



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS FAMILIARES ACERCA
DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y LA ASOCIACIÓN
CON LA DIFUSIÓN DE ESTE METODO.**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. CLAUDIA MONDRAGON FABIAN

MEDICO RESIDENTE DEL TERCER GRADO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS

MÉDICO ESPECIALISTA EN FAMILIAR
UMF 33 "EL ROSARIO"

MÉXICO D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
Y PROFESOR TITULAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.33 EL ROSARIO

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
ASESOR DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DRA.CLAUDIA MONDRAGÓN FABIÁN
RESIDENTE DEL 3ER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A LIZANDRO:

POR SER EL AMOR DE MI VIDA, GRACIAS POR SER MI FORTALEZA

A CLAUDIA JIMENA:

POR SER MI TESORO MÁS PRECIADO, GRACIAS POR COMPLEMENTAR MI VIDA.

A MI MADRE:

POR DARME LA VIDA, GRACIAS POR ENSEÑARME EL SENTIDO DE LA ENTREGA Y PERSEVERANCIA.

A MIS HERMANOS:

POR SU APOYO, AMOR Y COMPAÑÍA, GRACIAS POR TODOS NUESTROS RECUERDOS.

A DIOS:

POR DARME TODO LO ANTERIOR.

INDICE

RESUMEN	5
ANTECEDENTES	6
MATERIAL Y MÉTODOS	15
RESULTADOS	16
TABLAS Y GRÁFICAS	19
ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	49

Arvizu R, Mondragón C. Nivel de conocimiento de los médicos familiares acerca de la anticoncepción de emergencia y la asociación con la difusión de este método. Unidad de Medicina Familiar No. 33, Delegación Norte del DF. IMSS.

INTRODUCCION: El estudio de la planificación familiar es de particular importancia. El médico de primer nivel es el pilar de la educación siendo el principal encargado de la difusión de los métodos de planificación familiar, si éste carece de las bases teóricas esta función se verá suprimida.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento de los médicos familiares acerca de la anticoncepción de emergencia y la asociación con la difusión de este método.

DISEÑO: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó en la UMF 33 "El Rosario", IMSS, por medio de encuestas, realizadas a los médicos familiares. El cuestionario constó de 2 partes; la primera con datos generales del entrevistado, la segunda con 12 preguntas, 11 cerradas y una abierta, el instrumento de evaluación utilizado fue el de Álvaro Monterrosa previamente validado.

RESULTADOS: El nivel de conocimiento en los médicos familiares fue de una media de 7.1 colocándolos en la categoría de Bueno. En cuanto a la difusión 76% de los médicos si difunden la anticoncepción de emergencia y a la vez estos entran dentro de la categoría de un nivel de conocimiento muy bueno. El 24% restante no la difunden y se encontraron en un nivel de conocimiento malo.

CONCLUSIONES: Con los resultados de este estudio se sugiere implementar estrategias para que los Médicos Familiares participen en cursos de actualización en relación con la anticoncepción de emergencia para otorgar una difusión adecuada y así mismo prevenir embarazos no deseados y muertes materno-fetales

PALABRAS CLAVE: Médicos familiares, nivel de conocimientos, anticoncepción de emergencia.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud ha calculado que cada año los embarazos indeseados conducen a aproximadamente 20 millones de abortos en condiciones de riesgo y producen la muerte a más de 80.000 mujeres. (1)

La anticoncepción de emergencia puede ayudar a reducir estos embarazos no deseados, previniéndose por tanto muchos abortos en condiciones de riesgo, abortos que afectan negativamente la salud en general y en especial la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sobre todo de aquéllas que son muy jóvenes o con edad avanzada para llevar adelante una gestación. (2)

Para la prevención de una gestación después del coito sin protección, se han realizado multiplicidad de acciones empíricas y que carecen por completo de validez a la luz de los conocimientos actuales. (2). En la antigüedad se utilizaron para evitar el embarazo inmediatamente después del coito: emplastos de estiércol de cocodrilo, grasa de conejo, mezclas de raíces, hiervas y vinagre, colocadas en la vagina. En estas lejanas épocas también se recomendaban la danza, los saltos y los estornudos, para expulsar los espermatozoides después de un coito sin protección. Para 1960 era frecuente el uso de la Coca-Cola en formas de duchas post coitales. (3,4)

A mediados de los años setenta, el alemán pionero de la planificación familiar, Ary Haspels, fue el primero en administrar altas dosis de estrógenos post-coitales a una joven de 13 años de edad, víctima de abuso sexual, siendo el primer régimen de uso de hormonas esteroides para prevenir un embarazo no deseado. Para inicios de la década de los setenta, se administraba dietilestilbestrol a dosis elevadas de 25 mg dos veces al día por 15 días, iniciados en los primeros tres días después de un coito sin protección. Pronto se evidenció que dicho compuesto estaba relacionado con la adenosis vaginal y el adenocarcinoma de vagina en las hijas de mujeres que la habían utilizado, lo que llevó a buscar otros estrógenos que no tuviesen un efecto potencialmente teratogénico u oncogénico. El etinilestradiol reemplazó por completo al dietilestilbestrol dentro de la administración hormonal para después del coito sin protección. (5,6)

Se denomina “anticoncepción de emergencia” (AE) al conjunto de métodos empleados para impedir el embarazo luego del coito realizado sin emplear un método contraceptivo, o con un método contraceptivo que falló (por ejemplo, deslizamiento o rotura de un preservativo). Además, su empleo es apropiado para tratar mujeres en edad fértil que han sido víctimas de violación o incesto. La contracepción de emergencia mediante fármacos se llama popularmente “píldora del día después”. Esta denominación es gráfica pero confusa, pues por una parte no es necesario demorar la administración hasta el día siguiente a la relación sexual, y por otra, los fármacos conservan parcialmente su eficacia hasta cinco días después del coito. (7)

Los esteroides sexuales se utilizaron primeramente para la AE en la práctica veterinaria, para tratar hembras apareadas sin que sus propietarios lo desearan. Con este fin se emplearon estrógenos en altas dosis. Posteriormente, el empleo de dosis altas de estrógenos por intervalos breves se extendió a la clínica ginecológica. Hasta la década de 1990, por ejemplo, se empleaba en algunos países un régimen de 5 mg de etinilestradiol diario por cinco días consecutivos. (6)

No obstante, ya en la década de 1970 Yuzpe y colaboradores propusieron el empleo de una combinación de estrógenos y gestágenos con el mismo fin. El llamado “método de Yuzpe” permitía el empleo de dosis más bajas de estrógenos y se asociaba con una menor incidencia de efectos adversos. Por la misma época se observó que el progestágeno levonorgestrel (LNG), administrado solo luego del coito, también reducía la probabilidad de embarazo. Posteriormente se mostró la eficacia del danazol, un esteroide sintético con acción androgénica débil que inhibe la secreción de gonadotropinas hipofisarias. Otro fármaco evaluado para CE es la mifepristona o RU486, un antigestágeno de comprobada eficacia como abortivo químico. (7)

En cuanto a efectos adversos se establece que las mujeres que utilizan el régimen de Yuzpe o el levonorgestrel pueden experimentar náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, cansancio y sensibilidad en las mamas, pero estas molestias no duran más de 24 horas. El levonorgestrel produce considerablemente menos molestias que el régimen de Yuzpe; en especial, la náusea y el vómito se reducen en cerca de la mitad. (6,7)

Bajo el concepto de Anticoncepción de Emergencia se consideran varios métodos: 1. Combinaciones de estrógenos y progestinas (régimen de Yuzpe) 2. Progestinas solas (levonorgestrel) 3. Dispositivo Intrauterino (insertado después del coito) 4. Mifepristona (RU486).

1. Combinaciones de estrógenos y progestinas (régimen de Yuzpe) : En el caso de las estro-progestinas (etinil-estradiol más Norgestrel o Levonorgestrel), se utilizan exactamente las mismas pastillas de anticoncepción hormonal que se usan de manera regular (1 pastilla diaria); la diferencia reside en que para Anticoncepción de Emergencia esas pastillas se administran dentro de las 72 horas que siguen a la relación no protegida en dosis concentradas y en tiempos cortos (dos tomas de 2 o 4 pastillas en un lapso de 12 horas).

El número de pastillas que deben consumirse dentro del régimen de Yuzpe varía de acuerdo con la presentación comercial, lo que puede llegar a generar confusión y dificulta el control adecuado de las dosis.

2. Progestinas solas (levonorgestrel) El levonorgestrel es el principio activo contenido en el “producto dedicado”, en el cual la dosis consta sólo de dos tabletas, que son las únicas que vienen en el empaque, con lo que se elimina la posibilidad de confusión respecto a la dosis correcta y permite un control adecuado de las mismas. (8)

Cabe mencionar que en nuestro país la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar únicamente contempla a las combinaciones de estrógenos y progestinas (régimen de Yuzpe) y a las progestinas solas (levonorgestrel) como métodos de Anticoncepción de Emergencia. Ambos contienen las mismas hormonas utilizadas desde hace más de tres décadas como pastillas anticonceptivas de forma regular. (9)

El dispositivo intrauterino de inserción post-coital y la mifepristona no fueron incluidos en la Norma Oficial Mexicana ni en el Cuadro Básico porque sus mecanismos de acción no han sido suficientemente aclarados y se presume que pueden tener efectos abortivos. (9)

Recientemente ha quedado incluido en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud el producto dedicado para anticoncepción de emergencia de progestinas solas (levonorgestrel). (10)

En cuanto al mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia se menciona que después del coito, los espermatozoides tienen que esperar en las vías genitales femeninas entre 1 y 5 días hasta que se produce la ovulación, mientras tanto son sometidos a procesos de migración y capacitación que les permiten desarrollar su función fertilizante. Es decir, el espermatozoide no se une con el óvulo inmediatamente después del coito, sino hasta que está debidamente capacitado para ello. (11)

El óvulo, por su parte, no sobrevive más de 24 horas una vez liberado, de manera que, en condiciones normales, sólo hay 6 días fértiles a lo largo del ciclo, es decir, el embarazo sólo es posible si el coito se lleva a cabo 5 días antes (8 de cada 10 embarazos) o el mismo día (2 de cada 10 embarazos) de la ovulación. Además, de manera natural, aproximadamente uno de cada cuatro óvulos fecundados tiene capacidad de implantarse, siendo éste un proceso que se inicia entre 8 y 11 días después de la ovulación. (11, 12,13)

Las evidencias científicas (que se han generado a partir de sólidas metodologías de investigación, publicadas en revistas científicas serias y validadas por la comunidad académica internacional) señalan que los mecanismos de acción de los métodos de anticoncepción de emergencia contemplados en la Norma Oficial Mexicana son los dos siguientes: 1. Inhibición retraso o alteración de la ovulación; la administración “externa” de hormonas similares a aquellas producidas por el ovario “engaña” al cerebro, impidiendo que libere hormonas estimuladoras durante el ciclo de maduración del óvulo: por ende la ruptura del folículo se bloquea o se retrasa o se libera un óvulo no apto para ser fecundado. Este es el mismo principio en que se basa el uso de los hormonales en anticoncepción normal conocidos desde hace décadas y 2; alteración del transporte y de la capacitación espermática; los primeros espermatozoides eyaculados pueden llegar muy rápidamente al tercio distal de la trompa; sin embargo, esos ejemplares sólo tienen una función de “vanguardia” y aquellos realmente fertilizantes necesitan quedarse un tiempo crítico en las criptas de las glándulas cervicales (del cuello de la matriz) para madurar (ser capacitados para fertilizar). Como se menciona anteriormente, este proceso requiere entre 1 y 5 días y al alterarse para bloquear su habilidad para fecundar se evita que se encuentren el espermatozoide y el óvulo. (1, 11, 12,13)

La anticoncepción de Emergencia está esencialmente indicada en los casos siguientes: relación sexual forzada (violación), mediante violencia física o psicológica, relación sexual no protegida, sin uso de un método anticonceptivo; uso incorrecto o accidente con un método anticonceptivo, por ejemplo: ruptura o deslizamiento del condón, olvido en la toma de las pastillas o retraso en la fecha de aplicación de la inyección, relaciones en el período fértil, falla del coitus interruptus. (14)

El uso de las pastillas para anticoncepción de emergencia no tiene como consecuencia la presencia de efectos severos, ni metabólicos ni cardiovasculares, como lo demostró un estudio que evaluó su administración en 73,302 mujeres y 100,615 dosis prescritas sin que se reportaran casos de enfermedad tromboembólica. (15)

Actualmente, como consecuencia de un exhaustivo y amplio estudio multicéntrico realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 21 países, el levonorgestrel se considera como el mejor método de Anticoncepción de Emergencia. El levonorgestrel cuenta con registro sanitario en México desde 2001 y, en razón de las ventajas que representa, fue recientemente incluido en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud, lo que permite su incorporación a los servicios públicos de salud del país. (10,16)

En ese mismo sentido, los Criterios de Elegibilidad Médicos de la WHO/OMS para el uso de Anticoncepción de Emergencia señalan que las pastillas combinadas y las de levonorgestrel no tienen ninguna contraindicación médica, ni absoluta ni relativa. Cabe señalar que inclusive para el caso de las mujeres que padecen enfermedades metabólicas o cardiovasculares severas, angina pectoris, migraña y enfermedades hepáticas las pastillas se han clasificado como categoría 2, es decir, las ventajas de evitar un embarazo no deseado superan los posibles inconvenientes o riesgos de usar el método.(16) Cabe resaltar que la Norma Oficial Mexicana señala con toda claridad las contraindicaciones propias de cada método, de acuerdo con la evidencia médica universalmente aceptada. (17)

La introducción de la anticoncepción de emergencia en los países latinoamericanos ha sido un proceso caracterizado por avances y retrocesos. El primer país de la región que introdujo la AE en sus normas fue Brasil y el último México, en enero de 2004. Actualmente, 16 países latinoamericanos consideran en sus normas de planificación familiar o violencia sexual la anticoncepción de emergencia. Existe amplia disponibilidad de productos dedicados; en la región y en la mayoría de los países no se requiere receta médica para adquirirlos. Catorce países de América Latina cuentan con uno o más productos dedicados de anticoncepción de emergencia. Sólo Guatemala y Panamá, a pesar de tener incluido el método en las normas, aún no disponen de un producto dedicado. La disposición de estos productos dedicados en los servicios públicos de salud es una medida que mejora el acceso a la AE, sobre todo de la población de bajo nivel socioeconómico. Lamentablemente, la disponibilidad de éstos es aún limitada. Solamente en Brasil, El Salvador, México, Paraguay y Uruguay son gratuitos o se encuentran a bajo costo en servicios públicos. México tiene una historia peculiar respecto a la introducción y disponibilidad de la AE. Aun cuando fue en enero de 2004 que legalmente se incluyó la AE dentro de la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, y en julio de 2005 en el cuadro básico de medicamentos del sector salud, desde la mitad de la década de 1990, organizaciones locales e internacionales pugnaban por la difusión de información, capacitación e introducción de la AE a través de diferentes estrategias. La primera táctica de introducción de la AE se dirigió a mujeres víctimas de abuso sexual. Un trabajo en conjunto de diferentes organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales se realizó de 1995 a 1997 con el objetivo de promover el uso de la anticoncepción de emergencia con víctimas de abuso sexual. En el marco de este proyecto fueron entrenadas en el uso de la AE, las psicólogas de las agencias especializadas en delitos sexuales, instancias que reciben las denuncias de violación, y proveedores de servicios de salud de clínicas y organizaciones de mujeres en la ciudad de México y otros estados del país. De 1997 a

2001, un conjunto de organizaciones mexicanas e internacionales realizó una amplia campaña de anticoncepción de emergencia que incluyó el lanzamiento de una línea telefónica sobre anticoncepción de emergencia y una exitosa campaña de postales sobre la AE, dirigida a jóvenes. (1, 9, 10, 17,18)

Finalmente, en el año 2003 se introdujeron los primeros productos dedicados de anticoncepción de emergencia en el país, y actualmente existen cinco en el mercado: Glanique, Post-day, Postinor-2, Postinor unidosis y Vika, los cuales se pueden adquirir sin receta médica. A pesar de todo el trabajo realizado sobre AE en los últimos 10 años por parte de grupos de mujeres, investigadores y organizaciones nacionales e internacionales abocadas a la salud reproductiva, fue en enero de 2004 que se concretó la inclusión de las AE en la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar. (1,18)

En México los servicios de planificación familiar deberán proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad, identificación. La prestación de los servicios deberá de otorgarse de una manera integral con calidad y calidez a toda la población. (1,9)

Debemos tener en cuenta que en la selección de un método de planificación familiar influyen factores socioculturales, religiosos, éticos, políticos, la percepción de la salud física y las características psicológicas de cada individuo. El profesional sanitario debe ayudar en el proceso de orientación, una vez escuchada la demanda que el usuario trae a la consulta. (1)

Uno de los requisitos indispensables para que las personas puedan ejercer su derecho a decidir cuantos hijos tener y cuando, es que conozcan los métodos anticonceptivos, dispongan de información acerca de cómo y donde obtenerlos, sobre cuales son los más convenientes para sus condiciones, y que sepan su modo de operación para emplearlos de modo seguro y efectivo.

La planificación familiar tiene como objetivos contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante: prevención, orientación y consejería y atención general y específica. Los servicios de planificación que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades: promoción y difusión, información y educación, consejería, selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos y por ultimo identificación y referencia de los casos de infertilidad. La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos a parejas que les permite tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. La consejería deberá informar las ventajas, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, dependiendo de las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se dará especial atención a la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como a sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, a fin de lograr la mayor efectividad del método seleccionado.

La consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud. (Personal médico, de enfermería, trabajo social u otro personal paramédico, promotor de salud y agente de salud comunitaria). Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Así como, estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual se auxiliará con material educativo adecuado. La consejería deberá impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario activo o potencial haga al prestador de servicios, y llevar a cabo en las unidades médicas de consulta externa u hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. (1, 19,20)

El médico es el responsable de dar la protección a la salud, por lo que siempre tiene que estar a la vanguardia en conocimientos médicos, siendo el usuario el responsable de motivar al personal de salud para su adquisición permanente de nuevos conocimientos. (1,20)

Cabe señalar que trabajos previos de investigación han señalado la importancia de promover la educación continua entre los médicos para aumentar estos conocimientos y habilidades con respecto a diversos temas de interés general.

En Buenos Aires se evaluó el nivel de conocimientos que los profesionales de la salud (pediatras) tienen sobre la anticoncepción de emergencia. El objetivo de este trabajo fue conocer, a través de una encuesta a los pediatras del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, los factores favorecedores y obstaculizadores para el uso y prescripción de los anticonceptivos de emergencia entre la población adolescente, así como determinar el grado de conocimiento de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable. El 95% de los médicos reveló conocer el método. La intención de prescribirlos fue positiva en más del 58%; el desconocimiento y la inexperiencia fueron el obstáculo principal para no indicarlos. Los aspectos teóricos de los Anticonceptivos de Emergencia y las indicaciones no generaron mayores controversias, pero un 90-95% no lo indicaría como método regular. El conocimiento de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable fue superior al 60%. La mayoría de los profesionales son conscientes de la falta de experiencia y conocimiento sobre el método, pero manifestaron interés en recibir más información al respecto. (21)

Los profesionales de la salud más evaluados sobre su nivel de conocimientos acerca de la anticoncepción de emergencia son los médicos ginecoobstetras.

Se realizó un estudio transversal descriptivo de corte prospectivo en nueve hospitales del Ministerio de Salud en Lima y Callao en una muestra aleatoria representativa de 94 médicos ginecoobstetras. En el presente estudio se buscó determinar el nivel de conocimientos y actitudes que tienen los médicos ginecoobstetras que laboran en hospitales del Ministerio de Salud en Lima y Callao sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE). Se aplicó una encuesta estructurada basada en anteriores experiencias, previa validación de “expertos”. Se observó que 100% de los médicos entrevistados había escuchado acerca de la AE. El 18% conocía los tres mecanismos de acción descritos en la literatura, 82% refirieron correctamente el modo de administración y 72% conocía el tiempo en que debe ser empleado. El 71% refirió estar

dispuesto a recetarla, mientras que 66% ya la había recetado en alguna oportunidad y 83% la menciona, con diferente frecuencia, como parte de su consejería habitual sobre anticoncepción. El 31% considera que la píldora anticonceptiva de emergencia posee algún mecanismo abortivo y 20% no estaría dispuesto a utilizarla en su pareja ni en su persona. En conclusión se observó que un porcentaje alto de los médicos gineco-obstetras está sensibilizado con el tema, conocen su modo de uso, los principales efectos adversos y contraindicaciones pero es bajo su conocimiento sobre el mecanismo de acción, indicando que nuevos estudios necesitan ser realizados en población general e intervenciones educativas para mejorar la calidad de los profesionales de salud. (22)

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. 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. En conclusión se obtuvo que 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. (23)

En Lima Perú se realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos e identificar las actitudes hacia los anticonceptivos orales de emergencia (PAE) en los médicos ginecoobstetras y obstetrices del instituto materno perinatal. Se realizó un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple, obteniendo una muestra ajustada de 47 ginecoobstetras y 108 obstetrices del instituto Materno Perinatal. A dichos sujetos se les aplicó un cuestionario autodesarrollado, para medir los niveles de conocimientos e identificar sus actitudes hacia las PAE. Como resultados se encontró tanto para los médicos ginecoobstetras y obstetrices respectivamente: 66% y 34.3% poseen un buen nivel de conocimiento; 91.5% y 79.6% están de acuerdo con la difusión del conocimiento y uso de las PAE; 70.2% y 37% lo han prescrito y/o recomendado; 66% y 62% no lo consideran abortivos; 72.3% y 62% consideran que restringir las PAE es limitar los derechos de la mujer. Se encontró además una asociación entre: el nivel de conocimientos y profesión ($X^2 13.759 p=0.001$); nivel de conocimientos y prescripción ($X^2 12.100 p=0.002$); prescripción y profesión ($X^2 12.691 p$ menor 0.001). Concluyendo que existe deficiencia en el conocimiento por parte del personal de salud sobre las PAE. Y existen actitudes y opiniones ampliamente favorables hacia las PAE. (24)

En San José de Costa Rica en el 2002 se realizó un estudio con el objetivo de evaluar

los conocimientos, actitudes y prácticas de los ginecoobstetras acerca de la anticoncepción de emergencia (AE), en el marco de la atención integral de la mujer que esta en riesgo de embarazo no deseado por haber tenido relaciones sexuales sin protección. Se aplicó un cuestionario estructurado de 20 preguntas a 60 ginecoobstetras del área metropolitana de San José para indagar sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación con AE. Los resultados fueron; el 92% había escuchado sobre AE, 80% conocía las indicaciones y 82% los efectos secundarios. El 48% la había prescrito alguna vez. Sobre el mecanismo de acción, uno de cada cuatro respondió que actúa produciendo aborto, 44% que impide la implantación, 10% que impide la fecundación y 13% que impide la ovulación. Solo la mitad de los entrevistados sabía como se usa. En cuanto a la eficacia, el 75% respondió que el porcentaje de éxito en evitar un embarazo es alto. Se prescribió con más frecuencia en casos de violación o incesto, en pequeño porcentaje en casos de relaciones sexuales no protegidas. En conclusión se observó en los ginecoobstetras costarricenses un alto conocimiento del mecanismo de acción, modo de uso y eficacia de la AE. Sin embargo, el porcentaje que la ha prescrito es mas bajo que en estudios realizados en otros países. (25)

La información sobre la evolución de los conocimientos en médicos del primer nivel de atención y aun más en médicos familiares es limitada.

Los resultados al evaluar 175 médicos generales escogidos al azar y que ejercen en la ciudad de Cartagena, Colombia, señalan que es regular el conocimiento concreto sobre anticoncepción de emergencia, muy por debajo de lo que debiese exigirse, y permiten inferir que no existe un suficiente y verdadero compromiso con su prescripción y divulgación. Es necesario adelantar amplias y masivas actividades y estrategias de educación médica continua, las cuales el mismo grupo investigado señaló estar interesado en recibir. (26)

En un estudio realizado en el área de salud de Toledo se valoró los conocimientos y actitudes sobre la anticoncepción de emergencia (AE) de los médicos de atención primaria (AP). El diseño fue descriptivo transversal, mediante encuesta. La población del estudio son los 336 médicos de AP del área. La encuesta incluye ítems sobre métodos conocidos, efectos secundarios, contraindicaciones, demanda y actitud ante la misma, pauta empleada por los prescriptores, uso de antieméticos profilácticos, test de gestación previo y derivación al Centro de Orientación Familiar (COF). Los resultados fueron; respondieron 139 (41,3%). Un 8,0% no conocía ningún método de AE; el 84,9% citaba preparados hormonales, un 12,9% DIU y un 3,5% otros. El efecto secundario considerado más frecuente fue vómitos/náuseas (69,7%); el más grave, tromboembolismo (35,9%) y la principal contraindicación, embarazo (84,8%). El 93,5% tuvieron alguna demanda de AE en el último año. Lo consideran abortivo el 27,5%. Prescriben AE el 68,8%. Este porcentaje es menor en aquéllos que lo consideran aborto. De los prescriptores, realizan test de embarazo el 74,4%. La pauta más utilizada (54,1%) es la clásica de Yuzpe. Prescriben antieméticos profilácticos siempre el 30,6%. Remiten al COF siempre el 33,7%. Si la solicitante fuera menor, el 49,6% de los encuestados recomendarían que volviera con un familiar mayor de edad y el 17,6% prescribirían AE. En conclusión; existen lagunas de conocimiento sobre la AE y una actuación heterogénea entre nuestros profesionales. Creemos necesario mejorar su formación y

construir guías de actuación claras para atender correctamente esta demanda, creciente e importante. (27)

En otro estudio el objetivo fue conocer en los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (M.I.R de M.F.y C) su opinión sobre la disposición a utilizar la píldora poscoital (ACHO-P) y forma de usarla. El estudio fue descriptivo. La población de estudio fueron todos los M.I.R de M.F.y C. de la provincia de Jaen. Se les realizó una encuesta secreta por cuestionario. Los resultados fueron; encuestados 79 MIR (34 hombres y 45 mujeres), edades entre 25 y 47 años (IC: 29,9 \pm 4,6). El 96,4% conoce al menos 1 método ACHO-P. No existen diferencias entre hospitales, edad o sexo. El 23% no estaba dispuesto a usarla (78% de ellos por motivos religiosos) ($p < 0,005$). El 24% prescriben a todas las solicitantes; el resto (53%) prescriben, pero no en embarazo demostrado por analítica ni en menores de 18 años si acudían sin sus padres. Entre quienes prescriben; explican opciones previas el 50,8%, los riesgos el 97,7% sin intentar disuadirlos creyendo que se trata de una decisión personal (27%). Usan levonorgestrol y método Yuzpe. En conclusión se observaron 3 patrones de conducta: no prescriptor de ACHO-P por motivos religiosos, prescriptor a todas las pacientes que los solicitan y prescriptor salvo casos concretos (más controvertido el caso de menores). Se realiza educación sanitaria y dominan dos pautas de tratamiento. (28)

En México solo existe un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos de emergencia (AE) entre un grupo de médicos familiares de la Ciudad de México. Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se diseñó una encuesta acerca de la anticoncepción de emergencia (AE) para ser contestada por médicos familiares. Se aplicó en las Unidades de Medicina Familiar dependientes del Hospital General de Zona "San Ángel" de la Ciudad de México. Previa autorización de los directivos de cada unidad y del propio médico encuestado. Se recabó la información y se presentó en forma de porcentajes. Los resultados obtenidos fueron; se encuestó a 93 médicos familiares de cinco UMF. El 91.4% habían oído hablar sobre los AE y el 15% conocieron la dosis exacta. El 8% pensaba que su mecanismo de acción era expulsar un huevo implantado (mecanismo abortivo). El 44.1% sabían que el tiempo de efectividad es 72 horas poscoito y 19.3% que su efectividad para evitar el embarazo es del 75%. Los AE más conocidos por los encuestados fueron medroxiprogesterona/estradiol y norestisterona/etinilestradiol. En conclusión el nivel de conocimientos sobre AE es deficiente, existe disposición entre los médicos familiares para emplearlos. Los puntos en los que debe realizarse mayor énfasis para elaborar estrategias de capacitación son: las contraindicaciones y los aspectos legales. (29)

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, la población de estudio que fueron los 63 médicos familiares adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, D. F. de ambos turnos, se excluyeron a los médicos familiares que no desearon participar y aquellos que no contestaron el 100% de las preguntas del cuestionario aplicado. Con el fin de conocer cual era el nivel de conocimiento de los médicos familiares acerca de la anticoncepción de emergencia y la asociación con la difusión de este método, con pleno conocimiento del objetivo del estudio, así como previo consentimiento informado por los participantes. El investigador aplicó el cuestionario a los médicos familiares. El cuestionario constó de 2 partes, la primera con datos generales del entrevistado, la segunda estructurada con 12 preguntas, 11 de ellas cerradas y una abierta. Para calificar y establecer un determinado nivel de conocimientos se utilizó el instrumento de evaluación de Álvaro Monterrosa diseñado por el mismo y validado por un grupo de médicos del hospital de Cartagena Colombia. Se realizaron diez preguntas de selección múltiple con una sola respuesta verdadera. Se asignó un punto por cada pregunta contestada de forma acertada, definiéndose por tanto un rango de calificación de cero a diez puntos. Se consideró: deficiente = menos de 3.9 puntos, muy malo=4.0 a 4.9 puntos, malo=5.0 a 5.9 puntos, regular = 6.0 a 6.9, buena = 7.0 a 7.9, muy buena = 8.0 a 9.9, excelente = 10 puntos. Para la difusión se consideró una escala nominal considerando si, o no, existió difusión.

RESULTADOS

De los 63 médicos familiares, que participaron en el presente estudio 35 fueron del sexo femenino (56%) y 28 del sexo masculino (44%). TABLA1, GRAFICA 1

Los 63 médicos (100%), eran de nacionalidad mexicana. En cuanto a la escuela de procedencia de la carrera de medicina 37 (66%) procedían de la UNAM y 26 (41%) del IPN. TABLA2, GRAFICA 2.

De los 63 médicos familiares que participaron en el estudio 2 (3%) egresaron en 1977, 15 (23%) en 1980, 2(3%) egresaron en 1981, 8 (12%) en 1982, 2 (3%) egresaron en 1983, 3 (4%) en 1984, 6 (9%) en 1986, 4(6%) egresaron en 1987 y 1988, 3 (4%) egresaron en 1989 y 1990, 2(3%) egresaron 1995, 3 (4%) egresaron en 1997 y 6 (9%) egresaron en 1998. TABLA 3. GRAFICA 3

De los 63 médicos familiares que participaron en el estudio; 2 que corresponde al 3% terminaron la especialidad en 1982, 4 que corresponde al 6% terminaron en 1984, 10 que corresponde al 15% terminaron en 1985, 2 que corresponden al 3% en 1986,8 que corresponde al 12% en 1987, 3 que corresponde al 4% en 1988, de igual forma para el año de 1990, 6 que corresponden al 9% en 1992, de igual forma para el año1994, 4 que corresponden al 6% para el año 1998, de igual forma para los años 2000 y 2001, 5 que corresponden al 7% para terminaron la especialidad en el año 2006 y 2 que correspondieron al 3% terminaron la especialidad en el 2008. Estos resultados se muestran en la TABLA 4 .GRAFICA 4.

En cuanto a la situación laboral en antigüedad en los médicos participantes se obtuvieron los siguientes resultados; 2 (que corresponde al 3%) tuvieron 3 años de antigüedad laboral en la UMF 33, 4 (que corresponde al 6%) 6 años de antigüedad laboral en la UMF 33, 6 que (corresponden al 9%) 8 años de antigüedad, 5 (que corresponde al 7%) 9 años de antigüedad, 7(que corresponde al 11%) 10 años de antigüedad, así mismo 7 (11%) a 14 años de antigüedad, 5(7%) 15 años de antigüedad, 7 (11%) 18 años de antigüedad, 4 (6%) 19 años de antigüedad, 5(7%) 20 años de antigüedad, 2(3%) 21 años de antigüedad, 4(6%) 22 años de antigüedad, 5 (7%) 23 años de antigüedad laboral en la UMF 33. Estos resultados se muestran en la TABLA 5 .GRAFICA 5.

La Tabla 6 presenta el consolidado de respuesta a las diez preguntas del cuestionario que evaluaba el conocimiento teórico sobre anticoncepción de emergencia. En la pregunta numero uno, se interrogó si el concepto de anticoncepción de emergencia era un método anticonceptivo de barrera, un método para uso regular, un método postcoital que se usa en cada relación sexual a la mañana siguiente o un método para prevenir el embarazo cuando se han tenido relaciones sexuales sin protección. La pregunta fue contestada correctamente por 54 (86%) de los médicos participantes. Los que contestaron erróneamente fueron 9 médicos (14%).

La segunda pregunta del test interrogaba identificar el esquema mas usado de anticoncepción de emergencia de los esquemas: método de Guilligan, método de Savage, método de Stein-Levental, o método de Yuzpe, siendo contestada de forma acertada por

56 (89%) de los médicos evaluados. 7 (11%) contestaron de forma incorrecta a esta interrogante.

51(81%) médicos contestó acertadamente la tercera pregunta, la cual estaba relacionada con los efectos adversos que más frecuentemente produce la anticoncepción de emergencia, que son los vómitos y las náuseas. 12 (19%) de estos contestaron de forma incorrecta.

La cuarta pregunta, que correspondía a las contraindicaciones para el uso de la anticoncepción de emergencia fue contesta de forma correcta por 48 (76%) de los médicos y solo 15(14%) la contestaron de forma incorrecta.

Sin embargo para la quinta pregunta que se refería a las estrategias que hacían parte del concepto de anticoncepción de emergencia 41 (65%) de los médicos participantes la contestó de forma errónea y solo 22(35%) la respondió de forma acertada.

La sexta pregunta que correspondía a las indicaciones para no utilizar la anticoncepción de emergencia 36(57%) de los médicos la contestaron de forma correcta y 27 (43%) de forma incorrecta.

45 (72%) de los médicos participantes respondió erróneamente acerca de cómo se administra el método de Yuzpe, siendo solo 18 (28%) los que contestaron acertadamente. En cuanto a la tasa de falla de la anticoncepción de emergencia, que corresponde a la novena pregunta, 45 (75%) médicos acertaron a esta y 16 (25%) respondieron de forma incorrecta.

Con la decima pregunta se observo que 32 (55%) de los médicos conocen los nombres comerciales de las píldoras de anticoncepción de emergencia y 31 (49%) los desconocen. Estos datos son representados en la TABLA 6. GRAFICA 6.

La calificación promedio obtenida por la totalidad del grupo de estudio, a partir de las respuestas correctas al cuestionario en forma de test fue 7.1

lo que permite colocarlos en la categoría Bueno. En la Tabla 7 se presenta la distribución de los profesionales según calificación y categoría obtenida.

Sólo 3 médicos (5%) contestaron acertadamente las diez preguntas del cuestionario, siendo considerados dentro de la categoría Excelente, 24 médicos (38%) obtuvieron calificación que permite colocarlos en categoría Muy Bueno. 15 (24%) de los profesionales alcanzó la categoría Bueno y 14 (22%) la categoría Regular. Una calificación de cinco fue obtenida por 4 médicos (6%) catalogándolos como malo y solo 3 (5%) con una calificación de 4 entrando al rubro de muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados. TABLA 7.GRAFICA 7

En cuanto a la situación laboral en años de antigüedad y la categoría obtenida a partir de las respuestas correctas del cuestionario se obtuvieron los siguientes resultados: 2 médicos (3%) con 3 años de antigüedad obtuvieron la calificación excelente; con 6 años de antigüedad 1 medico (2%) con calificación de excelente y 3 (5%) con bueno; con 8 años de antigüedad 2 (3%) con calificación de muy bueno y 4 (6%) con bueno; con 9 años de antigüedad 4 (6%) con muy bueno, 1(2%) con malo; con 10 años de antigüedad 4 (6%) con muy bueno, 2 (3%) con bueno, 1(2%) con malo; con 14 años de antigüedad 4 (6%) con muy bueno y 3 (5%) con bueno; con 15 años de antigüedad, 3(5%) con muy bueno y 2(3%) con calificación de regular; con 18 años de antigüedad 2 (3%) con calificación muy bueno, 3 (5%) con regular, 1(2%) con malo y 1(2%) muy malo; con 19 años de antigüedad 2(3%) con calificación de muy bueno, 2(3%) con calificación regular; con 20 años de antigüedad 1(2%) con muy bueno, 1(2%) con bueno, 3(5%) regular; con 21 años de antigüedad 2(3%) con calificación bueno; con 22 años de antigüedad 2(3%) con muy bueno y 2 (3%) con regular; por ultimo con 23 años de antigüedad 2(3%) con calificación

de regular, 1 (2%) con calificación de malo y 2 (3%) con calificación de muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados. TABLA 8. GRAFICA 8.

De los 63 médicos según la categoría obtenida en relación con la escuela de procedencia de la carrera de medicina se obtuvieron los siguientes resultados; de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 2 médicos (3%) obtuvieron calificación excelente, 14 médicos (22%) muy bueno, 8 médicos (13%) bueno, de igual forma la calificación regular, 2 médicos (3%) calificación malo y 3 médicos (5%) muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados. Del Instituto Politécnico Nacional (IPN); 1 medico (2%) calificación excelente, 10 médicos (15%) muy bueno, 7 médicos (11%) calificación bueno, 6 médicos (10%) regular y 2 médicos (3%) la calificación malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados. TABLA 9 Y 10. GRAFICA 9 Y 10

Según la categoría obtenida en relación con el sexo para el nivel de conocimientos acerca de la anticoncepción de emergencia de los médicos familiares del estudio se obtuvieron los siguientes resultados: sexo masculino; 0 médicos calificación excelente, 14 médicos (22%) calificación muy bueno, 10 médicos (16%) calificación bueno, 6 médicos (10%) calificación regular, 4 médicos (6%) malo y 1 medico (2%) con calificación de muy malo. Del sexo femenino 3(5%) médicos calificación excelente, 10 médicos (16%) calificación muy bueno, 5 médicos (8%) calificación bueno, 8 médicos (12%) calificación regular, 0 médicos malo y 2 médicos (3%) con calificación de muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados. TABLA 11. GRAFICA 11.

De los 63 médicos participantes del estudio 48 (76%) si difunden la anticoncepción de emergencia, los 15(24%) restantes no la difunden como parte de sus actividades de la consulta externa. TABLA 12. GRAFICA 12.

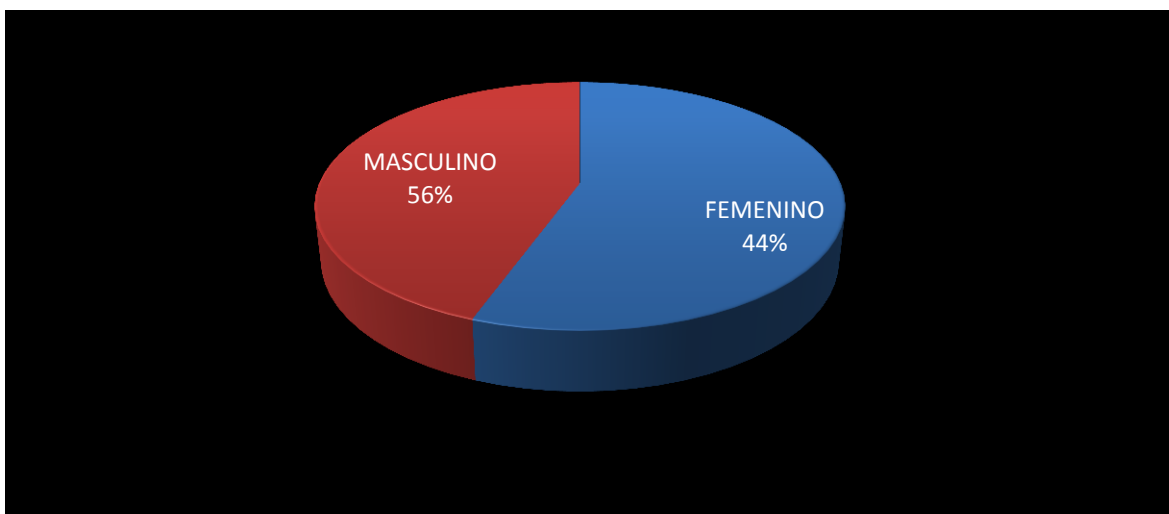
De acuerdo a la categoría obtenida en relación con la difusión de la anticoncepción de emergencia de los médicos del estudio se obtuvieron los siguientes resultados: de los que si difunden la anticoncepción de emergencia, 3 médicos (5%) obtuvieron una calificación excelente, 24 médicos (38%) una calificación de muy bueno, 15 médicos (24%) una calificación de bueno, 6 médicos (9%) una calificación de regular, para las categorías malo, muy malo y deficiente no se obtuvieron resultados. De los médicos que no la difunden para la categoría de excelente, muy bueno y bueno no se obtuvieron resultados, 8 médicos (13%) obtuvieron una calificación regular, 4 médicos (6%) malo y 3 médicos (5%) muy malo, para la categoría deficiente no hubo resultados. TABLA 13. GRAFICA 13.

TABLA 1.DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

SEXO	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
MASCULINO	35	56%
FEMENINO	28	44%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 1.DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GENERO DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°1.

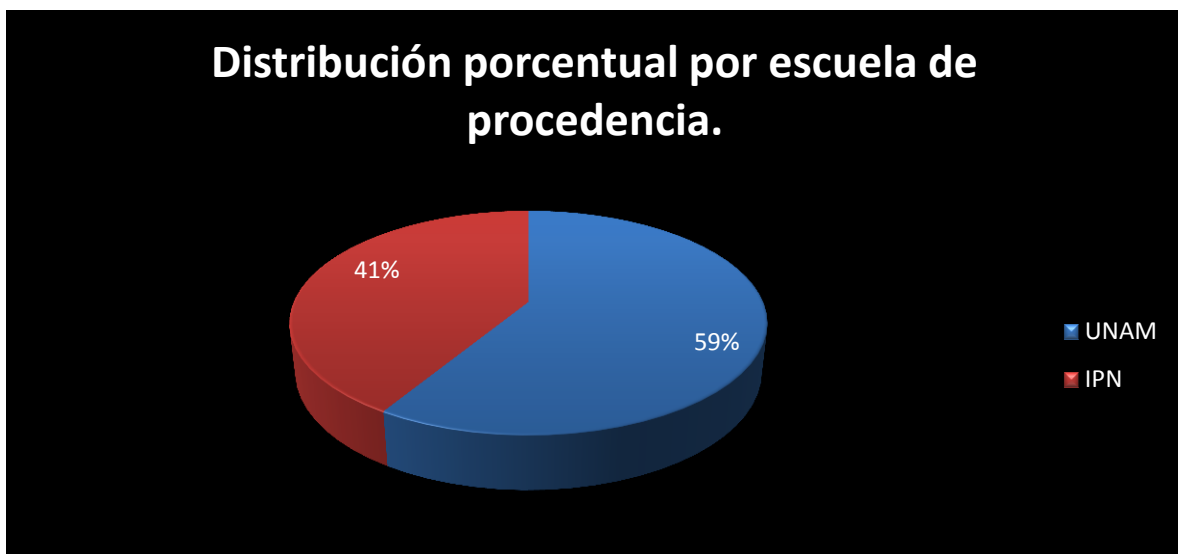
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y distribución por género. Participaron 63 médicos familiares de los cuales 35 (56%) correspondieron al sexo femenino y 28 (44%) correspondieron al sexo masculino.

TABLA 2.DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESCUELA DE PROCEDENCIA DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

ESCUELA DE PROCEDENCIA	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
UNAM	37	59%
IPN	26	41%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

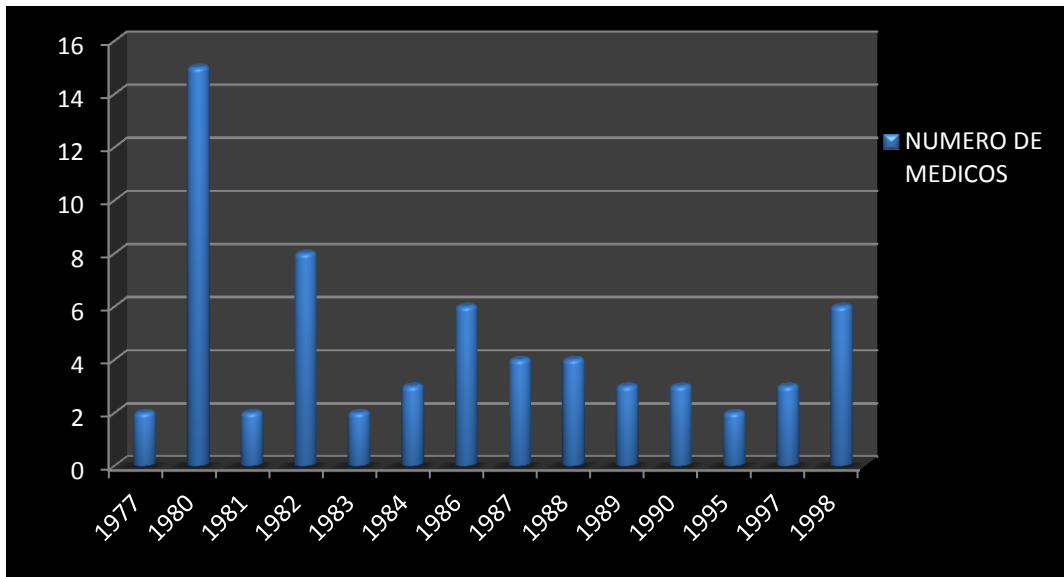
GRAFICA 2.DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESCUELA DE PROCEDENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°2.

Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y distribución por ESCUELA DE PROCEDENCIA. Participaron 63 médicos familiares de los cuales 37 (56%) correspondieron a la UNAM y 19 (34%) correspondieron al IPN.

GRAFICO 3.DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL AÑO EN QUE TERMINARON LA CARRERA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°3.

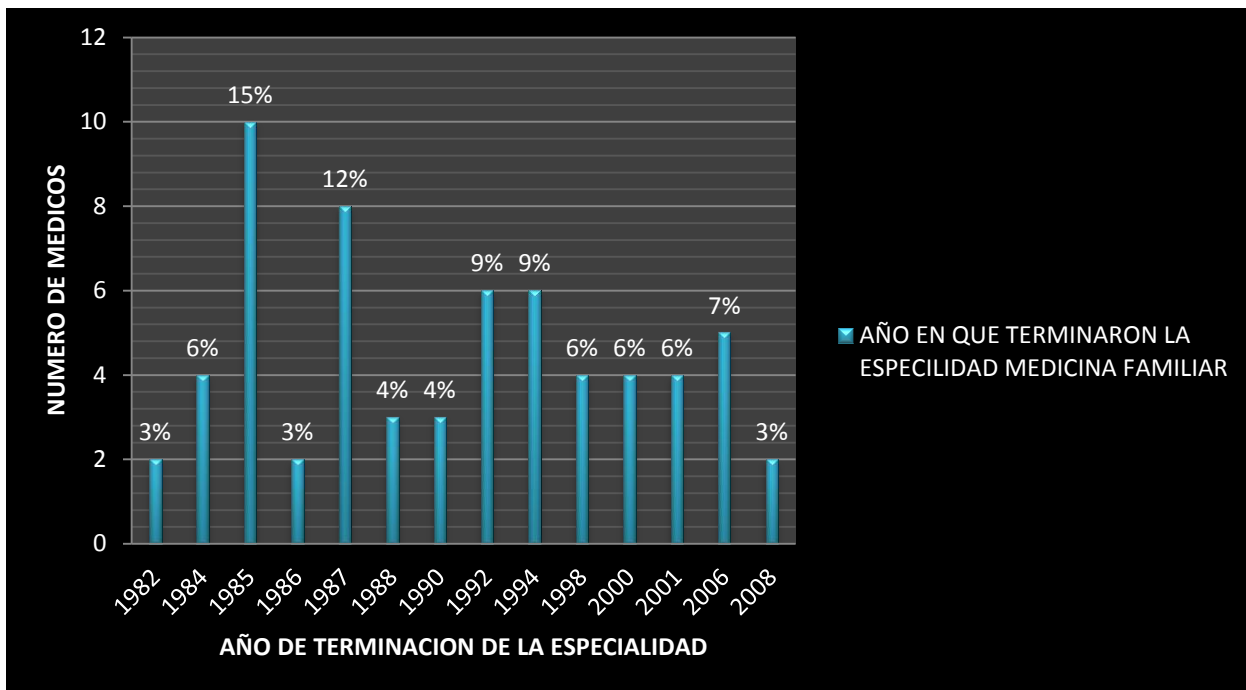
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y distribución por AÑO EN QUE TERMINARON LA CARRERA DE MEDICINA. Participaron 63 médicos familiares de los cuales 2 (3%) egresaron en 1977, 15 (23%) en 1980, 2(3%) egresaron en 1981, 8 (12%) en 1982, 2 (3%) egresaron en 1983, 3 (4%) en 1984, 6 (9%) en 1986, 4(6%) egresaron en 1987 y 1988, 3 (4%) egresaron en 1989 y 1990, 2(3%) egresaron 1995, 3 (4%) egresaron en 1997 y 6 (9%) egresaron en 1998.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL AÑO EN QUE TERMINARON LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

AÑO EN QUE TERMINARON LA ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
1982	2	3%
1984	4	6%
1985	10	15%
1986	2	3%
1987	8	12%
1988	3	4%
1990	3	4%
1992	6	9%
1994	6	9%
1998	4	6%
2000	4	6%
2001	4	6%
2006	5	7%
2008	2	3%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICO 4.DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL AÑO EN QUE TERMINARON LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°4.

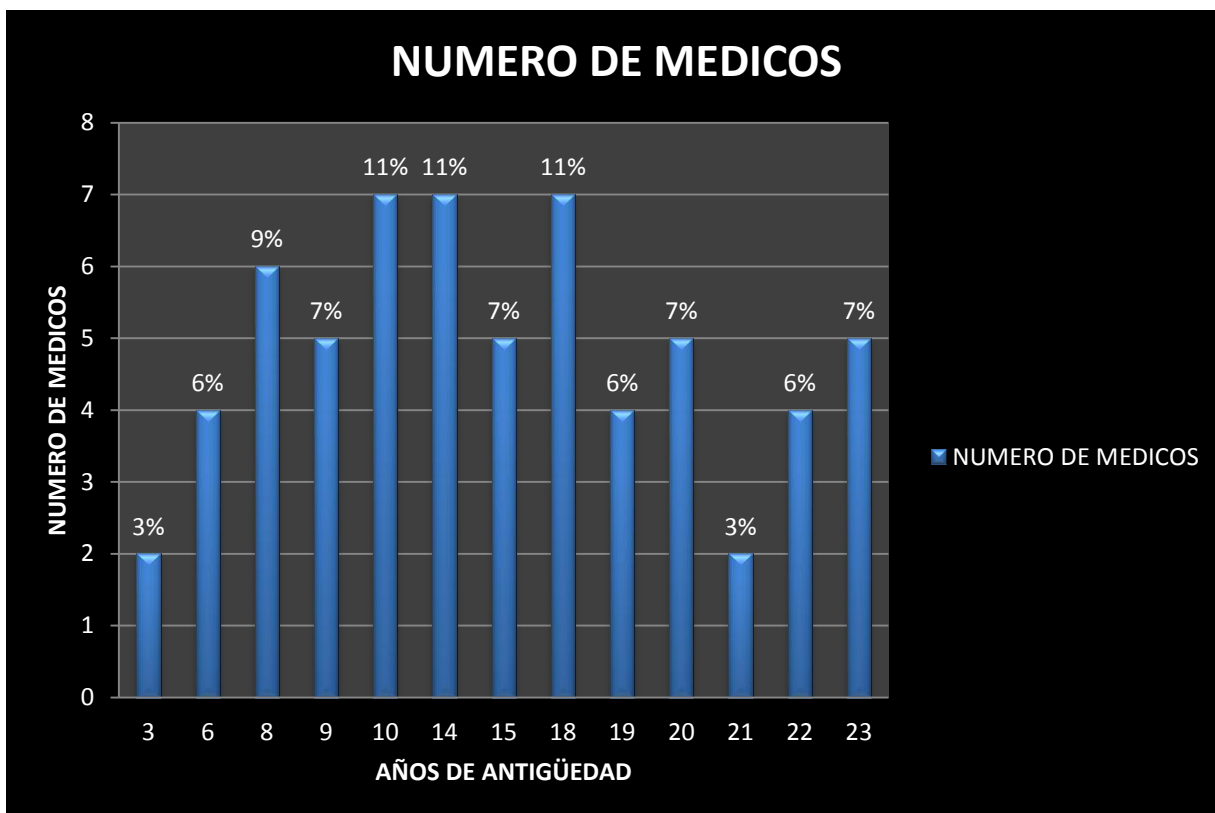
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y distribución por AÑO EN QUE TERMINARON LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR. De los 63 médicos familiares que participaron en el estudio; 2 que corresponde al 3% terminaron la especialidad en 1982, 4 que corresponde al 6% terminaron en 1984, 10 que corresponde al 15% terminaron en 1985, 2 que corresponden al 3% en 1986, 8 que corresponde al 12% en 1987, 3 que corresponde al 4% en 1988, de igual forma para el año de 1990, 6 que corresponden al 9% en 1992, de igual forma para el año 1994, 4 que corresponden al 6% para el año 1998, de igual forma para los años 2000 y 2001, 5 que corresponden al 7% para terminaron la especialidad en el año 2006 y 2 que correspondieron al 3% terminaron la especialidad en el 2008.

TABLA 5 .DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL EN LA UMF 33 DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
3	2	3
6	4	6
8	6	9
9	5	7
10	7	11
14	7	11
15	5	7
18	7	11
19	4	6
20	5	7
21	2	3
22	4	6
23	5	7
TOTAL	63	100%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 5 .DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°5.

Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución en cuanto a la situación laboral en antigüedad en los médicos participantes 2 (3%) tuvieron 3 años de antigüedad laboral en la UMF 33, 4 (6%) 6 años de antigüedad laboral en la UMF 33, 6(9%) 8 años de antigüedad, 5 (7%) 9 años de antigüedad, 7(11%) 10 años de antigüedad, así mismo 7 (11%) a 14 años de antigüedad, 5(7%) 15 años de antigüedad, 7 (11%) 18 años de antigüedad, 4 (6%) 19 años de antigüedad, 5(7%) 20 años de antigüedad, 2(3%) 21 años de antigüedad, 4(6%) 22 años de antigüedad, 5 (7%) 23 años de antigüedad laboral en la UMF 33.

TABLA 3.DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL AÑO EN QUE TERMINARON LA CARRERA DE MEDICINA DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

AÑO EN QUE TERMINARON LA CARRERA DE MEDICINA	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
1977	2	3%
1980	15	23%
1981	2	3%
1982	8	12%
1983	2	3%
1984	3	4%
1986	6	9%
1987	4	6%
1988	4	6%
1989	3	4%
1990	3	4%
1995	2	3%
1997	3	4%
1998	6	9%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

TABLA 6 DISTRIBUCION SEGÚN RESPUESTA AL CUESTIONARIO PARA CALIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

PREGUNTA FORMULADA	RESPUESTA				TOTAL MEDICOS
	CORRECTA		INCORRECTA		
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	
DEFINIR CONCRETAMENTE EL CONCEPTO DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	54	86%	9	14%	63
IDENTIFICAR EL ESQUEMA MAS USADO DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	56	89%	7	11%	63
EFECTOS ADVERSOS QUE MAS FRECUENTEMENTE PRODUCE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	51	81%	12	19%	63
CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	48	76%	15	14%	63
ESTRATEGIAS QUE HACEN PARTE DEL CONCEPTO DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	22	35%	41	65%	63
INDICACIONES PARA NO UTILIZAR LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	36	57%	27	43%	63
COMO SE ADMINISTRA EL METODO DE YUZPE	18	28%	45	72%	63
TASA DE FALLA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	16	25%	47	75%	63
MECANISMO DE ACCION DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	35	55%	28	45%	63
NOMBRE COMERCIALES DE PILDORAS DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	32	51%	31	49%	63

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 6 DISTRIBUCION SEGÚN RESPUESTA AL CUESTIONARIO PARA CALIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°6.

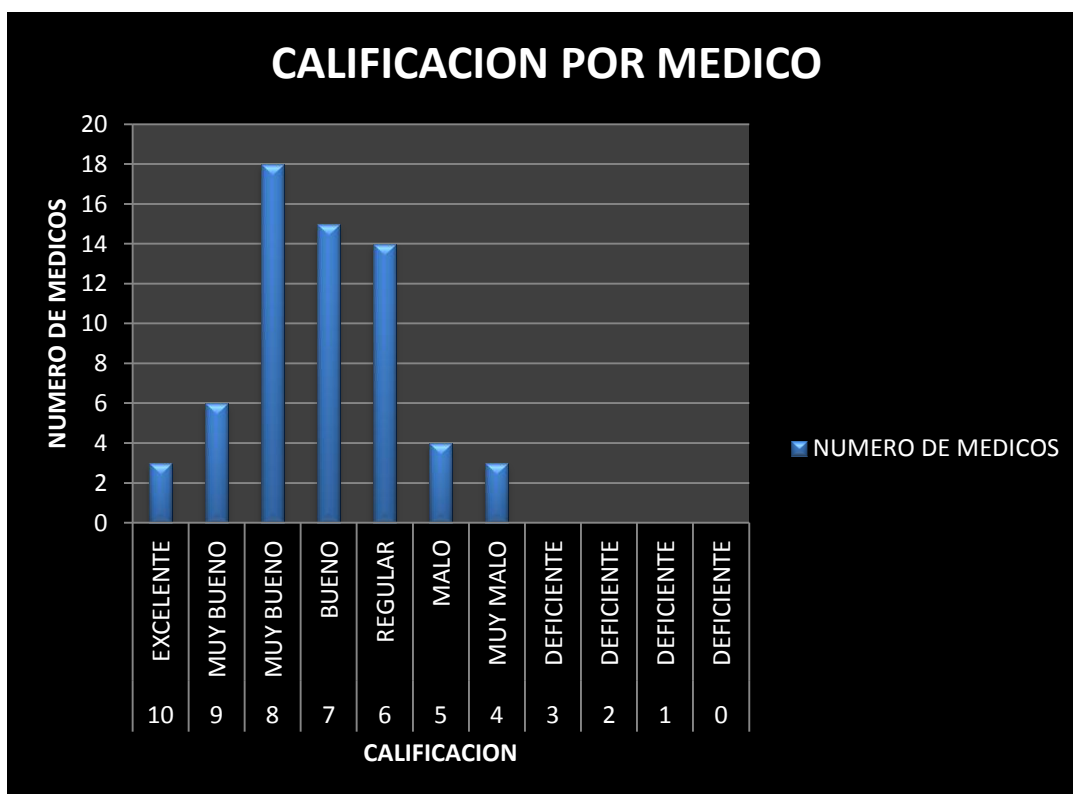
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución en respuesta a las diez preguntas del cuestionario que evaluaba el conocimiento teórico sobre anticoncepción de emergencia. La pregunta numero uno, fue contestada correctamente por 54 (86%) de los médicos participantes, los que contestaron erróneamente fueron 9 médicos (14%). La segunda pregunta, fue contestada de forma acertada por 56 (89%) de los médicos evaluados. 7 (11%) contestaron de forma incorrecta a esta interrogante. 51 médicos (81%) contestó acertadamente la tercera pregunta, 12 de los médicos (19%) la contestaron de forma incorrecta. La cuarta pregunta, fue contestada de forma correcta por 48 (76%) de los médicos y solo 15 (14%) la contestaron de forma incorrecta. Para la quinta pregunta 41 (65%) de los médicos participantes la contestó de forma errónea y solo 22 (35%) la respondió de forma acertada. La sexta pregunta 36 (57%) de los médicos la contestaron de forma correcta y 27 (43%) de forma incorrecta. 45 (72%) de los médicos participantes respondió erróneamente a la octava pregunta y solo 18 (28%) contestaron acertadamente. La novena pregunta, 45 (75%) médicos acertaron a esta y 16 (25%) respondieron de forma incorrecta. Con la decima pregunta se observó que 32 (55%) de los médicos contestaron acertadamente y 31 (49%) incorrectamente.

TABLA 7 DISTRIBUCION SEGÚN CALIFICACION Y CATEGORIA OBTENIDA PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

CALIFICACION	CATEGORIA	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
DIEZ	EXCELENTE	3	5%
NUEVE	MUY BUENO	6	9%
OCHO	MUY BUENO	18	29%
SIETE	BUENO	15	24%
SEIS	REGULAR	14	22%
CINCO	MALO	4	6%
CUATRO	MUY MALO	3	5%
TRES	DEFICIENTE	0	0%
DOS	DEFICIENTE	0	0%
UNO	DEFICIENTE	0	0%
CERO	DEFICIENTE	0	0%
TOTAL		63	100%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 7 DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESPUESTA AL CUESTIONARIO PARA CALIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°7.

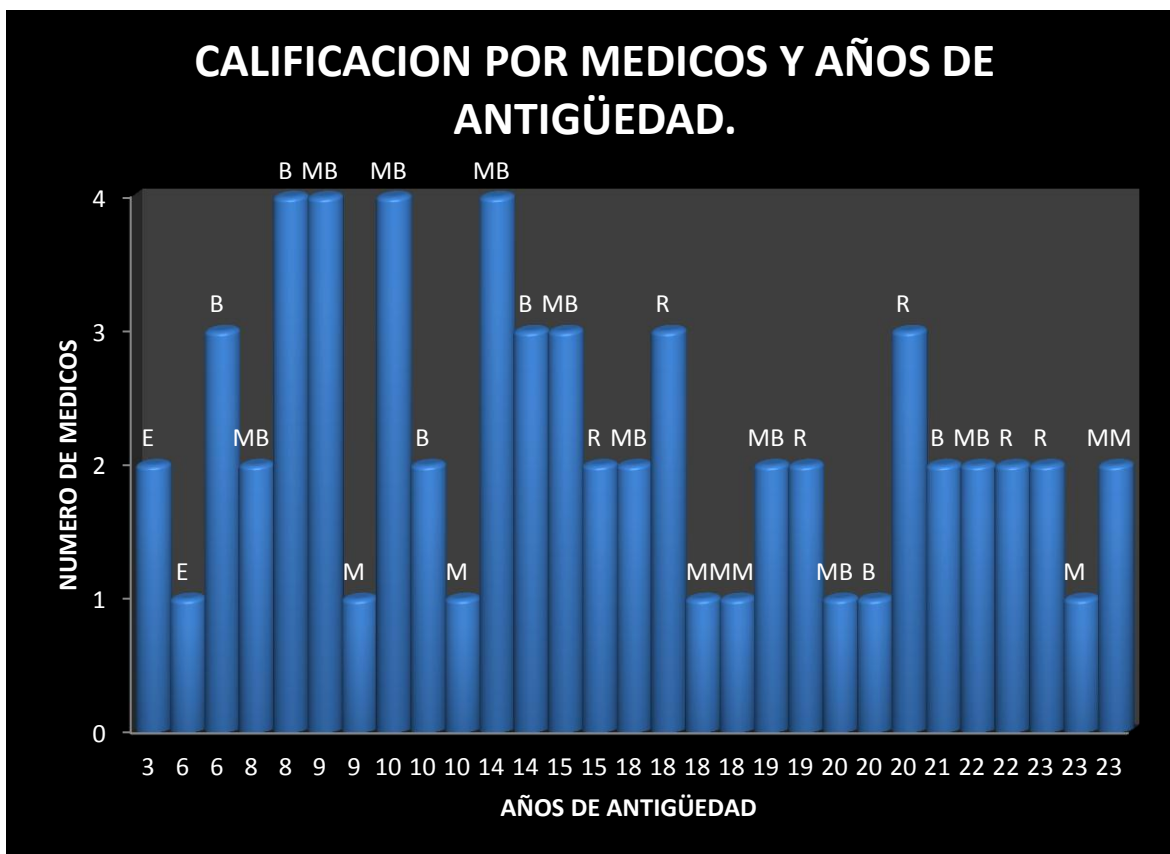
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución en cuanto a la calificación promedio obtenida por la totalidad del grupo de estudio. Sólo 3 médicos (5%) contestaron acertadamente las diez preguntas del cuestionario, siendo considerados dentro de la categoría Excelente, 24 médicos (38%) obtuvieron calificación que permite colocarlos en categoría Muy Bueno. 15 (24%) de los profesionales alcanzó la categoría Bueno y 14 (22%) la categoría Regular. Una calificación de cinco fue obtenida por 4 médicos (6%) catalogándolos como malo y solo 3 (5%) con una calificación de 4 entrando al rubro de muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados.

TABLA 8 DISTRIBUCION SEGÚN CALIFICACION Y CATEGORIA OBTENIDA EN RELACION CON LOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL	NUMERO DE MEDICOS	CATEGORIA OBTENIDA	PORCENTAJE	
3	2	EXCELENTE	3%	
6	1	EXCELENTE	2%	
6	3	BUENO	5%	
8	2	MUY BUENO	3%	
8	4	BUENO	6%	
9	4	MUY BUENO	6%	
9	1	MALO	2%	
10	4	MUY BUENO	6%	
10	2	BUENO	3%	
10	1	MALO	2%	
14	4	MUY BUENO	6%	
14	3	BUENO	5%	
15	3	MUY BUENO	5%	
15	2	REGULAR	3%	
18	2	MUY BUENO	3%	
18	3	REGULAR	5%	
18	1	MALO	2%	
18	1	MUY MALO	2%	
19	2	MUY BUENO	3%	
19	2	REGULAR	3%	
20	1	MUY BUENO	2%	
20	1	BUENO	2%	
20	3	REGULAR	5%	
21	2	BUENO	3%	
22	2	MUY BUENO	3%	
22	2	REGULAR	3%	
23	2	REGULAR	3%	
23	1	MALO	2%	
23	2	MUY MALO	3%	
TOTAL	63		100%	

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 8 DISTRIBUCION SEGÚN CALIFICACION Y CATEGORIA OBTENIDA EN RELACION CON LOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°8.

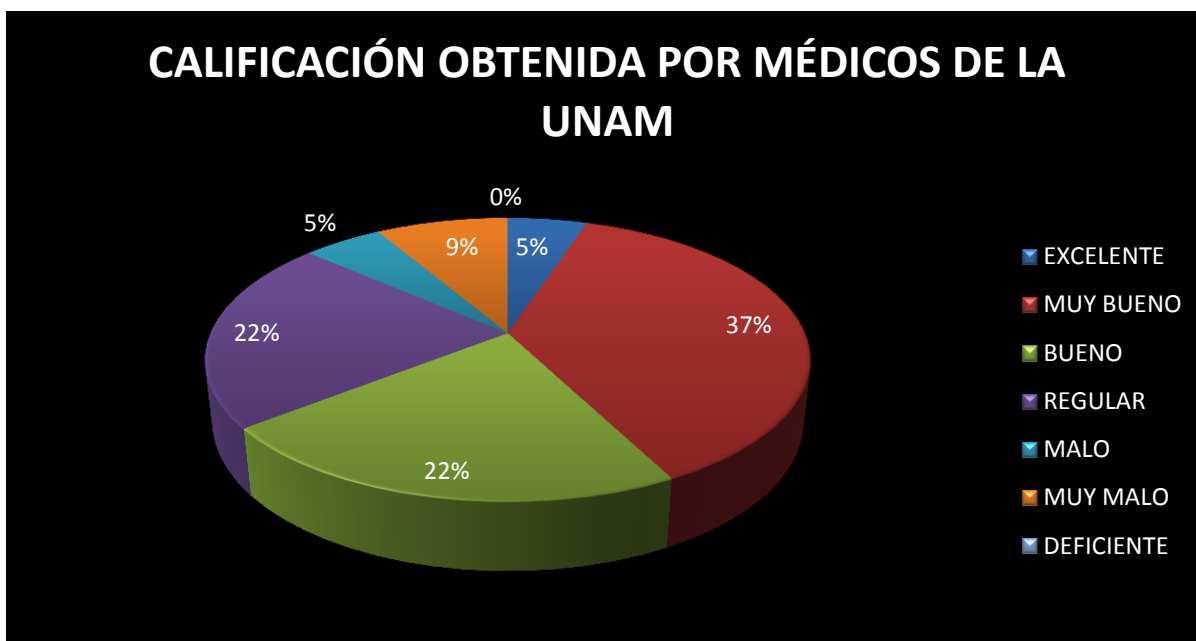
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución en cuanto a los años de antigüedad y la categoría se obtuvieron los siguientes resultados: 2 médicos (3%) con 3 años de antigüedad obtuvieron la calificación excelente; con 6 años de antigüedad 1 medico (2%) con calificación de excelente y 3 (5%) con bueno; con 8 años de antigüedad 2 (3%) con calificación de muy bueno y 4 (6%) con bueno; con 9 años de antigüedad 4 (6%) con muy bueno, 1(2%) con malo; con 10 años de antigüedad 4 (6%) con muy bueno, 2 (3%) con bueno, 1(2%) con malo; con 14 años de antigüedad 4 (6%) con muy bueno y 3 (5%) con bueno; con 15 años de antigüedad, 3(5%) con muy bueno y 2(3%) con calificación de regular; con 18 años de antigüedad 2 (3%) con calificación muy bueno, 3 (5%) con regular, 1(2%) con malo y 1(2%) muy malo; con 19 años de antigüedad 2(3%) con calificación de muy bueno, 2(3%) con calificación regular; con 20 años de antigüedad 1(2%) con muy bueno, 1(2%) con bueno, 3(5%) regular; con 21 años de antigüedad 2(3%) con calificación bueno; con 22 años de antigüedad 2(3%) con muy bueno y 2 (3%) con regular; por ultimo con 23 años de antigüedad 2(3%) con calificación de regular, 1 (2%) con calificación de malo y 2 (3%) con calificación de muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados.

TABLA 9 DISTRIBUCION SEGÚN LA CATEGORIA OBTENIDA EN RELACION CON LA ESCUELA DE PROCEDENCIA (UNAM) PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

CATEGORIA OBTENIDA	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
EXCELENTE	2	3%
MUY BUENO	14	22%
BUENO	8	13%
REGULAR	8	13%
MALO	2	3%
MUY MALO	3	5%
DEFICIENTE	0	0%
TOTAL	37	59%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 9 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CATEGORIA OBTENIDA EN RELACION CON LA ESCUELA DE PROCEDENCIA (UNAM) PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°9.

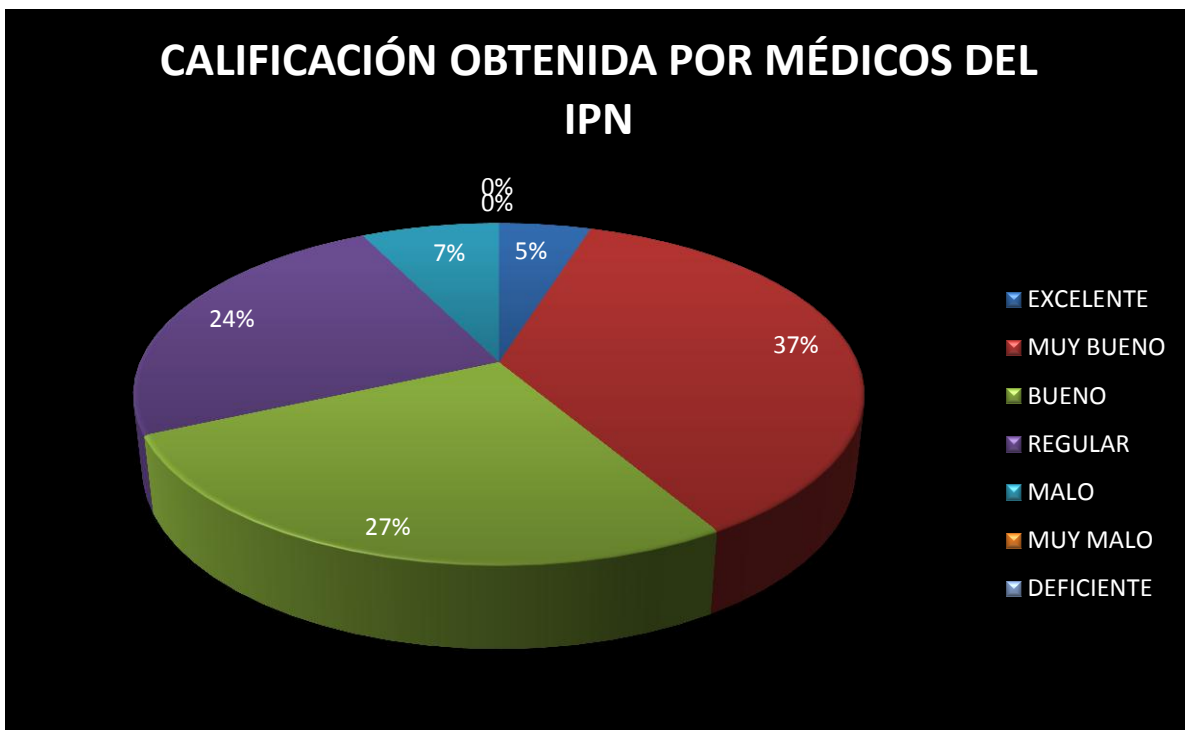
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución en cuanto a la categoría obtenida en relación con la escuela de procedencia de la carrera de medicina, para la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se obtuvieron los siguientes resultados; 2 médicos (3%) obtuvieron calificación excelente, 14 médicos (22%) muy bueno, 8 médicos (13%) bueno, de igual forma la calificación regular, 2 médicos (3%) calificación malo y 3 médicos (5%) muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CATEGORIA OBTENIDA EN RELACION CON LA ESCUELA DE PROCEDENCIA (IPN) PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

CATEGORIA OBTENIDA	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
EXCELENTE	1	2%
MUY BUENO	10	15%
BUENO	7	11%
REGULAR	6	10%
MALO	2	3%
MUY MALO	0	0%
DEFICIENTE	0	0%
TOTAL	26	41%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 10 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CATEGORIA OBTENIDA EN RELACION CON LA ESCUELA DE PROCEDENCIA (IPN) PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°10.

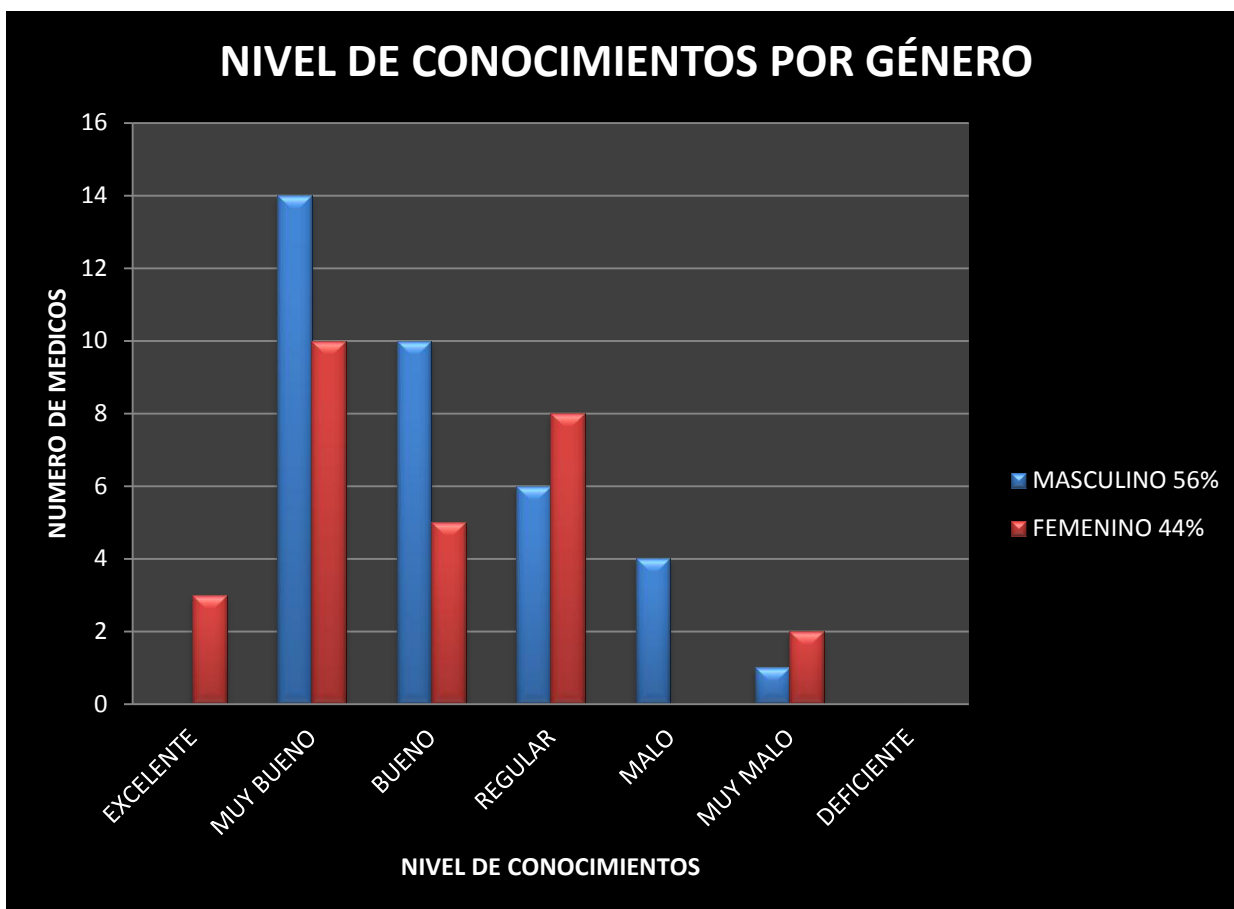
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución en cuanto a la categoría obtenida en relación con la escuela de procedencia de la carrera de medicina; el Instituto Politécnico Nacional (IPN); 1 medico (2%) calificación excelente, 10 médicos (15%) muy bueno, 7 médicos (11%) calificación bueno, 6 médicos (10%) regular y 2 médicos (3%) la calificación malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CATEGORÍA OBTENIDA EN RELACION CON EL SEXO PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

CATEGORIA	SEXO		FEMENINO	PORCENTAJE
	MASCULINO			
	NUMERO MEDICOS	PORCENTAJE	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE
EXCELENTE	0	0	3	5%
MUY BUENO	14	22%	10	16%
BUENO	10	16%	5	8%
REGULAR	6	10%	8	12%
MALO	4	6%	0	0%
MUY MALO	1	2%	2	3%
DEFICIENTE	0	0%	0	0%
TOTAL	35	56%	28	44%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 11. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CATEGORIA OBTENIDA EN RELACION CON EL GÉNERO PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°11.

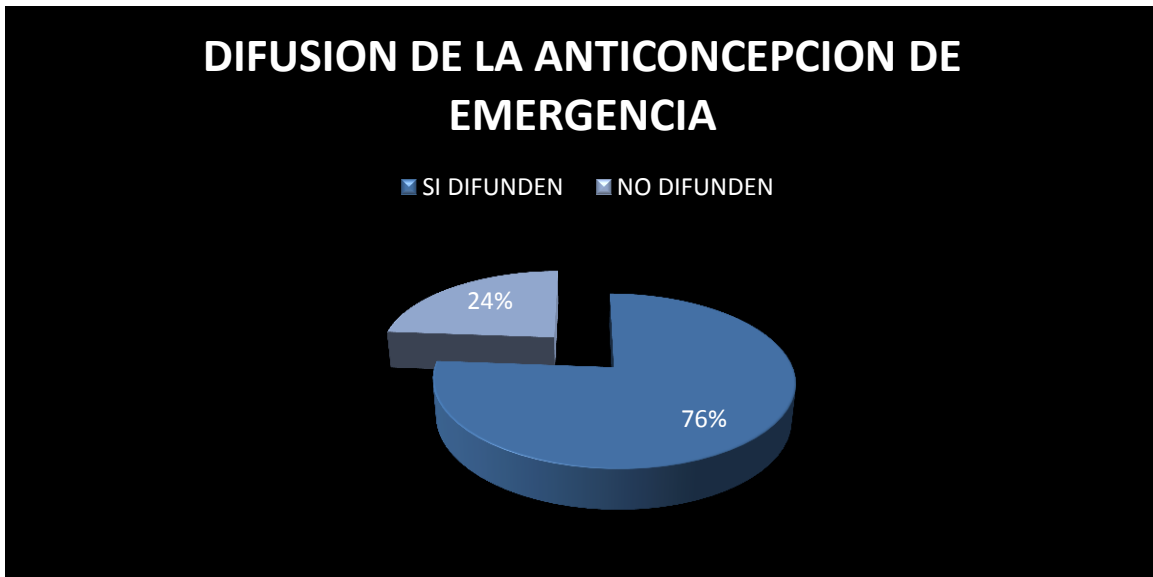
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución en cuanto a la categoría obtenida en relación con el género para el nivel de conocimientos acerca de la anticoncepción de emergencia de los médicos familiares del estudio se obtuvieron los siguientes resultados: sexo masculino; 0 médicos calificación excelente, 14 médicos (22%) calificación muy bueno, 10 médicos (16%) calificación bueno, 6 médicos (10%) calificación regular, 4 médicos (6%) malo y 1 medico (2%) con calificación de muy malo. Del sexo femenino 3(5%) médicos calificación excelente, 10 médicos (16%) calificación muy bueno, 5 médicos (8%) calificación bueno, 8 médicos (12%) calificación regular, 0 médicos malo y 2 médicos (3%) con calificación de muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultado.

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN EN RELACIÓN CON LA DIFUSIÓN DE LA ANTICOCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

	SI DIFUNDEN	NO DIFUNDEN
NUMERO DE MEDICOS	48	15
PORCENTAJE	76%	24%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 12. DISTRIBUCIÓN EN RELACIÓN CON LA DIFUSIÓN DE LA ANTICOCEPCION DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°12.

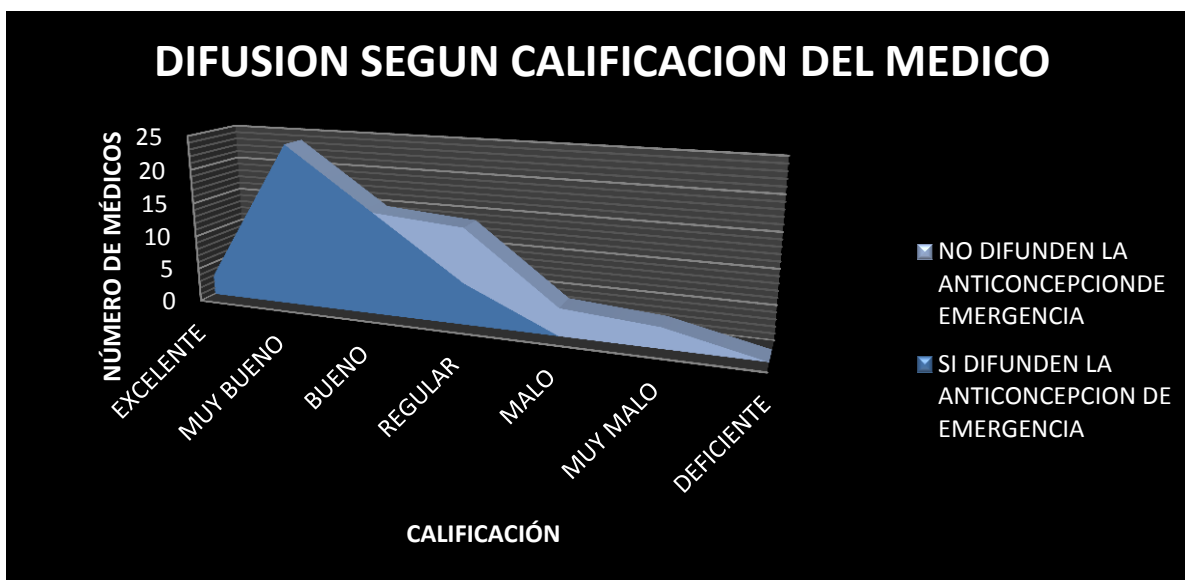
Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución en cuanto la difusión de la anticoncepción de emergencia; de los 63 médicos participantes del estudio 48 (76%) si difunden la anticoncepción de emergencia, los 15(24%) restantes no la difunden.

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CATEGORÍA OBTENIDA EN RELACIÓN CON LA DIFUSIÓN DE LA ANTICOCEPCIÓN DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

CATEGORÍA OBTENIDA	SI DIFUNDEN LA ANTICOCEPCIÓN DE EMERGENCIA		NO DIFUNDEN LA ANTICOCEPCIÓN DE EMERGENCIA	
	NUMERO DE MEDICOS	%	NUMERO DE MEDICOS	%
EXCELENTE	3	5%	0	0%
MUY BUENO	24	38%	0	0%
BUENO	15	24%	0	0%
REGULAR	6	9%	8	13%
MALO	0	0%	4	6%
MUY MALO	0	0%	3	5%
DEFICIENTE	0	0%	0	0%
TOTAL	48	76%	15	24%

FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas

GRAFICA 13. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CATEGORIA OBTENIDA EN RELACIÓN CON LA DIFUSIÓN DE LA ANTICOCEPCIÓN DE EMERGENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



FUENTE: Resultados obtenidos de las encuestas realizadas y resumidas en la tabla N°13.

Esta gráfica ilustra el total de la muestra del estudio y la distribución de acuerdo a la categoría obtenida en relación con la difusión de la anticoncepción de emergencia de los médicos del estudio se obtuvieron los siguientes resultados: de los que si difunden la anticoncepción de emergencia, 3 médicos (5%) obtuvieron una calificación excelente, 24 médicos (38%) una calificación de muy bueno, 15 médicos (24%) una calificación de bueno, 6 médicos (9%) una calificación de regular, para las categorías malo, muy malo y deficiente no se obtuvieron resultados. De los médicos que no la difunden para la categoría de excelente, muy bueno y bueno no se obtuvieron resultados, 8 médicos (13%) obtuvieron una calificación regular, 4 médicos (6%) malo y 3 médicos (5%) muy malo, para la categoría deficiente no hubo resultados.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, en 63 médicos familiares adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, D. F, con el fin de conocer cual era el nivel de conocimiento de los médicos familiares acerca de la anticoncepción de emergencia y la asociación con la difusión de este método. El cuestionario que se les aplicó constó de 2 partes, la primera con datos generales del entrevistado, la segunda estructurada con 12 preguntas, 11 de ellas cerradas y una abierta, el instrumento de evaluación de Álvaro Monterrosa diseñado por el mismo y validado por un grupo de médicos del hospital de Cartagena Colombia. Se realizaron diez preguntas de selección múltiple con una sola respuesta verdadera. Se asignó un punto por cada pregunta contestada de forma acertada, definiéndose por tanto un rango de calificación de cero a diez puntos, con las calificaciones excelente, muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo, deficiente. Para la difusión se consideró una escala nominal considerando si, o no, existió difusión.

Los médicos del presente estudio fueron mexicanos. De los 63 médicos familiares, que participaron la mayoría 35 (56%) fueron del sexo femenino y 28(44%) del sexo masculino.

En cuanto a la escuela de procedencia la mayoría 37 (66%) eran egresados de la UNAM y el resto 26 (41%) del IPN.

De los 63 médicos familiares que participaron en el estudio egresaron de la carrera de medicina entre los años 1977 y 1998, el mayor número 15(25%) de la muestra tenían 33 años que habían terminado la carrera para el año 2010, con una media de 26 años de egreso de la carrera de medicina.

De los 63 médicos familiares que participaron en el estudio los rangos de egreso de la especialidad correspondieron entre 1982 y el 2008, el mayor número 10(15%) de la muestra tenían 25 años de haber terminado la especialidad, con una media de 17.7 años de egreso de la muestra para el año 2010.

En cuanto a la situación laboral en antigüedad en los médicos participantes los rangos variaron desde los 3 años de antigüedad hasta los 23 años, con una media de 7años de la muestra del estudio para el año 2010.

En la pregunta número uno, se interrogó si el concepto de anticoncepción de emergencia la pregunta fue contestada correctamente por 54 (86%) de los médicos participantes. Los que contestaron erróneamente fueron 9 médicos (14%). En comparación con otro estudio (Monterrosa y cols) la pregunta fue contestada correctamente por 147 (84%) de los médicos participantes y 28 (44%) médicos que contestaron de forma equivocada esta pregunta, coincidiendo con los resultados obtenidos del presente estudio.

La segunda pregunta del test interrogaba identificar el esquema más usado de anticoncepción de emergencia de los esquemas: método de Guilligan, método de Savage, método de Stein-Levental, o método de Yuzpe, siendo contestada de forma acertada por 56 (89%) de los médicos evaluados, 7 médicos (11%) contestaron de forma incorrecta a esta interrogante, en comparación con el estudio de Monterrosa también existió concordancia ya que esta pregunta en su estudio fue contestada de forma acertada por el 54% de los médicos evaluados.

51(81%) de los médicos contestó acertadamente la tercera pregunta, la cual estaba relacionada con los efectos adversos que más frecuentemente produce la anticoncepción de emergencia, que son los vómitos y las náuseas, 12medicos (19%) contestaron de forma incorrecta, coincidiendo con el estudio de Monterrosa ya que el 70% de los médicos de su estudio contestó acertadamente la tercera pregunta y el 30% la contestaron de forma incorrecta.

La cuarta pregunta, que correspondía a las contraindicaciones para el uso de la anticoncepción de emergencia fue contesta de forma correcta por 48 (76%) de los médicos y solo 15(14%) la contestaron de forma incorrecta. Igualmente el 70% de los médicos contestó acertadamente la cuarta pregunta en el estudio de Monterrosa obteniendo resultados similares a los del presente estudio.

Sin embargo para la quinta pregunta que se refería a las estrategias que hacían parte del concepto de anticoncepción de emergencia 41 (65%) de los médicos participantes la contesto de forma errónea y solo 22(35%) la respondió de forma acertada. De igual forma se obtuvieron resultados similares en el estudio de Monterrosa ya que 66% de los médicos contestó erróneamente la quinta pregunta.

La sexta pregunta que correspondía a las indicaciones para no utilizar la anticoncepción de emergencia 36(57%) de los médicos la contestaron de forma correcta y 27 (43%) de forma incorrecta. En comparación con el estudio de Monterrosa la sexta pregunta, 161 médicos (92%) la contesto de forma correcta, sin embargo en comparación con nuestro estudio el porcentaje es casi del 100% y en nuestro estudio solo rebasa el 50%.

45 (72%) de los médicos participantes respondió erróneamente acerca de cómo se administra el método de Yuzpe, siendo solo 18 (28%) los que contestaron acertadamente. En comparación con el estudio de Monterrosa también existió similitud ya que sólo el 45% de los médicos evaluados logró identificar correctamente al método de Yuzpe.

En cuanto a la tasa de falla de la anticoncepción de emergencia, que corresponde a la novena pregunta, 45 (75%) médicos acertaron a esta y 16 (25%) respondieron de forma incorrecta. Monterrosa encontró que el 60% de los médicos identificó correctamente la tasa de falla de la anticoncepción de emergencia.

Con la decima pregunta se observo que 32 (55%) de los médicos conocen los nombres comerciales de las píldoras de anticoncepción de emergencia y 31 (49%) los desconocen. En el estudio de Monterrosa se observó que el 65% de los profesionales participantes pudo responder acertadamente a esta pregunta.

La media obtenida en cuanto a la calificación por la totalidad del grupo de estudio, a partir de las respuestas correctas al instrumento de evaluación fue de 7.1, lo que permite colocarlos en la categoría Bueno. En el estudio de Monterrosa se identifico un promedio de 6.5 con el cual se coloca a los médicos en una calificación de regular difiriendo de los resultados obtenidos en nuestro estudio. En otro estudio (López de Castro y cols) se encontró que el 80% de los médicos tenían un buen conocimiento de la anticoncepción de emergencia y que solo el 20% desconocía de esta. Jiménez y cols encontraron en su estudio que el 94,9% de los encuestados conocía al menos un método de anticoncepción de emergencia, sin embargo un 97% desconocía los efectos secundarios y los riesgos de este método. En el estudio de Ramírez y cols el 91% habían oído hablar sobre la

anticoncepción de emergencia y solo el 15% conocieron la dosis exacta de cómo administrar este método.

Sólo 3 médicos (5%) contestaron acertadamente las diez preguntas del cuestionario, siendo considerados dentro de la categoría Excelente, 24 médicos (38%) obtuvieron calificación que permite colocarlos en categoría Muy Bueno. 15 (24%) de los profesionales alcanzó la categoría Bueno y 14 (22%) la categoría Regular. Una calificación de cinco fue obtenida por 4 médicos (6%) catalogándolos como malo y solo 3 (5%) con una calificación de 4 entrando al rubro de muy malo. Para la categoría de deficiente no hubo resultados. En el estudio de Monterrosa la distribución de los profesionales según calificación y categoría obtenida fue; sólo 10 médicos (5,8%) contestaron acertadamente las diez preguntas del cuestionario, siendo considerados dentro de la categoría Excelente, al tener óptimos conocimientos teóricos en anticoncepción de emergencia. 41 médicos (22,3%) obtuvieron calificación que permite colocarlos en categoría Muy Bueno. 16% de los profesionales alcanzó la categoría Bueno y 24% la categoría Regular. Una calificación igual o inferior a cinco fue obtenida por 59 médicos (33,7%), y de ellos 12 médicos, 7% de la totalidad, tuvieron un puntaje igual o inferior a tres.

De acuerdo a la situación laboral en años de antigüedad y la categoría obtenida se pudo observar que los rangos variaban desde 3 años de antigüedad hasta los 23 años de antigüedad. Con una media de 14.4 años de antigüedad; de los médicos que llevaban menos de 14.4 años de antigüedad la media en cuanto la calificación obtenida por los médicos fue de 7.5 colocándolos en la categoría de Bueno. En los médicos que tenían mas de 14.4 años de antigüedad se observó una media de 6.5 colocándolos en la categoría de regular.

Referente a la escuela de procedencia y la categoría obtenida encontramos que los egresados de la UNAM tuvieron una media de 7.3 que los coloca en la categoría de bueno, en relación con los del IPN que obtuvieron una media de 6.6 asignándoles la categoría de regular. En los estudios revisados no se encontró este tipo de asociación.

Para la categoría obtenida en relación con el sexo del nivel de conocimientos acerca de la anticoncepción de emergencia de los médicos familiares del estudio los resultados obtenidos muestran que la media de los del género masculino es de 7.3 que los colocan en la categoría de bueno y los del género femenino obtuvieron una media de 7.1 que los coloca también en la categoría de bueno. En los estudios revisados no se encontró este tipo de asociación.

En relación con la difusión de la anticoncepción de emergencia se encontró que el mayor porcentaje 76% si la difunden como parte de sus actividades de la consulta externa y el menor porcentaje 24% no lo hacen, considerando a la anticoncepción como un método que no corresponde a los de planificación familiar y que en vez de ofrecer este método se deben de promover los que si funcionan como tales.

Referente a la categoría obtenida en relación con la difusión de la anticoncepción de emergencia se encontró que los médicos que si la difunden obtuvo una media de 8.06 que los coloca en la categoría de muy bueno y los que no la difunden obtuvieron una media de 5.33 que los colocó en la categoría de malo.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento en médicos familiares encontrado en el presente estudio obtuvo una media en la calificación de 7.1 colocándolos en la categoría de Bueno, mayor al encontrado en estudios nacionales y extranjeros.

De acuerdo a la antigüedad laboral en los Médicos Familiares en relación con el nivel de conocimientos se encontró que los que tenían una antigüedad menor de 14.4 años alcanzaron una media de 7.5, categoría Bueno, y que aquellos con mas de 14.4 años de antigüedad alcanzaron una media de 6.5 colocándolos en categoría regular, lo que hace corroborar que los Médicos Familiares que tienen mas antigüedad desconocen varios aspectos importantes de la anticoncepción de emergencia, en relación con aquellos que tienen menos antigüedad.

En relación con el género no se observó diferencia ya que ambos obtuvieron una media entre 7.1 y 7.3, colocándolos en la categoría de Bueno.

Con respecto a al escuela de procedencia y la categoría obtenida se identificó que los egresados de la UNAM obtuvieron una categoría mas alta en relación con los egresados del IPN que obtuvieron una categoría de regular, sin embargo no se encontró una diferencia importante en relación con la escuela de procedencia.

En cuanto a la difusión se encontró que el porcentaje mayor de los Médicos Familiares (76%) si difunden la anticoncepción de emergencia y que a la vez estos entran dentro de la categoría de un nivel de conocimiento muy bueno . El 24% de los Médicos Familiares que no la difunden se encuentran en un nivel de conocimiento malo, lo que nos hace inferir que a mayor conocimiento mayor difusión y que el menor conocimiento o el desconocimiento de aspectos importantes de este método llevan a no difundir este método.

Sugerencias

- a) Se propone planear estrategias para que los médicos familiares conozcan el concepto, los mecanismos de acción, indicaciones y contraindicaciones así como las dosis y la vía de administración de la anticoncepción de emergencia ya que esta forma parte del programa prioritario de planificación familiar.
- b) Con los resultados de este estudio se sugiere implementar estrategias para que los Médicos Familiares participen en cursos de actualización en relación con la anticoncepción de emergencia
- c) Aumentar a categoría de excelente el nivel de conocimiento de los médicos familiares de la UMF 33 para otorgar una difusión adecuada y así mismo prevenir embarazos no deseados y muertes materno-fetales.

BIBLIOGRAFIA

1. Norma Oficial Mexicana, De los servicios de planificación familiar (modificada), Publicada en el diario oficial de la federación, 21 de Enero del 2004.
2. Senanayake P. Emergency contraception: the International planned parenthood federation experience. *International Planning perspectives* 1992; 22: 69-70
3. Ellertson C. History and efficacy of emergency contraception: beyond coca-cola. *Family planning perspectives* 1996; 28:44-48
4. Trussell J, Stewart F, Guest F, et al. Emergency contraception pills. A simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Family planning perspectives* 1992; 24:269-273
5. Haspels AA, Andriesse R. The effects of large doses of estrogens post coitus in 2000 women. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology* 1973; 3:113-117
6. Haspels AA. Emergency contraception: a review *contraception* 1994; 50: 101-108
7. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Levshon JI. Post-coital contraception- a pilot study. *J Reprod Med* 1974; 13:53-8
8. Emergency Contraceptive Pills: Medical and service delivery guidelines. Second Edition, 2004. International Consortium for Emergency Contraception, Washington DC, USA.
9. Secretaría de Salud. Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. México: Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2004.
10. Secretaría de Salud. Actualización del Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 11 de julio de 2005.
11. Ling WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril* 1979;32:297-302.
12. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001; 63:111-21.

13. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64:227-34.
14. Faundes A, Brache V, Alvarez F. Emergency Contraception - clinical and ethical aspects. *Int J Obstet Gynecol* 2003;82:297-305.
15. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999;59:79-83.
16. Organización Mundial de la Salud. Levonogestrel para anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva OMS No. 244, revisada en octubre de 2005.
17. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods/Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, 3° edición (doc. WHO/FRH/FPP/96.9) WHO/OMS Geneva, Switzerland 2004.
18. WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva, 2005.
19. Lara D, Marieke G, Dika V, García S, Grossmanb D. Introducción de la anticoncepción de emergencia en la norma oficial mexicana de planificación familiar. *Gac Méd Méx* 2007; 143: 483-87
20. Planificación familiar, la situación demográfica de México, México 2004
21. Cialzeta D. ¿Qué saben los pediatras de anticoncepción de emergencia en adolescentes? *Rev Hosp Niños BAires* 2006;48:169-81
22. Romero ML, Llanos LF, Salhuana JJ, Mayca J, Quijano B . Conocimientos y actitudes de médicos ginecoobstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia. *Rev Med Hered* 2007;18 (2) : 93-99
23. Loren G, Díaz J, Díaz M, Osis MJ, Clark S, Ellertson C. Anticoncepción de Emergencia: Conocimiento, Actitudes y Prácticas De los Gineco-Obstetras del Brasil Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar Número especial de 2000.
24. Rojas J, Cenzano J, Gomez C, José Ramos J, Cimel JR Nivel de conocimiento y actitudes hacia las píldoras anticonceptivas de emergencia en los médicos ginecoobstetras y obstetrices del instituto materno perinatal de lima metropolitana. *CIMEL* 2005; 10:29-40
25. Martin C, Conocimientos, actitudes y practicas de los gineco-obstetras sobre la anticoncepción hormonal de emergencia. *Rev Gin Obst San José costa Rica* 2002; 1-8
26. Monterrosa A. Nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en médicos generales que ejercen en Cartagena, colombia. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología* 2002; 53: 313-25

27. López C, Alejandre L, López D, Campos CN. Conocimientos Y Actitudes Sobre Anticoncepción De Emergencia De Los Médicos De Atención Primaria En El Área De Salud De Toledo. Medifam 2001; 11 (8) 441-448
28. Gómez FJ, Bullejos AL. Anticoncepción de urgencia: ¿los nuevos médicos de familia nos mostramos dispuestos a utilizar la píldora del día después? Medicina de Familia 2003; 4 (3):184-190
29. Ramirez PB, Altamirano GB, Martinez SS, Morales LH. Anticoncepción de emergencia: conocimientos y actitudes en un grupo de médicos familiares mexicanos. Archivos en medicina familiar 2004;6(2): 48-51

ANEXOS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No 1 NORTE D.F
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33" EL ROSARIO"
COORDINACION CLINICA
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD MÉDICA
CURSO DE ESPECIALIZACION EN "MEDICINA FAMILIAR"

Hoja de recolección de datos para el proyecto de investigación titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS FAMILIARES ACERCA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y LA ASOCIACION CON LA DIFUSION DE ESTE METODO.

FECHA:

EDAD:

SEXO:

NACIONALIDAD:

TURNO LABORAL:

NUMERO DE CONSULTORIO:

ESCUELA PROCEDENCIA:

AÑO EN QUE TERMINO LA CARRERA:

AÑO DE TÉRMINO DE LA ESPECIALIDAD:

AÑOS LABORADOS EN EL IMSS:

CUESTIONARIO

1- El concepto de anticoncepción de emergencia es:

- a- Un método anticonceptivo de barrera
- b- Un método de anticoncepción regular
- c- Un método post - coital que se usa en cada relación sexual a la mañana siguiente.
- d- Método para prevenir embarazo cuando se han tenido relaciones coitales sin protección
- e- Todas las anteriores.

2- El método mas usado en anticoncepción de emergencia es.

- a- Método de Guilligan
- b- Método de Savage
- c- Método de Stein-Leventall
- d- Método de Yuzpe
- e- Todos los anteriores.

3- El efecto adverso más frecuente de la anticoncepción de emergencia es:

- a- Vómitos y nauseas
- b- Cefalea y vértigo
- c- Adelanto de menstruación.
- d- Tensión mamaria.
- e- E. Dolor en hipogastrio.

- 4- Según la organización mundial de la salud el método de Yuzpe esta contraindicado en:
- a- Enfermedades cardiovasculares
 - b- Diabéticas
 - c- Embarazo
 - d- Hipertiroidismo
 - e- Anemia
- 5- Las siguientes estrategias se consideran anticoncepción de emergencia excepto en:
- a- Aplicación de DIU (dispositivo intrauterino) en las 24 horas siguientes al coito.
 - b- Administración sólo de Gestágenos a dosis elevadas en las primeras 72 horas post-coital.
 - c- Administración de anticonceptivos orales combinados a dosis elevadas en las primeras 72 horas post - coital,
 - d- Administración de duchas vaginales después del coito.
 - e- Administración de Postinor en las primeras 72 horas post-coital.
- 6- Usted utilizaría anticoncepción de emergencia en cual de los siguientes casos, excepto:
- a- Cuando en el acto sexual o coito se rompe el condón o se resbala.
 - b- Cuando la usuaria de anticonceptivos orales los ha tomado en forma irregular.
 - c- En embarazo.
 - d- En relaciones sexuales no esperadas o sin protección.
 - e- En casos de agresión sexual o violación.
- 7- El método Yuzpe de anticoncepción de emergencia consiste en :
- a- Una tableta de danazol (200mg) en las primeras 72 horas después del coito sin protección.
 - b- Dos tabletas de Harmonett en las primeras 72 horas después del coito sin protección y repetir 12 horas mas tarde.
 - c- Dos tabletas de Noral en las primeras 72 horas después del coito sin protección y repetir 12 horas mas tarde.
 - d- Cuatro tabletas de Nordette en las primeras 72 horas después del coito sin protección y repetir 12 horas mas tarde.
 - e- solo c y d son verdaderas.
- 8- La anticoncepción de emergencia tiene una tasa de falla de:
- a- 35%
 - b- 70%
 - c- 95%
 - d- 2%
 - e- No falla
- 9- El posible mecanismo de acción de las píldoras anticonceptivas de emergencia de acuerdo con el momento del ciclo menstrual en el que se usen es:
- a- Inhiben la ovulación o la retrasan.
 - b- Interfieren con el transporte del óvulo o espermatozoides.
 - c- Desplazan el embrión implantado.
 - d- Todas las anteriores
 - e- Solo a y b son ciertas.

10- De los siguientes nombres comerciales cual no se utiliza en anticoncepción de emergencia:

- a- Noral
- b- Neogynon
- c- Nordette
- d- Microgynon
- e- Tri-cilest.

11.-Difunde usted la anticoncepción de emergencia en la consulta externa

- A) SI
- B) NO

12.- ¿Si usted difunde la anticoncepción de emergencia en la consulta externa como realiza esta difusión?

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

FOLIO No.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar : UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO IMSS

Fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS FAMILIARES ACERCA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y LA ASOCIACION CON LA DIFUSION DE ESTE METODO.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC : R-2009-3407-14

El objetivo del estudio es:

DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ACERCA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y LA ASOCIACION CON LA DIFUSION DE ESTE METODO.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

AUTORIZAR AL INVESTIGADOR EN LA APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO

El investigador principal se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio a los pacientes y de que los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

Nombre y firma del medico

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Testigos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MAYO 2008	JUNIO 2008	JULIO 2008	AGOSTO 2009	SEPTIEMBRE 2008	OCTUBRE 2008	NOVIEMBRE 2008	DICIEMBRE 2008	ENERO 2009	FEBRERO 2009	MARZO 2009	ABRIL 2009	MAYO 2009
ELECCION DEL TEMA	X O												
PRESENTACION DEL TEMA AL ASESOR	X O												
RECOLECCION DE LA BIBLIOGRAFIA		X O											
DISEÑO DEL PROTOCOLO			X O	X O									
REVISION DEL PROTOCOLO POR EL ASESOR					X O								
ENTREGA DEL PROTOCOLO						X O							
RECOLECCION DE LA INFORMACION							X O	X O					
ANALISIS DE LOS RESULTADOS									X O				
ELABORACION DE LA TESIS										X O			
REVISION DE LA TESIS POR EL ASESOR											X O		
CORRECCIONES Y CONCLUSIONES DE LA TESIS												X O	
REVISION FINAL												X O	
IMPRESIÓN DE LA TESIS Y ENTREGA													X O

X PROGRAMADO

O REALIZADO