



Revista Médica Herediana

ISSN: 1018-130X

famed.revista.medica@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Romero Mezarina, Luis Germán; Llanos Zavalaga, Luis Fernando; Salhuana Huaman,
Juan José; Mayca Perez, Julio; Quijano Rondan, Bladimir Raúl

Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los
mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia.

Revista Médica Herediana, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 92-99

Universidad Peruana Cayetano Heredia

San Martín de Porres, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338038882005>

- 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

Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia.

Knowledge and attitudes of gynaecologists-obstetricians of Lima and Callao, towards action mechanisms and prescription of the emergency contraception pill.

Romero Mezarina Luis Germán ¹, Llanos Zavalaga Luis Fernando ², Salhuana Huaman Juan José ¹, Mayca Perez Julio ³, Quijano Rondan Bladimir Raúl ¹.

RESUMEN

Objetivos: El presente estudio busca determinar el nivel de conocimientos y actitudes que tienen los médicos gineco-obstetras que laboran en hospitales del Ministerio de Salud en Lima y Callao sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE). **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo de corte prospectivo en nueve hospitales del Ministerio de Salud en Lima y Callao en una muestra aleatoria representativa de 94 médicos gineco-obstetras. Se aplicó una encuesta estructurada basada en anteriores experiencias, previa validación de “expertos”. **Resultados:** Se observó que 100% de los médicos entrevistados había escuchado acerca de la AOE. El 18% conocía los tres mecanismos de acción descritos en la literatura, 82% refirieron correctamente el modo de administración y 72% conocía el tiempo en que debe ser empleado. El 71% refirió estar dispuesto a recetarla, mientras que 66% ya la había recetado en alguna oportunidad y 83% la menciona, con diferente frecuencia, como parte de su consejería habitual sobre anticoncepción. El 31% considera que la píldora anticonceptiva de emergencia posee algún mecanismo abortivo y 20% no estaría dispuesto a utilizarla en su pareja ni en su persona. **Conclusiones:** Se observó que un porcentaje alto de los médicos gineco-obstetras está sensibilizado con el tema, conocen su modo de uso, los principales efectos adversos y contraindicaciones pero es bajo su conocimiento sobre el mecanismo de acción. Nuevos estudios necesitan ser realizados en población general e intervenciones educativas para mejorar la calidad de los profesionales de salud. (*Rev Med Hered* 2007;18:).

PALABRAS CLAVE: Anticoncepción oral de emergencia, conocimientos, actitudes, médicos gineco-obstetras.

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Master en Políticas, Planificación y Financiamiento en Salud. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. PARSALUD/Ministerio de Salud. Lima, Perú.

SUMMARY

Objectives: To evaluate the level of knowledge and attitudes of obstetrician-gynaecologists who work at Ministerio de Salud hospitals of Lima and Callao towards Emergency Contraception (AOE). **Materials and Methods:** A prospective descriptive cross-sectional study involving obstetrician-gynaecologists of nine hospitals at Lima and Callao was done, involving a representative random sample of 94 specialists. A structured questionnaire was applied based on former experiences and previous "expert" validity. **Results:** 100% of interviewed had heard about AOE. Only 18% knew the three mechanisms of action described on the literature, 82% referred properly the mode of administration and 72% knew the time on which to be used. 71% referred to be willing to prescribe it, however 66% mentioned had prescribed it previously and 83% referred to mentioned it, at different degree, as part of their routine counseling towards contraception. However 31% considered that emergency contraception has an abortive mechanism and 20% is not willing to use it in his partner or herself. **Conclusions:** We observed a high percentage of obstetrician-gynaecologists being sensitized with this issue, knowing its usage mode, the main adverse events and contraindications, however they have low knowledge about its mechanisms of action. Further studies need to be done in general population, and educational interventions to improve quality of health professionals. (*Rev Med Hered 2007;18:*).

KEYWORDS: Emergency contraception, knowledge, attitudes, obstetrician-gynaecologists.

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) es el conjunto de métodos empleados luego de un coito sin protección que suponga riesgo de embarazo al ocurrir en la fase fértil de la mujer, con el fin de evitar embarazos no deseados y dentro de un periodo de tiempo determinado. Históricamente se emplearon diversos métodos para conseguir este fin (1-3). Entre los esquemas usados en AOE se consideran: 750 ug de Levonorgestrel (LNG) cada 12 horas, o 100 ug de Etinil-estradiol (EE) con 500 ug. de LNG cada 12 horas (método de Yuzpe), siendo ambos empleados dentro de las 72 horas posteriores a un coito de riesgo, disminuyendo su efectividad con el tiempo. Independiente de su composición, la literatura describe tres mecanismos de acción: (i) Sobre la migración y función espermática, (ii) sobre el proceso ovulatorio, inhibiendo la ovulación, inhibiendo o posponiendo la ruptura o interviniendo en la formación del cuerpo lúteo, y (iii) sobre el endometrio, mediante el cual el endometrio sufre una serie de alteraciones estructurales por las cuales no se hace posible la implantación del óvulo fecundado (1-9).

La efectividad de la AOE es menor a los métodos tradicionales de anticoncepción por lo que su uso está indicado sólo en casos de emergencia, y no debe ser usado como un método regular de planificación familiar. Se reporta una efectividad de 74% para el método de LNG y EE combinados y 85% para LNG solo, siendo inversamente proporcional la efectividad al tiempo de administración de la primera dosis (4,10-12). Las indicaciones recomendadas por la OMS (1,2), para su empleo son: Coito voluntario sin protección, uso inco-

recto o inconsecuente de un anticonceptivo regular o en caso de fallo accidental de otros métodos (por ejemplo ruptura o desprendimiento del preservativo, cálculo equivocado del periodo de infertilidad, expulsión de un dispositivo intrauterino, fallo del *coitus interruptus*, interrupción de toma de anticonceptivos orales por más de tres días, administración con retraso de un anticonceptivo inyectable), o violación de una mujer sin protección anticonceptiva.

La única contraindicación es la presencia de embarazo, debido a que ya no cumpliría el efecto deseado y no justifica su empleo. Las contraindicaciones asociadas al uso de anticonceptivos orales combinados y píldoras exclusivamente progestagénicas no son aplicables a la AOE. Se han realizado varios estudios para determinar las razones por las cuales las pacientes solicitan AOE, siendo estas, la ausencia de anticoncepción regular (45-67%), fallas en el uso de métodos de barrera (25-48%), deficiencia en la realización del *coitus interruptus*, violación y olvido en la administración de anticoncepción oral (7-14%); siendo la mayoría de ellas menores de 25 años (1-3). Los efectos secundarios que se atribuyen a este tipo de método anticonceptivo son las náuseas (20-50%), vómitos en (5-20%), también pueden presentar hemorragias uterinas anormales, hipersensibilidad mamaria, cefalea, mareos y fatiga (1-4).

En el Perú, cada año se producen más de 350 mil abortos inducidos que constituyen 30% de la mortalidad materna; 20% de los partos en los hospitales públicos son adolescentes entre 10 y 19 años, 25% de los embarazos son no deseados y 35% llegan a convertirse en abortos inducidos. Además, en el registro de egresos

hospitalarios del MINSA para 1998, fueron 23 692 registrados por aborto; considerándose que esta nueva opción anticonceptiva puede constituir y cumplir un papel importante en disminuir las cifras de embarazos no deseados y de abortos y las complicaciones de esta práctica (18,19).

La AOE ingresa al Perú en el 2001 siendo instaurada dentro de los programas de planificación familiar, pero no fue implementada adecuadamente. Posteriormente en el 2003 fue retirado por el Ministerio de Salud al no ser aceptada por la Comisión de Alto Nivel creada para evaluar de manera multidisciplinaria este método. Recién en el 2004 se instaura en el programa de planificación familiar estos fármacos, lo cual se dio en medio de un clima polémico y lleno de controversias debido al efecto post-fertilización que en algunos sectores es considerado abortivo y la defensa de otros para lograr implementar este método en el sistema de salud; constituyendo una estrategia importante en la lucha por disminuir el número de embarazos no deseados y abortos inducidos, por lo que el presente trabajo tuvo como objetivo determinar los niveles de conocimientos de los gineco-obstetras limeños y sus actitudes, es decir la predisposición en la prescripción de la AOE, debido a que van a ser los principales involucrados en la difusión del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo de corte prospectivo. Considerando un marco muestral de 224 médicos gineco-obstetras de hospitales del MINSA de Lima y Callao, una adecuada proporción de conocimiento de 90% y un error estándar de 0,05, se estimó una muestra de 94 médicos gineco-obstetras. Se realizó un muestreo aleatorio simple con reemplazo.

Los médicos participantes pertenecían a los hospitales: Arzobispo Loayza (HNAL), Casimiro Ulloa (HNCU), Cayetano Heredia (HNCH), Dos de Mayo (HNDM), Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI), Hipólito Unanue (HNHU), María Auxiliadora (HNMA), San José (HNSJ) y Santa Rosa (HNSR). No se incluyeron a los hospitales Sergio Bernales, Daniel A. Carrión y el Instituto Materno Perinatal por no contar con facilidades para acceder a ellos. La recolección de datos estuvo a cargo de estudiantes de medicina, quienes fueron previamente capacitados, entre diciembre del 2005 y enero del 2006.

El instrumento sobre conocimientos y actitudes en AOE fue diseñado a partir de dos encuestas empleadas en estudios previos sobre AOE, una realizada en médicos gineco-obstetras en San José de Costa Rica y la otra

en internos de medicina en Lima. Una vez diseñado el instrumento, se realizó la revisión de "expertos". Tres médicos gineco-obstetras y un médico investigador encargado de evaluar la parte metodológica, todos docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, participaron en la validación visual (face validity). El cuestionario final constó de 31 preguntas divididas en tres partes: datos generales del encuestado (edad, sexo, estado civil, religión, universidad donde realizó su especialidad, año en que terminó su especialidad, entre otros), la segunda sobre conocimientos teóricos acerca de la AOE (mecanismos de acción, indicaciones, eficacia, efectos adversos, contraindicaciones, legalidad en nuestro medio y forma de administración) y la tercera parte sobre las actitudes acerca de la prescripción (disposición para emplear el método y recomendarlo, accesibilidad, consejería e indicaciones). Cada pregunta tenía opciones múltiples además en tres de ellas se pedía justificar de forma personal algunas respuestas. Finalmente, fue aplicado como encuesta.

Los datos fueron revisados e ingresados a la base de datos en el programa SPSS versión 13.0, luego se realizaron los respectivos análisis univariado y bivariado, dependiendo de las variables establecidas y los propósitos del estudio. Una vez establecidos los resultados de acuerdo a su distribución porcentual y de frecuencias fueron agrupados en tablas. El estudio contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RESULTADOS

De las 94 encuestas realizadas, se excluyeron 7 encuestas por inconsistencia en los datos (tasa de respuesta: 92,6%). Las edades de los médicos oscilaron entre 31 y 58 años, con una media de $42,5 \pm 5,6$ años, y predominio del sexo masculino (90,8%). En cuanto al estado civil, la mayoría (59,8%) fueron casados o separados (27,6%). El 90,8% tenían hijos y 78,2% refirieron ser católicos. La mayor parte de profesionales había realizado su especialidad en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 41,4% y Universidad Peruana Cayetano Heredia 28,7%, egresando en su mayoría entre los años 2001–2005 (37,9%). Estos médicos laboran en el HNAL (21,8%) y en el HNDM (17,2%) en su mayoría.

El 100% de los médicos entrevistados refirió haber escuchado alguna vez sobre la AOE y 95,4% participado de algún curso o simposium relacionado al tema. Sobre el contenido de la AOE, el 34,5% que tanto el LNG como la combinación de LNG/EE son componentes de este método, mientras que 60,9% consideró al menos una de ellas. Hubo un 2,3% que refirió como contenido

al Misoprostol y otro porcentaje similar refirió no saber el contenido. Sobre los mecanismos de acción, sólo 18,4% señalaron correctamente los tres mecanismos descritos en la literatura (de ellos, 93,7% habían acudido a algún evento respecto al tema), además, el 14,9% atribuyó un efecto post-implantación del producto en el endometrio. Dentro de los efectos adversos mayormente se consideraron: náuseas (93,1%), vómitos (88,5%), cefalea (72,4%), y sensibilidad mamaria (62,1%) (Tabla N°1).

El 31,0% de médicos consideró que tiene un efecto abortivo y 5,7% no saben o no opinan al respecto. Al interrogar sobre sus razones, 62,1% no respondieron y 55,5% de los que señalaron un efecto abortivo consideraron que es debido a que evita la implantación. En relación con la indicación de AOE, 75,9% refirieron relaciones sexuales sin protección y en casos de violación, y 63,2% cuando un método de barrera no fue bien utilizado. El 2,3% señaló cuando quieren prote-

gerse del SIDA y como método anticonceptivo usual (Tabla N°2).

El 62,1% de médicos considera que la AOE reduce entre el 75-99% los embarazos y 47,1% la consideran muy eficaz. El 48,3% considera de manera correcta la presentación de la menstruación a las 2 semanas de haber utilizado la AOE, mientras que 18,4% menciona que la menstruación se daba a la primera semana de empleado el método. Ante la pregunta si la AOE es legal en el país, 79,3% respondieron que si, mientras que 8,0% refirieron que no es un método legal. El 71,3% de los entrevistados refirió estar dispuestos a recetar la AOE, 16,1% no estar dispuestos; la razón no fue respondida por el 73,6% de los médicos. De los que no la recetarían, 28,6% refirió que era por su efecto abortivo, y 7,1% porque no se conocían sus efectos a largo plazo o solo la recetarían en situaciones muy especiales.

Tabla N°1. Conocimiento de los médicos gineco-obstetras del contenido de la AOE, mecanismos de acción y sus efectos adversos

		Frecuencia	Porcentaje	
Composición de la AOE	LNG	37	42,5	
	EE + LNG.	16	18,4	
	LNG / EE + LNG	30	34,5	
	LNG / EE+LNG / Misoprostol	2	2,3	
	No sabe	2	2,3	
Mecanismos de acción	Sobre ovulación	8	9,2	
	Sobre espermatozoides	8	9,2	
	Sobre implantación	9	10,3	
	Los tres + eliminación prod implantado	13	14,9	
	Ovulación + espermat	24	27,6	
	Ovulación + Implantación	8	9,2	
	Espermat + Implantación	1	1,1	
	Ovulac + Esperm + Implant	16	18,4	
	Efectos adversos	Nauseas	81	93,1
		Vómitos	77	88,5
Cefalea		63	72,4	
Sensibilidad Mamaria		54	62,1	
Gastritis		52	59,8	
Mareos		40	46,0	
Hemorragia		31	35,6	
Trombosis		29	33,3	
Fatiga		27	31,0	
Disuria		23	26,4	
Aumento de peso	22	25,3		

Tabla N° 2. Conocimiento de indicaciones de la AOE y casos en los que prescribiría.

		INDICACIONES		RECETARIA	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
En relaciones sexuales sin	NS/NR	17	19,5	29	33,3
	Si	66	75,9	54	62,1
Protección	No	4	4,6	4	4,6
	NS/NR	20	23,0	31	35,6
Como método de anticoncepción usual	Si	2	2,3	2	2,3
	No	65	74,7	54	62,1
Método de barrera mal utilizado	NS/NR	19	21,8	30	34,5
	Si	55	63,2	44	50,6
Para protegerse del SIDA	No	13	14,9	13	14,9
	NS/NR	20	23,0	31	35,6
Si la mujer está embarazada	Si	2	2,3	0	0,0
	No	65	74,7	56	64,4
Cuando la mujer quiere abortar	NS/NR	21	24,1	31	35,6
	Si	5	5,7	2	2,3
Cuando hay falla en tomar píldoras anticonceptivas	No	61	70,1	54	62,1
	NS/NR	27	31,0	34	39,1
En caso de Violación	Si	15	17,2	5	5,7
	No	45	51,7	48	55,2
En caso de Violación	NS/NR	21	24,1	31	35,6
	Si	45	51,7	36	41,4
En caso de Violación	No	21	24,1	20	23,0
	NS/NR	18	20,7	28	32,2
En caso de Violación	Si	66	75,9	55	63,2
	No	3	3,4	4	4,6

NS/NR: No sabe / No responde.

El 63,2% de médicos opinaron que recetarían la AOE en caso de violación, 62,1% en caso de una relación sexual sin protección, 50,6% en caso de falla al utilizar un método de barrera, 41,4% si la mujer falla al administrarse las píldoras anticonceptivas, 5,7% en caso que desee abortar y 2,3% como método anticonceptivo usual o si la mujer está embarazada (Tabla N°2). El 66,7% refirió haberla recetado en alguna oportunidad, al preguntar las razones, 79,3% no respondió, y 19% respondieron por indicación. Al indagar sobre la frecuencia de prescripción en el último año, 32,2% no respondió, 13,8% respondió entre 10–12 veces, y 12,6% entre 4–6 veces. Se encontró asociación entre consideración de la AOE como método abortivo y su prescripción ($p=0,014$).

Respecto a su uso en menores de 20 años, 67,8% la consideró apropiada; ante la pregunta de si estaría dispuesto a utilizarla en su persona o su pareja, 77,0% respondió afirmativamente y 20,7% señaló no estar dispuestos. El 78,5% de los médicos varones indicó estar dispuestos a utilizarla en su pareja, mientras que 62,5% de las médicas mujeres señalaron la posibilidad de utilizarla si era necesario. Paradójicamente observamos que quienes le atribuyen un efecto abortivo (51,8%) están dispuestos a utilizarla en caso sea necesario.

Al realizar el análisis bivariado de la asociación de la composición, de los mecanismos de acción y de la prescripción de la AOE con variables demográficas (Tabla N°3), se encontró que esta era significativa entre los mecanismos de acción y la edad ($p= 0,008$), mecanismos de acción y el año en que terminó la especialidad ($p= 0,012$), prescripción y Universidad donde realizó su especialidad ($p= 0,013$), y prescripción y el hospital donde labora ($p= 0,014$).

DISCUSIÓN

Vista en perspectiva, la anticoncepción hormonal hoy evidencia un gran impacto benéfico tanto desde el punto

Tabla N° 3. Conocimiento del contenido de AOE, conocimiento de mecanismos de acción y la prescripción de AOE y su relación con las variables demográficas.

	Contenido de la AOE	Mecanismos de acción	Ha recetado AOE
Edad	NS	$p= 0,008$	NS
Estado Civil	NS	NS	NS
Sexo	NS	NS	NS
Religión	NS	NS	NS
Universidad	NS	NS	$p= 0,013$
Hospital donde trabaja	NS	NS	$p= 0,014$
Hijos	NS	NS	NS
Año que terminó	NS	$p= 0,012$	NS

NS: No significativo.

de vista demográfico como de salud sexual y reproductiva. Desde su introducción, y con todas sus formas de prescripción, de la cual no puede excluirse la AOE, ha sido generadora de fuertes controversias éticas y religiosas, y generadora de importantes implicaciones sociales, políticas, económicas y culturales en todas las naciones (13,14). Desde una perspectiva de salud pública y de toma de decisiones basada en evidencia, también para el caso de la AOE se evidencia su impacto benéfico tanto visto desde la demografía, economía como de salud sexual y reproductiva. Ello implica reconocer la efectividad de su uso en la población; asimismo, su implementación en los programas de planificación familiar (PF) implicará principalmente reconocer el beneficio socio-demográfico en la población en condiciones de pobreza y pobreza extrema, así como el costo-efectividad del mismo.

Un estudio sobre AOE en Estados Unidos mostró que 77% de los ginecólogos estaban familiarizados con el método; 88% lo consideraba un método seguro, 70% la había prescrito en el último año (13). En Lima en el 2001, un estudio base en proveedores como parte de una campaña para promover las píldoras de AOE en el que participaron 27 médicos, 25 sabían como actuaba y como se debía de recetar, 67,5% afirmaba haberla recetado en algún momento. En Cartagena (Colombia) (14) en el 2002, un estudio con 175 médicos generales evidenció que 82% se encontraba de acuerdo con este método, 50% conocía correctamente sus mecanismos de acción y 42% en algún momento la había prescrito. En Toledo (España) (15) un trabajo del 2001 que incluyó 336 médicos de atención primaria, encontró que 27,5% la consideraban abortiva y el 68,8% la había prescrito.

En San José (Costa Rica)(16) en el 2002, en una muestra de 42 gineco-obstetras, se encontró que 48% de los gineco-obstetras de esa ciudad han recetado AOE, 13% conocía los mecanismos de acción, la mitad sabían como se debía emplear y 75% la consideraban eficaz. Un estudio en Brasil (17) en 1997, mostró que 98% habían escuchado sobre el tema y 61% la habían prescrito.

En el país, el clima de polémica que se desató desde que fue implementada la AOE en el 2001 en los programas de PF favoreció su difusión. Esto se refleja en que todos los médicos encuestados manifiestan haber oído alguna vez sobre el tema, valor superior al reportado en países como Costa Rica (2002) (16) y Brasil (1997) (17). Alrededor del 95% de los médicos refirió haber participado en eventos relacionados con el tema. Esto

podría deberse a que la tercera parte de los médicos gineco-obstetras que actualmente laboran en los hospitales del MINSA han terminado su especialidad en los últimos 5 años, y que el promedio de edad de los médicos encuestados es 42 años, pudiendo deberse ello a que existe un abandono temprano de la práctica pública y esto favorecer el tener una formación más actualizada.

En los conocimientos sobre el tratamiento, la tercera parte de los médicos encuestados indicó conocer adecuadamente la composición de la AOE, cifra inferior a la referida en un estudio en Brasil. Esta diferencia puede estar relacionada a estrategias de difusión o formación profesional que exista en cada país (15). Más aún observándose que 2,3% de médicos encuestados consideraron erróneamente al Misoprostol como parte de los componentes de la AOE, pese a haber participado en eventos sobre este tema, y un número similar refirieron no saber la composición.

Menos del 20% refirió conocer acerca de los tres mecanismos de acción descritos en la literatura, en contraste con 72% observado en un estudio en Colombia, en médicos generales (14). Se logró establecer la asociación entre esta variable, la edad y el año en que terminaron la residencia ($p < 0,05$), encontrándose un mayor número de repuestas correctas para el grupo de 36-40 años de manera similar al grupo que terminó sus estudios entre el 2001-2005, hecho que puede deberse a la asociación entre mayor actualización en información por parte de los médicos recién egresados, evidenciada en la literatura. Se evidenció buen conocimiento del tiempo de administración de la AOE y de su correcto uso, de manera similar a estudios realizados en Costa Rica (51%) (16) y Colombia (53,7%) (14).

En relación con las actitudes, casi tres cuartas partes de los encuestados señalaron que la AOE debe ser fácilmente accesible al público en general e igual número cree que se debe incluir como parte de la consejería de PF, además el 70% estaría dispuesto a recetarla. En este sentido, los médicos gineco-obstetras del Perú se encuentran en cuarto lugar en relación al porcentaje de prescripción; por detrás de Nicaragua con 88%, El Salvador 68%, Panamá 67% y es seguido por Honduras 62%, Brasil 61% y Guatemala 56%.

Pese a que hasta el momento ningún estudio científico es concluyente acerca de un efecto abortivo, un tercio de los médicos encuestados se lo atribuye; a pesar que la mitad estaría dispuesto a utilizarla en su persona o en su pareja, no encontrándose relación entre la aplicación en la práctica clínica y los conceptos

teóricos sobre el tema. Si comparamos con otros países, en Brasil 30% consideran que el método induce al aborto, en Costa Rica 25%; ambos estudios realizados en gineco-obstetras. El hecho de considerar la AOE como abortiva es una de las grandes dificultades para su aceptación, pese a existir publicaciones que señalan la ausencia de efectos una vez producida la implantación (2,14,20). La AOE dentro de las estrategias de PF debe influir favorablemente sobre las repercusiones sociales, demográficas y económicas negativas que generan los embarazos indeseados y el aborto en condiciones de riesgo (14,21).

Si bien observamos que buen porcentaje de médicos evaluados conocen la existencia de la AOE y están de acuerdo con su disponibilidad, pocos la prescriben. En cierta medida ello es prueba que las mujeres en edad fértil siguen sin estar al tanto de esta importante opción, y siguen sin tener acceso a la información necesaria para poder solicitar y usar la AOE de manera eficaz (14,15,21). Lo mismo sucedería en la disponibilidad observada para usarla, que nos haría pensar en probables dudas en las bondades reales que la AOE ofrece, temores infundados que pueden ser los mismos que están presentes en la comunidad en general. En tal sentido, se reconoce la necesidad de promover una adecuada formación de la población, en general, que le permita hacer valer sus principios de libre determinación (autonomía). Para que ello se cumpla, toda persona deberá estar debidamente informada, y tomar sus decisiones en pleno uso de sus libertades.

Los resultados encontrados en el presente estudio nos señalan que es medianamente bueno el conocimiento concreto sobre la AOE en los profesionales entrevistados, sin embargo es necesario tener un verdadero compromiso con su prescripción y divulgación, siendo necesario la realización de estrategias de educación médica continua, tal como ocurre en otros países de Latinoamérica. Es fundamental que los médicos y todos los profesionales de salud se encuentren científicamente preparados para entregar una oportuna y correcta información sobre AOE. Llama la atención por ejemplo el haber encontrado en el estudio que casi 25% del total de médicos participantes no saben o no responden si indicarían o recetarían la AOE como protección para el SIDA, lo que nos hace alguna dificultad para establecer la diferencia entre un método de prevención de embarazo y un método de prevención de ETS (los de barrera).

Respecto a las limitaciones del estudio, la primera fue no poder contar con la participación de todos los hospitales del MINSA de Lima y Callao, se buscó solucionar este problema con reemplazos aleatorios. Se-

gundo, el instrumento usado, previamente validado mostró, como parte de un patrón cultural y social, una elevada tasa de preguntas abiertas no respondidas por los médicos encuestados. Asimismo, se requiere contar con información que recoja las percepciones de la población usuaria “objetivo” hacia la que irán dirigidas las acciones.

Al respecto, un ensayo comunitario, aleatorizado y controlado, realizado en Reino Unido mostró que una intervención educativa aumentó de forma significativa el conocimiento del uso correcto de la AOE, en estudiantes de décimo grado de escuelas públicas, sin evidencia de cambio en la actividad sexual o en el uso de anticoncepción de emergencia. Este hallazgo interpela sobre el temor de un eventual aumento o inicio más temprano de la actividad sexual en adolescentes, en caso de conocerse el uso de AOE. Existen barreras para el uso amplio de la AOE. Del lado de la oferta de atención en salud hay limitaciones en el acceso (horario, modelo curativo de atención) y las preocupaciones de los profesionales de la salud -padres de familia, también- sobre la eventual promiscuidad que podría generar su uso, el mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual, el mal uso que las mujeres podrían hacer o la disminución del uso de métodos anticonceptivos regulares.

Los resultados muestran la necesidad de desarrollar actividades educativas integrales, incluyendo promoción de la salud y comunicación prestador-usuario, en los médicos, especialistas y no especialistas, para mejorar sus niveles de conocimientos, y consecuentemente mejorar la calidad de atención a las pacientes. Ello debería producir decisiones libres e informadas en el uso de métodos anticonceptivos más apropiados. Con el consecuente empoderamiento de la población. Finalmente, es labor del MINSA, de las empresas farmacéuticas, sociedades científicas, e instituciones educativas, propiciar espacios que permitan generar las evidencias científicas necesarias y materializar la disponibilidad de preparados comerciales específicos para la AOE. Por ejemplo, tener productos específicos haría que el método sea más sencillo de prescribir para profesionales de salud y menor oportunidad de errores al ser usado por las mujeres. Ello contribuiría a mejorar la legitimidad ganada del esquema, a ojos de las mujeres y de las líderes de la comunidad (2,14).

Agradecimientos:

Agradecemos la colaboración y apoyo de los Drs. Juan Mauricio Pachas, Jorge Díaz Herrera y Juan Quispe Cuba, docentes de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por el apoyo brindado para la realización del estudio.

Correspondencia:

Dr. Luis Germán Romero Mezarina.
Facultad de Medicina Alberto Hurtado
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Av. Honorio Delgado 430 – San Martín de Porres.
Lima – Perú.
Correo electrónico: gf_pe@hotmail.com.
Teléfono: 98997185.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de emergencia. Guía para la prestación de servicios. Ginebra: OMS; 1999.
2. IPPF. Consorcio sobre anticoncepción de emergencia. Expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global. Seattle, WA: IPPF/RHO; 2001.
3. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *NEJM* 1997; 337(15):1058-64.
4. Glasier A, Baird D. The effects of self administering emergency contraception. *NEJM* 1998;339(1):1-4.
5. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of pre-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001;63:123-9.
6. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, et al. On the mechanisms of action short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64:227-34.
7. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002;100:65-71.
8. Croxatto H, Brache V, Pavez M, et al. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception* 2004;70:442-50.
9. Croxatto HB, Ortiz E. Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(2):157-62.
10. Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton J. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva: Manual para personal Clínico. Baltimore, USA: Facultad de Salud Pública, Universidad John Hopkins; 1999. p. 5-20-5-28.
11. García R, Lay A, Riverón AM, Gallego J. Anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002;18(4):278-280.
12. Diaz S, Croxatto HB. Anticoncepción de Emergencia. En: Pérez-Sánchez A. (ed.) *Ginecología*, 3ª edición, Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003. p. 1067-73.
13. Delbanco SF, Mauldon J, Smith MD. Little Knowledge and limited practice: emergency contraceptive pills, the public, and the obstetrician-gynaecologist. *Obstet & Gynecol* 1997;89(6):1006-11.
14. Monterrosa A. Nivel de Conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en médicos generales que ejercen en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb*

- Obstet Ginecol 2002;53(4):313-26.
15. López de Castro F, Alejandro G, López J, Campos N, Heinrich M, Redondo de Pedros S. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción de emergencia de los médicos de atención primaria en el área de salud de Toledo. *Med Fam* 2001;11(8):441-8.
 16. Marín C. Conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AE). Estudio piloto en San José de Costa Rica, año 2002. *Revista Electrónica Población y Salud en Mesoamérica* 2002; 1 (2): artículo 1. Disponible en: URL: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/inicio.htm> . (Fecha de acceso Enero 2006).
 17. Galvao L, Díaz J, Díaz M, Osis M, Clark Sh, Ellertson Ch. Anticoncepción de Emergencia: Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los gineco-obstetras del Brasil. *Pers Intern Plan Fam* 2000:2-6.
 18. Ferrando D. Aborto clandestino en el Perú: Hechos y cifras. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima: Pathfinder Internacional; 2002.
 19. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, DEMUS. Exigencias al gobierno peruano: seis acciones urgentes para reducir la mortalidad materna y el aborto inseguro. 2002. http://www.mujeresenred.net/print.php3?id_article=182 . (Fecha de acceso Enero 2006).
 20. Rodriguez I, Grou R, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptives pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Ginecol* 2001;184(4):531-37.
 21. Trussell J, Duran V, Shoochet T. Access to emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):267-70.

Recibido: 13/03/06
Aceptado para publicación: 11/03/07