

Archivos de Medicina Familiar

Volumen **6**
Volume

Número **2**
Number




Mayo-Agosto **2004**
May-August

Artículo:

Anticoncepción de emergencia:
Conocimientos y actitudes en un grupo
de médicos familiares mexicanos

Derechos reservados, Copyright © 2004

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Anticoncepción de emergencia: Conocimientos y actitudes en un grupo de médicos familiares mexicanos

Emergency contraception: Knowledge and attitudes in a group of Mexican family physicians

Ramírez-Pascualli B,* Altamirano-García B,** Martínez-Sánchez S,*** Morales-López H.****

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos de emergencia (AE) entre un grupo de médicos familiares de la Ciudad de México. **Diseño:** Estudio descriptivo y transversal. **Material y métodos:** Se diseñó una encuesta acerca de AE para ser contestada por médicos familiares. Se aplicó en las Unidades de Medicina Familiar dependientes del Hospital General de Zona "San Ángel" de la Ciudad de México. Previa autorización de los directivos de cada unidad y del propio médico encuestado. Se recabó la información y se presentó en forma de porcentajes. **Resultados:** Se encuestó a 93 médicos familiares de cinco UMF. El 91.4% habían oído hablar sobre los AE y el 15% conocieron la dosis exacta. El 8% pensaba que su mecanismo de acción era expulsar un huevo implantado (mecanismo abortivo). El 44.1% sabían que el tiempo de efectividad es 72 horas poscoito y 19.3% que su efectividad para evitar el embarazo es del 75%. Los AE más conocidos por los encuestados fueron medroxiprogesterona/estradiol y noretisterona/etinilestradiol. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos sobre AE es deficiente, existe disposición entre los médicos familiares para emplearlos. Los puntos en los que debe realizarse mayor énfasis para elaborar estrategias de capacitación son: las contraindicaciones y los aspectos legales.

Palabras clave: Anticoncepción de emergencia, Médicos familiares, Medicina familiar.

ABSTRACT

Objective: To determine knowledge about emergency contraception (EC) in a group of family physicians in Mexico City. **Design:** Descriptive and cross sectional study. **Material and methods:** A questionnaire on EC was designed to be answered by family physicians. It was applied at Family Practice Center (FPC) depending from the General Hospital in San Angel, Mexico City; which were previously authorized by the manager of each FPC and by the inquired physician. The information was estimated by using percentages. **Results:** 93 family physicians from five FPC were inquired. 91.4% had heard about PC; 15% know the right dose; 8.6% thought that EC acted dislodging the implanted egg (abortive mechanism); 44.1% know that the timing for EC is 72 hours after intercourse and 19.3% considered that its efficiency to prevent pregnancy is 75%. The most common methods for EC were the use of medroxiprogesterone/estradiol and noretisterone/ethinilestradiol. **Conclusions:** Level of knowledge about EC is low among physicians although there is willingness to employ it. Contraindications and legal issues are points to which attention should be paid in order to build up educational strategies.

Key words: Emergency contraception, Family physicians, Family practice.

Recibido: 21-01-04

Aceptado: 18-03-04

* Especialista en Medicina Familiar.

** Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar (HGZ con UMF) No. 8, en la Ciudad de México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

*** Jefe del Departamento de Medicina Preventiva, (HGZ con UMF) No. 8, en la Ciudad de México. IMSS.

**** Especialista en Medicina Familiar y Anestesiología. Hospital General de Ticomán. Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal.

Dirección para correspondencia:

Dra. Beatriz Altamirano García

H.G.Z./M.F. No. 8. Av. Río Magdalena 289, Col. Tizapán San Ángel, 01090 Delegación Coyoacán. México, D.F.

E-mail: bettyaltamirano@prodigy.net.mx

Introducción

Los métodos anticonceptivos de emergencia (AE) son altamente efectivos para prevenir embarazos no deseados. Son fármacos que se administran después de la relación sexual, por corto tiempo, con pocos efectos secundarios, efectividad anticonceptiva alta y sobre todo, fácilmente accesibles. En Estados Unidos se ha calculado que el empleo masivo de los AE podría prevenir más de un millón de abortos y dos millones de nacimientos no deseados por año¹. El primero de los AE fue el constituido por tabletas combinadas de etinilestradiol y levonorgestrel, conocido ahora como el "método de Yuzpe" y que hasta la actualidad es el más usado²⁻⁶. La escasa difusión de los AE, tanto entre la población general como entre los prestadores de servicios de salud,

ha sido ampliamente registrado en varios estudios en países tan diversos como Kenia, Finlandia, Brasil, Reino Unido, Holanda, Malasia, China y la población mexicano-americana⁷⁻¹⁵. Se ha llegado a considerar los AE como “el secreto mejor guardado de la anticoncepción”¹³. El objetivo del presente estudio fue determinar el nivel actual de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en un grupo de médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México.

Material y métodos

Estudio transversal y descriptivo. Se efectuó de junio de 2002 a enero de 2003. *Universo*: Médicos adscritos a la consulta externa tanto del turno matutino como vespertino, con categoría de médicos familiares, que laboraban en Unidades de Medicina Familiar (UMF) de la zona San Ángel de la Ciudad de México. Tomando como referencia un aproximado de 150 médicos familiares en las UMF de la zona, para un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un tamaño de muestra por lo menos de 93 médicos. *Criterios de inclusión*: laborar en el IMSS, tener la categoría de médico familiar. *Criterios de exclusión*: No acceder a participar en el estudio, no contestar en su totalidad los reactivos de la encuesta o contestarlos en forma inadecuada. *Instrumento*: Encuesta de 15 reactivos con instructivo, que evaluó los siguientes aspectos:

- Haber oído hablar sobre los AE
- Considerar tener los conocimientos adecuados sobre los métodos
- Conocimiento de la dosis (en microgramos, por el hecho de que la cantidad de tabletas puede variar de acuerdo a la dosificación de cada una)
- Conocimiento sobre el lapso durante el que se considera efectivo emplear el método
- Conocimiento sobre el porcentaje de efectividad
- Conocimiento sobre las indicaciones para emplearlo
- Conocimiento sobre otros métodos (aparte del hormonal oral combinado) que se pueden emplear como AE
- Considerar si el médico familiar debe prescribir el método o deben hacerlo solamente personal de los servicios de planificación familiar o ginecólogos
- ¿Los AE deberían estar disponibles al público sin necesidad de prescripción médica?
- Conocimiento sobre aspectos legales, en este caso, si los AE están contemplados en la Norma Oficial Mexicana sobre los Servicios de Planificación Familiar y en los manuales oficiales del IMSS

El presente estudio no fue contrario a ninguna de las disposiciones éticas establecidas en las declaraciones internacionales (Declaración de Helsinki) ni en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Resultados

Se entrevistó a un total de 99 médicos familiares de cinco Unidades de Medicina Familiar del IMSS dependientes del Hospital General de Zona No. 8 (UMF 8 “San An-

gel”, UMF 18 “Contreras”, UMF 19 “Coyoacán”, UMF 22 “Unidad Independencia” y UMF 140). Un total de 93 médicos accedieron a responderla. De los seis que no accedieron a contestar la encuesta, cinco mencionaron estar “demasiado ocupados” o “no tener tiempo”, y uno argumentó que por no “ser ginecólogo ni estar en un servicio de planificación familiar; no tenía objeto que la contestara”. El 91% habían oído hablar sobre los AE y el 15% conocieron la dosis exacta. El 8% pensaba que su mecanismo de acción era expulsar un huevo implantado (mecanismo abortivo). 44% sabían que el tiempo de efectividad era 72 horas poscoito y 19% que su efectividad para evitar el embarazo era del 75%; un total de 13 médicos estimaron que la efectividad era menor. Los AE más conocidos por los médicos familiares fueron medroxiprogesterona/estradiol y norestisterona/etinilestradiol. El 76% manifestó que el médico familiar debe prescribir el método. Al 62% nunca les habían solicitado algún AE y 64% nunca lo habían prescrito. El 58% de los médicos mostraron disposición para prescribir el método en el mismo momento en que les fuera solicitado y el restante 17% de los médicos familiares remitiría a la paciente a los servicios de ginecología y obstetricia o planificación familiar.

Conclusiones

Aunque los resultados de este estudio en términos generales concuerdan con los reportados en la literatura internacional (“el conocimiento sobre los AE es limitado”), debe tomarse en cuenta que prácticamente la totalidad de los encuestados argumentaron —al momento de solicitarles su participación— que estaban distraídos o con prisa. Los médicos familiares saben de la existencia de los AE, sin embargo reconocen que sus conocimientos al respecto no son suficientes. No obstante, parecen estimar que dichos conocimientos son mayores a los que mostraron en el presente estudio. Nuestros resultados concuerdan con los de Langer² en el aspecto del porcentaje de encuestados que han oído hablar de los AE, aunque éste se llevó a cabo no sólo entre médicos, sino entre otros trabajadores del equipo de salud.

El alto porcentaje de médicos que desconocen la dosis en microgramos de los hormonales orales combinados cuando se utilizan como AE puede obedecer —además de la escasa difusión— a que algunos de ellos probablemente conocen el número de tabletas de cierta marca comercial, pero al traducirlo a microgramos sobreviene la confusión. En cuanto al mecanismo de acción se presentaron algunas controversias; si bien el mecanismo más estudiado y comprobado es el retardo o inhibición de la ovulación, otros mecanismos podrían estar involucrados. El objetivo de evaluar este aspecto fue identificar el porcentaje de médicos que consideran que los AE son capaces de expulsar un huevo previamente implantado. En nuestro estudio, este grupo resultó estar constituido por ocho médicos (8.6%) aunque es un porcentaje pequeño, es prudente tomarlo en cuenta para evitar que se siga considerando a los AE como medicamentos productores de abortos.

El tiempo de efectividad resultó ser uno de los aspectos más conocidos por los encuestados; aún así, más de la mitad respondió incorrectamente. Es importante reforzar este aspecto pues el hecho de considerar que el tiempo de efectividad es más corto del real da la pauta para no prescribir AE a pacientes que aún pudieran beneficiarse con el uso de los AE. Por otra parte, el considerar que el tiempo de efectividad es mayor del real implicaría prescribirlo a mujeres en quienes ya no resultaría efectivo, con la consecuente pérdida de confianza en los AE.

La efectividad es otro punto de controversia. La literatura internacional reconoce una efectividad del 75%. Se tenga la idea del 75% o la del 90%, de cualquier forma es un punto a favor el que se considere un porcentaje de efectividad alto, pues promueve su prescripción. El esfuerzo debe realizarse con el grupo de médicos que piensan que su efectividad es menor (14%) o que no supieron responder (28%), que en conjunto representan un porcentaje cercano a la mitad de los encuestados (42%).

Las indicaciones para prescribir los AE no constituyen problema, pues es pequeño el porcentaje de médicos evaluados que respondieron “no sé”, “no deben indicarse” o marcaron la opción incorrecta. Sin embargo, no deja de llamar la atención el que se considere el olvido de una dosis de anticonceptivos orales tradicionales como indicación para emplear AE, cuando está bien establecido que la actitud a seguir en tal caso es simplemente ingerir dos dosis al día siguiente. Por tanto, las indicaciones no parecen ser un obstáculo para la difusión de los AE, pero estos resultados muestran que también hace falta capacitación entre los médicos familiares en lo referente a la planificación familiar.

Las contraindicaciones se presentan como un obstáculo importante, tres cuartas partes de los encuestados respondieron contraindicaciones erróneas; lo cual implica que a muchas pacientes candidatas a AE se les podría negar de manera inadecuada. Este aspecto debe trabajarse ampliamente si se quiere aumentar la aceptación de los AE. Las tres cuartas partes de los encuestados (76%) piensan que el médico familiar debe prescribir AE, lo cual es un fuerte apoyo para su aceptación. Los médicos familiares fueron conscientes de que es parte de su práctica y por lo tanto deberían estar actualizados. Sería importante conocer, mediante otro estudio, por qué algunos médicos familiares piensan que este aspecto es competencia exclusiva de los servicios de planificación familiar o de los ginecólogos.

El 64.2% de los médicos entrevistados no conocían el marco legal de los AE. Este punto es uno de los principales a tratar entre los médicos de familia, pues si no tienen la certeza de estar actuando dentro de la ley, aunque sus conocimientos de la fisiología sean adecuados, se intimidarían al momento de decidir si emplean o no el método. Los médicos familiares, especialmente dentro de su práctica institucional, no reciben muchas solicitudes de AE, la explicación a este fenómeno podría incluir: falta de confianza por parte del paciente, temor de ser reprendido o ignorancia de que existen los AE.

En cuanto a los médicos familiares aun cuando sus conocimientos sobre dosificación, mecanismos, tiempo, efec-

tividad y aspectos legales son deficientes, muestran disposición para prescribir AE si se los solicitan. Nuestros resultados coinciden con otros estudios en el sentido de que el conocimiento sobre los AE son deficientes, no obstante, existe una gran disposición para aprender sobre ellos y emplearlos con los usuarios que los soliciten.

Nota del editor: A continuación transcribo algunas de las notas relativas a la anticoncepción de emergencia contenidas en las siguientes direcciones: <http://salud.gob.mx/unidades/dgsr> y <http://www.salud.gob.mx>. *Como es de nuestro conocimiento el día 21 de enero de 2004 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la modificación a la NOM 005-SSA-2-1993 de los servicios de planificación familiar. En esta NOM se incluyó, entre otras opciones innovadoras y de punta, la Anticoncepción de Emergencia (anticoncepción poscoito), como método altamente seguro y efectivo bajo los criterios médicos establecidos. Su finalidad es prevenir los embarazos no planeados que pueden ocurrir como resultado de un coito sin protección anticonceptiva, del olvido en el uso o falla en la aplicación del método anticonceptivo, o de una relación sexual forzada — violación— en la cual la víctima no contaba con una protección anticonceptiva. Esta opción tiene el soporte médico, científico, y tecnológico así como el aval de los principales organismos expertos en este campo, como es el Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), el Consejo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Family Health International (FHI) y el Population Council. De las consideraciones de mayor trascendencia de esta NOM, son el fortalecimiento de un enfoque humanístico y ético en los aspectos relacionados con la libertad de decidir sobre sus expectativas reproductivas, mediante la prestación de servicios fundamentados en un trato digno y de absoluto respecto hacia las decisiones sobre el comportamiento sexual y reproductivo de las personas. Esto conlleva a proporcionar servicios de planificación familiar de calidad, tratando de garantizar que los prestadores de servicios cuenten con una excelente competencia técnica en el manejo de la tecnología anticonceptiva más actualizada, con el propósito de ofertar una mayor gama de opciones a la población, considerando el menor riesgo y obviamente el mayor beneficio para la salud. Los mecanismos de acción de la AE demostrados por la evidencia científica son previos al inicio de un embarazo, anteriores a la fertilización y, por ende, a la implantación. Por ello, se trata de mecanismos que previenen un embarazo, no lo interrumpen. Cabe mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) es tajante en afirmar que la AE nunca será capaz de interrumpir un embarazo, por más temprano que éste sea, y por ende no es un método abortivo. Las pruebas clínicas demuestran que la AE es tanto más efectiva cuanto más tempranamente se administre después del coito. Si su acción se ejerciera sobre el endometrio y la implantación, la cercanía temporal con el coito no tendría ningún impacto sobre su efectividad. Finalmente, cabe señalar que si la AE se administra a una mujer embarazada no afectaría la evolución del producto, es decir, no tiene efectos teratogénicos de ningún tipo.*

Referencias

1. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives* 1998; 30: 24-29.
2. Langer A. Emergency contraception in Mexico City: What do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception* 1999; 60: 233-241.
3. Alan Guttmacher Institute. Clandestine abortion: *A Latin American reality*. New York: Alan Guttmacher Institute, 1994.
4. *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Materno Infantil, México, 1992.
5. Kubicka L, Matejcek Z, David HP, Dytrych Z, Miller WB, Roth Z. Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech Republic revisited at age thirty. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 91: 361-369.
6. Yuzpe AA, Lance WJ. Ethinilestradiol and DL-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertility & Sterility* 1977; 28: 932-936.
7. Galvao L. *Anticoncepción de emergencia*: Conocimiento, actitudes y prácticas de los Gineco-obstetras del Brasil. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2000: 2-6.
8. Delbanco SF. Little knowledge and limited practice: Emergency contraceptive pills, the public, and the Obstetrician-Gynecologist. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 89: 1006-1011.
9. Muia E. Emergency contraception in Nairobi, Kenya: Knowledge, attitudes and practices among policymakers, family planning providers and clients, and university students. *Contraception* 1999; 60: 223-232.
10. Jackson R. Knowledge and willingness to use emergency contraception among low-income post-partum women. *Contraception* 2000; 61: 351-357.
11. Kosunen E, Sihvo S, Hemminki E. Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland. *Contraception* 1997; 55: 153-157.
12. Glasier A. Case studies in emergency contraception from six countries. *International Family Planning Perspectives* 1996; 22: 57-61.
13. Hatcher RA. *Emergency contraception*: The nation's best kept secret. Decatur GA. Bridging the Gap Communications, 1995.
14. Ellertson C, Shochet T, Blanchard K, Trussel J. Emergency contraception: A review of the programmatic and social science literature. *Contraception* 2000; 61: 145-186.
15. Bird ST, Harvey SM, Beckman LJ. *Emergency contraceptive pills: an exploratory study of knowledge and perceptions among Mexican women from both sides of the border*. *Journal of the American Medical Women's Association* 1998; 53 (supplement 2): 262-265.