

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N.º.8 "SAN ANGEL"**

**CONOCIMIENTOS SOBRE
ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL EN
MÉDICOS FAMILIARES DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. BENJAMÍN ALEJANDRO RAMÍREZ
PASCUALI**

**ASESOR:
DR. SAÚL MARTÍNEZ**



MÉXICO, D.F.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central




UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



DR. VALENTIN RANGEL JARAMILLO

ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN
Dr. Silverio Alonso López
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
con Unidad de Medicina Familiar No. 8



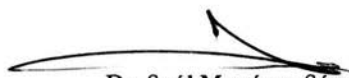
Dr. José Manuel Estrada Villanueva

Jefe del Departamento de
Enseñanza e Investigación
Hospital General de Zona con
Unidad de Medicina Familiar No. 8



Dra. Martha Beatriz Altamirano García

Profesor Titular del Curso de
Especialización en Medicina Familiar
Hospital General de Zona con
Unidad de Medicina Familiar No. 8



Dr. Saúl Martínez Sánchez

Médico Epidemiólogo
Jefe del Departamento de Medicina Preventiva
Hospital General de Zona con
Unidad de Medicina Familiar No. 8



Dr. Benjamín Ramírez Pascualli

Médico Residente del curso de
Especialización en Medicina Familiar
Hospital General de Zona con
Unidad de Medicina Familiar No. 8

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Benjamín Ramírez Pascualli

FECHA: 22/01/04

FIRMA: Benjamín Ramírez Pascualli

A toda mi Familia ...

A mis amigos ...

A mis maestros y a mis pacientes ...

*... y sobre todo a Dios, por
haber puesto a todos ellos en mi camino*

INDICE

Resumen.....	1
Resumen en inglés (Summary).....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	8
Material y métodos.....	9
Resultados.....	11
Conclusiones.....	43
Referencias.....	46

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar el nivel de conocimiento actual sobre los métodos anticonceptivos postcoitales (MAPs) entre los Médicos Familiares que laboran en Unidades de Medicina Familiar del IMSS y detectar puntos que pudieran ser obstáculos para su difusión.

INTRODUCCIÓN: Los embarazos no deseados representan un problema de salud a nivel mundial, pues muchos de ellos terminan en abortos clandestinos u originan un individuo que sufre maltrato infantil con sus repercusiones a corto y largo plazo. Una cantidad importante de estos embarazos se pueden evitar si se emplean adecuadamente los métodos anticonceptivos postcoitales (MAPs). Sin embargo, el desconocimiento y la escasa difusión de estos métodos es una constante a nivel internacional, máxime en países no desarrollados. Consisten en administrar fármacos hormonales a dosis altas por tiempo corto, inmediatamente después de una relación sexual. Su efectividad es alta, los efectos colaterales son poco importantes, y en caso de haberse iniciado ya el embarazo, no tienen la capacidad de producir aborto. Uno de los aspectos a trabajar para iniciar una difusión más amplia de los MAPs es identificar áreas de desconocimiento entre los médicos para posteriormente diseñar estrategias educativas entre ellos con énfasis en dichas áreas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio transversal, observacional y prospectivo. Se diseñó una encuesta acerca de MAPs para ser contestada por Médicos Familiares. Se aplicó en las Unidades de Medicina Familiar dependientes del Hospital General de Zona No. 8, previa autorización de los directivos de cada unidad y del propio médico encuestado. Se recabó la información obtenida en cada cuestionario y se presentó en forma descriptiva (cuadros y gráficos).

RESULTADOS: Se encuestó a 93 Médicos Familiares de 5 UMF. El 91.4% ha oído hablar sobre los MAPs, pero sólo 15% conocen la dosis exacta. 8.6% piensa que su mecanismo de acción es expulsar un huevo implantado (mecanismo abortivo). 44.1% saben que el tiempo de efectividad es de 72 horas postcoito y 19.3% que su efectividad para evitar el embarazo es del 75%; 14% estiman un porcentaje de efectividad menor. El 22.6% respondieron acertadamente las 3 indicaciones principales para su prescripción, y 43% creen que olvidar ingerir una dosis de anticonceptivos orales tradicionales es indicación para usar MAPs. Sólo 11.8% sabe que la única contraindicación es el embarazo, mientras que 76.3% piensan que las contraindicaciones aplicables al empleo prolongado de hormonales combinados son las mismas para los MAPs. Además de los hormonales orales combinados, los "MAPs" más conocidos por los encuestados fueron medroxiprogesterona/estradiol y noretisterona/etinilestradiol. El 76.3% piensa que el Médico Familiar debe prescribir el método. 22.6% sabe que los MAPs no están contemplados por la Norma Oficial Mexicana, y 26.9% sabe que sí los contempla el manual oficial del IMSS. Al 62.4% nunca le han solicitado algún MAP y 64.5% nunca lo ha prescrito. El 58% mostraron disposición para prescribir el método en el mismo momento en que le fuera solicitado y un 17.2% adicional remitiría al paciente a otro servicio.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio concuerda con otros anteriores: el nivel de conocimientos sobre anticoncepción postcoital es bajo, pero existe buena disposición entre los médicos para emplearla. Los puntos en los que debe ponerse mayor énfasis para elaborar estrategias de capacitación son las contraindicaciones y el aspecto legal.

PALABRAS CLAVE: Anticoncepción postcoital, médicos familiares

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the actual knowledge about postcoital contraception (PC) in Family Physicians working at Mexican Social Security Institute (IMSS) Family Medicine Units, and to detect key points that may become obstacles for PC divulgation.

BACKGROUND: Unwanted pregnancies are a worldwide health problem, because many of them end in clandestine abortions or give birth to an individual who will suffer from child abuse, with its short and long term consequences. Many of these pregnancies could be avoided if postcoital contraception is correctly employed. However, poor knowledge and divulgation of these methods is common worldwide, and mainly in non- developed countries. PC consists in administering high-dose hormonal drugs for a short period of time, immediately after intercourse. Its efficacy is high, adverse effects are not very important, and if pregnancy has already developed, it cannot produce abortion. One issue to focus on in order to widely divulge PC is to identify areas of poor knowledge between physicians, and later to design educational strategies for them, focusing in those areas.

MATERIAL AND METHODS: A transversal, observational, prospective trial was designed. A questionnaire on PC was build up, to be answered by Family Physicians. It was applied at Family Medicine Units (FMU) depending from the Zonal General Hospital at San Angel (H.G.Z. 8), with authorization from directors and/or chiefs at each unit, as well as authorization from each physician. The information from each questionnaire was collected and was presented in a descriptive manner (tables and graphics).

RESULTS: 93 Family Physicians from five FMU were inquired. 91.4% has heard about PC, but only 15% knows the right dose. 8.6% thinks that PC acts dislodging an implanted egg (abortive mechanism). 44.1% knows the timing for PC is 72 hours after intercourse and 19.3% knows that its efficacy to prevent pregnancy is 75%; 14% estimates a lower efficacy. 22.6% answered correctly the three main indications for prescribing PC, and 43% believe that forgetting one dose of traditional oral contraceptives is also an indication. Only 11.8% knows the only contraindication is pregnancy, while 76.3% think that contraindications that apply to prolonged use of combined contraceptives also apply for PC. Beside combined oral contraceptives, the most known "methods for PC" were medroxiprogesterone /estradiol and noretisterone/ ethinilestradiol. 76.3% thinks Family Physicians must prescribe PC. 22.6% knows PC is not included in the Mexican Official Norm, and 26.9% knows it is included in the IMSS official handbook. 62.4% of physicians had never been requested for PC and 64.5% had never prescribed it. 58% showed disposition to prescribe PC at the very moment he/she was requested for, and an additional 17.2% would send the patient to another service.

CONCLUSIONS: Our study supports other previous investigations: level of knowledge about postcoital contraception is low, but among physicians there is willingness to employ it. Contraindications and legal issues are points to which attention should be paid in order to build up educational strategies.

KEYWORDS: Postcoital contraception, family physicians

INTRODUCCIÓN

Incidencia de embarazos no deseados. A nivel mundial los embarazos no deseados constituyen un problema de salud pública si tomamos en cuenta la elevada incidencia y las repercusiones tanto inmediatas como a largo plazo derivadas de ellos. Por ejemplo, en Estados Unidos se registraron en 1994 tres millones de embarazos no planeados ni deseados ¹. A nivel mundial, nacen alrededor de 50 millones de niños producto de embarazos no deseados ¹⁹. En México, aunque por falta de estadísticas confiables resulta difícil calcular el número de embarazos no deseados, es fácilmente deducible que el número de ellos alcanza proporciones significativas, pues si bien el empleo de métodos anticonceptivos se ha incrementado de 30% de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa en la década de los setenta a más del 65% para mediados de los noventa, sólo el 36% de los jóvenes de entre 15 y 19 años con vida sexual emplea alguno de estos métodos, lo que refleja que existen ciertos sectores poblacionales con alto riesgo de presentar embarazos no deseados (además de los adolescentes, aquellos con bajo nivel socioeconómico) ². Es en estos sectores donde predominan las condiciones que con mayor frecuencia causan este tipo de embarazos: *prejuicios y desconocimiento sobre salud reproductiva, menor accesibilidad a los servicios de salud, mal empleo de los métodos anticonceptivos y violencia sexual.*

Destino de los embarazos no deseados. Las consecuencias de estos embarazos implican, por lo general, riesgos a la salud. Una decisión común es la práctica de un aborto; como en México esto resulta ilegal, los abortos se realizan en forma clandestina e insegura. Se ha calculado que el número de abortos inducidos en México supera el medio millón por año ³, y las complicaciones del aborto constituyen la cuarta causa de mortalidad materna, así como una de las principales causas de morbilidad obstétrica ⁴, llevando a las autoridades a considerarlas un problema de salud pública prioritario. Otro destino de estos embarazos es *continuar hasta el nacimiento del producto, originando un infante no deseado dentro de una familia frecuentemente disfuncional.* A este respecto existe un interesante estudio en la República Checa en el que se ha dado seguimiento a niños producto de embarazos no deseados (a sus madres se les negó en dos ocasiones la práctica de un aborto inducido), comparando su desarrollo psicosocial con el de controles producto de embarazos aceptados. A los 9 años, estos niños tenían peor desempeño escolar, eran menos populares y su comportamiento era más frecuentemente reportado como problemático tanto por maestros como por sus madres; entre los 14 y los 16 años seguían teniendo mal desempeño académico y se les calificaba como menos concientes y más irritables; a los 21-23 años el doble de ellos en comparación con sus controles habían recibido alguna sentencia judicial y estaban menos satisfechos con su vida. En el más reciente seguimiento, a una edad de alrededor de 30 años, aunque las diferencias con los controles habían disminuido, aún se registró una adaptación psicosocial menor: más frecuentemente deprimidos, requiriendo más veces atención psiquiátrica, y especialmente entre las mujeres, con mayor índice de desempleo, problemas de maternidad, divorcios frecuentes y un gran porcentaje

solteras ⁵. Esto nos conduce a deducir que probablemente estos niños fueron víctimas de maltrato físico y emocional, desnutrición y enfermedades frecuentes, con mayor riesgo de presentar problemas de adicciones y delincuencia, no resultando raro que las mujeres a su vez presenten un embarazo no deseado, perpetuando un círculo vicioso.

Utilidad de la anticoncepción postcoital. Los métodos anticonceptivos postcoitales (MAP), también llamados "de emergencia", son altamente efectivos para prevenir embarazos no deseados y con ello, sus consecuencias individuales, familiares y sociales, pues se trata de fármacos que se administran posteriores a la relación sexual, por corto tiempo, con pocos efectos secundarios, efectividad anticonceptiva alta y sobre todo, fácilmente accesibles en cualquier medio. En Estados Unidos se ha calculado que el empleo masivo de los MAP podría prevenir más de un millón de abortos y dos millones de nacimientos no deseados por año ¹⁹.

Desconocimiento sobre los MAP. Con estas ventajas, resulta sorprendente la escasa difusión que han tenido especialmente en países subdesarrollados (precisamente donde el problema es mayor) a pesar de que han transcurrido 25 años desde que el médico canadiense Albert Yuzpe y sus colaboradores introdujeron a nivel mundial en 1977 el primero de estos métodos empleando tabletas combinadas de etinilestradiol y levonorgestrel ⁶, conocido ahora como el "método de Yuzpe" y que ha permanecido como el más usado hasta la actualidad. Hay reportes de que en Holanda se emplea la anticoncepción postcoital desde 1964 ¹². Esta escasa difusión conlleva un desconocimiento importante sobre los MAP, tanto entre la población general como entre los prestadores de servicios de salud, lo que ha sido ampliamente registrado en varios estudios en países tan diversos como Kenia, Finlandia, Brasil, Reino Unido, Holanda, Malasia, China y la población mexicano-americana, entre otros ^{7,8,9,11,12}, llevando a considerar los MAP como "el secreto mejor guardado de la anticoncepción" ¹³. Los bajos niveles de conocimiento abarcan aspectos diversos, incluyendo mecanismos de acción, índice de efectividad, tiempo adecuado para su uso, contraindicaciones, efectos secundarios, fármacos existentes, disponibilidad y accesibilidad, y situación legal; una junta internacional llevada a cabo en Italia en 1995 llegó a la conclusión de que una de las razones principales de la falta de un empleo más amplio de los MAP es una pobre información tanto en las mujeres como en los proveedores de servicios de salud ¹⁹. Desde luego, existen variaciones entre los diversos países: el Reino Unido lleva la vanguardia en cuanto a investigación sobre el tema, y sus mujeres están más al tanto de los MAP que en otros países, aunque otros países desarrollados como Finlandia y Estados Unidos también muestran un nivel aceptable; sin embargo, es nuevamente en los países no desarrollados en donde la ignorancia representa una barrera formidable. Esto, a pesar de la gran cantidad de artículos médicos publicados a lo largo del siglo: una revisión reciente sobre la literatura existente acerca del tema halló 120 referencias relevantes sobre anticoncepción postcoital, tan solo en lo referente a aspectos sociales sin tomar en cuenta aspectos biológicos, y solamente en lengua inglesa y hasta 1998 ¹⁴.

Situación en México. En México, como en otros países no desarrollados, la investigación y publicación sobre los MAP es escasa; sin embargo, por el

potencial que adquieren estos métodos en cualquier país con población predominantemente de escaso nivel socioeconómico, mayormente joven y en que el aborto es ilegal, se empiezan a realizar grandes esfuerzos para su introducción; de hecho, México fue seleccionado como uno de los cuatro países prioritarios por el Consorcio en Anticoncepción de Emergencia (junto con Indonesia, Kenia y Sri Lanka) para incrementar los esfuerzos respecto a la introducción de los MAP². Los primeros pasos han consistido en averiguar los conocimientos y la aceptación de los métodos entre la población y entre el personal de salud, con el objetivo de conocer en qué puntos concentrar la difusión y capacitación. Los resultados de los primeros estudios (uno entre población mexicana en ambos lados de la frontera norte y otro realizado en la Ciudad de México) han evidenciado que, si bien el conocimiento sobre MAP es deficiente, su difusión masiva sería bien recibida y aceptada entre ambos grupos^{2, 15}. El estudio capitalino, que incluyó a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y público general, arroja resultados interesantes: aunque el 92% de los trabajadores de la salud habían oído acerca de la anticoncepción de emergencia, solamente 30% sabían que se trataba de un método anticonceptivo postcoital; la mayoría pensaron que se trataba de métodos empleados durante el acto sexual (condón, gel) o de algún abortivo para detener un embarazo establecido. Una vez que se les proveyó de la información básica, más de la mitad apoyaron su introducción y solo 10% se mostró en franca oposición. Resultó interesante que los médicos fueron quienes se mostraron menos receptivos. En cuanto a la población general, aunque menos del 20% habían oído del método, casi las dos terceras partes estuvieron de acuerdo en que deberían de ofrecerse junto con otros métodos anticonceptivos, después de haberseles informado brevemente sobre las características de los MAP. La principal limitante de este estudio, en lo referente a los trabajadores de la salud, fue que se realizó en 3 centros pertenecientes a la Asociación Mexicana de Planificación Familiar y uno de la UNAM; la gran mayoría de la población mexicana recibe sus métodos anticonceptivos y la información sobre ellos en instituciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente en unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de Salud o ISSSTE. Sin embargo, no existen estudios al respecto en estas instituciones.

Aspectos legales. El escaso conocimiento sobre los MAP ha conducido a un porcentaje significativo de médicos a considerar erróneamente que son ilegales⁷. En México, si bien no se encuentran contemplados en la Norma Oficial Mexicana sobre los Servicios de Planificación Familiar²⁹, sí existe un apartado sobre "Anticoncepción poscoito" en el Manual para el Uso de la Metodología Anticonceptiva del IMSS, donde se especifica que la presentación disponible en el Cuadro Básico del Instituto es el hormonal combinado con 0.15 mg de levonorgestrel y 0.03 mg de etinilestradiol, recomendando emplear 4 tabletas por dosis³⁰. Con ello queda sustentado legalmente el empleo de este método en México. Otras opciones en el mercado mexicano incluyen las marcas comerciales Microlut, Eugynon, Neogynon, Nordiol, Ovral, Lo- Femenal, Microgynon-30 y Nordet²¹.

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

Método de Yuzpe. Es el método más empleado y más fácilmente disponible. Consiste en la administración de hormonales orales combinados a una dosis de 100 mcg de etinilestradiol y 500 mcg de levonorgestrel dentro de las primeras 72 horas posteriores al coito y repetir la misma dosis 12 horas después (dosis total: 200 mcg etinilestradiol, 1 mg levonorgestrel). En algunos países existen "productos dedicados, es decir, pastillas especialmente empaquetadas con las dosis específicas señaladas; en México, hasta la revisión bibliográfica más reciente, se han registrado ya dos marcas de productos dedicados, pero no se han distribuido por retardos en su manufactura ²¹. Sin embargo, la misma dosis se consigue simplemente administrando 2 tabletas de hormonales orales tradicionales de dosis "alta" (50 mcg de etinilestradiol y 250 mcg de levonorgestrel) o 4 tabletas de hormonales de dosis "baja" (30 mcg etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel), que son las usadas por el IMSS. Diversos estudios han tratado de calcular su efectividad, con variaciones de entre 57% y 89%, aceptándose en términos generales una efectividad del 74% ²², es decir: si 100 mujeres tienen relaciones sexuales sin protección durante la segunda o tercera semanas de su ciclo, las probabilidades son que ocho de ellas queden embarazadas; si se emplea el método de Yuzpe, solamente dos se embarazarán. Es importante mencionar que entre más pronto se administre el método después del coito, más efectivo resulta, y se acepta el límite de 72 horas como máximo para que su utilización sea exitosa; sin embargo, aún después de este límite se piensa que puede tener cierta efectividad, pero no se ha aclarado este punto. También se ha visto que resulta más efectivo si se administra en fases más tempranas del ciclo, cuando el folículo es más pequeño ¹⁶. Sus efectos colaterales principales son náusea (50%) y vómito (20%)^{19,20}; si éste último se presenta, puede repetirse la dosis o administrarse conjuntamente antieméticos, aunque hay quienes conjeturan que si hay vómito, significa que el medicamento ya se absorbió. Dado el corto tiempo de tratamiento, no comparte las contraindicaciones de los anticonceptivos orales tradicionales: trombosis venosa o arterial, cáncer dependiente de estrógenos, historia de migraña, etc. La única contraindicación absoluta para su empleo, según la OMS, es la presencia de un embarazo confirmado, pues ya no existiría indicación terapéutica; sin embargo, aclara que no existen riesgos para la salud de la madre o el producto en caso de administrarse durante el embarazo ²³, pues su ingesta ocurriría mucho antes de que inicie la organogénesis.

Otras opciones. Progestágenos solos. Consiste en administrar dos dosis de 750 mcg de levonorgestrel con una diferencia de 12 horas. Tiene la ventaja sobre los hormonales combinados de haber demostrado una reducción en más de la mitad de los efectos colaterales principales (náusea y vómito) además de mayor efectividad ²⁴. El tiempo de administración postcoital y las contraindicaciones son las mismas que para los combinados, con otra ventaja: hay menos preocupación sobre su seguridad en pacientes con antecedentes de tromboembolia, migraña severa u otras patologías vasculares. Aunque ya existen productos dedicados de levonorgestrel en algunos países (Postinor, Plan B), en México este régimen solamente se puede lograr administrando dos dosis de 25 tabletas cada una de las tabletas de levonorgestrel que existen en el mercado, lo que desalienta su uso.

Estrógenos solos. Es el método postcoital más antiguo, pues se introdujo en Holanda en 1964, país donde continúa empleándose. Es un régimen consistente en 5 tabletas de etinilestradiol de 1 mg, diariamente por 5 días ("régimen de cinco por cinco"). Su inconveniente obvio es la mayor cantidad de píldoras y más días de tratamiento, así como la gran incidencia de náusea (70%) y vómito (33%)¹⁹, y han caído en desuso tras la aparición del método de Yuzpe.

Dispositivo intrauterino (DIU). Ha sido empleado como MAP especialmente en Europa, con alta efectividad (índices de falla del 1%). Por su mecanismo de acción (ver más adelante), puede ser insertado hasta 5 días después del día estimado de ovulación, lo cual puede ser, por tanto, más de 5 días después del coito. Es una buena opción si la mujer estaba ya considerando emplearlo como método anticonceptivo a largo plazo; sin embargo, su uso se limita porque la mayoría de las mujeres que solicitan un MAP son jóvenes y nulíparas y resulta ocasionalmente difícil insertarlo en ellas, además de la posibilidad de inducir una infección pélvica en pacientes con enfermedades de transmisión sexual.

Mefepristona. También conocido como RU486, este antiprogéstano ha demostrado en dos estudios una efectividad del 100% como MAP, administrado en una sola dosis de 600 mg dentro de las primeras 72 horas posteriores al coito^{25,26}. La incidencia de náusea y vómito es menor que con el método de Yuzpe, pero su principal efecto secundario es que retarda el inicio del siguiente período menstrual por más de tres días en casi la mitad de las pacientes; sin embargo, este efecto puede reducirse en forma importante si se administra una dosis mucho menor (10 mg), sin disminución significativa en la efectividad²⁷. El inconveniente con este fármaco es que efectivamente puede expulsar un huevo ya implantado, es decir, puede producir un aborto (ver más adelante "Mecanismos de acción") y por tanto, presenta consideraciones éticas.

Mecanismo de acción. Existen varios mecanismos hipotéticos para explicar el efecto de los MAP, pero el más aceptado y con mayor evidencia científica actualmente en lo referente a los métodos hormonales es el retardo o inhibición de la ovulación. Varios estudios a lo largo de las últimas décadas^{16,17,18} apoyan el hecho de que, administrados previamente a la ovulación, actúan inhibiendo el pico de las *hormonas folículo-estimulante y luteinizante*, por lo tanto retardando o inhibiendo la ruptura del folículo. Este mecanismo de acción es común para todos los métodos descritos previamente, excepto para el DIU.

Otros mecanismos propuestos incluyen: prevención de la fertilización mediante efectos tóxicos sobre el espermatozoides (uno de los mecanismos del DIU) o mediante modificaciones del moco cervical: interferencia con el transporte del óvulo a través de las tubas (sólo comprobado en ciertas especies animales); disfunción del cuerpo lúteo con la consecuente deficiencia en la secreción de progesterona (efecto con mayor evidencia para la mefepristona); y retardo de la maduración endometrial o cambios histológicos endometriales que previenen la implantación del óvulo fecundado (principal mecanismo de acción del DIU y de la mefepristona)^{19,20}. Si bien la mefepristona efectivamente puede interrumpir un embarazo ya establecido y por tanto, se considera un aborto cuando se administra posterior a la implantación del huevo, todos los demás métodos

postcoitales son considerados incapaces de producir este efecto. La terminología internacional, el Comité de Ética de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO), el American College of Obstetrics and Gynecology y los National Health Institutes de Estados Unidos establecen el inicio del embarazo a partir de la implantación, por lo que los MAP no pueden considerarse como productores de aborto ²⁸.

Para promover el uso de estos métodos en México en forma masiva, se hace necesario saber en primer lugar el estado actual del conocimiento y el grado de aceptación entre los médicos de primer contacto, quienes son potencialmente los principales responsables de la promoción, prescripción y difusión del método hacia los usuarios. El hecho de indagar estos aspectos abriría la puerta para iniciar métodos y estrategias (pláticas, capacitación, impresión de documentos, investigación, inclusión del tema en conferencias y presentaciones de interés para los médicos generalistas, etc.) con especial énfasis en aquellos puntos donde se detecten deficiencias. En nuestro estudio nos enfocamos sobre los médicos de primer contacto de la institución de salud que atiende a la mayoría de la población mexicana: es decir, los Médicos Familiares del IMSS, mediante una encuesta que por otra parte tiene el propósito de tener mayor amplitud que las aplicadas en otros estudios, pues no sólo abarca conocimientos en el plano de mecanismos de acción, dosificación, efectividad y fármacos disponibles (que es a lo que se enfoca gran parte de los estudios previos), y abarca además aspectos legales, si se ha prescrito el método con anterioridad o si se ha solicitado (con el fin de saber si pesar de su escasa difusión existe una demanda por parte del público) y un caso hipotético con el objetivo de conocer cómo actuaría el médico ante una situación real y examinar un poco más a fondo sus actitudes hacia el método.

OBJETIVOS

1. Determinar el nivel actual de conocimientos sobre anticoncepción postcoital entre los Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social
2. Determinar áreas que puedan ser obstáculos para la difusión de los métodos de anticoncepción postcoital.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Prospectivo, transversal, observacional.

Universo de trabajo: Médicos adscritos a la Consulta Externa tanto del turno matutino como del vespertino, con categoría de Médicos Familiares, laborando en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) de la zona San Ángel.

Tamaño de la muestra: Se calculó mediante la fórmula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq}$$

Tomando como referencia un aproximado de 150 Médicos Familiares en las UMF de la zona, para un intervalo de confianza del 95%, se obtuvo un tamaño de muestra de por lo menos 93 médicos.

Criterios de inclusión: Laborar en el IMSS, tener la categoría de Médico Familiar, laborar en el área de Consulta Externa en cualquier turno de cualquiera de las Unidades de Medicina Familiar de la zona San Ángel.

Criterios de no inclusión: Laborar exclusivamente en alguna institución ajena al IMSS, tener la categoría de Médico no Familiar, laborar en forma permanente en cualquier otro servicio fuera de la Consulta Externa, o laborar en alguna Unidad de Medicina Familiar fuera de la zona San Ángel.

Criterios de exclusión: No acceder a participar en el estudio, no contestar en su totalidad los reactivos de la encuesta, o contestarlos en forma inadecuada.

Instrumento: Encuesta de 15 reactivos con instructivo, que evaluó los siguientes aspectos en los médicos:

- Haber oído hablar sobre los MAPs
- Considerar tener los conocimientos adecuados sobre los métodos
- Conocimiento de la dosis (en microgramos, por el hecho de que la cantidad de tabletas puede variar de acuerdo a la dosificación de cada una)
- Conocimiento del mecanismo de acción
- Conocimiento sobre el lapso de tiempo durante el que se considera efectivo emplear el método
- Conocimiento sobre el porcentaje de efectividad
- Conocimiento sobre las indicaciones para emplearlo
- Conocimiento sobre las contraindicaciones
- Conocimiento sobre otros métodos (aparte del hormonal oral combinado) que se pueden emplear como MAPs
- Considerar si el Médico Familiar debe prescribir el método o deben hacerlo solamente personal de los servicios de Planificación Familiar o Ginecólogos
- Considerar si los MAPs deben ser disponibles al público sin necesidad de prescripción médica

- Conocimiento sobre aspectos legales, en este caso, si los MAPs están contemplados en la Norma Oficial Mexicana sobre los Servicios de Planificación Familiar y en los manuales oficiales del IMSS
- Reporte acerca de la frecuencia con la que se le solicita en su práctica profesional alguno de los métodos, así como de la frecuencia con la que los prescribe
- Actitud del médico ante la posibilidad de un embarazo no deseado. Este aspecto se evaluó mediante una pregunta abierta en la que se planteaba un caso hipotético en el cual una mujer joven acude al médico refiriendo que había tenido relaciones sexuales sin protección la noche anterior y no deseaba quedar embarazada. El objetivo de dejar esta cuestión abierta era que el encuestado pudiera describir su actitud: si realizaba más preguntas, si tomaba una decisión inmediata sin más averiguaciones, si refería a la paciente a otro servicio, si se interesaba por las causas que llevaron a la mujer al coito sin protección, si realizaba consejería sobre métodos tradicionales de anticoncepción, etc.

Procedimientos: Se entrevistó directamente a quienes reunieran los criterios de inclusión en las Unidades de Medicina, explicándoles el motivo de la visita y, previa motivación, información y aclaración de cualquier duda, invitándolos a participar en la encuesta en ese mismo momento. A quienes accedieron, se les entregó la encuesta y se les brindó tiempo para contestarla a solas, *posteriormente se recabó la misma por parte del investigador. Por tratarse de un estudio descriptivo, los resultados se presentaron en forma de cuadros y gráficas para cada uno de los aspectos evaluados en los reactivos de la encuesta.*

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, y no contraviene ninguna de las disposiciones éticas establecidas en las declaraciones internacionales (Declaración de Helsinki) ni en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

RESULTADOS

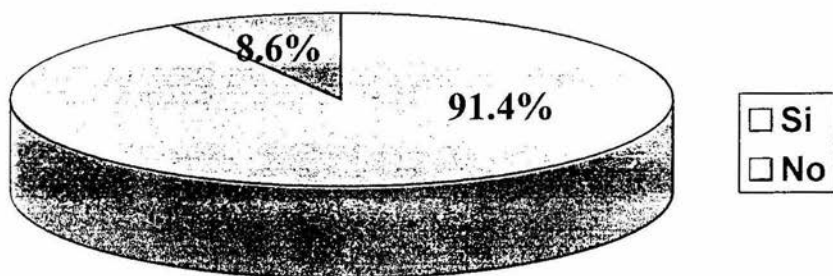
Se entrevistó a un total de 99 Médicos Familiares de 5 Unidades de Medicina Familiar del IMSS dependientes del Hospital General de Zona No. 8 (UMF 8 "San Ángel", UMF 18 "Contreras", UMF 19 "Coyoacán", UMF 22 "Unidad Independencia", y UMF 140), para solicitar que respondieran la encuesta. De ellos, 93 accedieron. De los 6 que no accedieron a contestar la encuesta, 5 mencionaron estar "demasiado ocupados" o "no tener tiempo", y uno argumentó que por no "ser ginecólogo ni estar en un servicio de planificación familiar" no tenía objeto que la contestara. El resto de los médicos mostraron buena disposición para responder el cuestionario. Los resultados se presentan en los siguientes cuadros y gráficas.

Cuadro 1. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que han oído hablar sobre los MAPs

Han oído hablar sobre los MAPS	Número	Porcentaje
Si	85	91.4
No	8	8.6

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 1. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que han oído hablar sobre los MAPs



Fuente: Cuadro 1

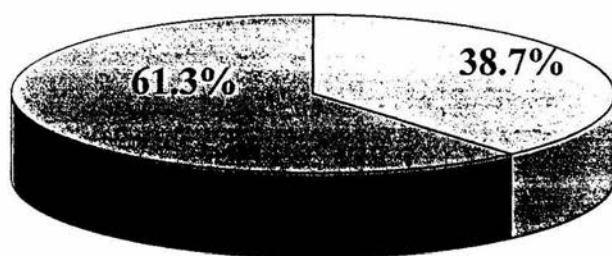
El 91.4% (n=85) de los encuestados han oído hablar de los MAPs (Cuadro 1 y Gráfica 1), lo que implica que efectivamente los Médicos Familiares tienen la noción de que existen dichos métodos.

Cuadro 2. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que consideran tener los conocimientos adecuados sobre anticoncepción postcoital

Considera tener los conocimientos adecuados sobre los MAPs	Número	Porcentaje
Si	36	38.7%
No	57	61.3%

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 2. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que consideran tener los conocimientos adecuados sobre anticoncepción postcoital



- | |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Se considera con los conocimientos adecuados |
| <input type="checkbox"/> No se considera con los conocimientos adecuados |

Fuente: Cuadro 2

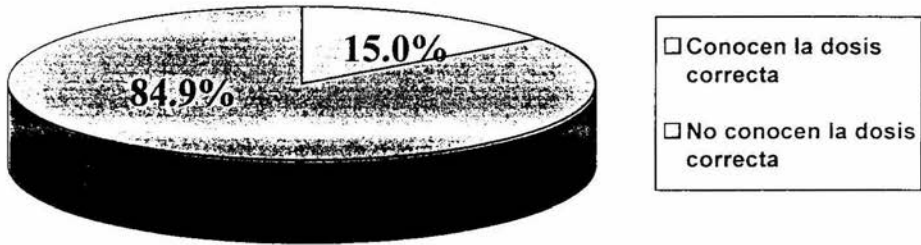
El 61.3% (n=57) no considera tener los suficientes conocimientos (Cuadro 2 y Gráfica 2), aunque un importante porcentaje (38.7%, n=36) si lo cree, lo cual se muestra en discordia con las respuestas que más adelante se reportan.

Cuadro 3. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que conocen la dosis correcta de los hormonales orales combinados cuando se emplean como MAP

Conocen la dosis correcta	Número	Porcentaje
Si	14	15.0
No	79	84.9

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 3. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que conocen la dosis correcta de los hormonales orales combinados cuando se emplean como MAP



Fuente: Cuadro 3

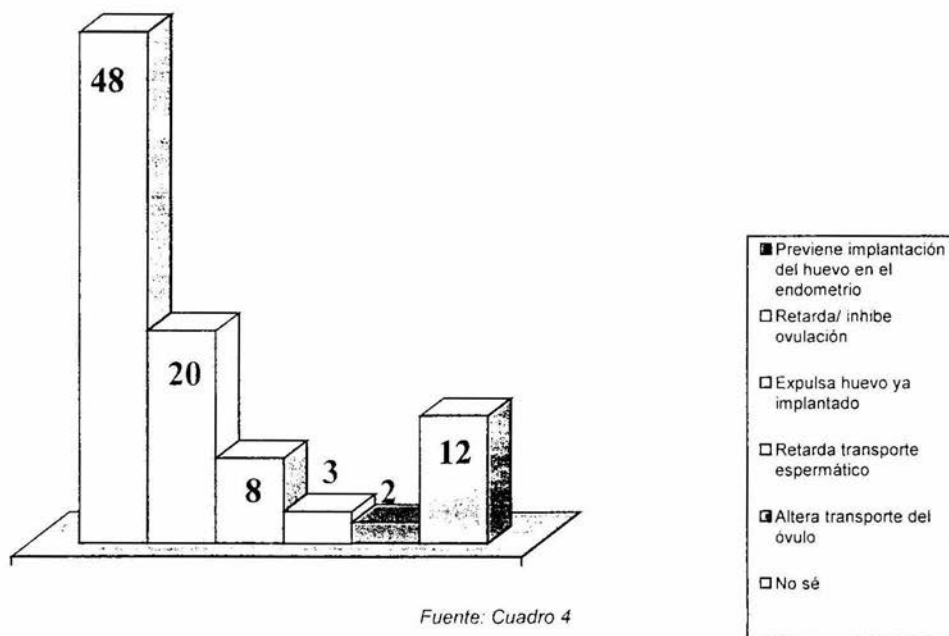
Solamente el 15% (n=14) conocen la dosis correcta, expresada en microgramos de etinilestradiol/ levonorgestrel. Se evaluó de esta forma debido a que existen diferentes presentaciones de los hormonales combinados (de dosis alta o de dosis baja) por lo que es más exacto conocer la dosis expresada de esta manera, más que el número de tabletas por dosis, para evitar sobredosificación (que aumentaría los efectos colaterales) o dosis ineficaces (Cuadro 3 y gráfica 3).

Cuadro 4. Mecanismo de acción de los MAPs señalado por Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel

Mecanismo señalado	Número	Porcentaje
Previene la implantación del huevo en el endometrio	48	51.6
Retarda / inhibe la ovulación	20	21.5
Expulsa un huevo ya implantado	8	8.6
Retarda el transporte espermático en el tracto femenino	3	3.2
Altera el transporte del óvulo a través del oviducto	2	2.1
No sé	12	12.9

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 4. Mecanismo de acción de los MAPs señalado por Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel



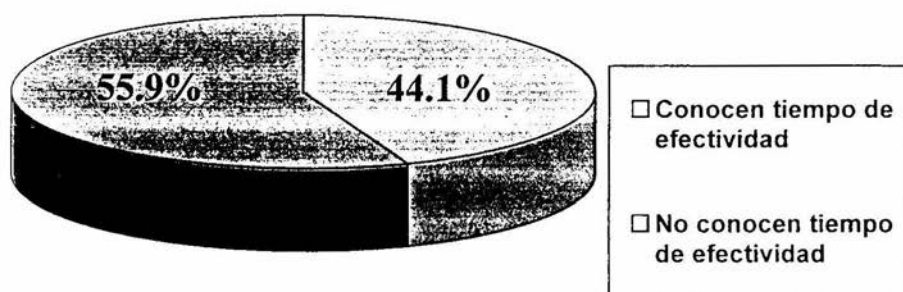
El 21.5% (n=20) saben que el mecanismo de acción es el retardo o inhibición de la ovulación, que es el más aceptado y reconocido en la literatura, mientras que la mayor parte de los encuestados, el 51.6% (n=48), piensan que previene la implantación del huevo fecundado en el endometrio. El 8.6% (n=8) piensan que los MAPs actúan expulsando a un huevo ya implantado, lo que les daría el carácter de abortivos (Cuadro 4 y Gráfica 4).

Cuadro 5. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que conocen el lapso de tiempo durante el que son efectivos los MAPs

Conocen el lapso de tiempo de efectividad	Número	Porcentaje
Si	41	44.1
No	52	55.9

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 5. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que conocen el lapso de tiempo durante el que son efectivos los MAPs



Fuente: Cuadro 5

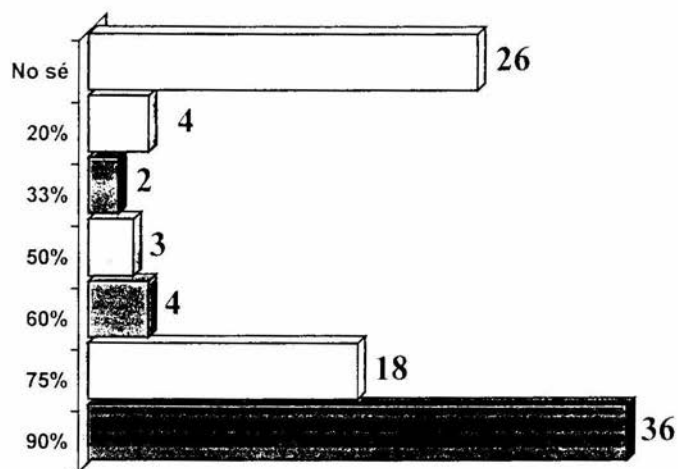
El 44.1% (n=41) saben que el tiempo de efectividad es máximo antes de transcurridas 72 horas, siendo este aspecto uno de los mejor conocidos por los Médicos Familiares encuestados (cuadro 5 y gráfica 5).

Cuadro 6. Porcentaje de efectividad de los MAPs señalado por Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel

Porcentaje de efectividad señalado	Número	Porcentaje
90%	36	38.7
75%	18	19.3
60%	4	4.3
50%	3	3.2
33%	2	2.1
20%	4	4.3
No sé	26	28.0

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 6. Porcentaje de efectividad de los MAPs señalado por Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel



Fuente: Cuadro 6

En contraste con el conocimiento sobre el tiempo de efectividad, solo 19.3% (n=18) conocen que su porcentaje de efectividad es del 75%, según los reportes más confiables de la literatura médica. Un porcentaje importante de médicos, 38.7% (n=36) estiman una efectividad de 90%, mientras que 14% (n=13) estiman una efectividad menor de la real, lo que puede provocar poca confianza para recomendarlo en este grupo, y más de la cuarta parte (28%, n=26) no supieron responder esta cuestión (Cuadro 6 y gráfica 6).

Cuadro 7. Conocimientos sobre indicaciones de los MAPs en Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel

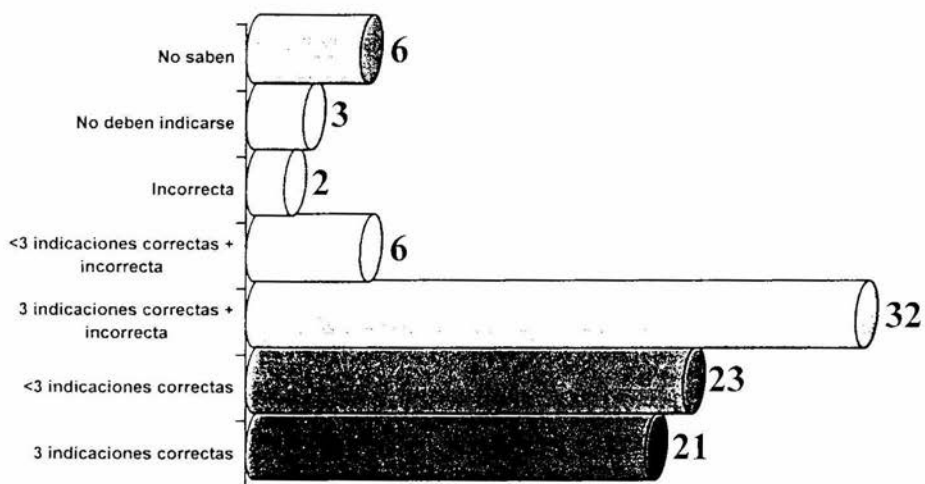
Respuesta	Número	Porcentaje
Contestaron correctamente las 3 indicaciones	21	22.6
Contestaron correctamente menos de 3	23	24.7
Contestaron las 3 indicaciones correctas MÁS la incorrecta (olvido de una dosis de AOT)	32	34.4
Contestaron menos de 3 indicaciones correctas MÁS la incorrecta (olvidar una dosis de AOT)	6	6.5
Contestaron solamente la opción incorrecta (olvidar una dosis de AOT)	2	2.1
Creer que no deben indicarse	3	3.2
No saben	6	6.5

Creer que olvidar una dosis de AOT constituye una indicación	40	43.0
--------------------------------------------------------------	----	------

AOT= Anticonceptivos orales tradicionales

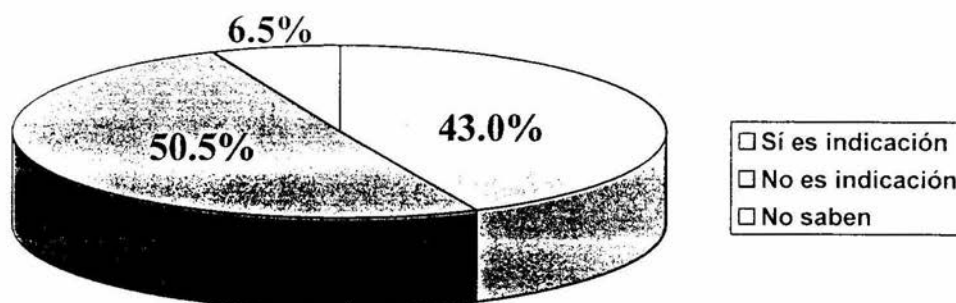
Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 7. Conocimientos sobre las indicaciones de los MAPs en Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel



Fuente : Cuadro 7

Gráfica 8. Porcentaje de Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel que consideran como indicación para emplear MAP el olvido de una dosis de AOT



Fuente : Cuadro 7

La pregunta para evaluar conocimientos sobre indicaciones se enfocó a tres ejemplos de indicaciones correctas, reportadas en la literatura como las más frecuentes causas de solicitud de los métodos (coito sin protección, ruptura del condón durante el coito, y violación), una incorrecta (olvido de una dosis de anticonceptivos orales tradicionales), y una aseveración en el sentido de que "no existe indicación alguna" para su empleo, para detectar a quienes no están de acuerdo para el uso de los MAPs. Se halló que 22.6% (n=21) de los encuestados contestaron de forma certera marcando solamente las tres indicaciones correctas, aunque un 24.7% adicional (n=23) mencionó también indicaciones correctas pero menos de tres. Llama la atención que un gran porcentaje de médicos (43%, n=40) considera que olvidar una dosis de hormonales orales tradicionales es indicación suficiente para indicar anticoncepción postcoital. Tres personas (3.2%) consideraron que los MAPs no deben indicarse (Cuadro 7 y gráficas 7 y 8).

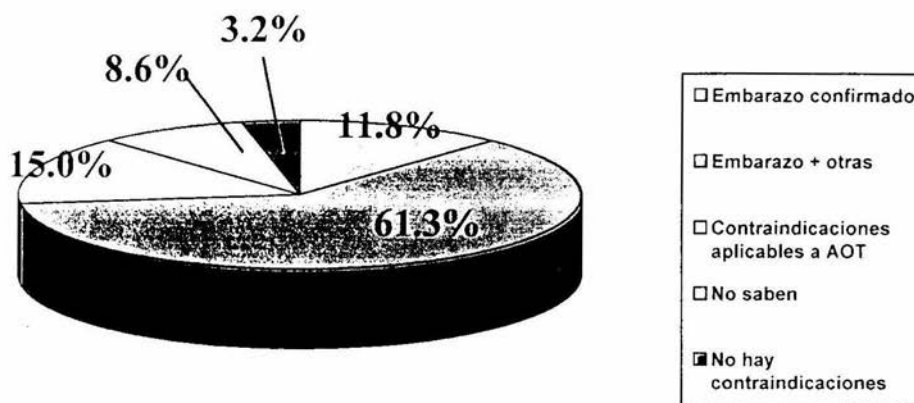
Cuadro 8. Conocimientos sobre contraindicaciones de los MAPs en Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel

Respuesta	Número	Porcentaje
Sólo el embarazo confirmado	11	11.8
Embarazo confirmado MÁS contraindicaciones aplicables a empleo prolongado de AOT	57	61.3
Sólo contraindicaciones aplicables a empleo prolongado de AOT	14	15.0
No saben	8	8.6
No hay contraindicación	3	3.2

AOT= Anticonceptivos orales tradicionales

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 9. Conocimientos sobre contraindicaciones de los MAPs en Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel



AOT = Anticonceptivos orales tradicionales

Fuente: Cuadro 8

El 11.8% (n=11) de los encuestados saben que efectivamente la única contraindicación es el embarazo confirmado. La mayoría (61.3%, n=57) creen que, además del embarazo, las contraindicaciones (absolutas o relativas) aplicables al empleo de hormonales orales por tiempo prolongado son las mismas que para los MAPs (antecedente de enfermedad tromboembólica, hepatopatía crónica activa, antecedente de cáncer cervicouterino o mamario, historia de migraña). El 15% (n=14) consideró como contraindicaciones aquellas aplicables al empleo de hormonales orales tradicionales, pero no al embarazo; tres médicos consideraron que no existen contraindicaciones (Cuadro 8 y gráfica 9).

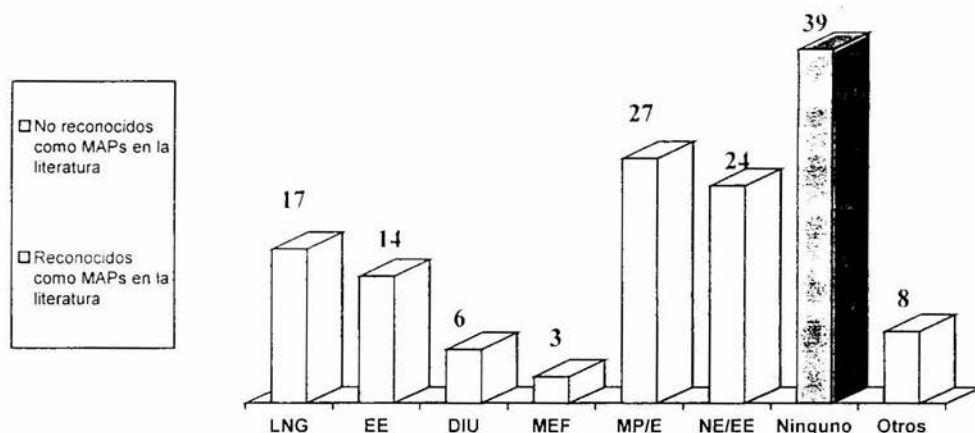
Cuadro 9. Otros métodos referidos por los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel como útiles en anticoncepción postcoital

Fármaco/ método	Número de médicos que lo refieren como MAP	Porcentaje
Medroxiprogesterona/ estradiol	27	29.0
Noretisterona/ etinilestradiol	24	25.8
Levonorgestrel sólo*	17	18.3
Etinilestradiol sólo*	14	15.0
Dispositivo intrauterino*	6	6.5
Mefepristona*	3	3.2
OTRO	8	8.6
NINGUNO	39	41.9

* Reconocidos en la literatura como MAPs

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 10. Otros métodos referidos por los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel como útiles en anticoncepción postcoital



LNG= Levonorgestrel sólo; **EE=** Etinilestradiol sólo; **DIU=** Dispositivo intrauterino; **MEF=** Mefepristona; **MP/E=** Medroxiprogesterona/ estradiol; **NE/EE=** Noretisterona/ etinilestradiol.

Fuente: Cuadro 9.

Al preguntarse sobre otros métodos que pudieran aplicarse como postcoitales, el 18.3% (n=17) mencionó al levonorgestrel sólo, 15% (n=14) al etinilestradiol sólo, 6.5% (n=6) al DIU y 3.2% (n=3) a mefepristona (todos ellos correctos); pero también se mencionaron medroxiprogesterona/ estradiol (29%, n=27) y noretisterona/ etinilestradiol (25.8%, n=24), ambos dentro del cuadro básico del IMSS como métodos anticonceptivos pero sin reconocimiento en la literatura como efectivos en forma postcoital. En el apartado para que los encuestados mencionaran algún otro método que ellos conocieran, 5 mencionaron cremas espermaticidas, uno progestina, uno mencionó "hormonales en general", y uno más reportó a los estrógenos conjugados (total:8.6%, n=8). El 41.9% (n=39) no conocen ningún otro método (Cuadro 9 y gráfica 10).

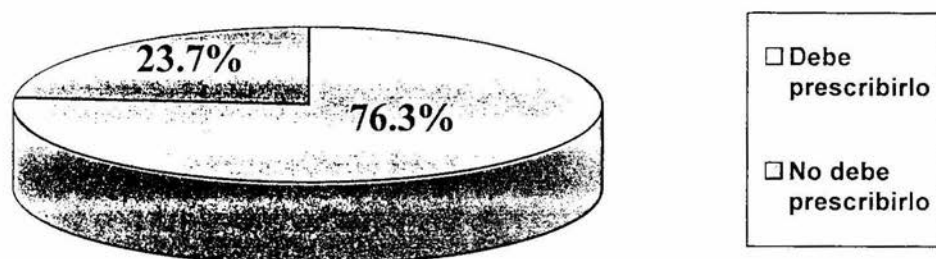
Cuadro 10. Opinión de los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel acerca de si el Médico Familiar debe prescribir los MAPs

¿Debe el Médico Familiar prescribir MAPs?	Número	Porcentaje
Sí	71	76.3
No	22	23.7

Deben ser disponibles sin prescripción médica	12	12.9
-----------------------------------------------	----	------

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 11. Opinión de los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel acerca de si el Médico Familiar debe prescribir los MAPs



Fuente: Cuadro 10.

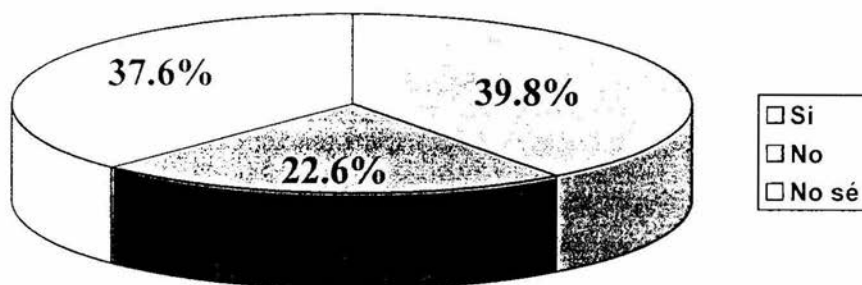
La mayor parte de los encuestados piensan que el Médico Familiar debe prescribir el método (76.3%, n=71). El resto (23.7%, n=22) piensan que debe ser prescrito ya sea por personal de los Servicios de Planificación Familiar o por médicos Gineco Obstetras. El 12.9% (n=12) creen que este tipo de métodos debe ser disponible sin necesidad de prescripción médica; este aspecto se incluyó debido a que otros estudios han sugerido que los MAPs serían empleados más ampliamente si las mujeres tuvieran una dotación de ellos en su domicilio, pues en muchas ocasiones les es difícil obtener una cita con el médico, o les resulta vergonzoso solicitar el método (Cuadro 10 y gráfica 11).

Cuadro 11. Conocimientos sobre la situación legal de los MAPs en Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel

¿Están contemplados los MAPs en la Norma Oficial Mexicana?	Número	Porcentaje
Sí	37	39.8
No	21	22.6
No sé	35	37.6

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 12. Conocimientos sobre la situación legal de los MAPs en Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel



Fuente: Cuadro 11.

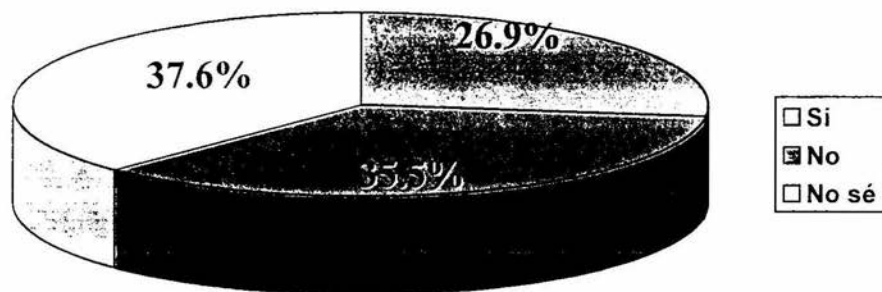
El 22.6% (n=21) respondieron, acertadamente, que los MAPs no están contemplados dentro de la Norma Oficial Mexicana; un gran porcentaje (39.8%, n=37) piensan que sí están considerados en dicho documento, y un porcentaje similar (37.6%, n=35) reconocieron no saberlo (Cuadro 11 y gráfica 12).

Cuadro 12. Conocimientos sobre la situación legal de los MAPs en Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel

¿Están contemplados los MAPs en los Manuales Oficiales del IMSS?	Número	Porcentaje
Sí	25	26.9
No	33	35.5
No sé	35	37.6

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 13. Conocimientos sobre la situación legal de los MAPs en Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel



Fuente: Cuadro 12.

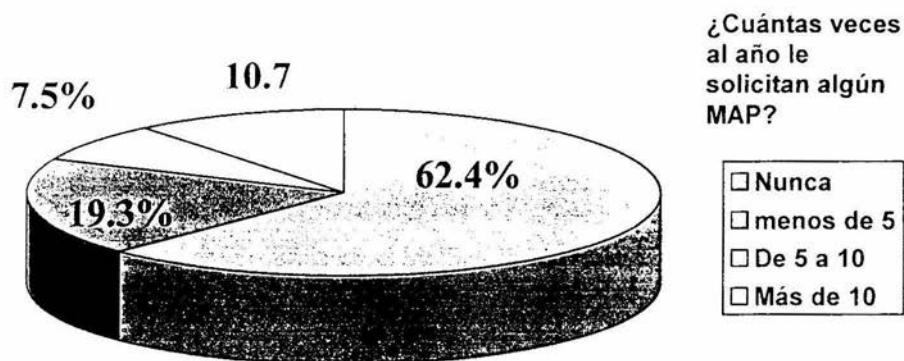
El 26.9% (n=25) contestaron en forma correcta que los MAPs si se contemplan en el Manual para el Uso de la Metodología Anticonceptiva, publicado por la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS. Este porcentaje es significativamente menor que el 39.8% que piensan que los MAPs se hallan considerados por la Norma Oficial Mexicana y ninguno de los dos es mayor del 50%, por lo que se puede establecer como un obstáculo importante para su difusión el temor de los médicos de que los métodos no estén respaldados legalmente (Cuadro 12 y gráfica 13).

**Cuadro 13. Frecuencia con la que se solicita
anticoncepción postcoital a los Médicos Familiares de las
UMF de la zona San Ángel**

Frecuencia	Número	Porcentaje
Más de 10 veces al año	10	10.7
De 5 a 10 veces al año	7	7.5
Menos de 5 veces al año	18	19.3
Nunca le han solicitado	58	62.4

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 14. Frecuencia con la que se solicita anticoncepción postcoital a los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel



Fuente: Cuadro 13.

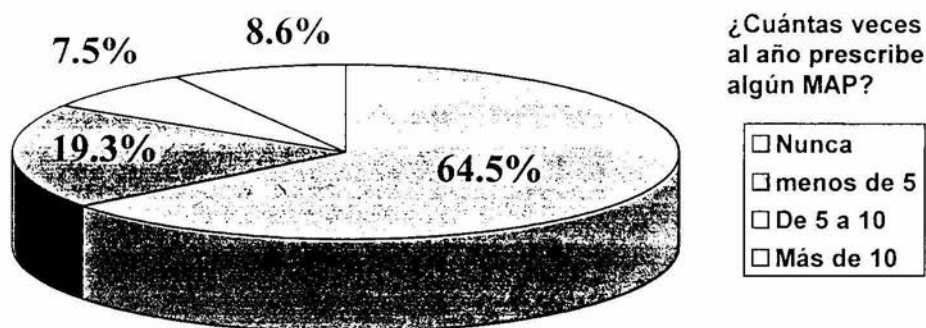
A la mayoría de los encuestados nunca les han solicitado algún MAP (62.4%, n=58); este dato podría estar en relación con lo anteriormente mencionado en el sentido de que a muchas personas les resulta penoso solicitar este tipo de métodos a su Médico Familiar, pues la mayoría de quienes respondieron "Más de 10 veces al año" o "De 5 a 10 veces al año" refirieron verbalmente que esta frecuencia es ya sea a nivel privado o porque laboran, además del IMSS, en alguna otra institución legal o de planificación familiar (Cuadro 13 y gráfica 14).

Cuadro 14. Frecuencia con la que prescriben anticoncepción postcoital los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel

Frecuencia	Número	Porcentaje
Más de 10 veces al año	8	8.6
De 5 a 10 veces al año	7	7.5
Menos de 5 veces al año	18	19.3
Nunca	60	64.5

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital. 2003.

Gráfica 15. Frecuencia con la que prescriben anticoncepción postcoital los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel



Fuente: Cuadro 15.

La frecuencia de prescripción es prácticamente la misma que la de solicitud, lo que habla de que los Médicos Familiares encuestados en general indican el método cada vez que se les solicita; esto traduce apoyo hacia el método. La mayoría, sin embargo (64.5%, n=60) no lo han prescrito nunca por el hecho de que no se los han solicitado.

Cuadro 15. Actitudes de los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel ante una paciente que unas horas después del coito solicita ayuda para no embarazarse

Actitud	Número	Porcentaje
Prescriben anticoncepción postcoital inmediatamente	30	32.2
Prescriben anticoncepción postcoital solamente si la paciente está en días fértiles	24	25.8
Realizan interrogatorio y preguntan AGO detalladamente	15	16.1
Derivan a la paciente a PF o GO	15	16.1
Dan consejería sobre métodos anticonceptivos de uso regular	13	14.0
Se niegan a prescribir anticoncepción postcoital	4	4.3
Explican los efectos secundarios de los MAPs	2	2.1

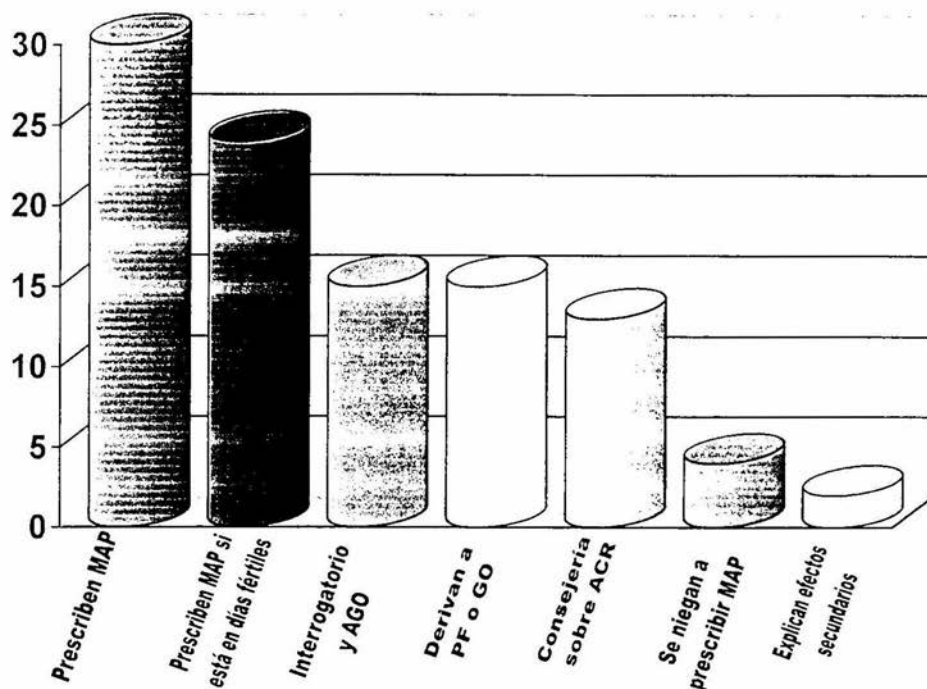
AGO= Antecedentes gineco- obstétricos

PF= Planificación Familiar

GO= Gineco Obstetricia

Fuente: Encuesta sobre conocimientos en anticoncepción postcoital, 2003.

Gráfica 16. Actitudes de los Médicos Familiares de las UMF de la zona San Ángel ante una paciente que unas horas después del coito solicita ayuda para no embarazarse



Fuente: Cuadro 15.

AGO= Antecedentes gineco- obstétricos
 PF= Planificación Familiar
 GO= Gineco Obstetricia
 ACR= Anticonceptivos de uso regular

La pregunta final del cuestionario consistía en un caso hipotético para averiguar las actitudes de los médicos ante la posibilidad de prescribir un MAP, y se manejó como una pregunta abierta. Las respuestas mostradas en el cuadro 15 y la gráfica 16 no necesariamente son excluyentes entre sí. El 32.2% (n=30) prescribirían anticoncepción postcoital de forma inmediata, y 25.8% (n=25) lo harían solamente después de cerciorarse que la mujer estaba en días fértiles. El 16.1% (n=15) realizan un interrogatorio detallado, incluyendo antecedentes gineco obstétricos. Otro 16.1% preferiría derivarla a otro servicio. Sólo 14% (n=13) dan consejería sobre métodos anticonceptivos de uso regular, enfatizando la naturaleza exclusivamente "urgente" de los MAPs. Cuatro médicos (4.3%) negaron rotundamente el empleo de MAPs, incluyendo uno que abiertamente declaró que se trata de un "aborto". Dos (2.1%), entre otras medidas, explicarían los efectos colaterales a la paciente.

CONCLUSIONES

Aunque los resultados de nuestro estudio en términos generales concuerdan con los reportados en la literatura internacional ("el conocimiento sobre los MAPs es limitado"), debe tomarse en cuenta que prácticamente la totalidad de los encuestados arguyeron al momento de solicitarles su participación que estaban sobresaturados de consultas, lo que pudo influir en que respondieran la encuesta en forma distraída o con prisas. Aunque esto es cierto, en contraposición se puede argumentar que no sería pretexto si en ese momento, en vez del investigador, apareciera en su consultorio una mujer solicitando anticoncepción postcoital.

Los Médicos Familiares saben de la existencia de los MAPs, sin embargo reconocen que sus conocimientos al respecto no son los suficientes. A pesar de ello, parecen estimar que dichos conocimientos son mayores a los que mostraron en el presente estudio. Nuestros resultados concuerdan con los de Langer y cols.² en el aspecto del porcentaje de encuestados que han oído hablar de los MAPs, aunque éste se llevó a cabo no sólo entre médicos, sino entre otros trabajadores de la salud.

El alto porcentaje de médicos que desconocen la dosis en microgramos de los hormonales orales combinados cuando se utilizan como MAPs puede obedecer, además de a la escasa difusión, a que algunos de ellos probablemente conocen el número de tabletas de cierta marca comercial que se deben administrar, pero al traducirlo a microgramos sobreviene la confusión. La pregunta se planteó de esta manera porque es más conveniente conocer la dosis universal en microgramos para evitar prescribir subdosis o sobredosis al confundir las presentaciones disponibles (tabletas de alta o de baja dosis).

El mecanismo de acción puede presentar controversias. Si bien el mecanismo más estudiado y comprobado es el retardo o inhibición de la ovulación, ya se mencionó que otros mecanismos también podrían estar involucrados (Ver *Introducción: Mecanismos de acción*). El objetivo de evaluar este aspecto era sobre todo identificar el porcentaje de médicos que consideran que los MAPs son capaces de expulsar un huevo previamente implantado. En nuestro estudio, este grupo resultó ser de casi la décima parte de los encuestados, y aunque pequeño, es prudente tomarlo en cuenta para evitar que se siga pensando que los MAPs son productores de aborto.

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

La efectividad es otro punto de controversia. Dado lo expuesto anteriormente (Ver *Introducción: Método de Yuzpe*) en lo referente a porcentaje de efectividad,

se puede pensar que su efectividad alcanza el 98%; de hecho, este porcentaje es el que se maneja en algunos documentos incluyendo el Manual para el Uso de la Metodología Anticonceptiva del IMSS. Sin embargo, la literatura internacional reconoce una efectividad del 75%. Ambas cifras provienen del mismo razonamiento, sólo que por las características del método, es más correcto aceptar ésta última²⁸. Esta controversia es lo que pudo influir en que la mayoría de los médicos familiares reportara una efectividad del 90% en nuestro estudio. Se tenga la idea del 75% o la del 90%, de cualquier forma es un punto a favor el que se considere un porcentaje de efectividad alto, pues promueve su prescripción. El esfuerzo debe realizarse con el grupo de médicos que piensan que su efectividad es menor o que no supieron responder, que en conjunto representan un porcentaje cercano a la mitad de los encuestados.

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

Por el contrario, las contraindicaciones sí se presentan como un obstáculo importante. Tres cuartas partes de los encuestados respondieron contraindicaciones erróneas. Esto implica que a muchas pacientes candidatas para el método se les negaría inadecuadamente. Este aspecto debe trabajarse ampliamente si se quiere aumentar la aceptación de los MAPs.

Son pocos los médicos que conocen otros MAPs aparte de los hormonales orales combinados que estén aceptados como tales en la literatura. Esto es hasta cierto punto justificable porque en México no existen estos fármacos. Una revisión de los fármacos disponibles en nuestro país en el año de 2001 muestra que solamente existe el levonorgestrel sólo, y a una dosis tan baja que es impráctico para anticoncepción postcoital. El DIU es poco conocido como MAP, y en vista de la facilidad del uso de los hormonales orales, no es indispensable su difusión. En este punto solamente habría que enfatizar que los otros hormonales disponibles en el IMSS y que muchos encuestados marcaron como MAPs no están reconocidos como tales, por lo que el enfoque en México debe orientarse hacia el método de Yuzpe en tanto no entren al mercado las demás opciones.

El que las tres cuartas partes de los encuestados piensen que el Médico Familiar debe prescribir MAPs es un fuerte apoyo para su aceptación. Están concientes de que es parte de su práctica y por tanto deben estar actualizados. Sería importante conocer, mediante otro estudio, porqué algunos piensan que este aspecto es competencia exclusiva de los servicios de Planificación Familiar o del Ginecólogo. Por otra parte, es pequeño el número de médicos que opinan que los MAPs deberían ser disponibles sin prescripción médica. Aunque como médicos debemos desalentar la automedicación, en ciertos países donde la educación en materia de salud y la cultura médica son parte importante de la cultura general, y la medicina

preventiva está en auge, se ha propuesto que si las mujeres tienen siempre a la mano (en su domicilio, por ejemplo) una dosis de hormonales específica para emplearla en forma postcoital, se disminuiría aún más la incidencia de embarazos no deseados sin que esta medida represente peligros a la salud³¹. En México la educación médica de la población tal vez no permita por el momento tomar esta actitud y posiblemente por ello la gran mayoría de los médicos de nuestro estudio no lo avalan.

Es importante la cantidad de encuestados que no conocen el marco legal de los MAPs. Este punto es uno de los principales a tratar entre los médicos, pues si no tienen la certeza de estar actuando dentro de la ley, aunque sus conocimientos de la fisiología sean adecuados, se intimidarían a la hora de decidir si emplean o no el método. Habría que incidir incluso a niveles más elevados: ya que los MAPs no están contemplados por la Norma Oficial Mexicana, es importante hacer caer en la cuenta de esto a las autoridades para que el respaldo legal sea completo.

Los Médicos Familiares, especialmente dentro de su práctica institucional, no reciben muchas solicitudes de anticoncepción postcoital. Las explicaciones a esto pueden incluir falta de confianza por parte del paciente, temor de ser reprendido, ignorancia de que existen los métodos o de que una relación sexual aislada pueda originar el embarazo, etc. Se pueden desprender de aquí otras investigaciones dirigidas a la población para conocer con certeza las razones, pues este aspecto depende más bien de los usuarios. En cuanto a los médicos, el estudio refleja que aunque los conocimientos sobre dosificación, mecanismos, tiempo, efectividad y aspectos legales son deficientes, muestran disposición para prescribir el método si se los solicitan. El caso hipotético que se pedía contestaran al final del cuestionario ("En este momento se presenta en su consultorio una mujer de 22 años que tuvo relaciones sexuales sin protección la noche anterior, refiriendo que no desea quedar embarazada, y le solicita a usted ayuda para tratar de prevenir el embarazo. Explique brevemente qué haría.") mostró que la mayoría están dispuestos a ofrecer el método, o por lo menos remitirían a la paciente a otro lugar para orientación. Muy pocos son los que se mostraron abiertamente en contra del método.

En resumen, nuestros resultados apoyan los de estudios previos en el sentido de que el conocimiento sobre los MAPs es escaso, aún entre personal de salud, pero que existe una gran disposición para aprender sobre ellos y emplearlos con los usuarios del IMSS que los soliciten .

REFERENCIAS

1. Henshaw SK. *Unintended pregnancy in the United States*. Family Planning Perspectives 1998;30:24-29
2. Langer A et al. *Emergency contraception in Mexico City: What do health care providers and potential users know and think about it?* Contraception 1999; 60:233-241
3. Alan Guttmacher Institute. *Clandestine abortion: A Latin American reality*. New York: Alan Guttmacher Institute, 1994
4. *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. México DF: Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Materno Infantil, 1992
5. Kubicka L, Matejcek Z, David HP, Dytrych Z, Miller WB, Roth Z. *Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech Republic revisited at age thirty*. Acta Psychiatrica Scandinavica 1995; 91: 361- 369
6. Yuzpe AA, Lance WJ. *Ethinilestradiol and DL-norgestrel as a postcoital contraceptive*. Fertility & Sterility 1977; 28: 932-936
7. Galvao L, et al. *Anticoncepción de emergencia: Conocimiento, actitudes y prácticas de los Gineco-obstetras del Brasil*. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2000, págs. 2-6
8. Delbanco SF, et al. *Little knowledge and limited practice: Emergency contraceptive pills, the public, and the Obstetrician-Gynecologist*. Obstetrics & Gynecology 1997; 89: 1006-1011
9. Muia E, et al. *Emergency contraception in Nairobi, Kenya: Knowledge, attitudes and practices among policymakers, family planning providers and clients, and university students*. Contraception 1999; 60: 223-232
10. Jackson R, et al. *Knowledge and willingness to use emergency contraception among low-income post-partum women*. Contraception 2000; 61: 351-357
11. Kosunen E, Sihvo S, Hemminki E. *Knowledge and use of hormonal emergency contraception in Finland*. Contraception 1997; 55: 153-157
12. Glasier A, et al. *Case studies in emergency contraception from six countries*. International Family Planning Perspectives 1996; 22: 57-61
13. Hatcher RA, et al. *Emergency contraception: The nation's best kept secret*. Decatur GA. Bridging the Gap Communications, 1995
14. Ellertson C, Shochet T, Blanchard K, Trussell J. *Emergency contraception: A review of the programmatic and social science literature*. Contraception 2000; 61: 145-186
15. Bird ST, Harvey SM, Beckman LJ. *Emergency contraceptive pills: an exploratory study of knowledge and perceptions among Mexican women from both sides of the border*. Journal of the American Medical Women's Association 1998; 53 (suplemento 2): 262-265
16. Croxatto HB, et al. *Effects of the Yuzpe regimen, given during follicular phase, on ovarian function*. Contraception 2002; 65: 121-128

17. Swahn ML, et al. *Effect of postcoital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle.* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1996; 75: 738-744
18. Ling WY, et al. *Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception.* Fertility & Sterility 1983; 39: 292-297
19. Glasier, A. *Emergency postcoital contraception.* New England Journal of Medicine 1997; 337: 1058-1064
20. Wertheimer RE. *Emergency postcoital contraception.* American Family Physician 2000; 62: 2287-2292
21. Diaz-Olavarieta C, et al. *Policy climate, scholarship, and provision of emergency contraception at affiliates of the International Planned Parenthood Federation in Latin America and the Caribbean.* Contraception 2002; 65: 143-149
22. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. *Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception.* Contraception 1999; 59: 147-151
23. World Health Organization. *Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods.* Ginebra: WHO 1996
24. Task Force on Poatovulatory Methods of Fertility Regulation. *Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception.* Lancet 1998; 352: 428-433
25. Glasier A, et al. *Mefepristone (RU 486) compared with high dose estrogen and progestogen for emergency postcoital contraception.* New England Journal of Medicine 1992; 327: 1041-1044
26. Webb AM, Russell J, Elstein M. *Comparison of Yuzpe regimen, danzol and mefepristone (RU486) in oral postcoital contraception.* British Medical Journal 1992; 305: 927-931
27. Task Force on Poatovulatory Methods of Fertility Regulation. *Comparison of three single doses of mefepristone as emergency contraception: a randomised trial.* Lancet 1999; 353: 697-702
28. Schiavon R, Jiménez Villanueva CH, Ellertson C, Langer A. *Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro, efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados.* Publicación por Internet .
http://www.en3dias.org.mx/frames/f_bibliografia.html
29. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.* Publicada en el Diario Oficial de la Federación 30 de mayo 1994.
30. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Manual para el uso de la metodología anticonceptiva.* Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. 1998. 2ª. Edición, págs. 31-33
31. Glasier A, Baird D. *The effects of self-administering emergency contraception.* New England Journal of Medicine 1998; 339 (1):1-4