

El Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría, ha solicitado la publicación del artículo de opinión de la Sociedad de Medicina del Adolescente, USA, en calidad de Recomendación del Comité. La versión original "Provision of Emergency Contraception to adolescents", está publicado en J Adolesc Health 2004; 35: 66-70. La Presente traducción y publicación, cuentan con la autorización de los autores y editores correspondientes.

## Provisión de Anticoncepción de Emergencia a Adolescentes

Melanie A. Gold, D.O.<sup>1</sup>, Gina S. Sucato, M.D., M.P.H.<sup>2</sup>, Lee Ann E. Conard, R.Ph., D.O., M.P.H.<sup>3</sup>, Paula J. Adams Hillard, M.D.<sup>4</sup>,

### ANTECEDENTES

Durante el año 2000, se produjeron casi 822 000 embarazos entre las adolescentes de los Estados Unidos; ello a pesar de haber un mejor acceso a métodos anticonceptivos y a que existe una gama más amplia de opciones anticonceptivas disponibles<sup>1</sup>. El 85% de los embarazos en adolescentes no fue planificado, lo que derivó en aproximadamente 489 000 nacimientos y 235 000 abortos<sup>1</sup>. El uso oportuno de la anticoncepción de emergencia podría prevenir hasta el 70% de los abortos. En este artículo, la anticoncepción de emergencia alude al uso de píldoras que contienen estrógeno y progestina (píldoras anticonceptivas de emergencia combinadas o PAE) o de píldoras que contienen solamente levonorgestrel (PAE de progestina sola) que se toman después de una relación sexual sin protección con el objetivo de prevenir un embarazo. El uso de PAE está indicado para todos aquellos casos en que haya ocurrido una relación sexual

sin protección (por ejemplo, cuando no se ha usado ningún método para prevenir el embarazo) o en que el método hubiere fallado. Se considera que hay sexo sin protección en los siguientes casos: cuando el condón se rompe o se desliza, cuando se ha olvidado tomar dos o más píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC), cuando se ha olvidado tomar una o más píldoras de progestina sola, cuando ha habido un retraso de 2 o más semanas en la administración de una inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DepoProvera™), cuando el parche transdérmico se ha despegado por 24 horas o más durante las semanas en que debería haberse usado, cuando el anillo vaginal es expulsado o extraído por 3 horas o más durante las semanas en que debería haberse usado, cuando se usa un espermicida vaginal solo, o cuando el diafragma o capuchón cervical se ha desplazado de su lugar durante la relación sexual.

Las PAE disminuyen el riesgo de embarazo después de una relación sexual sin

1. Profesora Asociada de Pediatría. Unidad de Medicina del Adolescente. Escuela de Medicina, Universidad de Pittsburg. Hospital de Niños de Pittsburgh Pittsburgh, Pensilvania EE.UU.
2. Profesora Asistente de Pediatría. Unidad de Medicina del Adolescente. Escuela de Medicina, Universidad de Pittsburg. Hospital de Niños de Pittsburgh, Pensilvania. EE.UU.
3. Profesor Asistente de Medicina del Adolescente. Departamento de Pediatría. Universidad de West Virginia. Escuela de Medicina. Morgantown, West Virginia. EE.UU.
4. Profesora de Obstetricia y Ginecología. Profesora de Pediatría. Unidad de Medicina del Adolescente. Escuela de Medicina, Universidad de Cincinnati, Ohio, EE.UU.

protección, previniendo aproximadamente entre el 80% y el 85% de los embarazos que de lo contrario sí ocurrirían<sup>24</sup>. Si se usaran después de haberse producido una falla de cualquier método anticonceptivo, las PAE podrían prevenir el 50% de los embarazos no planificados<sup>5</sup>. La eficacia de las PAE de progestina sola es mayor que la eficacia de las PAE combinadas; en un estudio sobre eficacia, las PAE de progestina sola previnieron el 85% de los embarazos que podrían haber ocurrido de no haberse usado el medicamento, mientras que las PAE combinadas previnieron el 57%<sup>6</sup>. Si bien la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó su uso hasta 72 horas después de una relación sexual sin protección, se ha demostrado que las PAE disminuyen el riesgo de embarazo si son tomadas hasta 120 horas después de dicha relación<sup>6,7</sup>. Algunos estudios revelan que las PAE son más eficaces mientras antes se tomen<sup>4,8,9</sup>. Si se retarda la administración de la primera dosis de PAE y se toma 12 horas después de la relación sexual sin protección, las probabilidades de embarazo aumentan casi en un 50%<sup>9</sup>; y es así como el riesgo de embarazo va aumentando a medida que transcurra más tiempo desde la relación sexual sin protección hasta 120 horas posteriores a ella. Valiéndose de los datos que sugieren que las PAE son más eficaces mientras antes se tomen, resulta de vital importancia mejorar los conocimientos, el uso y el acceso a las PAE por parte de los adolescentes. Los proveedores de atención en salud de adolescentes cumplen un papel fundamental al ayudar a los jóvenes a prevenir un embarazo mediante el uso oportuno de las PAE.

Los mecanismos de acción comprobados tanto para las PAE combinadas como para las PAE de progestina sola incluyen la prevención o el retraso de la ovulación, la inhibición del desarrollo folicular, y/o la interferencia con la maduración del cuerpo lúteo<sup>10</sup>. Los datos clínicos no han demostrado otros mecanismos de acción que, en teoría, podrían estar asociados, como por ejemplo que las PAE impidan la implantación, alteren el transporte de los espermatozoides o del óvulo, inhiban el proceso de fecundación, o alteren el moco cervical. El uso inadvertido de PAE durante el embarazo no interrumpirá un embarazo después de la implantación ni tendrá efectos teratogénicos<sup>11-13</sup>.

Los efectos secundarios más comunes asociados al uso de las PAE combinadas son: náuseas (51%) y vómitos (19%)<sup>7</sup>. Entre los efectos secundarios menos comunes se incluyen la fatiga, la hipersensibilidad de las mamas, el dolor de cabeza, los mareos y el dolor abdominal. En comparación con las PAE combinadas, las PAE de progestina sola presentan considerablemente menos efectos secundarios, especialmente menos náuseas (23%) y menos vómitos (6%)<sup>6</sup>.

Prácticamente no existen contraindicaciones para el uso de PAE por parte de adolescentes que gozan de buena salud. Las PAE no interrumpirán ni dañarán un embarazo ya establecido. Varios estudios que involucraron el uso a largo plazo de AO no revelaron ningún efecto teratogénico sobre el feto<sup>11-13</sup>. En el caso de las PAE combinadas, algunos proveedores de salud se rigen por las mismas contraindicaciones que restringen el uso continuo de anticonceptivos hormonales a base de estrógeno, como por ejemplo antecedentes de tromboembolia, cardiopatía isquémica, hipertensión no controlada o hipersensibilidad a cualquiera de los compuestos. No obstante, estas afecciones son poco comunes en los adolescentes y muchos expertos piensan que un uso único de PAE combinadas no acarrea los mismos riesgos que el uso continuo de anticonceptivos. Si se comparan con las PAE combinadas, las PAE de progestina sola presentan menos riesgos teóricos para la salud; las contraindicaciones se limitan a que la mujer esté embarazada, muestre hipersensibilidad a alguno de los componentes del producto (lo que es poco común), y a que presente sangrado vaginal anormal no diagnosticado. No obstante, si una adolescente presenta sangrado vaginal no diagnosticado y requiere PAE, no hay razón para no entregarle el medicamento mientras se evalúa la causa del sangrado. A pesar de que ambas formas de PAE son muy seguras<sup>14</sup>, es preferible usar las PAE de progestina sola en aquellas mujeres con antecedentes de contraindicaciones médicas a los estrógenos, como por ejemplo una tromboembolia venosa<sup>15</sup>.

### **Orientación Anticipada**

Se sugiere alentar a los proveedores de atención en salud de adolescentes a entregar en forma rutinaria información y consejería sobre PAE a los jóvenes, independientemente

de su sexo o del método anticonceptivo que actualmente estén usando. Se aconseja que los proveedores de atención en salud de adolescentes ofrezcan consejería sobre PAE en las visitas regulares al consultorio, así como en las visitas de atención en salud reproductiva. La consejería debiera considerar la edad del adolescente, su nivel de desarrollo, su orientación sexual, y su historia en materia de actividad sexual. Conversar sobre las PAE resulta particularmente importante en el caso de las adolescentes que presenten enfermedades crónicas cuyo tratamiento pudiera ser teratogénico para el feto, o en el caso de aquellas para las que un embarazo pudiera significar un grave riesgo.

La consejería sobre PAE debiera incluir una descripción del método, los mecanismos de acción, las indicaciones para su uso, la eficacia, la seguridad, los efectos secundarios comunes, los límites de tiempo para ser usado, y dónde y cómo obtener el método. Además, los proveedores de atención en salud de adolescentes debieran entregar información sobre otros métodos anticonceptivos más eficaces cuando entregan información sobre las PAE. La consejería debiera enfatizar que las PAE y otros métodos anticonceptivos hormonales no previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS). Se aconseja que los proveedores de atención en salud de adolescentes entreguen información sobre las PAE en la consulta o en el consultorio a través de diversas modalidades, entre las que se incluyen folletos, tarjetas para llevar en la billetera, afiches, sitios web y líneas de información telefónica. En los Estados Unidos, los adolescentes pueden obtener información telefónica sobre las PAE llamando al número gratuito: 1-888- NOT-2-LATE.

### **La Provisión de PAE**

Durante las visitas al consultorio, los proveedores de atención en salud de adolescentes debieran preguntar a cada joven sexualmente activa cuándo fue la última vez que tuvo una relación sexual por vía vaginal, qué usó para prevenir el embarazo, y si hubo alguna falla del/los métodos. Si la adolescente informa haber tenido una relación sexual sin protección por vía vaginal dentro de las últimas 120 horas, se debería ofrecer PAE y, de ser posible, hacerlo durante esa misma visita al consultorio. Todas las jóve-

nes adolescentes que reciban atención por abuso sexual en salas de emergencia y en otros centros de atención debieran -al momento de la evaluación- recibir consejería sobre PAE y, si lo desean, recibir también un tratamiento completo con el medicamento. No debiera ser un requisito que la adolescente se someta a una completa atención en salud para recibir PAE. Los proveedores debieran estar conscientes de que si exigen visitas al centro médico, pruebas de embarazo, exámenes pélvicos, frotis de Pap o exámenes de ITS antes de prescribir o entregar las PAE, ello puede constituirse en importantes obstáculos para el acceso oportuno a PAE y es poco frecuente que se necesiten. Los proveedores de atención en salud de adolescentes y los farmacéuticos debieran mantener el mismo nivel de confidencialidad al proveer PAE que cuando proveen cualquier otro servicio de atención en salud reproductiva.

La evidencia actual sugiere que las PAE de progestina sola presentan el equilibrio más favorable entre seguridad, efectos secundarios y eficacia<sup>6</sup>. Dado que las PAE de progestina sola están asociadas a menos náuseas y vómitos, y a una mayor eficacia para la prevención del embarazo en comparación con las PAE combinadas, constituyen el régimen preferido para la provisión de anticoncepción de emergencia. No obstante, si las PAE de progestina sola no están disponibles, los proveedores de atención en salud de adolescentes debieran entregarles un régimen de PAE combinadas con el que se encuentren familiarizados. La administración de antieméticos una hora antes de tomar las PAE combinadas puede disminuir la incidencia de efectos secundarios gastrointestinales; se sugiere a los proveedores ofrecer antieméticos junto con las PAE combinadas. Al prescribir PAE de progestina sola, se debiera explicar a los adolescentes que deben tomar las dos tabletas a la vez (en lugar de seguir las instrucciones actuales de la FDA respecto de tomar la primera tableta tan pronto como sea posible después de una relación sexual sin protección o protección inadecuada, y la segunda tableta 12 horas después de la primera). Tomar las dos tabletas a la vez constituye un régimen más fácil de seguir y existe evidencia de que este régimen resulta tan eficaz como dividir la dosis en dos. Esta dosis única, conformada por dos tabletas de

PAE de progestina sola, no presenta mayores efectos secundarios que otros regímenes estándar de PAE de progestina sola<sup>4</sup>.

Se debe aconsejar a las adolescentes que programen una visita de seguimiento con su proveedor de salud 2 semanas después de haber usado las PAE. El objetivo de esta visita es asegurarse de que no estén embarazadas, considerar la realización de pruebas para detectar posibles infecciones de transmisión sexual y conversar acerca de sus planes futuros sobre un método anticonceptivo eficaz. Es necesario explicar a las adolescentes que deben practicarse una prueba de embarazo en caso de que no se presente la menstruación dentro de 3 semanas después de haber usado las PAE.

Se recomienda que los proveedores de atención en salud de adolescentes ofrezcan por adelantado a todas las jóvenes adolescentes una receta o una dosis de PAE, en caso de que en el futuro tengan relaciones sexuales sin protección o que su método anticonceptivo falle. Al entregar una receta, el personal clínico debiera proveer a los adolescentes una lista con aquellas farmacias locales que dispongan de PAE en sus existencias. Siempre que sea posible, los proveedores de atención en salud de adolescentes debieran prescribir PAE a través del teléfono; para ello, se recomienda que elaboren protocolos que permitan clasificar la urgencia de cada caso (triage) y normas que garanticen un acceso fácil y expedito a las PAE.

### **Acceso a PAE**

Se recomienda que los proveedores de atención en salud de adolescentes y los farmacéuticos establezcan protocolos por escrito para evitar que las jóvenes que desean obtener PAE deban enfrentar demoras excesivas en la entrega de PAE, una situación de vergüenza o costos de traslados innecesarios. Esto garantizará que todas las adolescentes tengan acceso a PAE y evitará que las convicciones personales de un proveedor de salud o de un farmacéutico interfieran con la provisión y el uso de PAE<sup>16</sup>. Numerosas organizaciones médicas y de sensibilización en temas de la mujer respaldan la idea de que se modifique la condición actual para la provisión de las PAE y que el producto, que hoy se vende sólo con prescripción médica, pase a ser un producto de venta sin receta. El 16 de diciembre

de 2003, miembros de dos Comités Asesores de la FDA —el Comité sobre Drogas sin Receta Médica y el Comité sobre Drogas para la Salud Reproductiva— recomendaron mayoritariamente la aprobación de la solicitud para que las PAE de progestina sola (Plan B™) estén disponibles sin receta médica. La votación fue de 23 votos a favor del cambio y 4 en contra. Los miembros concordaron en que el Plan B™ es lo suficientemente seguro y eficaz como para ser usado sin supervisión médica, y que el rótulo del producto provee información adecuada que garantiza un uso seguro y eficaz al ser vendido sin prescripción médica. Existe consenso de parte de la mayoría de las organizaciones médicas, de salud pública, de consumidores y de sensibilización en cuanto a que hay una enorme necesidad de que las PAE sean distribuidas sin prescripción médica. La decisión de la FDA sobre esta solicitud se ha pospuesto y aún está pendiente. En respuesta a la actual controversia respecto de cambiar los requisitos para la compra de PAE sin prescripción médica, la FDA ha evaluado la posibilidad de aprobar esta solicitud, pero con restricción de edad. Esta restricción limitaría considerablemente el acceso a PAE por parte de los adolescentes. Diversas organizaciones de salud y de sensibilización se han opuesto a las restricciones para la venta de PAE sin prescripción médica. Además, existen inquietudes respecto de que esta demora por parte de la FDA en decidir si la venta del Plan B se hará sin prescripción médica se deba a presiones políticas<sup>17</sup>.

### **PAE y Campañas de Sensibilización**

Los proveedores de atención en salud, los farmacéuticos y los pacientes aún manejan conceptos erróneos e información inadecuada sobre las PAE. Estos conceptos interfieren con el acceso y el uso de las PAE por parte de los pacientes<sup>18-20</sup>. Las personas a cargo de capacitar a los proveedores de salud de adolescentes debieran ser fuente de información médica precisa. Después de la falta de información, el costo es uno de los principales obstáculos que enfrentan los adolescentes que necesitan PAE. Los proveedores de atención en salud de adolescentes debieran instar a las compañías farmacéuticas a que fijen precios accesibles y cobren tarifas razonables por la consejería sobre PAE ofrecida por farma-

céticos, de modo que el costo no sea un obstáculo para las adolescentes que requieran PAE. Otro obstáculo para el acceso oportuno a PAE se presenta cuando las farmacias no mantienen un suministro para provisión inmediata. Se debiera alentar a las grandes cadenas de farmacias a mantener PAE en existencias. Se recomienda que los proveedores de atención en salud de adolescentes defiendan su postura ante las instancias legislativas de sus respectivos estados y organismos reguladores pertinentes; esto a fin de que se autoricen medidas que permitan alcanzar acuerdos colaborativos sobre prácticas para que farmacéuticos capacitados puedan entregar PAE siguiendo un protocolo pre-aprobado, en lugar de exigir una prescripción. Los proveedores de atención en salud de adolescentes que puedan emitir prescripciones médicas debieran crear y autorizar normas para que enfermeras, farmacéuticos y otros proveedores de atención en salud seleccionados puedan proveer PAE.

### **Declaración de posición**

La prevención de los embarazos no planificados en adolescentes requiere un enfoque multifacético que incluye métodos de prevención primaria y secundaria. La información adecuada y el acceso a PAE son componentes esenciales de los esfuerzos de prevención secundaria. La Sociedad de Medicina del Adolescente (SAM) declara su apoyo por aumentar el conocimiento sobre las PAE y mejorar el acceso oportuno al método a través de las siguientes posiciones:

#### **Provisión de PAE**

- Se recomienda que los proveedores de atención en salud de adolescentes ofrezcan consejería sobre las PAE a todos los adolescentes, tanto durante las visitas de rutina como durante las de emergencia.
- Todas las adolescentes que reciban atención por abuso sexual en los servicios de urgencia o en otros centros de atención en salud debieran recibir consejería sobre PAE y se les debe ofrecer un tratamiento completo de PAE al momento de la evaluación.
- Si en las últimas 120 horas ocurrió una relación sexual sin protección por vía vaginal o el método anticonceptivo falló,

se debe ofrecer y entregar PAE, de preferencia en el lugar donde los adolescentes reciben atención de salud. A pesar de que la FDA ha aprobado las PAE para ser usadas hasta 72 horas después de la relación sexual, éstas son eficaces y pueden ser administradas a las adolescentes hasta 120 horas después de la relación sexual sin protección. La provisión de PAE no debe estar supeditada a la realización de una prueba de embarazo, un examen pélvico, un frotis de Pap o a pruebas de ITS.

- Los proveedores de atención en salud de adolescentes deben prescribir como primera opción las PAE de progestina sola, debido a su mayor eficacia y menores efectos secundarios. Cuando se prescriben PAE de progestina sola, se debe explicar a las adolescentes que deben tomar las dos tabletas a la vez y tan pronto como sea posible después de una relación sexual sin protección (en lugar de seguir las instrucciones aprobadas por la FDA y que aparecen en el rótulo, que indican tomar la primera tableta tan pronto como sea posible después de una relación sexual sin protección o cuando el método ha fallado, y la segunda tableta 12 horas después de la primera).
- Los proveedores de atención en salud de adolescentes deben mantener el mismo grado de confidencialidad cuando se proveen PAE que cuando se provee cualquier otro servicio de atención en salud reproductiva.

#### **Acceso a las PAE y Sensibilización**

- Con el objetivo de reducir los obstáculos para el acceso a PAE, La Sociedad de Medicina del Adolescente (SAM) respalda fuertemente los esfuerzos por cambiar la condición de las PAE de ser un producto de venta con prescripción médica a un producto de venta sin prescripción médica y sin restricción de edad.
- Hasta que la FDA apruebe las PAE como producto de venta sin prescripción médica, se recomienda que los proveedores de atención en salud de adolescentes ofrezcan a todas las jóvenes una prescripción o un tratamiento de PAE por adelantado para que tengan en casa por si llegaran a necesitarla.
- Se recomienda que los proveedores de atención en salud de adolescentes y los

farmacéuticos establezcan protocolos por escrito para eliminar los obstáculos al acceso a las PAE. Estos protocolos deben ser independientes de la actitud y las creencias personales de los proveedores de atención en salud y de los farmacéuticos.

- Se recomienda a los proveedores de salud de adolescentes y las organizaciones de estos profesionales desarrollar y difundir material educativo sobre PAE apropiado para cada edad y que contenga información correcta desde el punto de vista médico. Además, debieran abogar por que este material sea distribuido por el estado y los Departamentos de Salud locales.
- Se recomienda a los proveedores de atención en salud de adolescentes abogar por la igualdad en la cobertura de seguros médicos para todos los métodos anticonceptivos, incluidas las PAE.

**Nota:** Las recomendaciones de esta declaración no indican un tratamiento único ni sirven como estándar de atención médica. Es posible que sea necesario adaptarlas según las circunstancias individuales.

## REFERENCIAS

- 1.- Alan Guttmacher Institute. U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY: Alan Guttmacher Institute, 2004.
- 2.- Trussell J, Ellertson C, von Hertzen H, et al: Estimating the effectiveness of emergency contraceptive pills. *Contraception* 2003; 67: 259-65.
- 3.- Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C: Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999; 59: 147-51.
- 4.- von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al: WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803-10.
- 5.- Trussell J, Stewart F, Guest F, Hatcher RA: Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 269-73.
- 6.- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
- 7.- Ellertson C, Evans M, Ferden S, et al: Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 1168-71.
- 8.- Rodrigues I, Grou F, Joly J: Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 531-7.
- 9.- Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF: Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet* 1999; 353: 721.
- 10.- Croxatto HB, Ortiz ME, Muller AL: Mechanisms of action of emergency contraception. *Steroids* 2003; 68: 1095-8.
- 11.- Bracken MB: Oral contraceptives and congenital malformations in offspring: A review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 552-7.
- 12.- Simpson JL, Phillips OP: Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. *Adv Contracept* 1990; 6: 141-67.
- 13.- American College of Obstetricians and Gynecologists. Contraceptives and congenital anomalies. *Int J Gynaecol Obstet* 1993; 42: 316-7.
- 14.- Webb A, Taberner D: Clotting factors after emergency contraception. *Adv Contracept* 1993; 9: 75-82.
- 15.- Vasilakis C, Jick H, del Mar Melero-Montes M: Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestagens alone. *Lancet* 1999; 354: 1610-1.
- 16.- Bennett W, Petraitis C, D'Anella A, Marcella S: Pharmacists' knowledge and the difficulty of obtaining emergency contraception. *Contraception* 2003; 68: 261-7.
- 17.- Drazen JM, Green MF, Wood AJJ: The FDA, politics and Plan B. *N Engl J Med* 2004; 350: 1561-2.
- 18.- Gold MA, Schein A, Coupey SM: Emergency contraception: A national survey of adolescent health experts. *Fam Plann Perspect* 1997; 29: 15-9.
- 19.- Sills MR, Chamberlain JM, Teach SJ: The associations among pediatricians' knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception. *Pediatrics* 2000; 105: 954-6.
- 20.- Golden NH, Seigel WM, Fisher M, et al: Emergency contraception: pediatricians' knowledge, attitudes, and opinions. *Pediatrics* 2001; 107: 287-92.