

Anticoncepción de Emergencia: Conocimiento, Actitudes y Prácticas De los Gineco-Obstetras del Brasil

Por Loren Galvão, Juan Díaz, Margarita Díaz, Maria José Osis, Shelley Clark y Charlotte Ellertson

Contexto: En Brasil, donde la anticoncepción de emergencia podría jugar un importante papel en la reducción de los embarazos no deseados, el gobierno ha incluido este método en sus normas sobre planificación familiar. Sin embargo, se sabe muy poco acerca de la disponibilidad y provisión de este método.

Métodos: Una muestra representativa a nivel nacional seleccionada en forma aleatoria constó de 579 gineco-obstetras brasileños; dichos médicos respondieron a una encuesta sobre anticoncepción de emergencia, realizada por correo en 1997. Los datos aportaron información acerca de su conocimiento, sus actitudes y sus prácticas relacionadas con la anticoncepción de emergencia.

Resultados: Casi todos los entrevistados (98%) habían oído hablar de la anticoncepción de emergencia, pero muchos no tenían un conocimiento específico sobre ello. Aproximadamente el 30% creía erróneamente que la anticoncepción de emergencia funciona como un abortivo y el 14%, también en forma errónea, creía que este método era ilegal. Sin embargo, el 49% de los médicos que pensaban que el método induce el aborto (el cual es ilegal en el Brasil), y el 46% de los que pensaban que el método mismo era ilegal lo ofrecían a sus pacientes. Más sorprendente aún, mientras el 61% de todos los entrevistados indicaron que habían recetado la anticoncepción de emergencia, sólo el 15% de éstos podían indicar en forma correcta la marca de la píldora que habían recetado, la dosis, el régimen y el momento en que la mujer debía tomar la primera dosis.

Conclusiones: Podría mejorar en gran forma el acceso de la mujer a este método en Brasil si se refuerza el trabajo educacional para informar a los profesionales sobre cómo recetar el método, lo cual recién se encuentra disponible en forma de un producto específico en el país.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2000, págs. 2-6

Los anticonceptivos de emergencia son métodos que la mujer puede utilizar para prevenir un embarazo no deseado después de tener relaciones sexuales. Varios métodos anticonceptivos de emergencia son seguros y eficaces, inclusive los anticonceptivos hormonales combinados tomados en una dosis más elevada que la que se usa regularmente para la anticoncepción (el método de Yuzpe*) y la inserción de un DIU de cobre.¹ Otro método hormonal anticonceptivo de emergencia, el régimen de levonogestrel solo, ha sido ampliamente probado, con excelentes resultados.² Además de prevenir el embarazo, la anticoncepción de emergencia puede servir como un vínculo con el sistema de salud y como una forma para obtener un método anticonceptivo continuo para las mujeres que no practican la anticoncepción.³ La Organi-

zación Mundial de la Salud recomienda que los servicios de salud reproductiva ofrezcan anticoncepción de emergencia como parte de sus servicios regulares.⁴

En el Brasil, donde el 26% de los nacimientos registrados a principios de los 90 eran no planeados y el 22% eran no deseados,⁵ la anticoncepción de emergencia podría desempeñar un importante papel para evitar los embarazos atribuidos a las fallas de los anticonceptivos, al no uso de los mismos, a la falta de conocimiento o acceso a métodos anticonceptivos o al sexo forzado. También podría reducir el número de abortos inducidos. En 1991, aproximadamente 1,4 millones de brasileñas tuvieron un aborto inducido, y muchos de estos procedimientos fueron inseguros.⁶

Reconociendo la contribución potencial de los métodos anticonceptivos de emergencia, el Ministerio de Salud del Brasil,

en colaboración con el Population Council, convocó una reunión nacional en marzo de 1996 para analizar este tema. Entre las conclusiones más importantes se decidió que la anticoncepción de emergencia debería ser incluida dentro de las normas del programa oficial de planificación familiar del Ministerio; que las actividades de educación y de difusión deberían ser desarrolladas para el público en general y para los proveedores de los servicios de salud; y que era necesario realizar más investigación acerca de la anticoncepción de emer-

Loren Galvão es asociada de programas y Juan Díaz es asociado principal de programas del Population Council, Campinas, Brasil; Margarita Díaz es directora del Departamento de Educación y Comunicación de Salud Sexual y Reproductiva, y Maria José Osis es directora de Investigación Sociomédica, del Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAP), Brasil; Shelly Clark es asociada de programas, Population Council, Nueva York; y Charlotte Ellertson es directora de Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe, Population Council, Ciudad de México. El estudio en que se basa este artículo fue realizado con el apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), la William and Flora Hewlett Foundation y el Robert H. Ebert Program. Los autores agradecen a la Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) por su apoyo logístico en la realización de este estudio; a Schering/Brasil por donar el premio que fue utilizado como incentivo para participar en la encuesta; a Beverly Winikoff y Martha Brady por el apoyo técnico durante las etapas de planificación del estudio; y a los participantes en la encuesta.

*El método de Yuzpe consta de 200 mcg de etinilestradiol y 1,0 mg de levonogestrel (6 2,0 mg de norgestrel), usualmente expandido en forma de cuatro tabletas de estrógeno y progestina combinados; dos píldoras se toman dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección y las dos restantes 12 horas después. (Fuente: Ellertson C, Historia y eficacia de la anticoncepción de emergencia: más allá de la Coca Cola, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1997, págs. 36-40.) Cuando no se dispone del tipo exacto de píldoras para realizar el método de Yuzpe, los proveedores podrán sustituirlo con píldoras que contengan 240 mcg de etinilestradiol y 1,2 mg de levonogestrel, administrados en dos dosis de cuatro píldoras cada una, tomadas cada 12 horas. (Fuente: Hatcher E et al., eds., *Contraceptive Technology*, 17th ed., Nueva York, Ardent Media, 1998.)

gencia dentro del contexto brasileño.⁷ En marzo de 1997, el método Yuzpe de anticoncepción de emergencia fue incluido dentro de las normas del programa de planificación familiar.⁸

Aunque un producto específico para anticoncepción de emergencia, a base únicamente de levonorgestrel, fue registrado y está disponible en Brasil desde julio de 1999, al momento de la investigación que detallamos a continuación, las mujeres que tenían que recurrir a este tratamiento tenían que usar las píldoras anticonceptivas normales. En el mercado se dispone de varias píldoras anticonceptivas adecuadas para ser utilizadas como un anticonceptivo de emergencia (Cuadro 1). Sin embargo, como las diferentes marcas de píldoras contienen diversos ingredientes activos, es preciso utilizar un diferente número de píldoras para completar la dosis de la terapia de anticoncepción de emergencia, lo cual confunde a la mujer. Además, si bien las píldoras se venden sin receta médica, los gineco-obstetras desempeñan un papel importante al informar a sus pacientes acerca de la anticoncepción de emergencia y al educar al público sobre los tratamientos adecuados.

Supuestamente, aunque este tipo del producto dedicado se encuentra disponible sin receta médica, los gineco-obstetras continúan desempeñando un papel importante como educadores. Teniendo en cuenta su rol fundamental en la difusión de la información acerca de las nuevas tecnologías reproductivas y en la prestación de métodos de planificación familiar, los participantes de la reunión nacional recomendaron la realización de una encuesta entre los gineco-obstetras para evaluar su conocimiento, actitudes y prácticas con respecto a la anticoncepción de emergencia, y para definir las estrategias más apropiadas para mejorar el acceso a este método.

Metodología

En agosto de 1997, realizamos una encuesta por correo a los miembros de la Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Más de las dos terceras partes de los gineco-obstetras del país pertenecen a FEBRASGO, de manera que este estudio ofrece una muestra representativa bastante adecuada de todos los gineco-obstetras del Brasil.

Se preparó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y abiertas para conocer el nivel de conocimiento de los médicos y sus actitudes y prácticas con respecto a la anticoncepción de emergencia. El personal del Population Council en

Brasil, en colaboración con el Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), preparó y validó este cuestionario. Los resultados de la prueba previa del cuestionario no se incluyen en el análisis.

Seleccionamos en forma aleatoria al 10% de los miembros de FEBRASGO (1.003 médicos) para participar en la encuesta. FEBRASGO envió por correo a estos médicos un cuestionario junto

con una carta en la que se explicaban los objetivos de la investigación y se les garantizaba el total anonimato, y un sobre con sello de correo para que fuera devuelta esta información a FEBRASGO. Debido a las limitaciones inherentes al envío de cuestionarios por correo, para incrementar la tasa de respuesta aplicamos el método de diseño total:⁹ Hicimos un segundo envío del cuestionario, y en caso necesario un tercer envío a quienes no respondieron. Después del último intento tratamos de ubicar por teléfono a las personas que no respondieron. Como incentivo para participar en la encuesta, informamos a los potenciales entrevistados que al concluir el estudio, uno de los participantes sería seleccionado, por sorteo, para recibir un premio (un computador con impresora).

El personal de la investigación revisó cada uno de los cuestionarios, codificó las preguntas abiertas y evaluó si el cuestionario había sido contestado en forma seria. Menos del 1% de los cuestionarios recibidos fueron rechazados. Los datos contenidos en los cuestionarios aceptados fueron digitados dos veces, usando un programa de entrada de datos en SPSSPC-DE. Los datos fueron analizados mediante el uso del paquete estadístico SPSSPC.

Resultados

Muestra

Se recibió un total de 579 cuestionarios válidos, correspondiendo al 58% de los cuestionarios enviados. Prácticamente todos los entrevistados respondieron acerca de sus características personales (96% indicaron su sexo y por lo menos 98% todas las otras características). Entre aquellos que indicaron su sexo, el 63% eran hombres. El 64% de los participantes vivían en la región sudeste del país, la zona más desarrollada y poblada del Brasil, donde se encuentran las dos ciudades más importantes del

Cuadro 1. Características de algunas marcas de píldoras anticonceptivas, disponibles en el Brasil, que pueden ser utilizadas como anticonceptivos de emergencia

Marca y fabricante	No. de píldoras por dosis	Contenido hormonal por dosis		
		Etinil-estradiol (µg)	Levonorgestrel (µg)	dl-norgestrel (µg)
Anfertil (Wyeth-Ayerst)	2	100	0,0	1,0
Primovlar (Schering AG)	2	100	0,0	1,0
Evanor (Wyeth-Ayerst)	2	100	0,5	0,0
Neovlar (Schering AG)	2	100	0,5	0,0
Microvlar (Schering AG)	4	120	0,6	0,0
Nordette (Wyeth-Ayerst)	4	120	0,6	0,0

Nota: El tratamiento completo de anticoncepción de emergencia consta de dos dosis, tomadas cada 12 horas. La primera dosis debe tomarse tan pronto como sea posible, pero dentro de las 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección. *Fuente:* Federación Internacional de Planificación de la Familia, *Directory of Hormonal Contraceptives*, 3rd ed, Londres, IPPF, 1996.

país, São Paulo y Río de Janeiro. Otro 16% residía en la región del sur, la cual se caracteriza por su población de inmigrantes básicamente europeos y por industrias de pequeña escala y haciendas agrícolas y ganaderas. Solamente el 20% procedía de las zonas más pobres y menos pobladas—el nordeste y la región centro-norte del país. La muestra fue representativa de la distribución de los gineco-obstetras por sexo, pero hubo diferencias significativas según región de residencia en relación a la tasa de respuesta. La tasa de respuesta fue más alta en la región sudeste que en las regiones nordeste o centro-norte.

Un quinto de los participantes (21%) tenían menos de 10 años de experiencia profesional; casi la mitad (47%) tenía entre 11 y 20 años de experiencia; el 24% tenía entre 20 y 30 años, y el 9% más de 30 años. Aproximadamente el 56% de los participantes trabajaban en las capitales estatales, el 37% en otras ciudades o en zonas rurales, y el 7% en más de un lugar, la capital del estado y otra ciudad.

Entre los médicos que respondieron al primer envío del cuestionario, la posibilidad de haber escuchado hablar de la anticoncepción de emergencia fue significativamente mayor que entre aquellos que respondieron recién después del tercer envío (98% contra 92%, $p=0,02$). Este dato sugiere que nuestros resultados probablemente sobrestiman el conocimiento de los gineco-obstetras sobre este método.

Conocimiento y actitudes

Prácticamente todos los participantes conocían el concepto de la anticoncepción de emergencia; solamente el 2% nunca habían oído hablar del mismo. Se les preguntó a todos los participantes familiarizados con la anticoncepción de emergencia acerca de sus conocimientos sobre el método y sus actitudes con respecto a

Cuadro 2. Porcentaje de los gineco-obstetras, que han oído hablar de la anticoncepción de emergencia, que conocen varios aspectos del método, Brasil, 1997 (N=567)

Aspecto	%
Métodos utilizados para la anticoncepción de emergencia	
Píldora combinada	87,6
DIU	25,9
Píldora de estrógeno solo	19,2
Píldora de progestágeno solo	15,3
Inyectable mensual*	3,7
Inyectable trimestral*	1,8
Otro	4,4
Ninguno	3,9
Mecanismo de acción	
Previene el embarazo	66,2
Induce el aborto	14,8
Previene el embarazo e induce el aborto	15,3
No sabe	3,0
Situación legal	
Legal, no incluido en las normas de planificación familiar del gobierno	37,0
Ilegal	14,1
Legal, incluido en las normas de planificación familiar del gobierno	11,6
No sabe	37,3
Las mejores candidatas	
Cualquier mujer que haya tenido relaciones sexuales sin protección	71,3
Adolescentes	46,4
Mujeres que tienen relaciones sexuales poco frecuentes	35,7
Usuarías irregulares de métodos anticonceptivos	26,1
Mujeres con muchas parejas	9,2
Mujeres perimenopáusicas	9,1
Otras	15,5
Situaciones apropiadas para su uso	
Violación	91,2
Rotura del condón	82,1
Relaciones sexuales sin protección	75,9
Olvido de la toma de píldora	38,0
Actividad sexual poco frecuente	24,8
Otra	7,4
Ninguna	3,7

*La eficacia no está fundamentada. *Notas:* Los "Ns" varían muy ligeramente porque no todos los participantes que estaban familiarizados con los anticonceptivos de emergencia respondieron a todas las preguntas. Con respecto a algunas preguntas, los participantes pudieron indicar más de una respuesta.

su uso (Cuadro 2).

De aquellos que conocían la anticoncepción de emergencia, el 88% estaban al tanto de que las píldoras combinadas podrían ser utilizadas con este fin, y el 26% sabían que la inserción de un DIU después del coito no protegido igualmente podría prevenir el embarazo. También se mencionaron con frecuencia las píldoras sólo de estrógeno o sólo de progestágeno (19% y 15%, respectivamente). Un pequeño porcentaje (4%) mencionó otros métodos, tales como el mifepristone y danazol, los cuales se adquieren con menos facilidad.

La mayoría de los participantes (66%) indicaron correctamente que la anticoncepción de emergencia previene el embarazo. Sin embargo, el 15% creyó incorrectamente que esto induce el aborto. Los

participantes podían indicar más de un mecanismo de acción y llama la atención que el 15% respondieron que la anticoncepción de emergencia prevenía el embarazo e inducía el aborto. Sólo el 3% dijo que no tenía conocimiento de cómo funcionaba el método. (Si bien se han investigado varios posibles mecanismos de acción, los resultados muestran que la anticoncepción de emergencia actúa previniendo el embarazo y no puede interrumpir un embarazo ya establecido; National Institutes of Health de los Estados Unidos¹⁰ y el American College of Obstetricians and Gynecologists¹¹ afirman que el embarazo comienza con la implantación. La capacidad del método para inhibir o postergar la ovulación ha sido demostrada en varias pruebas clínicas,¹² y dicha capacidad es un importante mecanismo de acción si se utiliza la anticoncepción de emergencia durante la primera mitad del ciclo menstrual, antes que ocurra la ovulación. Algunos estudios clínicos sugieren que la anticoncepción de emergencia puede lograr que el endometrio sea menos receptivo a la implantación de un huevo fecundado,¹³ si bien otros estudios no han encontrado ningún efecto sobre el endometrio.¹⁴ Además, la anticoncepción de emergencia puede prevenir el embarazo interfiriendo con la función del cuerpo lúteo; espesando el moco cervical; alterando el transporte de los espermatozoides y del óvulo en la trompa; o inhibiendo la fecundación.¹⁵)

Más de un tercio de los participantes (37%) no conocían la situación legal de la anticoncepción de emergencia en el Brasil. Otro 37% consideró que era legal pero que no estaba incluida dentro de las normas nacionales de planificación familiar, y el 14% contestó que este método era ilegal. Solamente el 12% contestó en forma correcta que la anticoncepción de emergencia era legal y estaba incluida dentro de las normas del programa nacional de planificación familiar.

Cuando se les pidió que identificaran a todas las personas que serían candidatas adecuadas para la anticoncepción de emergencia, el 71% de los médicos que habían oído hablar del método indicaron que debería ser ofrecido a cualquier mujer que hubiera tenido relaciones sexuales sin protección; el 46% mencionó específicamente las adolescentes. Algunos médicos respondieron que las mujeres que tienen relaciones sexuales poco frecuentes o que usan anticonceptivos en forma irregular (por ejemplo, las mujeres que se olvidan de tomar sus píldoras) serían buenas candidatas para la anticoncepción de emer-

gencia. Los participantes también tuvieron la opción de describir "otras" candidatas y mencionaron más comúnmente las mujeres víctimas de violación.

Las tres cuartas partes de los participantes (76%) consideraron que la anticoncepción de emergencia es apropiada en todas las ocasiones de un coito sin protección. Casi todos (91%) pensaron que este método debería ser utilizado en casos de violación, y el 82% que debería ser usado en caso de rotura de un condón.

Para examinar con mayor profundidad el conocimiento y las actitudes acerca de recomendar la anticoncepción de emergencia, la encuesta solicitó a los médicos que indicaran la conducta frente a la siguiente situación hipotética: una adolescente que llega para una consulta médica e indica que ha tenido relaciones sexuales sin protección hace dos días, no desea quedar embarazada, y le solicita al médico ayuda para prevenir el embarazo. Para este ejercicio, se les suministró a los médicos una lista de alternativas y se les pidió que seleccionaran una o más formas para orientar a esta joven.

La mayoría indicó que la orientaría a usar la anticoncepción de emergencia. Aproximadamente la tercera parte (36%) identificó dos descripciones correctas del método de Yuzpe, y el 22% seleccionó uno de los dos tratamientos correctos a base de una sola hormona; el 8% indicó que recomendaría la inserción de un DIU. Las expresiones de actitudes negativas hacia la prestación de anticoncepción de emergencia a esta adolescente fueron muy raras: sólo el 7% de los médicos concordaron con una de las alternativas que decía: "yo no haría nada porque estoy contra el aborto", y el 3% indicó que "la amonestaría seriamente y le diría que si no estuviera embarazada, que regresara a buscar anticonceptivos".

Receta de anticonceptivos de emergencia

A pesar de que sus actitudes, en su gran mayoría, son favorables hacia la anticoncepción de emergencia, pocas veces los médicos informan a sus pacientes acerca de este método o lo recetan. De todos los médicos que respondieron a la encuesta, solamente el 11% indicaron que habían informado a todas sus pacientes sobre la existencia de este método. Aproximadamente el 43% dio información sobre la anticoncepción de emergencia sólo cuando sus pacientes lo solicitaron, y el 41% generalmente no informó al respecto a sus pacientes. Más de la mitad (61%) había recomendado el uso de anticonceptivos de emergencia, en su mayor parte métodos

hormonales; menos del 1% mencionó el DIU. Durante el último año, el 75% de estos médicos habían recetado el uso de anticonceptivos de emergencia para las mujeres que habían tenido relaciones sexuales sin protección, y el 61% lo hicieron para las mujeres que habían referido una rotura del condón (Cuadro 3). También se recetó la anticoncepción de emergencia en casos de violación (23%).

A los médicos que habían recetado el uso de anticonceptivos de emergencia se les solicitó que indicaran la marca del anticonceptivo hormonal, la dosis y el tratamiento recomendado, así como el momento de tomar la primera dosis después de relaciones sexuales no protegidas. Solamente el 15% hizo una receta totalmente correcta con respecto al método de Yuzpe (Cuadro 3). Casi la mitad (43%) indicó el nombre correcto de una píldora, pero erró al indicar la dosis correcta y el momento de toma de la primera dosis. Aproximadamente un tercio (36%) indicó el nombre correcto y la dosis adecuada, pero contestó en forma incorrecta con respecto al momento de tomar la dosis inicial. La mayoría de los médicos respondieron en forma incorrecta que los anticonceptivos de emergencia deben ser suministrados dentro de un período de 24 horas a partir del momento del coito. Esta confusión puede deberse al uso común del término “la píldora de la mañana siguiente”, lo cual indica que este método debe ser tomado a la mañana siguiente de relaciones sexuales no protegidas. Apenas el 2% contestó en forma totalmente incorrecta, en tanto que el 4% no contestó a la pregunta o mencionó únicamente el DIU.

En general, el conocimiento de los médicos, sus actitudes y prácticas no difieren significativamente según el sexo de los profesionales, su región o lugar de residencia. Sin embargo, las mujeres se mostraron significativamente más proclives que los hombres a recetar en forma completamente correcta los anticonceptivos hormonales de emergencia (20% contra 11%; $p < 0,05$).

Hay considerables discrepancias entre lo que se cree acerca de la anticoncepción de emergencia y las prácticas reales. Por ejemplo, no comprender el mecanismo de acción correcto no significa que haya indisposición para recetar anticonceptivos de emergencia: el 49% de los médicos que creen que el anticonceptivo de emergencia actúa como un abortivo lo recetaron, aun cuando el aborto está legalmente restringido en el Brasil. Estos médicos o ignoraron la ley del aborto en el Brasil y recetaron lo que ellos incorrectamente consideraban abortivos, o hacen una dis-

tinción entre la anticoncepción de emergencia y el aborto. Además, sólo el 16% de los médicos que creen que la anticoncepción de emergencia induce un aborto indicaron que nunca lo recomendarían por esa precisa razón. En forma similar, casi la mitad (46%) de los médicos que creen que este método es ilegal igual lo recetaron—un porcentaje considerable, si bien mucho menor que la proporción entre los médicos que sabían que es legal (71%).

Discusión

Nuestra encuesta fue realizada inmediatamente después de implantarse varias e importantes iniciativas para informar a los proveedores de salud acerca de la anticoncepción de emergencia. Unos meses antes de realizarse la encuesta, se publicaron los resultados obtenidos en la reunión nacional sobre anticoncepción de emergencia en la revista oficial de la FEBRASGO,¹⁶ la cual se distribuye en forma gratuita a todos sus miembros, y en otra importante publicación científica de alta circulación.¹⁷ Además, muchos médicos e instituciones de todo el Brasil recibieron las directrices del gobierno en materia de planificación familiar, las cuales incluyen las normas con respecto a la anticoncepción de emergencia.

Estos esfuerzos de difusión a lo mejor explican parcialmente la elevada proporción de personas que respondieron a nuestra encuesta que habían oído hablar de los anticonceptivos de emergencia y que conocían su funcionamiento. Sin embargo, muchos médicos tenían información inexacta acerca del método y de su situación legal, y carecían de conocimientos específicos sobre su prescripción correcta.

Si bien esta encuesta no les solicitó a los participantes información sobre si recordaban las recientes publicaciones relacionadas con el tema de los anticonceptivos de emergencia, la cantidad de información errónea en sus respuestas puso en evidencia las fallas en los métodos tradicionales de difusión para cambiar las actitudes y asegurar conductas de alta calidad. Es evidente que los gineco-obstetras necesitan de educación adicional sobre varios aspectos relacionados con la anticoncepción de emergencia en el Brasil. Estas intervenciones también deberían tener por objeto eliminar los mitos y aclarar las preocupaciones acerca de este método. Por ejemplo, estudios realizados en otros países indican claramente que no es probable que las mujeres “hagan mal uso” de la anticoncepción de emergencia o la usen en lugar de su método regular; un importante estudio llevado a cabo en Esco-

Cuadro 3. Porcentaje de los gineco-obstetras que recetaron anticonceptivos de emergencia, según la situación en que fue indicada, y distribución porcentual según la exactitud de su descripción del tratamiento (N=353)

Medida	%
Situaciones en las que el médico recetó anticoncepción de emergencia	
Relaciones sexuales sin protección	75,4
Rotura del condón	60,9
Violación	22,7
Olvido de la toma de píldoras	15,6
Otro	4,8
No recuerda	1,4
Descripción del tratamiento	
Sólo el nombre de la píldora fue correcto	42,8
El nombre y la dosis fueron correctos	36,3
El nombre, la dosis y el momento de la primera dosis fueron correctos	14,7
No mencionó	4,0
Completamente erróneo	2,3
Total	100,0

Nota: Los participantes pudieron indicar más de una situación en la que habían recetado anticonceptivos de emergencia.

cia reveló que las mujeres que recibieron anticonceptivos de emergencia para tenerlo a mano en caso de necesidad, no eran más proclives a utilizarlos en forma repetida que aquellas que tenían que acudir a la clínica a obtener sus píldoras cuando las necesitaban.¹⁸

Las campañas educativas deberían poner un mayor énfasis en que no hay evidencias que indiquen que este método es inseguro aun cuando las mujeres lo utilizan repetidamente. Las píldoras para anticoncepción de emergencia actúan durante un período muy corto y su contenido total de hormonas es muy bajo, comparado con otros anticonceptivos hormonales. También se debe estimular a los médicos a informar a todas las potenciales usuarias acerca de los anticonceptivos de emergencia y a estar dispuestos a recetar este método a todas las mujeres, incluidas las adolescentes, que necesitan de un anticonceptivo postcoito. Finalmente, deben ser evaluadas dichas actividades de educación después de que sean implementadas, para lograr identificar las formas más eficaces de diseminar la información a los médicos sobre el uso del método de Yuzpe con las marcas de píldoras combinadas actualmente disponibles.

La realización de estudios adicionales sobre anticonceptivos de emergencia debería ayudar al desarrollo de actividades educativas. Los resultados de este estudio sugieren que hay algunas áreas que requieren de mayor investigación. Por ejemplo, las mujeres médicas fueron significativamente más proclives que sus pares varones a recetar el método de Yuzpe en

forma adecuada. Este asunto merece un mayor estudio y atención especial cuando se formulen las estrategias de educación. Además, sería recomendable examinar el conocimiento y las prácticas de otros proveedores de salud, tales como enfermeras, que pueden ofrecer anticonceptivos de emergencia. Asimismo, dado que las mujeres brasileñas con frecuencia compran píldoras sin receta y sin consulta previa a un médico o a otro proveedor, los estudios que evalúen el conocimiento y las actitudes de los farmacéuticos, así como los estudios pilotos para desarrollar instrucciones claras y adecuadas para consumidores, podrían mejorar, en gran medida, el conocimiento y el acceso a los métodos anticonceptivos de emergencia.

Finalmente, dado el escaso conocimiento que existe acerca de la prescripción correcta de las píldoras actualmente disponibles, la reciente introducción de un producto especialmente dedicado a este fin en el Brasil podría mejorar en gran medida el acceso de la mujer a anticonceptivos de emergencia eficaces. Si bien el impacto de este producto específico aún no está completamente evaluado, este producto podría ayudar a disminuir el número de embarazos no deseados o no planeados y los subsiguientes abortos, así como reducir el costo de los hospitales relacionados con las complicaciones del aborto y actuar como un vínculo a los servicios de salud reproductiva. La experiencia internacional sugiere que la aprobación de píldoras anticonceptivas de emergencia especialmente empaquetadas y con las instrucciones correctas y claras para los proveedores y las usuarias, podrían ayudar a legitimar este método. Un producto especialmente dedicado también facilita la administración y el uso de tratamientos que actualmente existen y promueve el uso seguro, eficaz y apropiado del mismo.¹⁹ Además, al publicitar

ampliamente sus productos comerciales, las empresas pueden informar al público acerca de esta opción anticonceptiva.

Las actividades de educación dirigidas a todos los profesionales de la salud, la realización de mayores estudios sobre el suministro de anticonceptivos de emergencia y la disponibilidad amplia de un producto específico para este fin mejorarían significativamente la calidad de los servicios de salud reproductiva al ofrecer este método dentro del contexto de una opción libre e informada. Nuestro estudio indica que los gineco-obstetras del Brasil están preparados para expandir el uso de anticonceptivos de emergencia, pero necesitan de mayor información.

Referencias

1. Berer M et al., Consensus statement on emergency contraception, *Contraception*, 1995, 52(4):211–213.
2. World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception, *Lancet*, 1998, 352(9126):428–433.
3. Grossman RA y Grossman BD, How frequently is emergency contraception prescribed? *Family Planning Perspectives*, 1994, 26(6):270–271.
4. Van Look P y Von Hertzen H, Emergency contraception, *British Medical Bulletin*, 1993, 49(1):158–170.
5. Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil (BEMFAM) y Macro International, *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde*, 1996, Río de Janeiro, Brasil: BEMFAM; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1997.
6. Alan Guttmacher Institute (AGI), An overview of clandestine abortion in Latin America, *Issues in Brief*, Nueva York: AGI, 1996, págs. 1–6.
7. Lebardone A et al., A anticoncepção de emergência: um grupo de consulta para o seu uso no Brasil, *Femina*, 1996, 24(6):567–570.
8. Ministério da Saúde, *Normas para a Assistência ao Planejamento Familiar*, Brasília: Ministério da Saúde, 1996, págs. 121–125.
9. Dillman DA, Mail and other self-administered questionnaires, en: Rossi PH, Wright JD y Anderson AB, eds., *Handbook of Survey Research*, Orlando, FL, EEUU: Academic Press, 1983, págs. 359–377; Dillman DA, *Mail and*

Telephone Surveys: The Total Design Method, Nueva York: Wiley-Interscience, 1978; y Dillman DA et al., Increasing mail questionnaire response: a four state comparison, *American Sociological Review*, 1974, 39(5):744–756.

10. Protection of Human Subjects, U.S. Code of Federal Regulations, 45 CFR 46.203, Mar. 8, 1973.
11. Hughes EC, ed., *Obstetric-Gynecologic Terminology*, Philadelphia, PA, EEUU: F.A. Davis Co., 1972.
12. Swahn ML et al., Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1996, 75(8):738–744; Ling WY et al., Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception, *Fertility and Sterility*, 1979, 32(3):297–302; y Rowlands S et al., A possible mechanism of action of danazol and an ethinylestradiol/norgestrel combination used as postcoital contraceptive agents, *Contraception*, 1986, 33(6):539–545.
13. Ling WY et al., 1979, op. cit. (véase referencia 12); Kubba AA et al., The biochemistry of human endometrium after two regimens of postcoital contraception: a dl-norgestrel/ethinylestradiol combination or danazol, *Fertility and Sterility*, 1986, 45(4):512–516; Ling WY et al., Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium, *Fertility and Sterility*, 1983, 39(3):292–297; y Yuzpe AA et al., Post coital contraception—a pilot study, *Journal of Reproductive Medicine*, 1974, 13(2):53–58.
14. Swahn ML et al., 1996, op. cit. (véase referencia 12); y Taskin O et al., High doses of oral contraceptives do not alter endometrial $\alpha 1$ and αv - $\beta 3$ integrins in the late implantation window, *Fertility and Sterility*, 1994, 61(5):850–855.
15. Glasier A, Emergency postcoital contraception, *New England Journal of Medicine*, 1997, 337(15):1058–1064; y Ling WY et al., Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. III. Effect of preovulatory administration following the luteinizing hormone surge on ovarian steroidogenesis, *Fertility and Sterility*, 1983, 40(5):631–636.
16. Lebardone A et al., 1996, op. cit. (véase referencia 7).
17. Lebardone A et al., Relatório final da I oficina Brasileira sobre a anticoncepção de emergência: um grupo de consulta para o seu uso no Brasil, *Reprodução Climatério*, 1996, 11(2):75–76.
18. Glasier A y Baird D, The effects of self-administering emergency contraception, *New England Journal of Medicine*, 1998, 339(1):1–4.
19. Senanayake P, Emergency contraception: the International Planned Parenthood Federation's experience, *International Family Planning Perspectives*, 1996, 22(2):69–70.