

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUANTANAMO

CONOCIMIENTO Y EMPLEO DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA POR MEDICOS GENERALES.

Dra. Aracelis García Pérez¹, Dra. Marlene Torres Quijala², Dra. Maritza Fernández Ortega², Dra. Odalis Charroo Portilla², Dra. Norka Mireya Simonó Bell³.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo entre los médicos de la familia del policlínico comunitario "Asdrúbal López" (Sur) de la ciudad de Guantánamo, de los cuales, mediante muestreo aleatorio, se escogieron 20, a quienes se sometió a una entrevista encaminada a recoger los conocimientos que poseían acerca de los anticonceptivos postcoitales y su empleo en la comunidad. Se encontró que la información con que contaban era escasa y que estos métodos prácticamente no se aplicaban, desaprovechando así las ventajas sociales y económicas que aportaban.

Palabras clave: ANTICONCEPTIVOS POSTCOITO;
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA; MEDICOS DE
FAMILIA; ESTUDIOS DE INTERVENCION.

INTRODUCCION

En el primer texto médico del que se tienen noticias, el Papiro de Petry, de 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Asimismo, otros textos

¹ *Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesora Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.*

² *Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesor Instructor de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.*

³ *Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.*

antiguos como el Génesis Bíblico, el Historia Animaleum, de Aristóteles, del siglo 4 a.n.e. y el Sub Ssu Mu, chino, hacen referencia a diferentes métodos y recetas anticonceptivas, con lo que se demuestra que desde la antigüedad, la sociedad, independientemente de sus puntos de vista, ha comprendido la necesidad de utilizar estas técnicas.

Hoy en día, el nacimiento de un hijo en el momento apropiado, de acuerdo con el deseo de los padres, es un fenómeno social generalizado. En esta empresa de espaciar los embarazos, o para evitar la fecundidad definitivamente, uno de los miembros de la pareja (o ambos), debe usar algún método anticonceptivo; por tanto, es absolutamente necesario proporcionarles los conocimientos mínimos relacionados con los diferentes medios que pueden utilizarse con esta finalidad, hecho que constituye una realidad en nuestro país, donde los métodos anticonceptivos están al alcance de la población, y existe, además el programa del Médico de la Familia, cuya función, en este sentido, es parte importante de su responsabilidad de proteger y mejorar la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Se comprende entonces que, en el mejor de los casos, las parejas interesadas en practicar la anticoncepción se preparen de antemano para hacerlo, obteniendo los anticonceptivos y usándolos constantemente, sin problemas. Pero, de vez en cuando, la naturaleza humana, los fallos del método anticonceptivo u otras dificultades pueden dar lugar a relaciones sexuales sin protección, las que ponen a la mujer bajo el riesgo de un embarazo no deseado.

Entre las mujeres que pueden protegerse contra el embarazo después del coito utilizando la denominada intercepción postcoital o de emergencia, figuran las que tienen relaciones sexuales sin protección, por la razón que sea, incluida la agresión sexual.

Su uso, además, está indicado como método auxiliar cuando se han usado indebidamente otros métodos anticonceptivos, o cuando han fallado por cualquier otra causa; así, resultan útiles cuando se rompe el condón, se desprende el diafragma o no se utiliza el método correctamente.

La anticoncepción de emergencia no es tan eficaz como el uso constante de la anticoncepción, y puede causar efectos secundarios desagradables; sin embargo, generalmente es segura y puede ser bastante eficaz si se usa adecuadamente. No obstante, pese a la gran importancia y factibilidad de estos métodos, son muchas las mujeres, a través de todo el mundo, que no saben que la anticoncepción de emergencia existe y la pueden tener a su disposición. Más aún, según una entrevista de la Family Health International, muchos proveedores de planificación familiar no tienen conocimientos adecuados acerca de los métodos y las prácticas de la anticoncepción de emergencia.

Debido a la utilidad de estos métodos, y teniendo en cuenta la escasa divulgación que tienen los mismos en nuestra población, nos propusimos dar a conocer los conocimientos que tienen nuestros médicos de familia acerca de los anticonceptivos postcoitales, así como la divulgación y aplicación que hacen los mismos en la comunidad que atienden.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo, tomando como población todos los médicos de familia del policlínico comunitario docente "Asdrúbal López Vázquez", de la ciudad de Guantánamo, de los que se seleccionaron por muestreo simple aleatorio 20 galenos a quienes, en el mes de marzo del 2000, se les sometió a una entrevista, durante la cual se aplicó un formulario encaminado a recoger los conocimientos que poseían acerca de los anticonceptivos postcoitales o de emergencia.

La base de datos fue creada con ayuda del sistema de aplicación SADBASE y, para el análisis estadístico, se utilizó el paquete estadístico EPI INFO 6.3. Los resultados se expresan en tablas de distribución de frecuencia, resumidos en números y porcentajes.

Una vez analizados los resultados, se expusieron las ventajas sociales y económicas, que se derivarían del empleo de los métodos anticonceptivos de emergencia entre la población.

RESULTADOS Y DISCUSION

Mediante la realización de las entrevistas encontramos que los conocimientos que poseen los médicos de familia acerca de la anticoncepción postcoital son escasos, pues de un total de 20, sólo 2 (10%) conocían de la existencia de dichos métodos, y ponían como ejemplo los anticonceptivos orales combinados, los de sólo estrógenos y los DIU insertados dentro de los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección (Tabla 1). Encontramos, además, otros dos médicos de familia que señalaron las duchas vaginales como método de anticoncepción de emergencia (Tabla 2). En este sentido, los estudios han demostrado que la eficacia de estas últimas es mínima, puesto que los espermatozoides entran al cuello uterino unos segundos después de la eyaculación. Asimismo, se conoce que las duchas modifican en mayor o menor grado la flora vaginal, compuesta fundamentalmente por lactobacilos que producen peróxido de hidrógeno, inhibidor de la proliferación de algunos patógenos, causantes de enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) e incluso infecciones de transmisión sexual (ITS).

Llegó a especularse que las duchas postcoitales con contenido de limón, té o cerveza que tienen un pH bajo, o de leche aguada, que contiene lactobacilos, ofrecían protección contra las ITS, incluido el SIDA, y a la vez eran capaces de disminuir la motilidad de los espermatozoides, teorías que fueron echadas por tierra por la realización de diversos estudios, en los que se demostró que dicha solución no tenía ningún efecto preventivo contra la ITS (excepto la gonorrea) y que, además, pueden aumentar los riesgos de ITS y embarazo ectópico.

Cabe plantear como aspecto negativo que seis de los entrevistados (30%) señalaron el condón y el diafragma como anticonceptivo de emergencia, lo que constituye, a todas luces, un error, puesto que estos métodos de barrera deben utilizarse durante el coito; su utilización con posterioridad al mismo, obviamente, no tiene sentido.

Con relación a la situación en que deben usarse los anticonceptivos postcoitales los dos médicos que los conocían señalaron la importancia de su uso como método auxiliar cuando los anticonceptivos, fundamentalmente de barrera, han fallado, o cuando se ha tenido relaciones sexuales sin protección, incluida la agresión sexual. Sin embargo, uno de ellos nunca había instruido a su población respecto a estos métodos; el otro señaló que lo había hecho en otras ocasiones. De hecho, esta actitud priva a estas parejas de una vía de anticoncepción segura que puede ser bastante eficaz, si se usa adecuadamente.

Los anticonceptivos orales combinados son los que internacionalmente se recomiendan más a menudo para la anticoncepción de emergencia, ya que son eficaces, se han estudiado a fondo y son de fácil acceso. Otros métodos hormonales implican el uso de píldoras, sólo de progestina, el estrógeno, el danazol con andrógeno sintético, y la mifepristona (RU 426), una antiprogestina.

Es crítico para la eficacia del método usar la anticoncepción de emergencia en el momento oportuno, pues evita el embarazo al bloquear la ovulación, la fecundación, y el transporte de huevos fecundados (óvulo).

Los métodos hormonales son más eficaces si se administran antes de que hayan transcurrido 24 horas a partir de la relación sexual sin protección. La mayoría deben usarse dentro de las 72 horas; otros deben usarse antes.

Las píldoras, sólo de progestina, deben administrarse dentro de las 8 horas a partir de la relación sexual, mientras que el estrógeno debe administrarse dentro de las 48 horas. En nuestro país, los anticonceptivos orales combinados son los que están al alcance de la población; en el momento de la investigación se encontraba liberado en farmacia el etinor, que contiene 30 mg de etinil estradiol y 150 de Levonorgestrel, lo que desmiente la justificación de que no se recomiende porque están en falta, alegada por uno de los entrevistados. Durante el uso de emergencia, los

anticonceptivos combinados evitan el 75% de los embarazos que ocurrirían si no se emplearan; para ello se toman en dosis elevadas durante el uso normal. En el régimen llamado Yuzpe, una dosis consiste en 100 mg de etinil estradiol, más 1 mg de Norgestrel ó 100 mg de etinil estradiol más 0,5 mg de Levonorgestrel; debe tomarse la primera dosis lo más pronto posible (siempre dentro de las 72 horas del acto sexual sin protección), y la segunda dosis 12 horas más tarde.

Si bien es cierto que no se han notificado complicaciones a largo plazo del uso de emergencia de los anticonceptivos orales, más de la mitad de las mujeres sufren efectos a corto plazo, en especial náuseas y vómitos. Si se toman las píldoras con alimentos o se utiliza un medicamento contra las náuseas, esos problemas se pueden contrarrestar. Se recomienda que, si la paciente vomita dentro de las tres horas después de tomar las dosis, éstas deben volver a administrarse.

Durante algunos años existió la preocupación acerca de que la anticoncepción hormonal usada después del acto sexual pudiera perjudicar el desarrollo del bebé, en caso de que el método fallase. Sin embargo, no se han registrado defectos congénitos en los niños que han nacido de madres que usaron anticonceptivos orales combinados como anticoncepción de emergencia.

En todos los consultorios visitados se implantan DIU (Tabla 3); sin embargo, no son utilizados en la anticoncepción de emergencia. Si una mujer necesita una anticoncepción de emergencia, al cabo de más de 72 horas después de la relación sexual sin protección, el DIU es la mejor opción, siempre y cuando no esté contraindicado ni hayan transcurrido más de cinco días.

Los DIU, en particular los de cobre, son muy eficaces, pues causan inflamación del revestimiento uterino, con lo que evitan la implantación. Los efectos secundarios y las contraindicaciones son los mismos que durante el uso normal. Los DIU son opciones excelentes para las mujeres que tienen una relación mutuamente monógama y que desean continuar usando el método.

Debe tenerse cautela con el uso del DIU en las jóvenes, especialmente nulíparas, puesto que estos grupos corren un mayor riesgo de exposición del dispositivo y contraer ITS y EIP, que pueden ser causa de esterilidad. Además, tienen úteros relativamente pequeños, lo que aumenta la posibilidad de dolores y hemorragias.

De los 18 médicos encuestados que no conocían de la existencia de los métodos de anticoncepción de emergencia, 14 (70%) expresaron la necesidad de que se les impartieran conferencias acerca de los mismos, para luego poner en práctica estos conocimientos en la población que atienden.

Consideran que uno de los grupos más beneficiados con la extensión del uso de los anticonceptivos postcoitales serán los adolescentes, que con frecuencia se sienten culpables y avergonzados de admitir que han iniciado su vida sexual o de hablar abiertamente sobre la anticoncepción, y muchas veces tratan de obtener los anticonceptivos sin que sus padres se enteren.

A pesar de que la mayoría conoce que los condones preservan del embarazo y de las ITS, muchos mantienen una actitud negativa hacia el uso de éstos. Además, debido a su inexperiencia, es más frecuente que a causa de un manejo inadecuado de los condones los rompan (de 3 al 4% de la población más general, hasta el 12% de rotura en los adolescentes).

Para hacer más dramático el tema, se conoce que muchas jóvenes, temerosas de la desaprobación de sus padres, profesores, e incluso compañeros de escuela, tratan de poner fin a embarazos no deseados por medio de abortos clandestinos que no son suficientemente seguros, con lo que se exponen al riesgo de sufrir serios problemas de salud, tales como: infecciones, hemorragias, esterilidad e incluso la muerte.

Estos riesgos disminuyen grandemente con la realización del aborto institucional, pero debido al temor y la desconfianza, son muchas las jóvenes que comunican su embarazo tardíamente, por lo que debe recurrirse a procedimientos cruentos, como legrados o el método de raviol o cóndor, o de lo contrario esperar el nacimiento de un niño no deseado que, de varias formas, afectará el desenvolvimiento de su vida.

Es evidente que la extensión del uso de los anticonceptivos de emergencia traería grandes ventajas sociales y económicas. La disminución del número de embarazos no deseados y abortos provocados evitaría a las mujeres las consecuencias psíquicas y físicas de la interrupción, que es causa, además, de ausencias a las escuelas y al centro laboral, o que afecta la economía familiar y estatal. Asimismo, se evitarían gastos al sistema de salud en lo que respecta al empleo de materiales y personal en la realización de los abortos; por otro lado, ya no sería necesaria la hospitalización, la cual debe hacerse en algunos pacientes, y multiplica los gastos.

Obviamente, resulta más económico utilizar las tabletas anticonceptivas, cuyo precio en nuestro país es módico: etinor, una caja con 3 *blisters* de 21 tabletas cada una, cuesta \$ 2.10; la dosis, de acuerdo con el método de Yuzpe, sería de 4 tabletas cada 12 horas (2 dosis). La implantación del DIU es gratuita para las mujeres en nuestro país, y para la sociedad es más económico que se coloque antes del embarazo que después de la interrupción, como se hace en muchos casos.

CONCLUSIONES

Mediante la realización de este trabajo se descubre que los conocimientos y, por lo tanto, la aplicación de los métodos anticonceptivos de emergencia por parte de los médicos de familia pertenecientes al policlínico "Asdrúbal López Vázquez" son bastante escasos, lo que priva a muchas parejas de una vía de anticoncepción bastante segura y eficaz ante situaciones excepcionales, siempre y cuando se tengan los conocimientos necesarios para llevarla a cabo adecuadamente.

Resulta obvio que debe extenderse el uso de estas prácticas, haciendo hincapié en su promoción entre los adolescentes, grupos donde tanto las interrupciones del embarazo, como el nacimiento de un niño no deseado constituyen situaciones de alto riesgo.

Asimismo, su empleo aporta ventajas sociales y económicas para la familia, la mujer y la sociedad. Estas razones fueron comprendidas por la mayoría de los médicos de familia entrevistados, quienes manifiestan su deseo de recibir información actualizada sobre ese tema.

RECOMENDACIONES

- Brindar información a los médicos de familia acerca de la anticoncepción de emergencia, además de diferentes alternativas para extender su práctica en el seno de la comunidad.
- Mejorar el flujo de la información entre el médico de familia y los adolescentes, haciendo hincapié en temas tales como la anticoncepción y la prevención de las ITS.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Díaz Alonso G. Historia de la Anticoncepción. Rev Cubana Med Gen Integr 1995; 11 (2):192-194.
2. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Camwel J, et al. Medicina General Integral T II. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990: 80-82.
3. Rigol Ricardo O. Ginecología T III. La Habana: Editorial Pueblo y Educación., 1990: 1-3.

4. Blaine Carol Lynn. Anticoncepción después del coito sin protección. Network 1995; 10 (1):4-9.
5. Family Health International. Postcoital Conceptioner Questionnaire. Reporte final a Population Action International. Junio 10, 1994 (For SPF) 138: 13-7.
6. Barnett B. La protección contra las ETS después del coito. Network 1996:16-(3): 20-23.
7. Yuspe A. Kobba A. Postcoital contraception. En: Filchie M Guillebard J, Contraception: Science and Practice. Londres: Butterwork and Co. 1989: 126-143.
8. Reller S. La seguridad de los DI U puede ser atrayente. Network 1996; 16(2): 18-20.
9. Blaine Carol Lynn. La educación sexual y las prácticas más seguras. Network 1994; 9 (12): 7-12.

TABLA 1. CONOCIMIENTOS Y PUESTA EN PRACTICA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POSTCOITALES.

ENCUESTA	SÍ		NO	
	N	%	N	%
¿CONOCE LOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA?	2	10	18	90
¿PROMUEVE SU USO EN LA COMUNIDAD ?	1	5	19	95

TABLA 2. METODOS ANTICONCEPTIVOS PROPUESTOS POR MEDICOS DE FAMILIA.

METODOS PROPUESTOS	N	%
Anticonceptivos orales	2	10%
DIU	2	10%
Duchas vaginales	2	10%
Condón	6	30%
Diafragma	2	10%

Fuente: Entrevista

TABLA 3. DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

ENCUESTA	SÍ		NO	
	N	%	N	%
¿Conoce que en la farmacia se están ofertando anticonceptivos orales combinados?	8	40	12	60
¿Se implantan DIU en su consultorio?	20	100		