

Conocimiento, actitud y percepción de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE acerca de la anticoncepción de emergencia

Miguel Ángel Serrano Berrones*

RESUMEN

Antecedentes: la anticoncepción de emergencia, usada desde 1960 en algunos países del mundo, es una herramienta útil para el control de la natalidad, ya que coadyuva a la disminución de embarazos no deseados y de la práctica de abortos.

Objetivo: describir las actitudes, los conocimientos y las percepciones de los médicos residentes del servicio de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE en relación con la anticoncepción de emergencia.

Participantes y método: a todos los médicos residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia se les aplicó un cuestionario sobre aspectos de anticoncepción de emergencia con el propósito de conocer los conocimientos, las actitudes y las percepciones que poseen sobre el tema.

Resultados: todos los médicos estuvieron de acuerdo con la anticoncepción de emergencia como una herramienta con la que cuenta el personal médico para evitar el embarazo. La frecuencia de prescripción de las píldoras anticonceptivas de emergencia se incrementó significativamente desde el primero hasta el cuarto año de la especialidad. Hubo un incremento de casi 20%, que fue el porcentaje de anticoncepción de emergencia prescrito por año de residencia. El conocimiento también mejoró significativamente y la percepción de barreras que interferían con la prescripción se redujo significativamente. En contraste, las actitudes acerca de la anticoncepción de emergencia cambiaron poco.

Conclusiones: este estudio sugiere que los médicos deben contar con los fundamentos básicos académicos –apegados a la normatividad vigente sobre anticoncepción y derechos sexuales y reproductivos de la población– y poseer responsabilidad médica y ética para llevar a cabo, en las diferentes unidades médicas, la prescripción necesaria sobre anticoncepción de emergencia. Sin embargo, los resultados también sugieren que difiere mucho el conocimiento acerca de los medicamentos, de los efectos secundarios y del modo de acción.

Palabras clave: anticoncepción de emergencia, médicos residentes.

ABSTRACT

Background: The contraception of emergency is used from the sixties in some countries of the world like useful tool for the control of the familiar planning, helping to reduce pregnancies monished and the practice of abortion.

Objective: To know the attitudes perceptions and knowledge of contraception of emergency of the resident doctors of the service of Gynecology and Obstetrics of ISSSTE.

Participants and method: A questionnaire on aspects of emergency contraception was applied to all medical residents in the specialty of Obstetrics and Gynecology in order to know the knowledge, attitudes and perceptions that have on the item.

Results: The totality of the doctors is in agreement with the contraception of emergency as a tool whereupon counts the medical personnel to avoid the pregnancy. The frequency of prescription of emergency contraception pills significantly increased from the first to the fourth year of the specialty. It was an increase of almost 20% the percentage of emergency contraception prescribed by year of residence. Knowledge also significantly improved and the perception of barriers that interfere with the prescription is significantly reduced. In contrast, attitudes about emergency contraception showed few changes.

Conclusions: The doctors must count on the academic basic foundations become attached to the effective standardization on contraception, sexual and reproductive rights of the population; with medical and ethical responsibility to carry out the necessary prescription on contraception of emergency in the different medical units.

Key words: residents, contraception of emergency.

En la actualidad el crecimiento demográfico se ha incrementado, y de ello se desprenden previsibles consecuencias, como la posibilidad de que la calidad de vida se reduzca y de que los recursos necesarios para la subsistencia de la especie humana sean insuficientes. Además, las consecuencias de la explosión demográfica conllevan el rejuvenecimiento de la estructura poblacional, pero también el aumento de la población senil.

Sabemos que los costos invertidos en materia de metodología anticonceptiva son menores si los comparamos con los costos relacionados con los riesgos asociados con el proceso reproductivo (embarazo, parto, puerperio y práctica de abortos en condiciones inadecuadas).

En los últimos años han existido campañas que desprestigian el beneficio de los métodos anticonceptivos –los orales e inyectables– y que resaltan las complicaciones inherentes a su uso, situación que debe reconsiderarse en función de los beneficios que otorgan para mejorar la calidad de vida de las mujeres del mundo y para reducir los daños asociados con la morbilidad y mortalidad neonatales, así como en función de las consecuencias negativas relacionadas con la población infantil que es producto de embarazos no deseados.

El 45% de las mujeres casadas de todo el mundo que están en edad reproductiva utilizan algún método anticonceptivo.¹

La esterilización femenina y el dispositivo intrauterino son los métodos más populares en los países en vías de desarrollo, mientras que los anticonceptivos orales y los preservativos son más utilizados en los países industrializados. El 76% de la población mundial vive

en países en desarrollo, y en éstos se produce 85% de todos los nacimientos, 95% de todas las muertes neonatales e infantiles y 99% de todas las muertes maternas. El problema de los países en vías de desarrollo parece evidente. La capacidad para regular la fertilidad repercute significativamente en la morbilidad y la mortalidad neonatal, infantil y materna. Una mujer embarazada tiene 200 veces más posibilidades de morir en un país en vías de desarrollo que en uno desarrollado. Los riesgos de salud que se asocian con el embarazo y el parto en los países en vías de desarrollo son mayores que los riesgos derivados del uso de los métodos anticonceptivos modernos.²

La anticoncepción de emergencia se conoce comúnmente como la “píldora del día después”, aunque los fabricantes, los partidarios y los proveedores han tratado de distanciarse de este término porque transmite la idea de que la anticoncepción de emergencia sólo puede administrarse al día siguiente del contacto sexual sin protección.³ En realidad, este tipo de anticoncepción ha demostrado ser eficaz en prevenir el embarazo. Las pastillas de anticoncepción de emergencia pueden administrarse hasta tres días después (aunque son más eficaces en las primeras 24 horas) como una dosis alta de anticonceptivos orales y también pueden administrarse como pastillas elaboradas específicamente para usarse como anticoncepción de emergencia (generalmente dos píldoras). Ambas formas actúan para cambiar el ambiente uterino a uno que no favorece la implantación de un óvulo fecundado. No se ha comprobado que alguna de las dos formas sea más eficaz que la otra para prevenir el embarazo.⁴ La ventaja de administrar las pastillas de anticoncepción oral como anticonceptivo de emergencia es que hay mayor disponibilidad de las mismas que de las prescritas específicamente para la anticoncepción de emergencia. Los efectos secundarios más comunes de las pastillas son: náusea, vómito, manchado de sangre y dolor de cabeza. La ventaja de administrar las pastillas de anticoncepción de emergencia es que solamente se necesita tomar dos píldoras, y los efectos secundarios son considerablemente menos severos debido a que las dos píldoras habitualmente son levonorgestrel, mientras que los anticonceptivos habituales son hormonales combinados; la anticoncepción de emergencia ha sido un tema polémico que ha dividido –a menudo– a América,

* Jefatura de Enseñanza, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, DF.

Correspondencia: Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones. Jefatura de Enseñanza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Av. San Fernando 547, edificio A, 1^{er} piso, colonia Toriello Guerra, CP 14050, México, DF. Recibido: mayo, 2011. Aceptado: agosto, 2011.

Este artículo debe citarse como: Serrano-Berrones MA. Conocimiento, actitud y percepción de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE acerca de la anticoncepción de emergencia. *Rev Esp Med Quir* 2011;16(4):215-220.

desde que este método anticonceptivo se dio a conocer públicamente.⁵ Si bien la anticoncepción de emergencia en forma de anticonceptivos orales está disponible en América (en cualquier parte donde la anticoncepción es legal), el conocimiento de su existencia no es común ni se fomenta (incluso en gran parte de Estados Unidos y Canadá).⁶ Aunque la anticoncepción de emergencia está incluida en las normas de planificación familiar de muchos países de la región, las píldoras prescritas para la anticoncepción de emergencia sólo están disponibles en unos cuantos países (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos y México, donde la forma y la disponibilidad coinciden). Para el personal encargado de la atención de la salud es imprescindible establecer un juicio crítico en función de las acciones que deberá ejercer, así como estar pendiente siempre de los hallazgos de las investigaciones recientes y de su adecuada traducción, a fin de que los conceptos sean aplicados conforme a las características propias de la población y al manejo establecido para cada caso.

El juicio médico en materia de anticoncepción, que debería ser deseable y exento de los prejuicios personales de quienes manejan los programas de planificación familiar, no debe olvidar que la tendencia actual de la medicina es prevenir y detectar oportunamente los riesgos para la salud, así como promover acciones que conlleven beneficios reales para la población general. Por eso, el deber del personal de salud es participar activamente en el mejoramiento de las condiciones de salud y mantener los perfiles que sean deseables para la comunidad, sin que para ello aplique medidas arbitrarias, olvide los preceptos fundamentales de la ética médica o renuncie a la capacidad para admitir la transformación de la medicina a través de los años.⁷ En México, al igual que en muchos países, uno de los obstáculos más grandes para el uso de la anticoncepción de emergencia es el hecho de que muchos proveedores de prestadores de servicios de salud no están al tanto de su disponibilidad y eficacia.⁸ Igual de importante es el problema sobre el escaso conocimiento que se tiene acerca de este tema y de los avances de la tecnología anticonceptiva, con la consecuencia de que no se accede a ella o se desaconseja su administración, exponiendo así a las mujeres al riesgo de un embarazo no deseado.⁹ Entre las mujeres que pueden protegerse con la anticoncepción de emergencia

para no embarazarse después del coito figuran las que tienen relaciones sexuales sin protección por la razón que sea—incluida la agresión sexual—, así como a las que les ha fallado un método anticonceptivo; cabe señalar que la anticoncepción de emergencia es un método auxiliar que debe administrarse sólo en casos de emergencia y no como un método anticonceptivo habitual; en México, al igual que en todo el mundo, muchas mujeres no saben que existen métodos anticonceptivos de emergencia que están a su disposición o no saben que el factor tiempo es muy importante para aplicar estos métodos; por tanto, durante las sesiones de consejería de planificación familiar se les debe decir que existe la anticoncepción de emergencia (su eficacia, contraindicaciones y efectos secundarios).¹⁰ En el año 2005 la población de México era de 103,946,866 personas, en el año 2006 la población ascendió a 104,874,282 personas y en el último reporte del año 2010 se dijo que había una población de 112,336,538 habitantes.¹¹

Por su número de habitantes México ocupa el undécimo lugar entre las naciones más pobladas del mundo. Asimismo, se estima que ocurrirán alrededor de dos millones de nacimientos y cerca de 469 mil defunciones durante el presente año, lo cual equivale a un incremento absoluto de casi 1.5 millones de personas o a una tasa de crecimiento anual de 1.44%.¹² La población en México comenzará a decrecer en el año 2045, cuando los habitantes del país sumen casi 130 millones, según un informe de Naciones Unidas.¹³

El objetivo del presente estudio es saber si los médicos residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuentan con los conocimientos básicos para prescribir anticoncepción de emergencia.

Los beneficios que se aportan a través del presente estudio son parte fundamental de la Conferencia internacional sobre población y desarrollo, celebrada en 1994 en El Cairo, Egipto; fue un hecho sobresaliente desde la perspectiva de que, por primera vez, el concepto de *salud y derechos reproductivos* se definió con claridad. La salud reproductiva implica que las personas puedan llevar una vida sexual segura y satisfactoria y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir al respecto, ¿cuándo y con qué frecuencia? Implícitos en

esta condición se encuentran los derechos del hombre y de la mujer a adquirir información y a tener acceso a la metodología anticonceptiva; bajo este marco es necesario que el personal médico cuente con los conocimientos necesarios para hacer frente a la demanda de atención médica en el área anticonceptiva.

El acceso fácil a una atención de buena calidad es clave para el éxito de la planificación familiar y de los servicios de salud reproductivos. La atención de buena calidad implica cortesía y apoyo por parte del médico, quien ayuda a sus pacientes a expresar sus necesidades y a hacer elecciones informadas, además de tener el conocimiento técnico y las habilidades para proveer en forma segura y eficaz la metodología anticonceptiva.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y abierto para conocer las actitudes y los conocimientos que sobre anticoncepción de emergencia tenían los médicos residentes del servicio de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE.

Se aplicó un cuestionario sobre anticoncepción de emergencia a todos los médicos de los cuatro grados (R1, R2, R3 y R4) que eran residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia adscritos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y que pertenecían al ciclo académico 2009-2010. La distribución por grado fue de la siguiente manera: 25 residentes de primer año, 24 residentes de segundo año, 26 residentes de tercer año y 25 residentes de cuarto año; el total fue de 100 médicos residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia (Cuadro 1).

El Cuadro 2 muestra las 10 diferentes sedes hospitalarias a las que pertenecían los médicos residentes,

así como la distribución por grado de los médicos residentes; el autor aplicó directamente el cuestionario en las siete sedes hospitalarias del Distrito Federal que contaban con el curso de especialización médica en Ginecología y Obstetricia. En las tres unidades médicas fuera de la Ciudad de México el cuestionario fue aplicado por el representante de cada sede hospitalaria; el cuestionario ya se había utilizado en estudios realizados en mujeres en edad reproductiva de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Puerto Rico; se utilizaron aspectos sobre la frecuencia de la prescripción y el número de veces en que se recetaron las píldoras anticonceptivas de emergencia a una paciente determinada.¹⁴⁻¹⁶ Las actitudes acerca de las píldoras anticonceptivas de emergencia se midieron utilizando 17 elementos –clasificados en la escala de Likert-4–, que incluían desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (4). Los factores evaluados fueron: conocimiento de las píldoras anticonceptivas de emergencia (ocho aspectos considerando los medicamentos que podrían ser administrados); la eficacia, la teratogenicidad, los efectos secundarios, el mecanismo de acción y las contraindicaciones. La percepción de barreras a la prescripción de píldoras anticonceptivas de emergencia se midió con 11 aspectos, valorados en la escala de Likert-4.

RESULTADOS

De los 100 médicos residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, 100% contestó el cuestionario: 70% correspondían al género femenino. La edad promedio fue de 29 años (límites de 24 a 34). La gran mayoría (75) eran solteros y 25 eran casados. La calificación promedio obtenida en la licenciatura fue de 8.9 (límites de 7.98 a 9.88). Los lugares obtenidos en el Examen Nacional de Residencias Médicas referente a la especialidad de Ginecología y Obstetricia se encontraban entre el 11 y el 242.

La consistencia de la confiabilidad interna se examinó con base en los datos de referencia mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos valores variaron entre 0 y 1.¹⁷ Se consideró que una escala tenía una alta consistencia interna si sus elementos estaban muy correlacionados.¹⁸ El coeficiente alfa de las actitudes (0.88) y el de las barreras (0.87) indicaron una alta

Cuadro 1. Número de médicos residentes por grado académico

<i>Grado de residencia</i>	<i>Número de residentes</i>
Primer año	25
Segundo año	24
Tercer año	26
Cuarto año	25

Cuadro 2. Distribución de médicos residentes por grado y por sede hospitalaria

Grado	Sede y número de residentes por sede										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1°	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	25
2°	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	24
3°	3	3	3	3	3	3	2	3	3		26
4°	3	3	3	3	3	2	2	3	3		25

1: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos; 2: Hospital Regional General Ignacio Zaragoza; 3: Hospital Regional 1° de Octubre; 4: Hospital General Darío Fernández; 5: Hospital General Fernando Quiroz; 6: Hospital General Gonzalo Castañeda; 7: Hospital General Tacuba; 8: Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías; 9: Hospital Regional Monterrey; 10: Hospital General Puebla.

consistencia interna. En contraste, el coeficiente alfa del conocimiento (0.56) indicó sólo una modesta consistencia interna; la frecuencia con que los médicos residentes prescribieron la anticoncepción de emergencia aumentó significativamente desde el primero hasta el cuarto año ($\chi^2 [98] = 25.60, p < 0.001$, análisis de Friedman). El porcentaje de médicos que prescribieron anticoncepción de emergencia se incrementó de 18 a 22%. Debe considerarse lo siguiente: durante el inicio de la residencia 10% de los médicos residentes que recetó la pastilla anticonceptiva de emergencia informó que la prescribió por lo menos una vez al mes, y conforme la promovieron en los años siguientes esta conducta se incrementó a 26%; el conocimiento acerca de las píldoras anticonceptivas de emergencia mejoró de manera significativa entre los médicos residentes, desde los médicos de primero hasta los de cuarto año ($t [91] = 7.06, p < 0.001$). Los médicos residentes pudieron responder correctamente a una media de 1.25 preguntas más, 4.29 frente al 3.00 que obtuvieron al inicio de la especialidad.

El porcentaje de participantes que tenían conocimientos adecuados también aumentó significativamente. A medida que progresaban en los años de especialidad, los médicos residentes conocían más sobre el tiempo, el modo de acción y la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia. A pesar de estos incrementos significativos en el conocimiento, los médicos residentes todavía tenían información limitada. Por ejemplo, sólo 33% estaba al tanto de todos los anticonceptivos orales que se recomiendan para la anticoncepción de emergencia, y sólo 47% señaló los efectos secundarios más comunes de las píldoras anticonceptivas de emer-

gencia. Hechos básicos, como la ventana de 72 horas y la dosis de ingestión en primer lugar, fueron indicados correctamente por cerca de dos tercios de los médicos; las actitudes en general no cambiaron significativamente durante el transcurso de la residencia. Las percepciones acerca de los obstáculos disminuyeron significativamente después del segundo año de la especialidad. Las barreras, en general, mostraron una puntuación media que descendió de 31.8 a 29.1 ($p < 0.001$, prueba de los signos de Wilcoxon). Además, en 6 de los 11 elementos las barreras se redujeron significativamente.

DISCUSIÓN

Se incrementó la frecuencia de prescripción de la anticoncepción de emergencia y se percibieron menos obstáculos para llevar a cabo la prescripción conforme se incrementaba el año de la especialidad de los residentes. El aumento de casi 20% en el porcentaje de anticoncepción de emergencia sugiere que los médicos que antes no prescribían píldoras anticonceptivas de emergencia comenzaron a prescribirlas por lo menos una vez al año; los médicos mostraron un mayor conocimiento acerca de la anticoncepción de emergencia después del segundo año de especialidad, aunque todavía tenían un conocimiento limitado acerca de la disponibilidad de los medicamentos, de los efectos secundarios y de los mecanismos de acción.

Este estudio tiene varias limitaciones. Al no existir un grupo control es posible que los cambios ocurridos durante el periodo de adiestramiento se debieran a otras influencias, como al servicio de rotación, a la rotación externa, al servicio social, etc. La anticoncepción de

emergencia recibió mayor atención a partir de la modificación publicada en el Diario Oficial el 30 de junio de 1994, la cual es considerada un ejemplo en todo el mundo por ser acorde con los compromisos establecidos en la Conferencia internacional sobre planificación familiar realizada en El Cairo.

El programa académico de la especialidad de Ginecología y Obstetricia contempla a lo largo del curso módulos específicos que favorecen las herramientas necesarias acerca de la anticoncepción de emergencia, como el módulo de Cirugía Obstétrica –para el control de la fertilidad– y el módulo de Farmacología de los Anticonceptivos, y el último año de la especialidad culmina con el módulo de Infertilidad Humana y los apartados de Sexología Femenina y Ginecología Psicosomática.

Los médicos residentes del último año de la especialidad han prescrito un mayor número de veces la pastilla de anticoncepción de emergencia, lo cual les permite poseer una mayor visión y experiencia en su práctica clínica, a diferencia de sus compañeros de menor jerarquía, y aunque la prescripción anticonceptiva no sea exclusiva de los médicos residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, sí es el servicio de Ginecología y Obstetricia un área prioritaria para la prescripción anticonceptiva. Resultará interesante hacer algún comparativo con algún otro curso de especialización.

REFERENCIAS

- Bernabe-Ortiz A. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American Country. *Scand J Prim Health Care* 2010;27(1):47-52.
- Weaver MA. Attitude and behavior effects in a randomized trial of increased access to emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2009;113(1):107-116.
- Yeung WS, Chiu PC, Wang CH, Yao YQ, Ho PC. The effects of levonorgestrel on various sperm functions. *Contraception* 2002;66(6):453-457.
- Arellano-Galindo J. Abortion and medical education in México. *Salud Publica Mex* 2008;50(3):258-267.
- Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Med Mex* 2008;139(Supl. 1).
- Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception* 2004;69(5):373-377.
- Westhoff C. Emergency contraception. *N Engl J Med* 2009;349:1830-1835.
- Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003;101(6):1168-1171.
- Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2009;184:531-537.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352(9126):428-433.
- Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999;93(5Pt2):872-876.
- Durand M, Del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Durán-Sánchez O, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64(4):227-234.
- Trussell J, Duran V, Shochet T. Access to emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2000;95:267-270.
- Beckmann L, Harvey S, Sherman C, Petitti D. Changes in providers views and practices about emergency contraception with education. *Obstet Gynecol* 2001;97:942-946.
- Golden NH, Seigel WM, Fisher M, Schneider M, et al. Emergency contraception: pediatricians' knowledge, attitudes, and opinions. *Pediatrics* 2001;107(2):287-292.
- Gold M, Schein A, Coupey S. Emergency contraception: a national survey of adolescent health experts. *Fam Plann Perspect* 1997;29:15-19.
- Chronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
- De Vellis R. Scale development: theory and applications. Newbury Park: Sage Publications, 1991.