los AE frente al preservativo en el 52,2% según el estudio de Yeboah *et al.* (22). El uso de AE varía acorde a los diferentes realidades sociales, donde se ven inmiscuidas variables socio-demográficas, económicas, culturales, etc., según los estudios de Roter mann M., *et al.*, (20), Williams *et al.*, (24), Babatunde *et al.*, (19), Guleria *et al.*, (17), Monteiro *et al.*, (23) y Olsen *et al.*, (18), las prevalencias de su uso varían desde 10,6%, 25,6%, 30,4%, 33,9%, 56,7% hasta 60% respectivamente. Con una media de uso de 3,5 veces (6).

Destacan varios factores para la utilización de AE, aludiendo que a menor edad de inicio

de las relaciones sexuales (OR 1,29) (17), tener algún nivel de educación secundaria, no estar casada y ser madre se asociaron con el uso de anticonceptivos modernos (entre ellos la AE) (36), donde su uso es promovido por la facilidad de acceso y administración, la experimentación de efectos secundarios mínimos, la percepción de una alta eficacia (6), problemas de cumplimiento con los otros anticonceptivos orales (18) o los preservativos (22) y el deseo de un método anticonceptivo discreto (6), se anexan otros factores en su uso como agresión sexual y relaciones sexuales sin protección (18,23).

Olsen *et al.*, (18) ponen de manifiesto que las variables que se asociaron al uso de la AE fueron la edad y el número de parejas sexuales. Las probabilidades de su uso eran mayores para las mujeres de 18 a 19 años que para las de 15 a 17 años (OR: 2,05) y para quienes tenían de 2 a 3 parejas sexuales (OR: 2,77) o más de 3 parejas (OR = 11,12) en comparación con las que declaraban tener una sola pareja. Guleria S. *et al.* (17) destacan que el uso de AE se asoció a un mayor nivel de estudios (OR 2,09) y a ser soltero (OR 3,17), además, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo aumentaron las probabilidades de uso de AE. El tener una nueva pareja en los últimos 6 meses (≥ 3 parejas: OR 6,44) a falta de uso del preservativo con una nueva pareja reciente (OR 1,42), también se asociaron con el uso de AE (17).

En época de pandemia, Thomson *et al.*, (37) estudiaron la COVID-19 y salud sexual de los jóvenes confirmando un gran descenso de

las asistencias en todos los rangos de edad en todos los entornos tras el confinamiento, en consonancia con la rápida reconfiguración de los servicios de salud durante la respuesta a la COVID-19. En los menores de 18 años se produjo una reducción desproporcionada de las asistencias en comparación con los mayores de 18 años, y esta discrepancia fue especialmente marcada en el entorno rural. Demostrando además que, durante las primeras 6 semanas de cierre, ningún menor de 18 años buscó AE (reducción del 100%). En los pacientes de 18 años o más, se observaron descensos menores (80% y 84%) en los que buscaban AE.

Además, en la actual crisis migratoria mundial, abordar las disparidades en el conocimiento y el acceso a la anticoncepción, así como los comportamientos sexuales de alto riesgo en situaciones de refugiados, es importante para reducir las desigualdades en los resultados de salud reproductiva y garantizar tanto la cobertura sanitaria universal como la justicia sanitaria mundial. La educación y el asesoramiento en materia de sexo y anticoncepción, la formación en autoeficacia y la adquisición de habilidades son necesarios para ayudar a las adolescentes y jóvenes refugiados a negociar y practicar el sexo seguro y a resistir las presiones sexuales (33).

Al centrarse en el uso de la AE entre los adolescentes, hay que tratar de comprender la toma de decisiones en materia de anticoncepción que contribuye a su uso, además, en las creencias en torno al riesgo de

embarazo (6). Yeboah *et al.*, (22) y Rokicki S., *et al.*, (28) destacan que alrededor del 93,8% prefieren el preservativo a la AE por miedo a contraer ETS y el 87,5% mencionaron el miedo a los efectos secundarios, como cambio del ciclo menstrual. Algunas mencionaron efectos secundarios como prurito vaginal, mientras que otras incluso creen que puede causar candidiasis. De manera semejante Kaller *et al.*, (26) afirman que entre las causas de rechazo está la percepción de que los AE pueden perjudicar algo en su sistema, afectar a la fertilidad y que el AE no impida el embarazo de forma eficaz.

La “estigmatización” ha sido identificada como una de las barreras a la AE, según el estudio de Eastham *et al.*, (27), la cual se deriva de la asociación con un comportamiento irresponsable. Además, a pesar de no ser un abortivo, el AE puede estar estrechamente relacionado con el aborto, lo que significa que pueden ser percibidas como “mujeres malas” de forma similar a las que buscan el aborto. Este estigma puede disuadir a las adolescentes de buscar la AE cuando la necesitan. Esta aseveración se confirma en el estudio de Williams *et al.* (32) donde afirmaron que en un 60% de los adolescentes encuestados el AE funciona provocando un aborto espontáneo.

Como se aprecia, muchos de los factores de rechazo de los AE son basados en creencias o desinformación sobre su mecanismo de acción o utilización. Según Chofakian *et al.*, (30) y Arisukwu *et al.*, (31), Babatunde *et al.*, (19) y Lim *et al.*, (29) concluyen que pocos adolescentes están bien informados sobre AE y que muchos

albergan ideas erróneas persistentes, donde apenas un 14,5% y 27,8% de los adolescentes presentan un buen nivel de conocimientos acerca de AE. Según Arisukwu *et al.*, (31) en las escuelas solo para mujeres, el 19,4% de los encuestados tenía un buen conocimiento de los AE, en comparación con el 9,2% de los encuestados de las escuelas mixtas que tenían ese nivel de conocimiento.

La mayoría de los adolescentes están conscientes de que las AE son más eficaces cuando se utilizan lo antes posible. Pero están mal informados en cuanto al mecanismo de acción de la AE, ya que el 60% afirman que funciona provocando un aborto espontáneo (21). Además, el 68,2% pensaba que el uso de AE afectaría negativamente a su fertilidad futura (32), una minoría estaba informado de que la anticoncepción de emergencia podía comprarse sin receta médica, independientemente de la edad o el sexo (44,3%) y que no es necesario el consentimiento de los padres (27,7%) (21,24).

Así, los factores que determinaron una mayor puntuación en el conocimiento de la anticoncepción de emergencia fueron: estudiar en la escuela pública, ser mayor en edad, ser mujer, haber iniciado la vida sexual y haber utilizado AE antes, y conocer a alguien que ya había utilizado AE (30), los antecedentes de uso de la AE de levonorgestrel (LNG) se asociaron con una mayor probabilidad de comprender el mecanismo de acción y los efectos secundarios de la AE (24) y la probabilidad de obtener información sobre la AE con los amigos se triplica entre los 15 y los 19 años (OR = 3,18)

(23), mientras que Rosen *et al.*, (38) afirman que el hecho de asistir a un colegio de menor nivel académico y ser inmigrante se asoció con un menor conocimiento sobre AE. Este resultado confirma que el nivel de conocimiento se relaciona positivamente con el estatus socioeconómico (30).

El coste, la desinformación sobre las restricciones de edad en la venta libre y la falta de voluntad de algunos farmacéuticos para facilitar el uso de la AE por parte de los adolescentes son obstáculos. Informar a los adolescentes sobre la AE y darles por adelantado una prescripción de una presentación oral apropiada de AE puede disminuir las barreras y aumentar la probabilidad de que la usen cuando la necesiten (39), Castro *et al.* (40) manifiestan en su estudio que el acceso a la información sobre anticoncepción en farmacias y clínicas es alto, pero la calidad de los servicios de anticoncepción es pobre y no es equitativa, favoreciendo a los adolescentes mayores y no indígenas.

Según el estudio de Ferreira *et al.*, (41) las mujeres se preocupan más por la anticoncepción, la AE y el embarazo, mientras que los hombres preguntan por las ETS, la salud sexual general y el placer. Estos resultados son importantes para los profesionales de la salud, responsables políticos y dirigentes gubernamentales. Debido a que la principal fuente de primeros conocimientos sobre la AE fueron los trabajadores sanitarios y los hospitales, seguidos de los medios de

comunicación de masas (televisión y radio) (19), y en la época actual, el internet es la fuente más importante de información sobre anticoncepción (42).

Aunque la mayoría de los adolescentes tienen conocimientos sobre la anticoncepción y el uso del preservativo, todavía persisten ideas erróneas. Estas ideas erróneas exponen a muchos adolescentes a un mayor riesgo de embarazo e ETS, lo que es perjudicial para su salud y bienestar, debiendo realizarse esfuerzos establecidos a través de intervenciones educativas y de cambio de comportamiento en las escuelas y dentro de las comunidades para desmentir las ideas erróneas que persisten sobre la anticoncepción, incluido el uso del preservativo, y educar adecuadamente a los adolescentes sobre las prácticas sexuales seguras (43).

A pesar del compromiso de los gobiernos, persiste una tasa alarmantemente alta de embarazos no deseados entre las adolescentes. Estos embarazos no deseados están asociados a un bajo nivel de uso de anticonceptivos, que se enfrentan a una importante discriminación y desigualdad a la hora de acceder a la información y los servicios de anticoncepción, incluida la información específica sobre dónde y cómo acceder a los AE. Esta situación se opone a la constatación de que el acceso incondicional y sin trabas a los AE es una herramienta importante para proteger a las adolescentes de las enfermedades sexuales y de la mortalidad y/o morbilidad maternas (2).

CONCLUSIÓN

El uso de anticonceptivos de emergencia varía en cada realidad poblacional estudiada, con prevalencias distintas en cada estudio identificado. Pero su uso ha ido en aumento conforme el paso del tiempo, donde su fácil acceso y administración su ha adquirido relevancia para este grupo etario.

Los factores de rechazo son múltiples que se surgen de una falsa información y estigmatización acerca de su mecanismo de acción, convirtiéndose en una poderosa barrera para el uso de la AE debido a la importancia social de la responsabilidad y las expectativas relativas al comportamiento de las “buenas mujeres”.

El nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia en los adolescentes es bajo, destacando factores como el hecho de asistir a un colegio de menor nivel académico y ser inmigrante, los que se asocian con un menor conocimiento sobre AE.

En la época actual de pandemia y migración global, abordar las disparidades en el conocimiento y acceso a la anticoncepción, comportamientos sexuales de alto riesgo en situaciones de refugiados, es importante para reducir las desigualdades en los resultados de salud reproductiva y garantizar tanto la cobertura sanitaria universal como la justicia sanitaria mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sam S, Osorio M, Rodríguez R. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. *Acta Pediátrica México*. 2016;35(6):387-490.
2. Savage O. Adolescents' access to emergency contraception in Africa: An empty promise? *African Hum Rights Law J*. 2017;17(2):475-526.
3. Richards M, Buyers E. Update on Adolescent Contraception. *Adv Pediatr*. 2016;63(1):429-51.
4. Alfaro M, Vázquez M, Fierro A, et al. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Pediatría Atención Primaria*. 2016;17(67):217-25.
5. Unfpa. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2020. p. 11-2.
6. Fink G, Dean G, Nucci A, et al. Emergency Contraception Use in School-Based Health Centers: A Qualitative Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(2):175-81.
7. Freire W, Ramirez M, Belmont P, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. *ENSANUT-ECU 2012*. 2014;1:1-903.
8. Velastegui J, Hernandez M, Real J, et al. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2018;34(1):37-44.
9. Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;48(9):115-27.
10. Lavanderos S, Haase J, Riquelme C, et al. Embarazo Adolescente en Chile: Una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(6):490-508.

11. Durand M. Anticoncepción de emergencia en la práctica clínica. *Ginecol Obs México*. 2020;88(1):121–30.
12. Vargas V, Ferrer L, Tovar J, et al. Anticoncepción de emergencia. *Ginecol Obs México*. 2016;83(4):148–56. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=108475>.
13. Chofakian C, Borges A, Sato A, et al. Does the knowledge of emergency contraception affect its use among high school adolescents? *Cad Saude Publica*. 2016;32(1):188-214.
14. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan nacional de desarrollo 2021-2025 [Internet]. 2021;1:1-84.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. 2013;1:1–38.
16. Equator Network. Observational studies. *Study Designs* [Internet]. 2018.
17. Guleria S, Munk C, Elfström K, et al. Emergency contraceptive pill use among women in Denmark, Norway and Sweden: Population-based survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(9):1214–21.
18. Olsen J, Lago T, Kalckmann S, et al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(2):15-20.
19. Ibirongbe D, Omede O, Babatunde O, et al. Knowledge and use of emergency contraception among students of public secondary schools in Ilorin, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2016;23(3):1–7.
20. Rotermann M, McKay A. Sexual behaviours, condom use and other contraceptive methods among 15- to 24-year-olds in Canada. *Heal reports* . 2020;31(9):3–11.
21. Yen S, Parmar D, Lin E, et al. Emergency Contraception Pill Awareness and Knowledge in Uninsured Adolescents: High Rates of Misconceptions Concerning Indications for Use, Side Effects, and Access. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;28(5):337–42.
22. Yeboah T, Appai T. Does knowledge of modern contraceptives and sexually transmitted infections affect contraceptive use and sexual behaviour? Evidence from senior high school girls in the Akuapem North Municipality, Ghana. *GeoJournal*. 2017;82(1):9–21.
23. Monteiro D, Pereira M, Herter L, et al. Emergency hormonal contraception in adolescence. *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66(4):472–8.
24. Williams B, Jauk V, Szychowski J, et al. Adolescent emergency contraception usage, knowledge, and perception. *Contraception*. 2021;103(5):361–6.
25. Milkowski C, Ziller E, Ahrens K. Rural-urban residence and emergency contraception use, access, and counseling in the United States, 2006-2017. *Contracept X*. 2021;3:56-61.
26. Kaller S, Mays A, Freedman L, et al. Exploring young women’s reasons for adopting intrauterine or oral emergency contraception in the United States: a qualitative study. *BMC Womens Health* . 2020;20(1):15-8.
27. Eastham R, Milligan C, Limmer M. Qualitative findings about stigma as a barrier to contraception use: the case of Emergency Hormonal Contraception in Britain and implications for future contraceptive interventions. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2020;25(5):334–8.
28. Rokicki S, Merten S. The context of emergency contraception use among young unmarried women in Accra, Ghana: a qualitative study. *Reprod Health*. 2018;15(1):208-12.
29. Lim M, Zhang X, Kennedy E, et al. Sexual and Reproductive Health Knowledge, Contraception Uptake, and Factors Associated with Unmet Need for Modern Contraception among Adolescent Female Sex Workers in China. *PLoS One* . 2016;10(1):54-9.
30. Chofakian N, Borges A, Fujimori E, et al. Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas. *Cad Saude Publica*. 2016;30(7):1525–36.
31. Arisukwu O, Igbolekwu C, Efugha I, et al. Knowledge and Perception of Emergency Contraceptives Among Adolescent Girls in Imo State, Nigeria. *Sex Cult* . 2020;24(1):273–90.

- 32.** Williams B, Steele R, Jauk V, et al. Adolescent Emergency Contraception Usage, Knowledge, and Perception. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(2):166–7.
- 33.** Ganle J, Amoako D, Baatiema L, et al. Risky sexual behaviour and contraceptive use in contexts of displacement: insights from a cross-sectional survey of female adolescent refugees in Ghana. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):127–31.
- 34.** Villalobos A, Ávila L, Hubert C, et al. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud Publica Mex*. 2020;62(6):648–60.
- 35.** Martinez G, Abma J. Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing of Teenagers Aged 15-19 in the United States. *NCHS Data Brief*. 2016;7(209):1–8.
- 36.** Casey S, Gallagher M, Kakesa J, et al. Contraceptive use among adolescent and young women in North and South Kivu, Democratic Republic of the Congo: A cross-sectional population-based survey. *PLoS Med*. 2020;17(3):1–16.
- 37.** Thomson R, Hamlett H, Weston D, et al. Coronavirus (COVID-19) and young people's sexual health. *Sex Transm Infect*. 2020;96(7):473–4.
- 38.** Rosen F, Rosen A, Müller F, et al. Awareness and knowledge regarding emergency contraception in Berlin adolescents. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2017;22(1):45–52.
- 39.** Kaneshiro B, Salcedo J. Contraception for Adolescents: Focusing on Long-Acting Reversible Contraceptives (LARC) to Improve Reproductive Health Outcomes. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2016;4(1):53–60.
- 40.** Castro F, Barrientos T, Braverman A, et al. Adolescent Access to Information on Contraceptives: A Mystery Client Study in Mexico. *J Adolesc Heal*. 2018;62(3):265–72.
- 41.** Ferreira J, Collins M, Palmqvist H, et al. Analysis of 16 years of calls and emails to the Options for Sexual Health “Sex Sense” information and referral service. *Can J Hum Sex*. 2019;28(1):38–45.
- 42.** Merki G, Felder S, Roelli C, et al. Is there a need for better sexual education of young men? Sexual behaviour and reproductive health in Swiss university students: a questionnaire-based pilot study. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2018;23(2):154–60.
- 43.** Mbachu C, Agu I, Obayi C, et al. Beliefs and misconceptions about contraception and condom use among adolescents in south-east Nigeria. *Reprod Health*. 2021;18(1):1–8.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Financiación: Ninguna declarada por los autores.

Agradecimiento: Ninguno manifestado por los autores

ACERCA DE LOS AUTORES

Ana Belén Palacios Beltrán. Egresada de la facultad de medicina. Internado en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, Ecuador.

Zoila Katherine Salazar Torres. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Magister en Investigación de la Salud, Ecuador.

Lizette Espinosa Martin. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Magister en Investigación de la Salud, Ecuador.