

# ¿Qué saben los pediatras de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)?

## Comparación con los resultados obtenidos en el año 2005

Paula López<sup>a</sup>; Evangelina Cueto<sup>a</sup>; Marcela Fadanelli<sup>a</sup>; Laura Lanzillotti<sup>a</sup>; Romina Lemos<sup>a</sup>; Florencia Soto<sup>a</sup>; Bárbara Sparrow<sup>a</sup>; Domingo Cialzeta<sup>b</sup> y María del Carmen Hiebra<sup>c</sup>

### Resumen

**Introducción:** En el año 2005 se realizó un trabajo descriptivo y transversal en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) para determinar el grado de conocimiento de los médicos pediatras con respecto a la AHE. Siete años más tarde nos propusimos repetir el estudio para evaluar si hubo cambios en la implementación de dicho método y en el grado de conocimiento de los colegas.

**Objetivos:** Determinar el conocimiento del método, del marco legal y la intención de uso de la AHE en pediatras del HNRG y comparar estos resultados con los obtenidos en el trabajo "¿Qué saben los pediatras de anticoncepción de emergencia en adolescentes?" realizado en el año 2005.

**Población:** Médicos pediatras de planta del sector urgencias, internación y ambulatorio, y residentes a partir de tercer año.

**Material y métodos:** Estudio observacional, comparativo, transversal y descriptivo. Encuesta estructurada y presencial a la población descripta. Las variables se refirieron a la intención de uso y prescripción de la AHE a adolescentes, grado de conocimiento de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673), mecanismos de acción, efectos adversos y adecuada prescripción. Se analizaron los datos mediante el programa Excel. Se compararon los resultados con los obtenidos en el 2005 mediante la prueba  $\chi^2$ .

**Resultados:** El trabajo actual evidenció que el 92% de los encuestados conoce el método, a diferencia de la encuesta realizada en el 2005 que volcó un resultado del 78% ( $p$  0,0057). Se constató mayor conocimiento de la Ley 25.673 (61%

vs 57%,  $p$  0,0001) y la composición química (59% vs 42%,  $p$  0,005) comparado con los resultados obtenidos en el 2005. Sin embargo, no hay diferencia significativa en los conocimientos sobre efectividad (47% vs 40%,  $p$  0,21), efectos adversos (39% vs 36%,  $p$  0,59) y contraindicaciones (48% vs 41%,  $p$  0,12).

**Conclusiones:** Si bien el trabajo actual evidenció un mayor conocimiento de la existencia y mecanismo de acción de la AHE, así como de la ley y la composición química aún resulta insuficiente para lograr una buena implementación del método.

**Palabras claves:** Anticoncepción de emergencia, Ley 25.673, Pediatras.

### Abstract

**Introduction:** In 2005 a descriptive and transversal study was carried out at the Ricardo Gutiérrez Children's Hospital (HNRG) to determine the grade of knowledge of pediatricians regarding EHC. Seven years later we decided to repeat this study to evaluate if there were any changes in the implementation of said method, and in the degree of knowledge in our colleagues.

**Objectives:** Determine the knowledge about EHC, its legal framework and the intention of its use, present in HNRG pediatricians, and compare these results with the ones obtained in the 2005 study.

**Subjects:** Pediatricians in emergency, admission and outpatient units, and resident doctors above the third year of practice.

**Methods:** Observational, transversal and descriptive study. Structured evaluation on the described subjects. The variables were refined to the intention of use and prescription of EHC on teenagers according to the Sexual Health And Responsible Procreation Regulation (25.673), action mechanisms and adverse effects.

The data was analyzed on Excel software. The results were compared with the ones obtained in 2005.

a. Residentes posbásica Adolescencia.

b. Médico de guardia.

c. Jefa a/c Servicio Adolescencia.

Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".  
adolescencia-hnrg@fibertel.com.ar

**Results:** The present evaluation showed that 92% of the subjects knew the EHC method, while the number in the 2005 evaluation was 78% ( $p < 0.0057$ ). Greater knowledge of the N° 25.673 Regulation (61%) and on the method's chemical composition (59%) was shown, compared to the results obtained in 2005 (57%,  $p < 0,0001$  and 42%,  $p < 0,005$  respectively), however there seemed to be no significant difference in knowledge about the effectiveness (47% vs 40%,  $p < 0,21$ ), adverse effects (39% vs 36%,  $p < 0,59$ ) and contraindications (48% vs 41%,  $p < 0,12$ ).

**Conclusion:** While the present study showed a greater knowledge of the existence and action mechanism of EHC, and also in the Regulation and the chemical composition, it is still insufficient for achieving a good method implementation.

**Key words:** Emergency contraception, 25673 regulation, pediatricians.

## INTRODUCCIÓN

La sanción de la Leyes Nacionales de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673)<sup>1</sup> y de Protección Integral de los Derechos Niñas, Niños y Adolescentes (26.061)<sup>2</sup>, ha permitido en Argentina, brindar un marco normativo al tema de la sexualidad de los adolescentes, reconociéndoles el derecho a la información, a la privacidad y la confidencialidad en las consultas, a la libre elección de métodos anticonceptivos y a la provisión sin cargo de los mismos.

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los varones es de 14,7 años y en las mujeres es de 15,4 años. La temprana edad de inicio de las relaciones sexuales conlleva a un aumento de la vulnerabilidad propia de la adolescencia, con mayor riesgo infecciones de transmisión sexual y de embarazos no planeados.<sup>3-4</sup>

En Argentina, según la información obtenida en el 2011 del Ministerio de Salud de la Nación, se observa un constante aumento del valor porcentual de las madres adolescentes y muy jóvenes (15,85%). Esta realidad obliga a intensificar las acciones preventivas tanto en el sector Educación como en Salud ya que una madre menor de 20 años tiene mayor riesgo por razones biológicas y socioeconómicas. Si se desglosa a las madres menores de 15 años, que aunque porcentualmente sean minoritarias, presentan una problemática más compleja que el resto, los datos son sorprendentes. En nuestro país, en el año 2011, nacieron por día, en promedio, 9 bebés hijos de madres-niñas; es decir, con una edad menor a los 15 años de

edad. La mayor cantidad de estos nacimientos se produjeron en el Gran Buenos Aires, Córdoba y las 5 provincias del Noreste.<sup>5</sup> argentino provincias del Noreste argentino

La anticoncepción de emergencia (AHE) está indicada en las adolescentes que no han tenido protección anticonceptiva durante una relación sexual o en distintas situaciones como abuso sexual o falla del método anticonceptivo; está indicada en las primeras 12 horas del hecho y hasta 5 días posteriores al mismo. Los profesionales de la salud se encuentran amparados legalmente para efectuar esta recomendación según la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable<sup>1</sup>, así como por las Normas de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.<sup>3</sup> Se utilizan progestágenos sintéticos de administración oral y/o combinaciones de progestágenos y estrógenos sintéticos con posología y presentaciones diferentes. El médico pediatra, como Médico de Niños y Adolescentes debe conocerlos para auxiliar la consulta particular y dirigida de los adolescentes que lo requieran y evitar así demoras en la resolución de la misma. En el año 2005 se realizó un trabajo descriptivo y transversal para determinar el grado de conocimiento de los médicos pediatras con respecto a la AHE.<sup>6</sup> Siete años más tarde se repite dicho estudio para evaluar si hubo o no cambios en la implementación de dicho método y el grado de conocimiento de los profesionales.

## MARCO TEÓRICO

La AHE tiene un lugar específico y bien definido dentro de las recomendaciones y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos. La probabilidad de embarazo en un coito único sin protección puede llegar a ser del 8% en las dos semanas fértiles del ciclo menstrual. Si la AHE disminuyen el riesgo de embarazo en un 75% cuando es indicada correctamente, ello se traduce en una disminución de dicho riesgo al 2% (disminución del 75%).<sup>7</sup> En el caso del método de monodroga (es decir, utilizando gestágenos esta tasa de disminución puede ser aún mayor, llegando a una tasa de disminución de embarazo que oscila entre el 95% al 85% de acuerdo cuando se indica el mismo y con validez comprobada incluso hasta el 5° día. La AHE tiene fundamentos válidos desde el punto de vista científico, ya que es una estrategia eficaz para evitar el embarazo, ya sea luego de relaciones coitales voluntarias

o como producto de una agresión sexual.

Los AHE tienen escasos efectos secundarios, efectividad anticonceptiva alta y son fácilmente accesibles.<sup>8</sup>

Sólo deben usarse como método de emergencia anticonceptivo y no como aquel de uso regular y programado. Además debe recordarse que no es un método de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Se utiliza levonorgestrel solo, o bien la combinación etinil-estradiol y levonorgestrel (VO), que son las mismas hormonas que componen algunos anticonceptivos de uso cotidiano. La diferencia es que se administran en dosis más altas y solamente dentro de un lapso acotado luego de la relación sin protección y hasta el 5° día (reconocido éste como el método de la mini-píldora), pero la eficacia difiere según el tiempo de instauración de dicho método.<sup>9,10</sup>

Se considera que su mecanismo de acción es interferir el medio químico para la acción espermática y/o el retraso o inhibición del proceso ovulatorio. La AHE no interrumpe un embarazo establecido ni causa aborto de acuerdo a trabajos que señalan que no modifican el endometrio.<sup>11</sup>

En un estudio realizado al evaluar a 175 médicos generalistas en Cartagena, Colombia,<sup>12</sup> se observó que el conocimiento concreto sobre la AHE estaba muy por debajo de lo que debiera exigirse y, les permitió inferir que no existe un suficiente y verdadero compromiso tanto en su prescripción como en su divulgación.

En otra muestra obtenida entre médicos de familia en México, concluyeron que el nivel de conocimientos sobre AHE era deficiente pero, existía disposición para emplearlos.<sup>13</sup>

En la bibliografía consultada se puede observar su escasa difusión tanto en la población general como entre los prestadores de servicios de salud.<sup>14-16</sup>

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Comparar los factores favorecedores y obstaculizadores para el uso adecuado de los Anticonceptivos Hormonales de Emergencia con respecto al trabajo "¿Qué saben los pediatras de anticoncepción de emergencia en adolescentes?" realizado en el año 2005 en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

### Objetivos específicos:

- Determinar la intención de uso y prescripción de los anticonceptivos de emergencia en médicos pediatras del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
- Determinar el grado de conocimiento de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673) en esta población.
- Determinar el grado de conocimiento de los mecanismos de acción de los anticonceptivos de emergencia y su adecuada prescripción.
- Evaluar factores que obstaculizan su uso adecuado.
- Comparar dichos resultados con el trabajo realizado en el año 2005.

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio comparativo epidemiológico observacional, descriptivo, de corte transversal. La fuente de datos es primaria y se utilizó una encuesta estructurada, presencial con variables cuantitativas continuas, cualitativas nominales y dicotómicas. Se seleccionaron 16 ítems, divididos en 4 grupos:

- Datos generales (edad, sexo, pediatra de planta o residente).
- Relativos a AHE (conocimiento, intención de uso, prescripción, aspectos teóricos de AHE, efectividad, indicaciones y contraindicaciones).
- Conocimiento acerca de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Finalmente, se elaboró una pregunta abierta de opinión sobre la AHE y los adolescentes.

La encuesta se realizó a una muestra de la población de médicos pediatras de planta y residentes, del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, del sector ambulatorio (urgencias y consultorios externos), así como del sector internación.

*Criterios de inclusión:* médicos pediatras de planta del sector urgencias; médicos pediatras de planta del sector unidades de internación de clínica y de consultorios externos; médicos jefes de residentes y residentes superiores de tercero y cuarto año de clínica pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

*Criterios de exclusión:* médicos residentes de años inferiores de clínica pediátrica, médicos residentes de otras especialidades, médicos de otras especialidades pediátricas.

Las entrevistas fueron realizadas durante el mes de diciembre de 2012, y el presente trabajo contó con la previa aprobación de los Comités de Docencia e Investigación y de Ética de este hospital.

Se analizaron los datos con el programa Excel. Se compararon los resultados con los obtenidos en el 2005 mediante la prueba  $\chi^2$ .

## RESULTADOS

La población de médicos pediatras clínicos de planta, tanto en sector urgencias como de servicios de internación y ambulatorio, así como de los jefes de residentes, y residentes superiores de tercero y cuarto año de dichas áreas es de aproximadamente 190 profesionales.

Fueron entrevistados 84 médicos pediatras entre residentes y médicos de planta. El rango etario estuvo entre 27 y 66 años, con una mediana de 31 años. Los médicos de planta fueron 32 (38%) y los residentes 52 (62%) a diferencia del trabajo realizado en el 2005 donde la mayor parte de los encuestados fueron médicos de planta (73,7%). La distribución por sexo fue de 61 mujeres (72,62%) y 20 varones (23,8%).

Sobre 84 encuestados, 26 (30,96%) contestador que atendían adolescentes en su práctica médica habitual; 40 (47,6%) respondieron que lo hacían en forma esporádica y 18 (21,94%) dijeron que no atendían adolescentes.

De las 84 respuestas 78 (92,8%) contestaron que si conocían la existencia de la AHE, 3 (3,5%) dijeron que no, y solo 2 (2,3%) refirieron conocerlo poco. Se observó diferencia significativa ( $p$  0,0057) con el trabajo realizado en el 2005 en el que un porcentaje mucho menor de pediatras lo conocían (78%). Al igual que en el 2005, no hubo diferencia significativa entre médicos de planta y residentes ( $p$  0,8517).

En cuanto a si prescribirían AHE si algún adolescente lo solicitase, sobre 84 respuestas, 58 (69%) respondieron que sí lo harían, 13 (15,4%) contestaron que no, 11 (13%) que a veces y 2 no contestaron.

De los 58 que sí la indicarían, la mayoría (80%) dijeron que lo harían porque lo consideran un derecho de todo adolescente. A diferencia del 2005 que el 25% de los pediatras prescribió la pastilla por empatía con el adolescente, actualmente solo el 1,5% lo hizo.

Los que consideraron que no los prescribirían, sobre un total de 13 respuestas, el mayor grupo (41,6%) no lo hacía por desconocimiento del método al igual que en el 2005.

Al indagar sobre si conocían las indicaciones específicas de los AHE, sobre 84 profesionales, 49 (58,32%) respondieron que sí, que las conocían poco 23 (27,38%) y sólo 10 (11,90%) las desconocían.

Sobre 84 pediatras que respondieron, 79 encuestados (94%) no consideraban a la AHE como un método de uso regular; 2 (2,39%) dijeron no saberlo y 3 (3,61%) dijeron que sí.

Se evaluaron asimismo aspectos teóricos sobre AHE. Acerca de su mecanismo de acción, sobre 84 respuestas, 32 (38%) respondieron correctamente: inhibe la ovulación y altera el medio químico para la acción espermática; a diferencia de lo que ocurrió en el 2005 en el que sólo el 18,6% respondió esta pregunta correctamente, lo cual ofrece una diferencia significativa ( $p$  0,0018). Sin embargo, 42 encuestados (50%) respondieron en forma incorrecta que la AHE inhibe la implantación, coincidiendo con la encuesta realizada en el 2005 donde la mayoría de los encuestados (59,6%) también consideró esta respuesta errónea como correcta. No hubo diferencia significativa entre planta y residencia ( $p$  0,4341).

Al averiguar sobre la tasa de efectividad de los AHE, contestaron correctamente 40 (47,6%): indicados durante las primeras 24 horas la tasa es del 95%, y del 85% en las primeras 48 horas. En 11 respuestas (13,1%) consideraron un 95% de efectividad si se lo indica durante las primeras 48 horas del coito; en 15 (17,86%) si se prescriben en las primeras 24 horas, y en 13 (15,48%) de las respuestas se señaló que aún indicados hasta 72 horas posteriores al coito la tasa de reducción de riesgo de embarazo se mantenía en el 95%. No se observó diferencia significativa en relación a la encuesta del 2005 ( $p$  0,2111) ni tampoco entre médicos de planta y residentes ( $p$  0,7399).

En cuanto al conocimiento sobre la composición química de la AHE, 50 (59,46%) respondieron correctamente respecto al método de progestágenos solo; 14 (16,7%) siguieron considerando el Método de Yuzpe ya menos indicado; 12 (14,29%) consideraron a los estrógenos solos en la composición, mientras que 4 (4,77%) incluyeron a

las prostaglandinas en la formulación. Se observa una diferencia significativa ( $p$  0,0050) en el porcentaje de respuestas correctas en relación al 2005 que sólo el 42,9% contestó correctamente. También se observa una diferencia estadísticamente significativa ( $p$  0,0027) a favor de los residentes quienes contestaron correctamente en mayor proporción que los médicos de planta. Esta diferencia no se observó en el 2005.

Con respecto a los efectos adversos de la AHE, 33 (39,37%) contestaron correctamente que los más frecuentes son las náuseas y vómitos, en 32 respuestas (38%) se consideró el sangrado disfuncional como más frecuente. Ninguno de los encuestados respondió teratogénesis como efecto adverso al igual que en el trabajo del 2005. No hubo diferencia significativa en relación al porcentaje de respuestas correctas en el 2005 ( $p$  0,5958). En ese trabajo se observó mayor conocimiento de los efectos adversos por parte de los residentes, sin embargo actualmente no se observó diferencia entre ambos grupos.

Cuando se preguntó sobre las situaciones clínicas en las cuales se podría indicar AHE, en 73 respuestas (86,92%) se consideraron como indicación necesaria a las situaciones de violencia sexual, uso incorrecto de anticonceptivo oral o rotura de preservativo y en 7 respuestas (8,34%) se destacó sólo la violencia sexual.

Al consultar acerca de las contraindicaciones del método, 41 encuestados (48,81%) señalaron correctamente que ni el embarazo o la enfermedad crónica ni cardiovascular, o la edad (adolescente menor de 14 años), son situaciones clínicas que contraindican el uso de la AHE. El embarazo fue considerado en 19 (22,64%) de las respuestas; 9 (10,71%) el uso en adolescentes menores de 14 años; 4 (4,74%) destacaron a la enfermedad cardiovascular, ninguno

consideró a la enfermedad crónica, mientras que 1 (1,2%) encuestado asoció respuestas. Al igual que en el 2005, la mayoría de los encuestados contestó correctamente ( $p$  0,1243). No hubo diferencia significativa entre planta y residencia ( $p$  0,3979).

La existencia de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, fue reconocida sobre 83 encuestados, por 29 (34,53%) mientras que 16 (19%) la desconocían y 39 (46,47%) la conocían poco.

Al consultar sobre el contenido de la Ley, se obtuvieron sólo 64 respuestas, en 52 (81,25%) respondieron correctamente que la AHE puede ser indicada a menores de 18 años que concurren solas a la consulta. En 10 (15,6%) casos consideraron que ninguna opción era correcta. Se constata un mayor conocimiento de la ley comparado con el 2005 ( $p$  0,0001) y al igual que en ese año no hubo diferencia significativa entre respuestas de planta y residencia ( $p$  0,8861).

## DISCUSIÓN

El número de médicos entrevistados que accedió a responder la encuesta fue 84 de una población estimada de 190, según los criterios de inclusión detallados. No fue posible realizar la encuesta a un número mayor de profesionales debido a que la misma se realizó en período estival, coincidente con vacaciones.

No hubo inconvenientes en la comprensión de las preguntas realizadas.

Con respecto a la pregunta subjetiva de la encuesta: ¿Cuál es su opinión sobre la AHE para ser usada en la población adolescente?, la mayor parte de los entrevistados respondió que están de acuerdo con el uso de la AHE, pero que necesitan mayor capacitación en sexualidad y derechos de los adolescentes.

Es importante destacar que el 92,8% de los encuestados conocían el método a dife-

| Respuestas correctas    | 2005  | 2012   | P      |
|-------------------------|-------|--------|--------|
| Conocimiento del método | 78%   | 92%    | 0,0057 |
| Mecanismo de acción     | 18,6% | 38%    | 0,0018 |
| Efectividad             | 40,2% | 47,6%  | 0,2111 |
| Composición química     | 42,9% | 59,46% | 0,0050 |
| Efectos Adversos        | 36,8% | 39,37% | 0,5958 |
| Contraindicaciones      | 41,8% | 48,41% | 0,1243 |
| Contenido de la ley     | 57,1% | 61,8%  | 0,0001 |

rencia del estudio realizado en el 2005 en donde este porcentaje fue mucho menor.

Con respecto a la prescripción del método la mayoría respondió que lo indicaría si el adolescente lo solicita de manera contraria a lo que ocurrió en el estudio anterior.

En Argentina con la sanción de la Ley 25.673<sup>1</sup> en el año 2003 el profesional está amparado para proveer información e indicar métodos anticonceptivos, sin limitación de edad o consentimiento de los padres, según su requerimiento y circunstancias, amparándose en el derecho natural de la plena potestad del niño como sujeto.<sup>2</sup> Se destaca que solamente el 34,53% de los encuestados la conocen.

En cuanto al mecanismo de acción de la AHE se presentaron algunas controversias. Si bien es conocido que actúa antes de la implantación –preconcepcional–, que ocurre al séptimo día de la fertilización, el 50% de los encuestados consideró como mecanismo de acción a los cambios endometriales que evitarían la implantación del producto de la concepción, lo que delataría al método como abortivo, restándole entonces importancia a la precocidad de su indicación. Este valor es coincidente con el estudio realizado en el año 2005.

Además, cabe destacar que del 69% de los encuestados que indicaría el método (la gran mayoría lo considera un derecho de los adolescentes), un porcentaje de ellos lo haría sin conocer adecuadamente su mecanismo de acción.

## CONCLUSIONES

Si bien el trabajo actual evidenció un mayor conocimiento de la existencia y mecanismo de acción de la AHE, aún resulta insuficiente para lograr una buena implementación del método. Se constató mayor conocimiento de la Ley N° 25.673 y la composición química comparado con los resultados obtenidos en el 2005, sin embargo no hay diferencia significativa en los conocimientos sobre efectividad, efectos adversos y contraindicaciones.

Los datos recogidos permitirían inferir que muchos profesionales no prescriben la AHE debido al desconocimiento de la Ley 25.673<sup>1</sup> y del mecanismo de acción.

Los pediatras ocupan un rol central en la difusión y asesoramiento de la anticoncepción para garantizar una sexualidad plena y responsable en los adolescentes. En este

sentido, es relevante implementar acciones de capacitación para no perder oportunidades de atención ante situaciones de potencial embarazo no oportuno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Nacional 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de La Nación. 2003.
2. Ley Nacional 26.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
3. Guía para la atención de Adolescentes en Salud Reproductiva. Sociedad argentina de Ginecología Infanto-Juvenil. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. 2002; 9: 3.
4. Kornblit AL, Mendes Diz A, Adaszco D. Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes: un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Buenos Aires: UBA. 2006;47:46.
5. UNICEF- SAP. Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2013
6. Cialzeta D. ¿Qué saben los pediatras de anticoncepción de emergencia en adolescentes? *Rev Hosp Niños Ricardo Gutiérrez* 2006;48(218):169-181.
7. Rimsza M. Asesoramiento de la adolescente sobre métodos anticonceptivos. *Pediatr Rev* 2004;25(3):83-90.
8. Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para Profesionales de la Salud. Ministerio de Salud. 2007.
9. San Filippo J. Emergency contraception when and how to use it. *J Fam Pract* 2008;57(2).
10. Escobar ME. Anticoncepción de Emergencia. *Arch Argent Pediatr* 2003;101(6):430-1.
11. Gemzell-Danielsson K. Mechanism of action of emergency contraception. *Contraception* 2010;82:404-9.
12. Monterrosa Castro A. Nivel de Conocimientos sobre Anticoncepción de Emergencia en médicos generales que ejercen en Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2002;53(4).
13. Ramírez-Pascualli B. Anticoncepción de Emergencia: Conocimientos y actitudes en un grupo de médicos familiares mexicanos. *Arch Med Fam* 2004;6(2):48-51.
14. Golden NH, Seigel WM, Fisher N, et al. Emergency contraception: Pediatricians knowledge. Attitudes and opinions. *Pediatr* 2001;107(2):287-92.
15. López de Castro F. Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción de emergencia de los médicos de atención primaria en el área de salud de Toledo (España). *Medifam* 2001;11(9):441-9.
16. Goyal M. Exploring emergency contraception knowledge, prescription practices, and barriers to prescription for adolescents in the emergency department. *Pediatr* 2009;123:765-70.

**ENCUESTA RELATIVA A ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA**

| FECHA           | EDAD |
|-----------------|------|
| PEDIATRA PLANTA | SEXO |
| RESIDENTE       | F    |
|                 | M    |

1) ¿Atiende usted adolescentes ambulatoriamente?

- a) Sí
- b) No
- c) A veces

2) ¿Conoce Ud. la existencia de los Anticonceptivos de Emergencia?

- a) Sí
- b) No
- c) Poco

3) ¿Prescribiría Ud. Anticonceptivos de Emergencia a una adolescente que se lo solicite?

- a) Sí
- b) No
- c) A veces

4) Si contestó NO: ¿Por qué motivo?

- a) Desconocimiento
- b) Principios religiosos
- c) Por sus efectos adversos
- d) Por su mecanismo de acción
- e) Factores médico-legales

5) Si contestó Sí: ¿Por qué motivo?

- a) Por empatía con el adolescente
- b) Porque considera que es su derecho
- c) Porque no ve contraindicaciones para indicarlos
- d) Por principios éticos y morales

6) ¿Conoce las indicaciones específicas de los Anticonceptivos de Emergencia?

- a) Sí
- b) No
- c) Poco

7) ¿Prescribiría Anticonceptivos de Emergencia como método anticonceptivo oral regular en adolescentes?

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe

- 8) ¿Conoce usted la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable Nro. 25.673?
- a) Sí
  - b) No
  - c) Poco
- 9) Si la conoce: ¿Cuál de estas opciones corresponde a la misma?
- a) Se puede indicar anticonceptivos orales a los menores de 18 años que concurren solos
  - b) La indicación de método anticonceptivo corresponde a un médico ginecólogo
  - c) La anticoncepción de emergencia no es un método avalado por la OMS
  - d) La ley sólo indica métodos de barrera
  - e) Ninguna es correcta
- 10) ¿Cuál considera Ud. es el mecanismo de acción de los Anticonceptivos de Emergencia?
- a) Inhibe la ovulación y altera el medio químico para la acción espermática
  - b) Inhibe la implantación
  - c) Produce la muerte del embrión implantado
  - d) Inhibe la fecundación
- 11) ¿Cuál considera Ud. es la efectividad de los Anticonceptivos de Emergencia? (Evaluada como reducción de tasa de embarazo)
- a) 95% si se administra en las primeras 48 h.
  - b) 95% si se administra en las primeras 24 h.
  - c) 95% si se administra en las primeras 72 h.
  - d) 95% si se administra en las primeras 24 h. y 85% si se administra en las primeras 48 h.
- 12) ¿Cuál considera Ud. es la composición de los Anticonceptivos de Emergencia?
- a) Progestágenos
  - b) Progestágenos + Estrógenos
  - c) Prostaglandinas
  - d) Estrógenos
13. ¿Cuál considera Ud. son los Efectos Adversos más frecuentes de los Anticonceptivos de Emergencia?
- a) Náuseas y vómitos
  - b) Teratogénesis
  - c) Aborto
  - d) Sangrado disfuncional
  - e) Ninguno o escasos

14. ¿En cuales situaciones clínicas indicaría los Anticonceptivos de Emergencia?
- a) Caso de violencia sexual
  - b) Caso de coito reciente con condón roto
  - c) Caso de coito reciente con uso incorrecto de anticonceptivo oral
  - d) Todas son correctas
15. ¿Cuáles considera Ud. son las contraindicaciones generales de la Anticoncepción de Emergencia?
- a) Probable embarazo
  - b) Enfermedad cardiovascular
  - c) Adolescente menor de 14 años
  - d) Enfermedades crónicas
  - e) Ninguna de las anteriores
16. Finalmente: ¿Cuál es su opinión sobre la Anticoncepción de Emergencia para ser usada en la población adolescente?

"¿Quién no echa una mirada al sol cuando atardece?  
¿Quién quita sus ojos del cometa cuando estalla?  
¿Quién no presta oídos a una campana cuando por algún hecho tañe?  
¿Quién puede desoír esa campana cuya música lo traslada fuera de este mundo?  
Ningún hombre es una isla entera por sí mismo.  
Cada hombre es una pieza del continente, una parte del todo.  
Si el mar se lleva una porción de tierra, toda Europa queda disminuida,  
como si fuera un promontorio, o la casa de uno de tus amigos, o la tuya propia.  
Ninguna persona es una isla; la muerte de cualquiera me afecta,  
porque me encuentro unido a toda la humanidad;  
por eso, nunca preguntes por quién doblan las campanas; doblan por ti".

*John Donne,  
Londres (1572-1631)  
Poeta metafísico inglés*