



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Monterrosa Castro, Alvaro
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN MÉDICOS
GENERALES QUE EJERCEN EN CARTAGENA, COLOMBIA
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 53, núm. 4, 2002, pp. 313-326
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214304003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN MÉDICOS GENERALES QUE EJERCEN EN CARTAGENA, COLOMBIA

Álvaro Monterrosa Castro, M.D.*

Recibido: marzo 11/2002 – Revisado: julio 25/2002 – Aceptado: agosto 5/2002

ASSESSMENT OF THE KNOWLEDGE ABOUT EMERGENCY CONTRACEPTION IN GENERAL PRACTITIONERS IN CARTAGENA

RESUMEN

La anticoncepción de emergencia es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, para utilizar cuando se han tenido coitos sin protección y prevenir tanto el embarazo indeseado como el subsiguiente aborto en condiciones de riesgo. La anticoncepción de emergencia no es en definitiva un método abortivo. Para generar la expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global, como sugiere el Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia, debe el cuerpo profesional de atención en salud sexual y reproductiva, especialmente el médico general, poseer claros y sólidos conocimientos, los cuales deben ser coherentes con su comprometimiento comunitario.

Los resultados al evaluar 175 médicos generales escogidos al azar y que ejercen en la ciudad de Cartagena, Colombia, señalan que es regular el

conocimiento concreto sobre anticoncepción de emergencia, muy por debajo de lo que debiese exigirse, y permiten inferir que no existe un suficiente y verdadero compromiso con su prescripción y divulgación. Es necesario adelantar amplias y masivas actividades y estrategias de educación médica continua, las cuales el mismo grupo investigado señaló estar interesado en recibir.

Palabras clave: anticoncepción de emergencia, anticoncepción postcoital, educación médica continuada, anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de sólo progestágenos.

SUMMARY

Emergency contraception is an important tool to assist patients and practitioners in better management of fertility regulation and family planning, especially when there has been unprotected intercourse, to prevent the undesired pregnancy and the need for abortion. It is necessary to expand the use of emergency contraception and reach global or universal access to it, as recommended by the Consortium on Emergency Contraception. Every

* Profesor Titular. Departamento de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.
E-mail: infertil@cartagena.cetcol.net.co

professional involved in reproductive and sexual health care, especially the general practitioner, should have precise and updated knowledge on the use, benefits, and side effects of emergency contraception.

This study demonstrates how a random survey of 175 general practitioners, picked from those working at the City of Cartagena, Colombia, indicated that knowledge on emergency contraception is very poor. There is an urgent need for improved methods to inform and educate the community of physicians and to organize continued education and other activities to reach such goals.

Key words: emergency contraception, postcoital contraception, continued medical education, combined oral contraceptives. Just progestagens oral contraceptives.

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción de emergencia o anticoncepción postcoital, antes erróneamente denominada “píldora de la mañana siguiente”, tiene fundamentos válidos desde el punto científico, cuando se enmarca en el hecho de ser una estrategia muy eficaz para prevenir el embarazo cuando se han tenido relaciones coitales voluntariamente o como producto de una agresión, sin la protección adecuada de un método regular de planificación familiar.^{1,2,3,4}

La Organización Mundial de la Salud ha calculado que cada año los embarazos indeseados conducen a aproximadamente 20 millones de abortos en condiciones de riesgo y producen la muerte a más de 80.000 mujeres. La anticoncepción de emergencia puede ayudar a reducir estos embarazos no deseados, previniéndose por tanto muchos abortos en condiciones de riesgo, abortos que afectan negativamente la salud en general y en especial la salud sexual y reproductiva de las mujeres,

sobre todo de aquéllas que son muy jóvenes o con edad avanzada para llevar adelante una gestación.^{5,6,7,8}

Para la prevención de una gestación después del coito sin protección, se han realizado multiplicidad de acciones empíricas y que carecen por completo de validez a la luz de los conocimientos actuales. En la antigüedad se utilizaron para evitar el embarazo inmediatamente después del coito: emplastos de estiércol de cocodrilo, grasa de conejo, mezclas de raíces, hierbas y vinagre, colocadas en la vagina. En estas lejanas épocas también se recomendaban la danza, los saltos y los estornudos, para expulsar los espermatozoides después de un coito sin protección. Para 1960 era frecuente el uso de la Coca-Cola en formas de duchas post coitales.^{8,9,10,11}

A mediados de los años setenta, el alemán pionero de la planificación familiar, Ary Haspels,^{12,13,14} fue el primero en administrar altas dosis de estrógenos post-coitales a una joven de 13 años de edad, víctima de abuso sexual, siendo el primer régimen de uso de hormonas esteroides para prevenir un embarazo no deseado.

Para inicios de la década de los setenta, se administraba dietilestilbestrol a dosis elevadas de 25 mg dos veces al día por 15 días, iniciados en los primeros tres días después de un coito sin protección. Pronto se evidenció que dicho compuesto estaba relacionado con la adenosis vaginal y el adenocarcinoma de vagina en las hijas de mujeres que la habían utilizado, lo que llevó a buscar otros estrógenos que no tuviesen un efecto potencialmente teratogénico u oncogénico. El etinilestradiol reemplazó por completo al dietilestilbestrol dentro de la administración hormonal para después del coito sin protección.^{9,13,14,15}

La administración hormonal post-coital con fines de prevenir un embarazo no deseado era denominada “píldora de la mañana siguiente”,

denominación —como ha sido señalado—, no adecuada ya que se aleja del verdadero concepto que esta estrategia para regular la fertilidad tiene.^{1,5,16} No es para la mañana siguiente, porque la mujer no debe esperar hasta el otro día para iniciarla, e incluso el periodo de tiempo para iniciar la anticoncepción de emergencia va mas allá de mañana siguiente, ya que puede comenzarse sin disminuirse la eficacia en las primeras 72 horas. Recientes estudios empiezan a señalar que se puede iniciar incluso hasta las 120 horas después del coito sin protección.^{6,16} Además de lo anterior, no suele ser una sola píldora, sino dos o cuatro en aquellos países donde comercialmente se encuentran empaques específicos para anticoncepción de emergencia, e incluso un número mucho más elevado de píldoras cuando son tomadas de los empaques tradicionales de los anticonceptivos orales combinados o de los anticonceptivos de sólo progestágenos.^{3,5,7,9}

La anticoncepción de emergencia no puede llamarse «píldora de la mañana siguiente» ya que puede no ser hormonal, mediante la aplicación de un dispositivo intrauterino (DIU) en los primeros cinco días después de una relación coital sin protección, ofreciendo elevada eficacia y con la ventaja de convertirse inmediatamente en un método de planificación de uso regular.^{5,16,17}

Desde 1974 el médico canadiense Albert Yuzpe^{18,19} propuso el esquema que se identifica como método de Yuzpe que consiste en administrar dos tabletas de anticonceptivos orales combinados de macrodosis que incluyan 50 μg de etinilestradiol más 250 μg de levonorgestrel antes de las primeras 72 horas de un coito sin protección, repitiendo la dosis 12 horas más tarde. Estas tabletas pueden ser tomadas de un estuche convencional de anticonceptivos orales combinados de macrodosis. En diversos países se encuentran presentaciones comerciales que contienen las cuatro tabletas requeridas. Si

las tabletas de macrodosis no se encuentran disponibles se pueden utilizar las de microdosis, administrando cuatro tabletas que incluyan 30 μg de etinilestradiol más 150 μg de levonorgestrel en los mismos periodos de tiempo.^{6,20}

En años recientes, y fundamentalmente para evitar los efectos adversos como las náuseas y los vómitos que producen los estrógenos presentes en la anticoncepción de emergencia con anticonceptivos orales combinados, se propuso la administración de píldoras de sólo progestágenos o minipíldoras, administrándose 0,75 mg de levonorgestrel en las primeras doce horas de un coito sin protección y repetir una segunda dosis a las doce horas.^{2,17} También en muchos países están disponibles presentaciones comerciales que incluyen dos tabletas de 0,75 mg de Levonorgestrel. En aquellos países donde no están disponibles se pueden utilizar estuches de minipíldoras con la desventaja de ser necesario administrar 25 tabletas en cada dosis.^{2,4,6,17}

El dispositivo intrauterino de cobre, puede colocarse en los primeros cinco días después de un coito sin protección, lo cual otorga una eficacia superior al 90%.¹ Esta anticoncepción de emergencia no hormonal ha sido introducida desde 1976; no obstante debe tenerse presente que el uso del DIU como anticoncepción de emergencia en situaciones puede considerarse limitado como en nulíparas, en mujeres muy jóvenes y en aquellos casos en que es motivo de preocupación la probabilidad de elevación en el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.^{6,13,16}

El danazol, algunos antagonistas de la GnRH y el mifepristone, también conocido con su nombre de investigación, RU-486, se han recomendado para utilizar como anticoncepción de emergencia.^{9,15}

En Colombia no se encuentran disponibles el mifepristone ni los antagonistas de la GnRH, y el danazol suele ser utilizado solamente en su indicación clásica para la endometriosis. La minipíldora está disponible hace dos años y los anticonceptivos orales combinados son de amplio uso y de gran disponibilidad, sobre todo los que contienen levonorgestrel. En los últimos años se ha intentado desde el sector privado de la atención en salud sexual y reproductiva, generar información masiva sobre anticoncepción de emergencia, creando consciencia en los prestadores de servicio de salud, así como en la comunidad en general, de lo importante de esta estrategia de regulación de la fertilidad. Profamilia ha intentado, pese a una elevada resistencia política y religiosa, colocar en circulación una presentación comercial de sólo levonorgestrel en empaque de dos tabletas para anticoncepción de emergencia.

El objetivo fundamental del estudio es evaluar y establecer el nivel de conocimientos que sobre anticoncepción de emergencia poseen un grupo de médicos generales, que ejercen en Cartagena, Colombia, a la par que se trata de inferir si ellos, a partir de su opinión, pueden estar comprometidos con la prescripción, recomendación y utilización de esta importante estrategia de planificación familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio de opinión y conocimientos sobre las diferentes estrategias para regular la reproducción, que están agrupadas bajo el concepto de anticoncepción de emergencia, se realizó en 175 médicos generales que ejercen la profesión en centros de atención primaria en salud, en clínicas u hospitales de segundo y/o tercer nivel de complejidad, y en consultorios o centros médicos particulares,

ubicados en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias, Colombia.

Estudiantes de pregrado de la facultad de medicina, de la Universidad de Cartagena, cursando la asignatura de ginecología y obstetricia, inicialmente visitaron hospitales, centros de Salud y consultorios y llegaron a conformar un universo de 175 médicos generales. No hay disponibles directorios o listas de sociedades médicas generales a nivel local. Los estudiantes explicaron a los médicos generales contactados las intenciones y los alcances de la investigación, y todos voluntariamente aceptaron participar.

Para la obtención de la información se aplicaron dos formularios especialmente diseñados, que habían sido previamente aplicados, evaluados y modificados durante un ensayo piloto. Los datos obtenidos en este ensayo no hacen parte del cuerpo de la investigación.

En el primer formulario se sentaron datos como edad, sexo, estado civil, práctica religiosa, centro universitario donde se cursaron los estudios de pregrado y año de egreso. Se les solicitó que informaran si realizaban el período de la medicatura rural y el número aproximado de mujeres en edad fértil que atendían diariamente. Con diez y seis preguntas de tipo cerrado para contestar: Si, No, No sabe, se obtuvo información general relacionada con el conocimiento en anticoncepción de emergencia, la magnitud de la solicitud de orientación y/o formulación entre sus pacientes, la frecuencia de la prescripción, la potencialidad de uso personal y/o familiar, y el convencimiento real de la importancia que como estrategia de salud, tiene la anticoncepción de emergencia.

En el segundo instrumento se evaluaba específicamente el conocimiento teórico sobre anticoncepción de emergencia: los esquemas, la eficacia, las indicaciones, los mecanismos de acción, las

contraindicaciones y los efectos adversos. Para calificar y establecer un determinado nivel de conocimientos se realizaron diez preguntas de selección múltiple con una sola respuesta verdadera. Fue asignado un punto por cada pregunta contestada de forma acertada, definiéndose por tanto un rango de calificación de cero a diez puntos, interesando los valores obtenidos global por todo el grupo y no individualmente. El promedio de calificación grupal a su vez fue categorizada, tomando parámetros ampliamente utilizados al momento de valorar académicamente el conocimiento. Por tanto se consideró: deficiente = menos de 3,9. Muy mala = 4,0 a 4,9. Mala = 5,0 a 5,9. Regular = 6,0 a 6,9. Buena = 7,0 a 7,9. Muy buena = 8,0 a 9,9. Excelente = 10 puntos.

Los formularios fueron llenados totalmente por todos los médicos participantes, quienes respondieron todas las preguntas formuladas, en un acto realizado de manera personal, voluntaria y anónima, contestándolos inmediatamente a su entrega y sin disponer de un límite de tiempo específico.

Los formularios fueron aplicados entre mayo y junio del año 2001. Posteriormente los datos fueron transcritos a medio electrónico, realizándose la tabulación con la ayuda del programa Microsoft Excel, y el análisis estadístico de variables con EPI-Info versión 6.

RESULTADOS

175 médicos generales contactados, que ejercen la profesión en la ciudad de Cartagena, Colombia, fueron sometidos a una evaluación de opinión y conocimiento sobre anticoncepción de emergencia, siendo 137 (78,3%) de sexo masculino y 38 (21,7%) de sexo femenino. 58 profesionales (33,1%) tenían entre veinticuatro y veintiocho años de edad, 50 médicos (28,5%) tenían su edad comprendida entre veintinueve y treinta y

tres años, mientras 19 (10,8%) eran mayores de 44 años de edad. (Tabla 1). El rango etéreo estaba comprendido entre 24 y 53 años, para una edad media de 38 años.

103 médicos (58,8%) eran casados y 66 (37,7%) permanecían solteros, cinco (2,9%) eran separados y uno (0,6%) convivían en unión libre.

136 profesionales (77%) manifestaron profesar la religión católica, mientras que 16 (9,1%) informaron no seguir una doctrina religiosa en particular. 21 (12%) eran cristianos y 2 (1,2%) eran evangélicos.

La mayoría de los médicos evaluados, 121 (69,2%) eran egresados de la Universidad de Cartagena, centro docente de carácter público. Los 54 restantes (30,8%) habían realizado sus estudios de pregrado en instituciones universitarias privadas de la ciudad de Barranquilla: 27 (15,4%) de la Universidad Libre, 21 (12%) de la Universidad Metropolitana, y 6 (3,4%) de la Universidad del Norte. El 50%, o sea 87 de los médicos, habían egresado en los últimos seis años, siendo 28 (16%) los profesionales que habían egresado entre los años 2000 y 2001. Sólo 16 (9,1%) tenían más de 18 años de egresados.

De los 175 Médicos en consideración, sólo 20 (11,4%) estaban realizando el año de servicio social obligatorio o medicatura rural.

Tabla 1. Distribución según estado grupos etéreos.

| Grupos de edad | n | % |
|----------------|------------|--------------|
| 24 - 28 | 58 | 33,1 |
| 29 - 33 | 50 | 28,5 |
| 34 - 38 | 20 | 11,5 |
| 39 - 43 | 28 | 16,0 |
| 44 - 48 | 7 | 4,0 |
| 49 - 53 | 12 | 6,9 |
| Total | 175 | 100,0 |

Edad media: 38 años.

Rango de edades: 24 - 53 años.

TABLA 2. Distribución según respuestas al cuestionario No. 1, sobre generalidades de anticoncepción de emergencia

| Pregunta formulada | Respuestas | | | | | |
|---------------------------------------|------------|------|-----|------|---------|------|
| | Sí | | No | | No sabe | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Conoce la existencia de la AE | 159 | 90,8 | 9 | 5,2 | 7 | 4,0 |
| Le solicitan sus pacientes AE | 53 | 30,3 | 122 | 69,7 | 0 | 0,0 |
| Esta de acuerdo con la AE | 144 | 82,3 | 23 | 13,2 | 8 | 4,5 |
| Prescribe usted AE | 74 | 42,3 | 101 | 57,7 | 0 | 0,0 |
| Considera que AE produce aborto | 24 | 13,7 | 140 | 80,0 | 11 | 6,3 |
| Usted (o con su pareja) utilizaría AE | 95 | 54,4 | 64 | 36,5 | 16 | 9,1 |
| La A.E. es dañina para la salud | 12 | 7,0 | 148 | 84,5 | 15 | 8,5 |
| Tiene clara las indicaciones de AE | 114 | 65,1 | 51 | 29,1 | 10 | 5,7 |
| Le gustaría tener más conocimientos | 164 | 93,7 | 11 | 6,3 | 0 | 0,0 |
| Conoce las diferentes formas de AE | 79 | 45,1 | 73 | 41,0 | 19 | 10,8 |
| El DIU sirve como AE | 45 | 25,7 | 97 | 55,0 | 33 | 18,8 |
| La minipildora sirve como AE | 115 | 65,7 | 23 | 13,1 | 37 | 21,1 |
| La píldora sirve como AE | 108 | 61,7 | 30 | 17,1 | 37 | 21,1 |
| Ordenaría AE como método regular | 10 | 5,7 | 146 | 83,4 | 19 | 10,8 |
| Sabe usar la píldora en AE | 94 | 53,7 | 55 | 31,4 | 26 | 14,8 |
| Sabe usar la minipildora en AE | 36 | 20,5 | 104 | 59,5 | 35 | 20,0 |

Los 175 médicos refirieron que en conjunto atendían diariamente 2 824 mujeres en edad fértil, lo cual permite considerar que en promedio cada profesional evaluado atendía 16 mujeres/día en edad reproductiva, las cuales muy probablemente pudiesen llegar a necesitar información o prescripción de anticoncepción de emergencia.

La **Tabla 2** presenta las respuestas dadas por los profesionales al interrogatorio presente en el primer formulario. 16 médicos (9,2%) manifestaron no conocer o no saber sobre la existencia de anticoncepción de emergencia, siendo 9 de ellos egresados en los últimos cuatro años. De los 72 egresados entre 1984 y 1990, solo 4 profesionales desconocían la existencia de la anticoncepción de emergencia. De los 16 médicos egresados entre 1973 y 1983, un total de 2

profesionales desconocían la existencia de esta estrategia para regular la fertilidad.

Prácticamente la tercera parte de los profesionales notificaron que en el último año, al menos en una ocasión algún paciente, les habían solicitado información o prescripción de anticoncepción de emergencia.

144 (82,3%) de los 175 médicos evaluados, manifestaron estar de acuerdo con la anticoncepción de emergencia. 23 (13,2%) comunicaron no estar de acuerdo con las bondades de ella y 8 (4,5%) no sabían con precisión qué contestar. Todos los 16 médicos que informaron no conocer la anticoncepción de emergencia, estaban incluidos dentro de los 31 profesionales que contestaron negativamente o que no sabían si estar de acuerdo con la

anticoncepción de emergencia. Ello permite evidenciar que 15 médicos generales (8,6%) de los 159 que manifestaron conocer la existencia de la anticoncepción de emergencia, no estaban de acuerdo con su utilización.

Aunque el 90% de los 175 médicos manifestaron conocer sobre anticoncepción de emergencia, y que de ellos el 85% estaban de acuerdo con su utilización, sólo el 42% comunicó que en alguna ocasión había prescrito anticoncepción de emergencia.

140 médicos (80%) tenían claridad y aceptaban los informes de investigaciones científicas que aseveran que la anticoncepción de emergencia no produce abortos. De los 24 médicos que sí consideraban esta estrategia de regulación de la fertilidad como una acción abortiva, 20 manifestaron profesar religión católica y 4 manifestaron ser cristianos.

Ante la pregunta de si: usted si es mujer utilizaría anticoncepción de emergencia, o de ser varón la utilizaría en su pareja, 95 profesionales (54,4%) contestaron afirmativamente, mientras que 64 (36,5%) manifestaron negativamente. La distribución según géneros de las respuestas dadas a esta pregunta, permitió observar que 82 profesionales varones (62% de ellos) dijeron que sí utilizarían anticoncepción de emergencia en su pareja, 44 (32,1%) que no la utilizarían y 8 (5,9%) no saber si la utilizarían. Por su parte, entre las médicas generales, 10 (el 26,3% de ellas) manifestaron que sí utilizarían anticoncepción de emergencia personalmente, 20 (52,7%) no la utilizarían y 8 (21%) contestaron no saber si la utilizarían. Coherentemente los mismos 16 médicos que manifestaron no conocer la existencia de la anticoncepción de emergencia, contestaron que no sabrían o no la utilizarían, y los 15 médicos que informaron no estar de acuerdo con la anticoncepción de emergencia, tampoco la utilizarían personalmente o con su pareja. De los médicos generales que conocían la estrategia y

que están de acuerdo con su existencia, 49 (36,1%) contestaron negativamente el uso personal o en su pareja.

Sólo 12 médicos (7%) la consideró perjudicial para la salud, y todos ellos hacían parte del grupo de profesionales que no la usarían con ellos ni con su pareja, y todos eran parte de los médicos que no estaban de acuerdo con la anticoncepción de emergencia y que no la prescribían. La totalidad de los médicos que la considero perjudicial para la salud, también la consideraron abortiva. 15 profesionales manifestaron no saber si afectaba la salud, y todos hacían parte del grupo de médicos que dijeron desconocer el concepto de anticoncepción de emergencia.

114 médicos (65%) manifestaron tener claras las indicaciones, mientras que 51 (29,1%) manifestaron no tener claridad sobre las indicaciones de la anticoncepción de emergencia. 164 de los encuestados (93,7%), comunicaron que les gustaría tener más conocimientos, y entre ellos estaban todos los que no conocían sobre esta estrategia anticonceptiva. 11 de los profesionales, o sea el 6,3% manifestaron no desear tener nuevos conocimientos sobre anticoncepción de emergencia y todos ellos hacían parte de aquellos que consideraron a esta estrategia de prevención de la gestación no deseada, como dañina para la salud y abortiva.

73 médicos (41%) manifestaron no tener claras las diferentes formas disponibles para administrar anticoncepción de emergencia, mientras que un porcentaje similar, el 45%, comunicó tenerlas claras; pese a ello sólo el 25% de los profesionales que participaron en el estudio, consideraron que el dispositivo intrauterino (DIU) era una opción válida como anticoncepción de emergencia, y más de la mitad de los encuestados señaló que no se utilizaba como tal. El 65% y el 61% de los médicos reconocían que los anticonceptivos orales de sólo progestágenos (minipíldoras) y los anticonceptivos

Tabla 3. Distribución según respuestas al cuestionario N° 2, para calificar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia

| Pregunta formulada | Respuestas | | | |
|--|------------|------|------------|------|
| | Correcta | | Incorrecta | |
| | n | % | n | % |
| Definir concretamente el concepto AE | 147 | 84,0 | 28 | 16,0 |
| Identificar el esquema más usado de AE | 95 | 54,2 | 80 | 45,8 |
| Efectos adversos más frecuentes de AE | 123 | 70,2 | 52 | 29,8 |
| Sobre contraindicaciones para AE | 123 | 70,2 | 52 | 29,8 |
| Sobre diferentes estrategias de AE | 58 | 33,1 | 117 | 66,8 |
| Sobre las indicaciones para ordenar AE | 161 | 92,0 | 14 | 8,0 |
| Como se administra el método de Yuzpe | 95 | 54,2 | 80 | 45,8 |
| Tasas de falla de la AE | 105 | 60,0 | 70 | 40,0 |
| Mecanismos de acción de píldora en AE | 91 | 52,0 | 84 | 48,0 |
| Nombres comerciales de píldoras en AE | 115 | 65,7 | 60 | 34,2 |

orales combinados, respectivamente, eran importantes al interior de la anticoncepción de emergencia. Llama la atención cómo aproximadamente el 20% de los encuestados manifestaron no saber que el dispositivo intrauterino, los anticonceptivos orales combinados y los anticonceptivos orales de sólo progestágenos son importantes en la anticoncepción de emergencia.

146 médicos (83,4%) consideraron correctamente que la anticoncepción de emergencia no es un método regular de planificación y 19 (10%) contestaron no saberlo, entre ellos están todos los que manifestaron no conocer sobre anticoncepción de emergencia.

Un mayor número de médicos, 94 (53%) reconocieron tener clara la forma de administrar anticonceptivos orales combinados en el esquema de anticoncepción de emergencia, mientras que sólo 36 (20,5%) manifestaron tener claro cómo administrar anticonceptivos orales de sólo progestágenos en el esquema de anticoncepción de emergencia.

La **Tabla 3** presenta el consolidado de respuestas a las diez preguntas del cuestionario en forma

de test que evaluaba el conocimiento teórico sobre anticoncepción de emergencia. En la pregunta número uno, se interrogó si el concepto de anticoncepción de emergencia era un método anticonceptivo de barrera, un método para uso regular, un método postcoital que se usa en cada relación sexual a la mañana siguiente o un método para prevenir el embarazo cuando se han tenido relaciones sexuales sin protección. La pregunta fue contestada correctamente por 147 (84%) de los médicos participantes. Entre los 28 médicos que contestaron de forma equivocada esta pregunta, se encontraban todos los profesionales que previamente habían señalado no conocer la existencia de anticoncepción de emergencia.

La segunda pregunta del test interrogó si uno de los esquemas utilizados en la anticoncepción de emergencia era denominado: método de Guillian, método de Savage, método de Stein-Levental, o método de Yuzpe, siendo contestada de forma acertada por sólo el 54% de los médicos evaluados.

El 70% de los médicos contestó acertadamente la tercera pregunta, la cual estaba relacionada

con los efectos adversos que más frecuentemente produce la anticoncepción de emergencia, que son los vómitos y las náuseas. Igualmente el 70% de los médicos contestó acertadamente la cuarta pregunta, al señalar que la anticoncepción de emergencia se contraindica en presencia de embarazo, y puede administrarse en diabéticas, en mujeres con enfermedad cardiovascular, hipertensión y anemia.

El 66% de los médicos contestó erróneamente la quinta pregunta en la cual se solicitaba señalar cuál de las siguientes estrategias no hace parte del concepto de anticoncepción de emergencia: aplicación de dispositivo intrauterino en las 24 horas siguientes al coito, administración de sólo gestágenos a dosis altas en las primeras 72 horas postcoital, administración de anticonceptivos orales combinados a dosis elevadas en las primeras 72 horas postcoital, o la aplicación de duchas vaginales inmediatamente posterior al coito.

La sexta pregunta, relacionada con las indicaciones de la anticoncepción de emergencia, fue la pregunta contestada acertadamente por un mayor porcentaje de médicos. Se les preguntó en cuál de los siguientes casos no ordenaría anticoncepción de emergencia: cuando en el coito se rompe o se resbala el condón, cuando una usuaria de anticonceptivos orales ha tenido un coito y el uso de las píldoras ha sido irregular, en una mujer con un incipiente o probable embarazo, en casos de relaciones sexuales no esperadas o sin protección, o cuando una mujer a sido víctima de agresión sexual. 161 médicos (92%) la contestaron acertadamente, y llama la atención que 6 de los médicos que habían señalado no conocer el concepto de anticoncepción de emergencia, contestaron la pregunta acertadamente.

Es poco identificada a la anticoncepción de emergencia como método de Yuzpe, lo que se

desprende de los resultados obtenidos con la pregunta número siete, donde sólo el 45% de los médicos evaluados logró identificar correctamente que el método de Yuzpe es administrar dos tabletas de anticonceptivos orales combinados de macrodosis que incluyan levonorgestrel en las primeras 72 horas posteriores a un coito, y repetir las 12 horas más tarde.

En la pregunta número ocho, el 60% de los médicos identificó correctamente que la tasa de falla de la anticoncepción de emergencia es del 2%, pero sólo la mitad de los médicos participantes, en la pregunta número nueve seleccionaron adecuadamente los posibles mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia.

Con la pregunta décima se observó que el 65% de los profesionales participantes pudo escoger acertadamente entre un grupo de nombres comerciales de anticonceptivos orales combinados: Noral[®], Neogynon[®], Nordette[®], Microgynon[®], Tri-cilest[®], aquél que no debe utilizarse en anticoncepción de emergencia.

La calificación promedio obtenida por la totalidad del grupo de estudio, a partir de las respuestas correctas al cuestionario en forma de test fue 6,16, lo que permite colocarlos en la categoría Regular. En la **Tabla 4** se presenta la distribución de los profesionales según calificación y categoría obtenida. Sólo 10 médicos (5,8%) contestaron acertadamente las diez preguntas del cuestionario, siendo considerados dentro de la categoría Excelente, al tener óptimos conocimientos teóricos en anticoncepción de emergencia. 41 médicos (22,3%) obtuvieron calificación que permite colocarlos en categoría Muy Bueno. 16% de los profesionales alcanzó la categoría Bueno y 24% la categoría Regular. Una calificación igual o inferior a cinco fue obtenida por 59 médicos (33,7%), y de ellos 12 médicos, 7% de la totalidad, tuvieron un puntaje igual o inferior a tres.

Tabla 4. Distribución según calificación y categoría obtenida

| Calificación | Categoría | n | % |
|--------------|------------|------------|------------|
| Diez | Excelente | 10 | 5,8 |
| Nueve | Muy Bueno | 22 | 12,6 |
| Ocho | Muy Bueno | 17 | 9,7 |
| Siete | Bueno | 28 | 16,0 |
| Seis | Regular | 43 | 24,6 |
| Cinco | Malo | 24 | 13,8 |
| Cuatro | Muy Malo | 19 | 10,8 |
| Tres | Deficiente | 8 | 4,5 |
| Dos | Deficiente | 2 | 1,2 |
| Uno | Deficiente | 1 | 0,5 |
| Cero | Deficiente | 1 | 0,5 |
| Total | * | 175 | 100 |

Calificación promedio: 6,16.

Categoría promedio: Regular.

Tabla 5. Distribución según grupos etáreos, calificación y categoría obtenida

| Grupos etáreos | Calificación promedio | Categoría promedio |
|----------------|-----------------------|--------------------|
| 4 - 28 | 6,1 | Regular |
| 29 - 33 | 6,8 | Regular |
| 34 - 38 | 6,0 | Regular |
| 39 - 43 | 6,1 | Regular |
| 44 - 48 | 6,0 | Regular |
| 49 - 53 | 5,4 | Malo |
| Total | 6,1 | Regular |

La **Tabla N° 5** presenta al grupo de estudio, distribuido por grupos etáreos, calificación y categoría obtenida, observándose que la mayor calificación la obtuvieron los médicos con edades entre 29 y 33 años al obtener 6,8. La menor calificación, 5,4, en la categoría Malo, la obtuvo el grupo de médicos con edades entre 49 y 53 años. Entre los 20 médicos que realizaban el año rural

se obtuvo un promedio de calificación de 7,1, para la categoría Bueno.

COMENTARIOS

La anticoncepción de emergencia tiene un lugar específico y bien definido dentro de la planificación familiar^{6,9,10}. A pesar de la disponibilidad de numerosos y eficaces métodos para regular la fertilidad, muchos embarazos se producen sin ser planeados ni deseados.^{2,13} El riesgo de embarazo en un coito sin protección puede llegar a ser de uno en tres, según el día de la exposición con relación a la ovulación. De ello debiesen tener el conocimiento necesario tanto los proveedores de atención en salud como la comunidad misma.

Si bien un buen porcentaje de los médicos generales evaluados conocen la existencia de la anticoncepción de emergencia, y un considerable número de ellos manifestó estar de acuerdo con su disponibilidad, sólo la mitad informó que al menos en una ocasión la había prescrito, y sólo la tercera parte de ellos comunicó que en el último año, al menos en una ocasión le habían solicitado orientación o prescripción, siendo que en promedio cada uno de ellos atendía diariamente 16 mujeres en edad fértil. En cierta medida ello es prueba que las mujeres en edad fértil siguen sin estar al tanto de ésta importante opción, y siguen sin tener acceso a la información necesaria para poder solicitar y usar la anticoncepción de emergencia de forma eficaz.^{6,16,17} Las mujeres que pueden beneficiarse de la anticoncepción de emergencia, no la solicitan, y no la utilizan ya que no saben que existe, o no saben dónde obtenerla, o cómo y cuándo utilizarla.¹

Pese a la gran cantidad de publicaciones científicas^{3,5,8,12,14,18,19} que han señalado la inocuidad de los esquemas que conforman la anticoncepción de emergencia, y a que la OMS en sus criterios de elegibilidad, solo considera al embarazo como una

contraindicación, y ello por su ineficiencia, el 7% de los encuestados la consideró perjudicial para la salud y otro 8,5% no fue capaz de negarlo. Estos datos sumados representan un porcentaje muy elevado.

El hecho de considerar a la anticoncepción de emergencia como una acción abortiva, es una de los grandes dificultades para su aceptación.¹ La anticoncepción de emergencia es ampliamente considerada abortiva como tal, pese a que también las publicaciones^{13,16,20} señalan la ausencia de efectos una vez producida la implantación. Debe ser motivo de preocupación que el 13% de los médicos generales encuestados la consideró abortiva y el 6% no pudo negarlo.

Los grupos religiosos, que tienen puntos de vista diferentes sobre el inicio de la vida, a los que consideran científicos y biólogos, son los más grandes generadores de resistencia a la difusión del conocimiento y al uso de la anticoncepción de emergencia. No obstante, con el transcurrir de más de 40 años de amplio uso a nivel mundial,¹³ la anticoncepción hormonal hoy puede mirarse en perspectiva y se puede evidenciar el gran impacto benéfico que ha representado tanto desde el punto de vista demográfico como de salud sexual y reproductiva. Desde su introducción, y con todas sus formas de prescripción, de lo cual no puede excluirse la anticoncepción de emergencia, ha sido generadora de fuertes controversias éticas y religiosas, y generadora de importantes implicaciones sociales, políticas, económicas y culturales en todas las naciones.

La investigación permite colocar en evidencia que los médicos generales participantes poseen un bajo nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia. Menos de la mitad de los profesionales manifestó conocer las diferentes formas de administrar anticoncepción de emergencia. Sólo el 53% de los profesionales afirmaron que

conocían como utilizar las tabletas de anticonceptivos orales combinados en la anticoncepción de emergencia, sólo el 20% de los profesionales afirmó conocer cómo utilizar la minipildora dentro de la anticoncepción de emergencia y sólo el 25% de los profesionales afirmó saber que el dispositivo intrauterino se utilizaba como anticoncepción de emergencia.

Pese a la amplia información sobre los beneficios que representa la anticoncepción de emergencia,^{2,3,4,5} llama la atención cómo sólo la mitad de los profesionales participantes informó estar dispuesto a utilizarla personalmente o en su pareja, hecho que puede indicar la existencia de un pobre conocimiento en la estrategia en sí, dudas en las bondades reales que ella ofrece, temores infundados que pueden ser los mismos que están presentes en la comunidad en general, o incluso llegar a interpretarse como falta de compromiso con la recomendación y/o prescripción de la anticoncepción de emergencia.

Un mayor número, el 65%, manifestó tener claras las indicaciones de la anticoncepción de emergencia. Sí es importante y representativo que el 83% manifestara que en definitiva la anticoncepción de emergencia no es considerada un método regular de planificación familiar, y es de importancia que el 93% de los profesionales deseara tener más conocimientos sobre anticoncepción de emergencia. El Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia,¹ difunde entre profesionales del área de la salud y entre la comunidad en general, información científica relacionada. Dicho consorcio es una red articulada que agrupa a más de veinte asociaciones, organizaciones e instituciones gubernamentales o no gubernamentales, públicas o privadas, a nivel mundial, interesadas en impulsar, desarrollar y facilitar la ejecución de programas de planificación familiar, derechos y salud sexual y reproductiva.

El consorcio sobre anticoncepción de emergencia viene desarrollando una estrategia que conlleve a la expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global. Desde octubre del año 2000 el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia contribuye a mejorar el nivel de salud de la población y a reducir la mortalidad materna debida al aborto en condiciones de riesgo en Latinoamérica, a través de la defensa, promoción, difusión y acceso a la anticoncepción de emergencia en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer latinoamericana.

La evaluación concreta de los conocimientos señala la magnitud de las deficiencias, ratificando lo considerado por los propios profesionales participantes. Sólomente diez médicos, o sea el 5,8% del total, contestó acertadamente las diez preguntas que hacían parte del test de conocimientos. 49 profesionales, la cuarta parte de los médicos generales obtuvieron una calificación igual o superior a 8 puntos, lo que puede considerarse globalmente bajo para un grupo de profesionales que ejercen la medicina en gran medida en atención primaria.

En la totalidad y en sumatoria, 1 114 preguntas fueron contestadas correctamente, lo que corresponde al 64%. La calificación promedio del grupo fue de 6,16, permite categorizar a todo el grupo dentro de regular. Calificación que a todas luces debe interpretarse como muy por debajo de lo esperado, y que obliga a que se diseñen y ejecuten acciones de Educación Médica Continuada tanto formativas como de concientización de los beneficios que trae la anticoncepción de emergencia,^{2,3,6,7,17} para que así se puedan cumplir las metas del Consorcio Sobre Anticoncepción de Emergencia,¹ de generar un acceso global.

En el Consenso de Bellagio, realizado esa ciudad italiana en 1995, se consideró que todas las

mujeres del mundo deben tener acceso a estos métodos seguros que previenen embarazos no deseados cuando se han tenido coitos sin protección.¹³ Es fundamental por tanto que los médicos y todos los profesionales de la salud, deben estar científicamente preparados para entregar una oportuna y correcta información sobre anticoncepción de emergencia.

Hace muchos años las dosis y las combinaciones hormonales para utilizar después del coito eran consideradas “el secreto mejor guardado”. Las generaciones actuales de dirigentes de los programas universitarios de educación en el área de la salud, los educadores médicos y en especial los dedicados a la educación en salud sexual y reproductiva, así como las instancias comprometidas con la educación médica continuada, deben propender por que se genere un amplio espacio donde la anticoncepción de emergencia sea frecuente y profundamente considerada.

De la anticoncepción de emergencia deben encargarse los programas normales de formación de médicos, enfermeras y de los demás prestadores de atención en salud, para que ellos tengan conocimientos claros y el suficiente criterio para que puedan evitar el desarrollo y la persistencia de falsas creencias entre la población. A la vez, dichos profesionales deben conocer y/o desarrollar, y por tanto aplicar estrategias que permitan a la mujer solicitar o utilizar eficiente y racionalmente la anticoncepción de emergencia. Es labor de todos que este importante recurso, que prácticamente viene a ser una “segunda oportunidad” de planificación familiar¹ e instante justo para recomendar o iniciar un método de planificación regular,¹³ llegue a estar disponible para el uso global de la población, satisfaciéndose así necesidades que tácitamente pueden estar presentes en las mujeres.

Es labor de todos, incluidos los gobernantes, el poder legislativo, los gremios económicos, la

industria farmacéutica, las agremiaciones científicas, las instituciones educativas y las autoridades de salud, el propiciar todos los espacios para que en el país se materialice la disponibilidad de los preparados comerciales específicos para anticoncepción de emergencia. La disponibilidad de un producto específico hace que el método sea más sencillo de prescribir por el profesional de la salud y menor la oportunidad de errores al ser utilizado por las mujeres. La disponibilidad de un producto específico, con el apoyo de los gobiernos, contribuye a generar la legitimidad ya ganada del esquema, a los ojos de las mujeres y de las líderes de la comunidad.¹

La anticoncepción de emergencia es una muy válida estrategia de planificación, que situada en el verdadero lugar, influye favorablemente sobre las negativas repercusiones sociales, demográficas y económicas que generan los embarazos indeseados y el aborto en condiciones de riesgo.^{6,8,9,10,18}

BIBLIOGRAFÍA

1. Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia. Expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global. Seattle, WA. IPPF/RHO 2001.
2. Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes DA, et al. Timing of emergency contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task force on postovulatory methods of fertility regulations. *Lancet* 1999; 353:721-728.
3. Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence concerning the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol* 1999; 93:872-876.
4. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of Levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post coital contraception. *Hum Reprod* 1993; 8:389-392.
5. Trussell J, Ellertson C, Rodriguez G. The Yuzpe regimen of emergency contraception:how long after the morning after? *Obstet Gynecol* 1996; 88:150-154.
6. Trussell J, Duran V, Shoochet T, et al. Access to emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2000; 95(2):267-270.
7. Trussell J, Ellertson C. Efficacy of emergency contraception. *Fertility Control Reviews* 1995; 4:8-11.
8. Senanayake P. Emergency contraception:the International Planned Parenthood Federation's experience. *International Planning Perspectives* 1996; 22:69-70.
9. Ellertson C. History and efficacy of emergency contraception: beyond Coca-Cola. *Family Planning Perspectives* 1996; 28:44-48.
10. Trussell J, Stewart F, Guest F, et al. Emergency contraception pills. A simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Family Planning Perspectives* 1992; 24:269-273.
11. Task force on postovulatory methods of fertility regulations. Randomized controlled trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptive for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352:428-433.
12. Haspels AA, Andriesse R. The effects of large doses of estrogens post coitus in 2000 women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1973; 3:113-117.
13. Monterrosa A. Actualización de conceptos en anticonceptivos orales combinados. Tercera Edición, Santafé de Bogotá 2001.
14. Haspels AA. Emergency contraception: a review. *Contraception* 1994; 50:101-108.
15. Webb AMC, Russell J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, Danazol and Mifepristone (RU-486) in oral postcoital contraception. *BMJ* 1992; 305:927-931.
16. Rodriguez I, Grou R, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptives pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184 (4):531-537.
17. Trussell J, Koenig J, Ellertson C, et al. Preventing unintended pregnancy:the cost - effectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health* 1997; 87 (6):932-937.
18. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Rimzy I, et al. Postcoital contraception:a pilot Study. *J. Reprod Med* 1974; 13 (2):53-58.

19. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-Norgestrel as postcoital contraceptive. *Fertil Steril* 1977; 28 (9):932-936.
20. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing Ethinylestradiol combined with dl-Norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertil Steril* 1982; 37 (4):508-513.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos muy sinceros a Luis Guillermo Anillo Osorio, Irma Patricia Blanco Castillo, Dairo Castilla Castro, Dager Dumett Ruiz y Fernando Gómez Simancas, por la selección de los profesionales médicos y la aplicación de las encuestas. Ellos para la fecha de la ejecución del proyecto, eran estudiantes de quinto año en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, cursando la asignatura de Ginecología y Obstetricia. La actividad por ellos adelantada era requisito curricular del programa.