Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
http://ccp.ucr.ac.cr

Población y Salud en Mesoamérica
Revista electrónica
Volumen 1, número 2, artículo 1
Enero - junio, 2004
Publicado 1 de enero, 2004
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

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

Carmen Marín

© 2004 Centro Centroamericano de Población

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.

Carmen Marín[1]

RESUMEN

Contexto: El riesgo de embarazo no deseado está presente en mujeres que tienen relaciones sexuales sin protección.. Esa situación se dio en 70% de las costarricenses entrevistadas en 1999 por la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSR), quienes declararon no haber usado anticonceptivos en su primer encuentro sexual. El mismo riesgo ocurre entre las adolescentes entre 13 y 17 años, sexualmente activas; la mitad de ellas no usa anticoncepción. Esto es consistente con el hecho que 42% de las costarricenses con hijos, entrevistadas por ENSR), no desearon su último embarazo. A ello se agrega que algunos embarazos no deseados terminan en aborto provocado, con el consiguiente riesgo de muerte materna.

El objetivo del presente estudio es evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras acerca de la AE, en el marco de la atención integral de la mujer que está en riesgo de embarazo no deseado por haber tenido relaciones sexuales sin protección.

Métodos: Se aplicó un cuestionario estructurado de 20 preguntas a 60 gineco-obstetras del área metropolitana de San José para indagar sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación con AE.

Resultados: El 92% había escuchado sobre AE, 80% conocía las indicaciones y 82% los efectos secundarios. El 48% la había prescrito alguna vez. Sobre el mecanismo de acción, 10% respondió correctamente que impide la ovulación o la fecundación (13%). Entre las respuestas erróneas, uno de cada cuatro respondió que actúa produciendo aborto y 44% que impide la implantación.

Sólo la mitad de los entrevistados sabía cómo se usa. En cuanto a la eficacia, el 75% respondió que el porcentaje de éxito en evitar un embarazo es alto.

Se prescribió con más frecuencia en casos de violación o incesto, en pequeño porcentaje en casos de relaciones sexuales no protegidas.

Conclusión: Se observó en los gineco-obstetras costarricenses un alto conocimiento del mecanismo de acción, modo de uso y eficacia de la AE. Sin embargo, el porcentaje que la ha prescrito es más bajo que en estudios realizados en otros países.

Este es el primer estudio hecho en Costa Rica que explora los conocimientos, actitudes y prácticas de la AE en gineco-obstetras.

[1] Médico general y Máster en Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Investigadora Centro Centroamericano de Población

1.- INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las píldoras anticonceptivas de emergencia (AE) como "métodos hormonales que pueden ser usados para prevenir un embarazo luego de una relación sexual sin protección" (17).

En las regiones del mundo en desarrollo se estima que 22% de los embarazos terminan en aborto y 36% de todos los embarazos no son deseados (14). En Costa Rica, los embarazos no deseados constituyen un importante porcentaje. Según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSR-99), el 42% de las mujeres entrevistadas (18 a 44 años) que tenían por lo menos un hijo declararon que su último embarazo no fue deseado o hubieran deseado esperar. Sólo 30% de estas mujeres usaron anticonceptivos en su primer encuentro sexual. Los motivos: lo inesperado del hecho (36%), el deseo de embarazarse (24%) y por desconocimiento (20%) (1).

El uso de anticonceptivos también es bajo en adolescentes mujeres -13 a 17 años- sexualmente activas, sólo 52% de ellas los ha utilizado alguna vez. Los métodos mencionados con más frecuencia son el condón (61%), en segundo lugar la píldora (17%) (15). Estas adolescentes son un grupo de riesgo de embarazo no deseado, riesgo que podría evitarse con AE, en casos indicados.

El uso de la anticoncepción hormonal de emergencia puede contribuir a evitar los embarazos no deseados en caso de no uso de métodos anticonceptivos regulares, conocimiento insuficiente, falla de éstos o violencia sexual (violación o incesto). OMS considera que "cualquier mujer en edad reproductiva puede requerir anticoncepción de emergencia en algún momento para prevenir un embarazo no deseado, posterior a las siguientes situaciones: luego de una relación sexual voluntaria sin protección anticonceptiva; por uso incorrecto o inconsistente del método anticonceptivo habitual; por falla del método (rotura del condón, coito interrumpido fallido, expulsión del DIU); si la mujer ha sido víctima de violación y no tenía protección anticonceptiva" (17).

Los métodos hormonales empleados como anticonceptivos de emergencia son seguros y eficaces. Los dos regímenes más usados son: el método Yuzpe y el de levonorgestrel solo (4, 3, 10). La efectividad de ambos métodos ha sido probada con mejores resultados para el levonorgestrel solo, que además produce menos efectos secundarios (2, 4, 16, 10).

A pesar de las ventajas mencionadas, en muchos países se subutiliza la AE, esto puede conducir a la mujer al aborto provocado y ponerla en riesgo de la morbilidad y mortalidad que trae consigo (2).

Dar Información a las mujeres sobre el uso de las píldoras anticonceptivas orales comunes como anticonceptivos de emergencia puede ser realizado por todos los proveedores de salud (médicos, enfermeras, parteras, farmacéuticos, parteras tradicionales debidamente adiestradas, auxiliares de enfermería y agentes de salud comunitaria) (11) La participación de los gineco-obstetras en la atención de las mujeres que requieren AE toma en cuenta que el SIDA y las infecciones de transmisión sexual

son riesgos adicionales al embarazo no deseado (16), cuya atención integral requiere la participación del especialista.

El presente estudio indaga los conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras del área metropolitana de San José respecto a la AE, como parte de la información base para mejorar el conocimiento y el acceso a este método anticonceptivo.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos de la totalidad de médicos gineco-obstetras del área metropolitana de San José fueron listados a partir del registro del colegio profesional respectivo. El listado constaba de 146 registros, se consideró no elegibles a los pensionados (15), a los que residían fuera del área metropolitana de San José (2) y a los que estaban fuera del país (2). Se planificó entrevistar a los restantes 127.

Se aplicó un cuestionario de 20 preguntas, 7 de datos generales (edad, sexo, año de titulación, porcentaje de clientes entre 13 y 19 años, porcentaje de consulta obstétrica y ginecológica); 13 sobre AE: 6 de conocimientos, 3 de actitudes, 3 de prácticas y una acerca del interés mostrado por las clientes en la AE.

Los testimonios de los entrevistados fueron registrados para identificar los motivos por los que habían o no habían indicado AE. Las entrevistas fueron realizadas por dos estudiantes de enfermería entre el 15 de julio y el 22 de agosto de 2002.

Los datos fueron ingresados en un formulario de Access 97 y transferidos al paquete estadístico Stata versión 7 para la obtención de medidas de frecuencia y pruebas estadísticas (chi cuadrado o prueba de Fisher), según el caso.

3.- RESULTADOS

Del total de 127 gineco-obstetras previstos, se contactó a 60. De ellos, 42 (70%) aceptaron la entrevista y 18 (30%) la rechazaron.

Los 67 restantes no fueron contactados: en 50 de 67 casos (75%) por inconsistencias en los datos personales (el número telefónico, el domicilio o el lugar de trabajo habían cambiado y / o no se obtuvo el dato correcto) y en 17 de 67 (25%) no se obtuvo una cita luego de cinco intentos. Los intentos de contacto fueron suspendidos debido al elevado porcentaje de rechazos, la inconsistencia de los datos personales y las dificultades para ubicar a los gineco-obstetras o concertar una cita.

Treinta y dos varones y diez mujeres aceptaron la entrevista, mientras que doce varones y 6 mujeres la rechazaron. El rango de edad de los entrevistados fue 31 a 76 años con un promedio de 48 ± 10 años; los que rechazaron tuvieron entre 35 y 69 años, con un promedio de 53 ± 10. El tiempo de titulación fue menor a 5 años en 17 (40%) de los

entrevistados. No hubo diferencias estadísticamente significativas por edad o sexo entre los entrevistados y los que rechazaron.

Casi todos los entrevistados, 39 de 42 casos (92%) habían escuchado sobre AE, y 3 nunca lo habían hecho. Un 80% identificó 8 o más de 10 situaciones en las que está indicado prescribir AE. El 82% respondió correctamente que 5 o más efectos secundarios propuestos de una lista de siete correspondían a la AE.

La mayoría (28 de 39 o 72%) refirió estar dispuesto a prescribir AE. Los testimonios indican que un tercio de ellos lo harían si hubo violación o incesto, un caso "dependiendo de la paciente", con menor frecuencia: por "embarazo no deseado", por ser "de emergencia", por "su efectividad", entre otras respuestas.

Cinco entrevistados respondieron no estar dispuestos a prescribir AE, argumentando "no estoy de acuerdo con el aborto", "por motivos personales", "me opongo". Tres entrevistados adujeron: "es aborto precoz", "dificulta la implantación del embrión y va contra mis principios morales y religiosos" y "porque provoca un aborto porque la vida inicia desde la unión (del) óvulo (y el) espermatozoide". Otros dos porque recomiendan otros anticonceptivos y uno porque conlleva peligros para la salud.

La mayoría de los entrevistados -23 de los 39 que habían escuchado sobre AE- refirieron que "muy pocas veces" las mencionan como parte de la consejería habitual de las pacientes y 27 de 39 las consideraron apropiadas para menores de 20 años.

La mitad de ellos –20 de 39- respondieron correctamente la forma de uso de la AE. De los 19 restantes, 9 lo hicieron erróneamente, 2 dijeron "no sabe" y 8 eligieron "otra" alternativa distinta a las propuestas en el cuestionario. De estas, sólo dos fueron acertadas.

Al preguntársele cómo funciona la AE, 9 de 39 respondieron que es "abortiva"; 5 que "inhiben la ovulación" y 25 propusieron otro mecanismo. De los testimonios de los entrevistados que respondieron "otro", la mayoría (17 casos) se clasificaron en "evita la implantación"; 4 en "impide la fecundación" y 2 en "puede ser abortiva"; 2 no especificaron un mecanismo (Gráfico 1).

En cuanto a la eficacia, la mayoría (30 de 39 o 75%) mencionaron que son eficaces o muy eficaces; sólo 7 de 39 respondieron no saber sobre la eficacia.

Los motivos fundamentales aducidos por 20 entrevistados para no haber recetado AE fueron: "no se ha presentado la situación" (6 casos), por motivos ético-morales-religiosos: "no estoy de acuerdo", "éticamente no es adecuado" (6), por ser abortiva (4), no está disponible (3) y recomienda otros anticonceptivos (1).

La mitad (19 de 39) dijo haber recetado AE alguna vez; 15 de los 19 la habían indicado en el último año, 12 de 15 en más de una oportunidad. La mayoría (8 de 19 o 40%) mencionaron casos de violación (7 casos) e incesto (1). Los otros: relación sexual sin

protección (3 casos), caso que amerite (3), relación sexual imprevista (2) y embarazo no deseado, falla del método y por su efectividad (un caso cada uno).

4.- DISCUSIÓN

El número de entrevistas puede considerarse una limitación del presente estudio. Cabe mencionar que se contactó a 47% de los gineco-obstetras elegibles, cifra superior al 24% obtenido por Golden que tampoco encontró diferencias significativas en edad o sexo entre entrevistados y no entrevistados. Por su parte, Galvao, recurrió a un incentivo material –rifa de un computador-, además de tres intentos por correo y uno por vía telefónica, para una tasa de respuesta de 58%.

Los estudios posteriores en gineco-obstetras deben afinar la estrategia para obtener una mejor tasa de respuesta, considerando que los médicos en general y los gineco-obstetras en particular son profesionales cuya movilidad es alta. Asimismo, es necesario ahondar en las barreras que limitan la oferta de este método en casos indicados, su conocimiento permitirá mejorar el acceso a éste método.

Los resultados muestran que el conocimiento de la existencia de la AE es alto, pero el conocimiento de la dosis y mecanismo de acción son bajos, del mismo modo la prescripción está limitada a casos de violación, algunos la condicionan (“depende de la paciente”) y pocos la prescriben si la paciente consulta porque no desea un embarazo. A pesar de la disposición mayoritaria a prescribirlas y considerarlas apropiadas para menores de 20 años, no es mencionada como parte de la consejería habitual.

La prescripción de la AE, ocurrió en mayor porcentaje en casos de violación o incesto. Los testimonios sugieren que entre los motivos para no haberlas indicado debe considerarse que la situación no es motivo frecuente de consulta (“no me ha tocado recetarlas”, “no se ha dado la situación”). Existen varias explicaciones posibles para esta aparente baja demanda de consulta gineco-obstétrica en casos de relación sexual no protegida: el desconocimiento de las mujeres sobre AE –apenas 3% refirió conocer este método- (1); el horario de consulta de los gineco-obstetras; aspectos socio-culturales; modelo curativo de atención en los servicios de salud. Este último aspecto, es más evidente en el caso de las adolescentes, la búsqueda de atención en la mayoría de casos es con fines curativos (12).

En otros casos sería por motivos personales (“en desacuerdo con su uso”, “éticamente no lo considero adecuado”, “no estoy de acuerdo”). Una explicación complementaria está dada por el conocimiento erróneo sobre el mecanismo de acción (“no creo en el aborto”, “la considero aborto precoz”).

4.1 Comparación con gineco-obstetras de otros países

Los gineco-obstetras costarricenses prescribieron AE en menor proporción que sus colegas de otros países de Centroamérica. Resultados preliminares indican que el porcentaje que la había prescrito en el año previo varió entre 56% en Guatemala y 88%

en Nicaragua (6). Cabe mencionar que en cuatro de seis países de ese estudio -El Salvador, Guatemala, Nicaragua, y Honduras- las normas oficiales de planificación familiar y salud reproductiva incluyen la AE, lo que no ocurre en Costa Rica y Panamá (3). A pesar de ello, Córdova (op. cit) reporta que 67% de los gineco-obstetras en Panamá prescribieron AE, en contraste con el 48% obtenido en Costa Rica en el presente estudio (Gráfico 2).

Similar situación se observa al comparar resultados de estudios en otros contextos: la indicaron el 61% de gineco-obstetras en Brasil (7) y el 75% de los pediatras de un distrito de New York (8).

Otra diferencia es la naturaleza de las situaciones que motivaron la indicación de la AE. Según Galvao (op.cit.) los gineco-obstetras indicaron AE con más frecuencia por relaciones sexuales sin protección, rotura del condón y en tercer lugar por violación. Golden (op. cit.) reporta en primer lugar el coito sin protección, seguido de violación y en tercer lugar rotura del condón. En el presente estudio, se ha prescrito con más frecuencia en casos de violación que en otras situaciones.

4.2 Intervenciones educativas y AE

Un ensayo comunitario de intervención realizado en Reino Unido, aleatorizado y controlado, concluyó que una intervención educativa aumentó significativamente el conocimiento del uso correcto de AE, en estudiantes de décimo grado de escuelas públicas, sin evidencia de cambio en la actividad sexual o en el uso de anticoncepción de emergencia. La intervención consistió en clases sobre AE impartidas por sus maestros de grado (9). Este hallazgo cuestiona el temor de un eventual aumento o inicio más temprano de la actividad sexual en adolescentes, en caso de conocerse el uso de AE.

Existen muchas barreras para el uso extendido de la AE. Del lado de la demanda, hay que considerar el bajo o erróneo conocimiento que tienen las mujeres de ésta opción anticonceptiva y las barreras de índole socio-cultural. Del lado de la oferta de la atención de salud sexual y reproductiva estarían las restricciones en el acceso (horario, modelo curativo de atención) y las preocupaciones de los profesionales de la salud (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).

En este marco, es importante destacar la participación de los gineco-obstetras para la atención profesional especializada de las mujeres que requieren anticoncepción de emergencia y que podrían estar en riesgo de SIDA e infecciones de transmisión sexual.

Los resultados revelan que los gineco-obstetras costarricenses no están utilizando la AE en todos los casos indicados según la OMS. Este estudio pone en evidencia la necesidad de programar acciones destinadas a mejorar el conocimiento de los proveedores de salud acerca de la AE para contribuir a la protección de la salud y los derechos reproductivos en Costa Rica. La anticoncepción de emergencia es un método seguro y eficaz, es el único que puede usarse luego de una relación sexual no protegida.

REFERENCIAS

Chen M, Rosero-Bixby L, Brenes G, León M, González MI, Vanegas JC. (2001). Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Programa Centroamericano de Población (PCP) de la Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud (INISA), Universidad de Costa Rica San José, Enero 2001.

Cheng L. Imezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA (2002). Interventions for emergency contraception. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2002. Oxford: Update Software. Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/435203. Revisado 9/05/03.

Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE). Cuadro resumen de la situación actual de la anticoncepción de emergencia en países latinoamericanos. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. Documento preliminar. 2003.

Croxatto H, Devoto L, Durand M, Escurra E, Larrea F, Nagle C, Ortiz M, Vantman D, Vega M, von Hertzen H (2001). Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. Contraception 63 (2001) 111-121. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html. Revisado 25/04/2003.

Dawson, Jane (1998). UK sexual survey provides key to contraception. The Lancet Vol 351, February 21, 1998.

Córdova E, Villatoro L, Valladares E, Montiel G, de León R, Kestler E. (2002). Documento interno. Federación Centro Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología/Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Guatemala 2002.

Galvao L, Díaz J, Díaz M, Osis M, Clark Sh, Ellertson Ch (2000). 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

Golden N, Seigel W, Fisher M, Schneider M, Quijano E, Suss A, Bergeson R, Seitz M Saunders D (2001). Emergency Contraception: pediatricians' knowledge, attitudes and opinions. Pediatrics Vol. 107 No. 2 February 2001.

Graham, A, Moore L, Sharp D, Diamond I. Improving teenagers's knowledge of emergency contraception: cluster randomized controlled trial of a teacher led intervention (2002). British Medical Journal BMJ 2002;324:1179

Kubba A, Guillebaud J, Anderson R, MacGregor E. (2000). Contraception. The Lancet 2000: 356:1913-19.

OMS (1999). Aspectos del servicio. En Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios 1999 - WHO/FRH/FPP/98.19. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/Spanish_FPP_98_19/FPP_98_19_chapter5.sp.html. Revisado el 15/05/03.

Rodríguez J, Garita C, Sequeira M, Díaz M. Sexualidad adolescente. Un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas. Zona semi-urbana Santa Bárbara de Heredia. Programa de Atención Integral de la adolescencia. Caja Costarricense de Seguridad Social. Agosto 1999. San José Costa Rica.

Sanders M, Couchenor R (2002). Hormonal Emergency Contraception. Pharmacotherapy 22(1): 43-53, 2002. Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/423473. Revisado el 15/05/03.

The Alan Guttmacher Institute sf. Unplanned Pregnancy common Worldwide. Neither legal status of abortion nor health risk deters women from terminating pregnancies. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/archives/abortww_nr.html. Revisado el 25/04/2003.

Valverde O, Solano A, Alfaro J, Rigioni ME, Vega M. Adolescencia protección y riesgo en Costa Rica, múltiples aristas, una tarea de todos y todas. Encuesta Nacional sobre conductas de riesgo en los y las adolescentes de Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Noviembre 2001. San José, Costa Rica.

Webb A. (2003). Emergency contraception: editorial. British Medical Journal BMJ 2003;326:775-6.

WHO. Emergency contraception: A guide to the provision of services. (1998). WHO/FRH/FPP/98.19. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/FPP_98_19/FPP_98_19_chapter2.en.html. Revisado 17/04/03.

GRAFICOS

Gráfico 1. Mecanismo de acción propuesto por gineco-obstetras del área metropolitana de San José para la anticoncepción de emergencia. Costa Rica, 2002

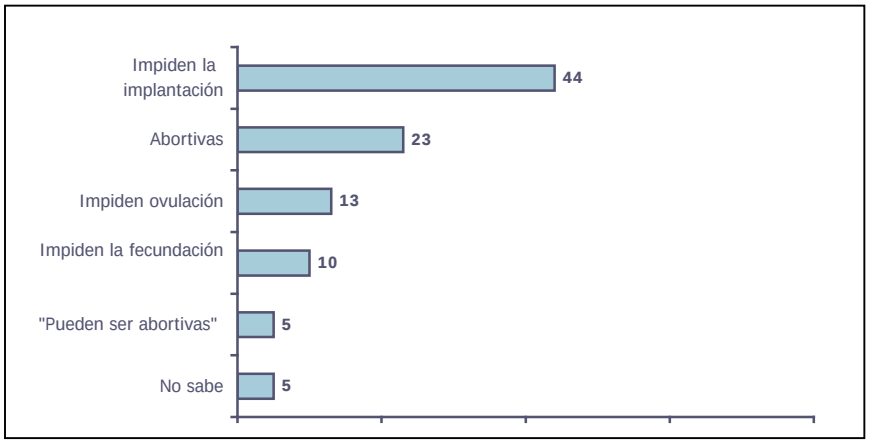
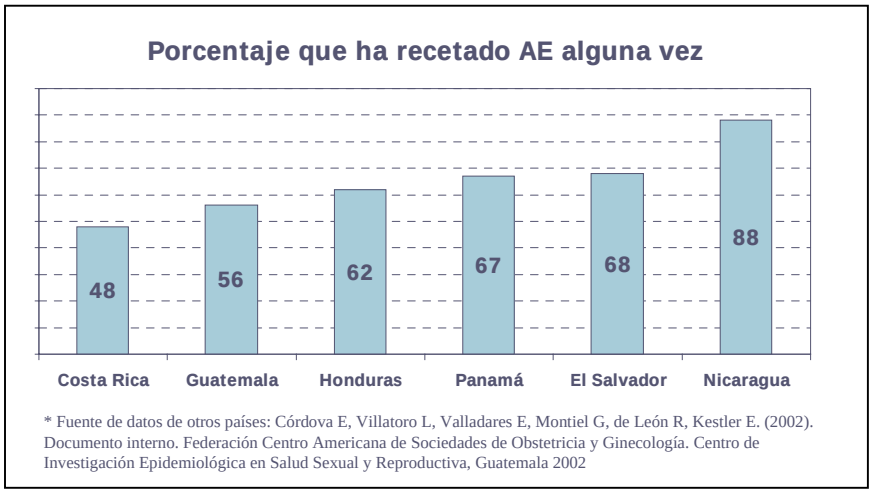


Gráfico 2. Porcentaje de gineco-obstetras que ha prescrito anticoncepción de emergencia. Costa Rica y otros países de Centroamérica



* Fuente de datos de otros países: Córdova E, Villatoro L, Valladares E, Montiel G, de León R, Kestler E. (2002). Documento interno. Federación Centro Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Guatemala 2002