

11226³ 2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
División de Estudios de Posgrado e Investigación
SECRETARIA DE SALUD
CENTRO DE SALUD T III A " PORTALES "

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE
PLANIFICACION FAMILIAR, ENTRE MEDICOS
GENERALES, RESIDENTES Y POSGRADUADOS
EN MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO DE INVESTIGACION

Que Para Obtener el Titulo en la Especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL:

DR. NICOLAS ARGAEZ LOPEZ



MEXICO, D. F.

OCTUBRE 1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

I N D I C E

| | PAG. |
|--------------------------------------|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| METODOLOGIA | 8 |
| RESULTADOS | 9 |
| CUADRO 1 TOTAL DE RESPUESTAS | 11 |
| CUADRO 2 HORMONALES ORALES | 12 |
| CUADRO 3 DISPOSITIVO INTRAUTERINO .. | 13 |
| CUADRO 4 HORMONALES INYECTABLES ... | 14 |
| CUADRO 5 OCLUSION TUBARIA | 15 |
| DISCUSION | 16 |
| BIBLIOGRAFIA | 17 |

Con relación a las actuales condiciones de crecimiento de la población mundial, se han revisado de manera exhaustiva las consecuencias en el orden social, económico, político, psicológico y ecológico de este crecimiento, con su directa repercusión sobre individuos, familias y comunidades. Sobre esta base se ha investigado el impacto que tiene el programa de planificación familiar sobre el bienestar social, de ahí, que conocer las variables que influyen en la fecundidad, como el uso y efectividad de los anticonceptivos, plantea dentro de las estrategias de la infraestructura operativa, la capacitación del personal en el programa.(1)

Ha quedado planteada la acción estratégica del Médico Familiar para impartir conocimientos técnicos a los integrantes de su equipo y a sus pacientes sobre esta área, además de transmitir esta información, debe responder con familiaridad a todas las preguntas que le planteen sobre este tema, sin imponer su punto de vista, dogma o juicio sobre valores morales.(4,5,6,7,29,30)

El Médico Familiar debe hacer sentir en el paciente la individualización del método elegido, las implicaciones familiares de su decisión y que ésta, de preferencia, debe contar con el apoyo de su cónyuge (o compañero sexual) sin olvidar las indicaciones médicas (4), tomando en cuenta el estado físico y toda la gama de enfermedades con que puede cursar.(5,7)

Los programas de salud en América Latina contemplan el desarrollo de sistemas de distribución comunitaria de anticonceptivos, por medio de personal que cuenta con información acerca de la eficacia de los métodos, contraindicaciones y efectos secundarios de los hormonales orales, conocimientos que han sido evaluados para mejorar dichas estrategias.(2)

En Canadá se realizan evaluaciones de las notas médicas de consulta sobre el uso de hormonales orales, en las que se analizan los criterios recomendados para el uso de estos, su aplicación y seguimiento durante la consulta subsecuente.(3)

La información sobre los métodos anticonceptivos incluyen conocimientos sobre su forma de acción, indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, características específicas, etc., además de conceptos de salud reproductiva en relación a la individualización

de los métodos de acuerdo al estado físico del usuario, información con que debe contar el Médico Familiar para su práctica diaria. Los diferentes métodos anticonceptivos pueden ser clasificados atendiendo diversos puntos de vista, enseguida según su nivel de acción;(30)

- a) NO INSTRUMENTALES: - Abstinencia periódica, temperatura basal
 [naturales] - Lactancia prolongada
 - Coito interrumpido
- b) DE BARRERA: - Condon
 - Espermatocidas locales [químicos]
- c) INTRAUTERINOS: - Inertes
 [DIU] - Liberadores de Iones [Cu, Ag y Au]
 - Liberadores de hormonas
- d) HORMONALES: - Orales
 - Intramusculares
 - Implantes subdérmicos
- e) QUIRURGICOS: - Salpingoclasia [OTB]
 - Vasectomía

Los métodos NO INSTRUMENTALES así como los de BARRERA son eficaces si se usan de manera correcta y constante, aunque en la práctica cotidiana tienen índices elevados de fracasos, debido a su incorrecto uso ya que su aprendizaje en algunos casos, es difícil y requiere una disciplina de la pareja que no permite margen de error, lo que en un momento dado reduce la espontaneidad sexual.

Por las reacciones alérgicas locales en el caso de las barreras químicas, hacen que estos métodos tengan la frecuencia más baja de efectos secundarios sistémicos.(30)

Su uso se recomienda en aquellos casos en los cuales existe una contraindicación médica o cuando la actividad sexual sea ocasional o no continua.(4,5,6,7,29,30)

Los HORMONALES ORALES se consideran un método temporal, reversible y se basa en la administración de hormonas sintéticas combinadas o solas.(30) Los hormonales combinados que contienen 30 microgramos de estrógeno se consideran los ideales para reducir al mínimo los efectos secundarios y al mismo tiempo ser suficientes para impedir la ovulación y/o sangrado intermenstrual.

Se ha estudiado y no hay evidencia concluyente respecto a la relación de dosis y efectos secundarios.(4,9) Pero es necesario

el conocimiento de dosis y presentaciones para su correcta utilización. (4,5,29)

Las complicaciones más documentadas de los hormonales orales son - la enfermedad tromboembólica (trombosis venosa, embolia pulmonar, accidente cerebral, etc.) y el infarto al miocardio (4,7,8,12,29,30,36), la hipertensión arterial después de cinco años de uso continuo, así como alteraciones en la tolerancia a los carbohidratos y predisposición a la aterosclerosis (por aumento de las Lipoproteínas de Alta Densidad y disminución de las de Muy Baja Densidad). (4,7,9,30,36)

De los efectos secundarios se mencionan irregularidades menstruales o sangrados intermenstruales, retención de líquidos (por aumento en la resorción renal de sodio y cloro) que se manifiesta por aumento de peso, trastornos gástricos (náusea y vómito), incremento en varices de miembros inferiores, irritabilidad, depresión, cambios en la libido, melasma, cefalea, mastalgia, dolor pélvico, propensión a litiasis biliar, tendencia al ectropión, acné y aumento del tamaño de miomas uterinos; efectos que se presentan en un 40% de las usuarias, sin presentarse todos en una misma paciente y que desaparecen en gran proporción a partir del tercer ciclo de uso. (4,5,6,7,9,29,30,36)

Sobre la asociación del uso de hormonales orales y las infecciones cervicovaginales hay controversia, es conocido que las infecciones por levaduras, tricomonas y gonococos están relacionadas con estos (4,7,9,10,29,30), pero hay estudios que exponen que los hormonales orales protegen contra las infecciones gonocócicas pero favorecen las debidas a Chlamydia Trachomatis. (10)

La relación con las neoplasias sugiere un aumento en la predisposición al CA de mama, in situ de cervix, endometrio y tumores benignos de mama e hígado (6,13,29,30) y una dudosa de melanoma (7).

Se ha investigado el aumento de filtrado glomerular de algunos medicamentos (acetaminofen, lorazepam, oxacepam) en relación a la ingesta de hormonales orales, entendiéndose que para un efecto terapéutico es necesario aumentar la dosis cuando se toman al mismo tiempo. (14)

Por último, los estrógenos inducen la elevación de varias proteínas que son excretadas por el hígado (globulinas transportadoras

de cortisol, testosterona y tiroxina) de ahí que algunas pruebas de función suprarrenal y tiroidea pueden alterarse y por lo que es preciso interpretarlas con cautela.(30)

El Sector Salud de México ha emitido información respecto a las contraindicaciones para el uso de hormonales orales:(30)

ABSOLUTAS: - Embarazo

- Lactancia
- Antecedentes o presencia de;
 - * Tumores mamarios o cancer genital
 - * Enfermedad tromboembólica
 - * Enfermedad isquémica cardíaca

RELATIVAS: - Diabetes mellitus no controlada

- Hipertensión arterial
- Edad mayor de 35 años
- Edad mayor de 30 años y tabaquismo
- Hemorragia uterina anormal

De los HORMONALES INYECTABLES hay para uno, dos y tres meses de acuerdo a las hormonas contenidas. Sus desventajas son la ausencia de periodos menstruales regulares y la presencia de hemorragia uterina irregular sobre todo con el Acetato de Medroxiprogesterona, aumento de enfermedad tromboembólica y otros efectos semejantes a los de los orales pero en menor grado (25,29,30) además debido a la eficaz supresión hipotalámica, después de seis a doce meses de haber suspendido las inyecciones puede continuar con amenorrea, anovulación y atrofia endometrial.(4,7,25,29,30)

En relación con las contraindicaciones, son las mismas que de los hormonales orales, excepto en lo relacionado a la edad ya que tomando en cuenta los efectos descritos, se debe cuidar de aplicarlos a mujeres mayores de 30 años de edad.(31)

El DISPOSITIVO INTRAUTERINO se considera un método temporal y reversible que se basa en la colocación de un artefacto en la cavidad uterina produciendo una reacción crónica inflamatoria local y aparentemente una respuesta inmunológica hacia el ovulo.(29,30)

Se inserta en el segundo día del sangrado menstrual y los controles se sugieren al mes, 6 meses y un año de la inserción.(30)

Las complicaciones son la perforación uterina al momento de la inserción y algunos casos de paso del dispositivo a cavidad abdominal.(7,24,29,30) La expulsión de la cavidad uterina y el embara

zo uterino o ectópico con el dispositivo in situ (4,15,16,29,30) y cuando hay embarazo intrauterino en estas circunstancias se ha observado incremento de abortos, si no se extrae el dispositivo, es te riesgo aumenta cuando se agrega infección local.(17)

Otros efectos son las alteraciones menstruales como en el tiempo y cantidad de hemorragia uterina y colicos abdominales (4,15,16,19,28), aumento de riesgos de sufrir infecciones o intensificarlas como la actinomicosis pélvica en relación con el tiempo de permanencia y formación de microdepósitos de calcio en la superficie del dispositivo. Cervicitis, salpingooforitis, enfermedad inflamatoria pélvica de tipo gonorreico y abscesos tuboovaricos. (5,15,18,20,21,22,23,30)

Se enuncian las siguientes contraindicaciones; (31)

ABSOLUTAS: - Padecimientos cardíacos valvulares o congénitos

- Anomalías de la cavidad uterina
- Hemorragia uterina anormal
- Endometritis y/o anexitis
- Dismenorrea incapacitante
- Anemia clínica
- Discracias sanguíneas
- Antecedentes de embarazo ectópico
- Miomatosis uterina

RELATIVA: - Estenosis cervical

De los métodos QUIRURGICOS la salpingoclasia [OTB] es un método - invasivo, irreversible y los fallos ocasionales son por una técnica incorrecta o por haberla aplicado a pacientes inadecuadas.(30)

Las complicaciones intraoperatorias (hemorragia, perforación uterina, apnea, lesión cervical, sección de otros elementos, etc.) y -- las posoperatorias (hipertermia, cistitis, infección, etc.) son -- propias de cualquier cirugía. (29) También se puede presentar el "Síndrome postubarico" caracterizado por menorragia, anovulación, - dolor pélvico y formación de quistes ováricos.(5,6)

Las complicaciones tardías que se reportan en población mexicana - son las alteraciones menstruales del tipo de la hipermenorrea y la depresión.(26,27,30)

La vasectomía es un método irreversible, con las ventajas de que - se realiza en áreas con mínimos requisitos quirúrgicos, en corto - tiempo, sin anestesia general y las complicaciones transoperatorias

(sangrado, hipotensión, etc.) y posoperatorias (edema, hematoma, --quistes, etc.) se reportan en pocos casos y el control de los resultados es accesible por medio de una espermotobioscopia.(30)

En México, como en otros países latinoamericanos, se ha dado gran importancia al alarmante crecimiento demográfico, no obstante que se ha observado una disminución de tasas de partos y abortos por mil derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, de 1982 a 1988, la primera de 29.4 a 23.2 y la segunda de 2.8 a 2.2 - (33) y en una forma general la tasa global de fecundidad de 1974 a 1986 de 6.04 a 3.84.(1)

Por lo que la Secretaría de Salud estableció el Programa Nacional de Planificación Familiar aplicable a todas las instituciones del Sector Salud en nuestro país.(28)

Este programa aparte de normar procedimientos y técnicas para la apliación del mismo, señala la importancia de la información hacia el personal de salud y la que se transmite a la población usuaria. (28)

La deficiencia de esta información repercute en los objetivos del programa por abandono de los métodos a consecuencia de una inadecuada indicación, una errónea interpretación de los efectos secundarios, seguida de un manejo inapropiado.

Este problema también repercute en el número de embarazos no deseados que concluyen en abortos ilegales siendo difícil obtener datos exactos de la cantidad de mujeres que recurren a él. Solo en el I.M.S.S. se calcula que hay 440 mil abortos anuales entre las derechohabientes, algunos autores refieren un aborto por cada 4 o 5 embarazos y se debe tomar en cuenta que las instituciones solo atienden a los abortos complicados.(34)

La madre multigesta cuya situación económica y social le impide mantener y educar un nuevo hijo, es la que recurre con mayor frecuencia al aborto, además por el bajo nivel sociocultural hay desconocimiento o inaccesibilidad a los métodos actuales.(34)

Otro problema más importante es que cada año alrededor de 15 millones de adolescentes llegan a la maternidad antes de completar su desarrollo físico y emocional, incrementando los riesgos para la salud de madre e hijo y junto a estos riesgos las repercusiones psicosociales, la interrupción de la educación, la restricción laboral y los sentimientos de frustración agudizados por los cambios psicológicos intrínsecos propios de la adolescencia.(35)

El Médico Familiar es un profesional de la salud que representa el primer contacto y por lo tanto el más importante con la pareja que inicia su ciclo familiar o bien se encuentra en etapas intermedias , requiriendo ser una fuente de información sobre métodos anticonceptivos por su relación con la estructura familiar y por ende generadora de disfunciones si no esta adecuada a las perspectivas de la pareja.

Y teniendo en cuenta que desde el punto de vista personal por las consecuencias individuales de los métodos, pasando por los cambios de la conducta sexual de la pareja hasta el espaciamiento de los hijos por razones económicas, son situaciones que durante su desarrollo profesional el Médico Familiar, aprende a evaluar y manejar por lo que debe actualizar sus conocimientos teóricos y técnicos - sobre los métodos actuales y de esta forma otorgar la atención integral para lo que esta preparado.

Ya que como comenta Fernández de Castro, de acuerdo a la trayectoria histórica de nuestros datos demográficos se evidencia la imperiosa necesidad de que se cumplan las metas poblacionales del programa y así lograr las otras metas de salud y bienestar social.

Porque si la población sigue creciendo como lo hizo históricamente , en los años 2000 y 2010 habrá, respectivamente, 115 y 147 millones de mexicanos con alta proporción de menores de 15 años y no será posible cubrir las necesidades en materia de salud, vivienda, educación y empleo.(1)

M E T O D O L O G I A

El presente trabajo es un estudio de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. El universo de estudio abarcó a todos los médicos de base y residentes en formación que se encontraban en rotación en el momento del estudio, encargados de la consulta del Centro de Salud "Portales" de la Secretaría de Salud. Se incluyeron a los médicos generales encargados de la consulta, médicos residentes de 1o., 2o. y 3er. año en la especialidad de medicina familiar y los médicos egresados de la especialidad (tutores).

Se aplicó a los médicos evaluados un cuestionario estructurado sobre las áreas de planificación familiar que se manejan en primer nivel de atención.

El cuestionario constó de 40 reactivos de opción múltiple, dirigidos a explorar las siguientes áreas;

1. Hormonales orales
2. Hormonales inyectables
3. Dispositivo intrauterino
4. Oclusión tubaria bilateral
5. Preservativo

De las áreas 1, 2, 3 y 4 se exploraron subáreas;

- a. Generalidades
- b. Efectos secundarios y complicaciones
- c. Indicaciones y contraindicaciones
- d. Manejo de problemas por uso

Se clasificaron los cuestionarios por grupo estudiado (MG, RI, RII, RIII y MGF), se calificaron individualmente con una escala del 1 al 10 con centésimas, posteriormente se calcularon los promedios aritméticos de cada grupo estudiado. Con estos últimos datos se procedió a aplicar la prueba no paramétrica Análisis de Varianza dentro de un programa estadístico de computación.

R E S U L T A D O S

Se recibieron 42 cuestionarios, con la siguiente proporción:

| | |
|---------------------------|-----------|
| 09 Médicos generales | [21.4%] |
| 10 Residentes de 1er. año | [23.8%] |
| 07 Residentes de 2o. año | [16.6%] |
| 08 Residentes de 3er. año | [19.0%] |
| 08 Médicos posgraduados | [19.0%] |

Calificaciones obtenidas en los cuestionarios, por grupos:

| N° DE SUJETOS | GRUPO 1 MG | GRUPO 2 RI | GRUPO 3 RII | GRUPO 4 RIII | GRUPO 5 MGF |
|---------------|---------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| 1. | 2.56 | 4.35 | 4.87 | 5.89 | 4.35 |
| 2. | 4.1 | 3.33 | 5.89 | 4.87 | 4.87 |
| 3. | 5.89 | 5.38 | 5.12 | 4.35 | 4.1 |
| 4. | 3.84 | 4.87 | 4.35 | 3.84 | 4.87 |
| 5. | 3.33 | 4.61 | 6.15 | 4.87 | 5.12 |
| 6. | 5.38 | 3.84 | 5.12 | 4.87 | 1.79 |
| 7. | 5.12 | 4.87 | 5.12 | 3.33 | 5.64 |
| 8. | 3.84 | 3.84 | | 7.94 | 5.62 |
| 9. | 3.33 | 3.84 | | | |
| 10. | | 4.87 | | | |
| PROMEDIO | | | | | |
| ARITMETICO | 4.15 | 4.38 | 5.23 | 4.99 | 4.54 |

Estos datos se procesaron en la prueba no paramétrica "Análisis de Varianza", con el siguiente resultado:

| GRUPO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| NOMBRE | MG | RI | RII | RIII | MGF |
| PROMEDIO | 4.154444 | 4.380000 | 5.231429 | 4.995000 | 4.545000 |
| VARIANZA | 1.193604 | 0.416424 | 0.101603 | 2.006178 | 1.531805 |

PROMEDIO DE VARIANZA : 1.050999 P = 0.2195876

QUE NO ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA

De los porcentajes del total de respuestas correctas se observa una discreta uniformidad tanto en grupos como por áreas exploradas, siendo más representativo en el área del CONDON donde se observaron bajos porcentajes en todos los grupos [CUADRO 1].

En el área de HORMONALES ORALES se observó mayor uniformidad en las subáreas de EFECTOS SECUNDARIOS y MANEJO DE PROBLEMAS, pero entre los grupos no se observó uniformidad [CUADRO 2].

En el área del DISPOSITIVO INTRAUTERINO se captó mayor uniformidad y altos porcentajes, como en el caso de los EFECTOS SECUNDARIOS [CUADRO 3].

En el área de HORMONALES INYECTABLES no se apreció uniformidad en grupos ni áreas a excepción de algunos porcentajes altos en el grupo 3 (RII), [CUADRO 4].

En el área de la OCLUSION TUBARIA no obstante de apreciarse los más altos porcentajes de respuestas correctas, hay contraste con la subárea de EFECTOS SECUNDARIOS con bajos porcentajes [CUADRO 5].

CUADRO 1.-PORCENTAJES DEL TOTAL DE RESPUESTAS CORRECTAS

| AREAS | GRUPOS | | | | |
|--------------------------|--------|------|------|-------|------|
| | MG | RI | RII | R.III | MgF |
| GENERALIDADES | 33.0 | 40.0 | 50.0 | 43.7 | 50.0 |
| HORMONALES ORALES | 35.7 | 40.7 | 40.8 | 57.5 | 45.5 |
| DISPOSITIVO INTRAUTERINO | 51.5 | 48.0 | 61.4 | 62.5 | 42.5 |
| HORMONALES INYECTABLES | 30.1 | 31.2 | 51.7 | 43.7 | 40.0 |
| OCCLUSION TUBARIA | 48.1 | 55.5 | 66.6 | 56.2 | 47.1 |
| CONDON | 11.1 | 0.0 | 0.0 | 25.0 | 12.5 |
| TOTAL | 41.5 | 43.8 | 52.3 | 50.0 | 45.5 |

| AREAS | GRUPOS | | | | |
|----------------------|--------|------|------|------|------|
| | MG | RI | RII | RIII | MgF |
| GENERALIDADES | 22.2 | 45.0 | 28.5 | 31.5 | 25.0 |
| EFFECTOS SECUNDARIOS | 59.2 | 50.0 | 66.6 | 45.8 | 75.0 |
| INDICACIONES | 22.2 | 23.3 | 14.6 | 16.6 | 33.3 |
| CONTRAINDICACIONES | 18.5 | 36.6 | 33.3 | 45.8 | 37.5 |
| MANEJO DE PROBLEMAS | 51.8 | 50.0 | 57.1 | 45.8 | 50.0 |

CUADRO 3.- PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL
AREA DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

| AREAS | GRUPOS | | | | |
|----------------------|--------|------|------|------|------|
| | MG | RI | RII | RIII | MgF |
| GENERALIDADES | 61,6 | 65,0 | 78,5 | 56,2 | 50,0 |
| EFFECTOS SECUNDARIOS | 72,2 | 50,0 | 71,4 | 87,5 | 68,7 |
| INDICACIONES | 50,0 | 45,0 | 57,1 | 56,2 | 56,2 |
| CONTRAINDICACIONES | 22,2 | 45,0 | 35,7 | 62,5 | 62,5 |
| MANEJO DE PROBLEMAS | 50,5 | 35,0 | 64,2 | 50,0 | 31,5 |

CUADRO 4.- PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL AREA DE HORMONALES INYECTABLES

| AREAS | GRUPOS | | | | |
|----------------------|--------|------|------|------|------|
| | MG | RI | RII | RIII | MgF |
| GENERALIDADES | 33.3 | 20.0 | 71.7 | 50.0 | 12.5 |
| EFFECTOS SECUNDARIOS | 37.0 | 36.6 | 23.8 | 54.1 | 41.6 |
| INDICACIONES | 22.2 | 40.0 | 57.1 | 37.5 | 12.5 |
| CONTRAINDICACIONES | 22.2 | 10.0 | 78.5 | 37.5 | 37.5 |
| MANEJO DE PROBLEMAS | 11.1 | 60.0 | 57.1 | 25.0 | 62.5 |

**CUADRO 5.- PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL
AREA DE LA OCLUSION TUBARIA**

| AREAS | GRUPOS | | | | |
|----------------------|--------|-------|-------|------|------|
| | MG | RI | RII | RIII | MqF |
| GENERALIDADES | 55.5 | 100.0 | 100.0 | 87.5 | 62.5 |
| EFFECTOS SECUNDARIOS | 27.7 | 15.0 | 35.7 | 31.2 | 31.5 |
| INDICACIONES | 66.6 | 90.0 | 57.1 | 62.5 | 50.0 |
| CONTRAINDICACIONES | 66.6 | 80.0 | 100.0 | 75.0 | 86.2 |
| MANEJO DE PROBLEMAS | 44.4 | 15.0 | 71.4 | 50.0 | 25.0 |

De los datos obtenidos en los cuestionarios, grupos y prueba estadística, podemos distinguir que los médicos evaluados no han tenido un incremento significativo de conocimientos en relación a la planificación familiar tomando como base sus años de entrenamiento, es decir, no hay una diferencia significativa entre lo que conoce un residente de primer año y el profesor tutor.

Lo anterior nos hace destacar que el Médico Familiar debe tener conocimientos más actualizados para llevar a cabo satisfactoriamente la consulta de planificación familiar, sin soslayar estos conocimientos en relación a los de la consulta general, y estar consciente de las variables que influyen en la fecundidad de la población, como son:

- proporción de mujeres casadas
- duración de la infertilidad posparto
- uso y efectividad de los anticonceptivos
- prevalencia del aborto inducido

El Médico Familiar debe estimular la selección de métodos anticonceptivos que ofrezcan mayor seguridad, continuidad y menores efectos indeseables, teniendo como propósito la protección específica del grupo de mujeres más jóvenes. Debe traspasar las barreras socioculturales que en el pasado dificultaron la utilización de los métodos anticonceptivos.

Los problemas demográficos del país trascienden el ámbito de las acciones de salud, de tal manera que el solo uso de los métodos anticonceptivos no será suficiente para el logro de las metas demográficas establecidas para finales del siglo, ya que no obstante el descenso de la fecundidad, la población seguirá creciendo. Este estudio no pretende evaluar la calidad de la atención médica, debido a la complejidad que representaría, sino sensibilizar a los investigadores para la selección de otros enfoques en el análisis de la planificación familiar en México. Promoviendo la actualización de los conocimientos, durante los años de entrenamiento en la residencia de Medicina Familiar, por medio de la implementación de cursos específicos, revisión de estos temas en las sesiones clínicas y exigir la asistencia a estas actividades de los médicos de base para el intercambio de experiencias en este importante campo de la práctica médica.

B I B L I O G R A F I A

1. Urbina FM y col.El impacto de la planificación familiar en algunos indicadores del bienestar social. Gac Med Mex 1991; 127_ (2): 153-61.
2. Janowitz B et al.Conocimientos y practicas de las distribuidoras comunitarias de anticonceptivos en Honduras.Bol of Sanit - Panam; 10(1): 48-55.
3. Labrenque M et al.Contraception orale; évaluation de la qualité de l'acte médical dans une unité de médecine familiale. Can Fam Phisician 1987; 33: 1425-29.
4. Novack E et al. Textbook of Gynecology.9th edition USA 1979, - 707-17.
5. Taylor S . Obstetricia de Beck.10a. ed 1981 Mex, 600-15.
6. Hellman LM Pritchard JA.Obstetricia Williams.3a. ed 1980 Mex, _ 826-52.
7. Benson CR y col. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetricos.- Edit. Manual Moderno 1979 Mex, 486-501.
8. NIH.The "pill" receives mixed reviews in later report of Wainut Creek study. JAMA 1981; 246(10): 1071-72.
9. Russel M Ramcharan S. Oral contraceptives estrogen content and adverse effect: Has a dose-response relationship been established ? Can Fam Phisician 1987; 33: 445-60.
10. McCormack MW et al.Effect of menstrual cycle and method of con- traception on recovery of Neisseria gonorrhoeae.JAMA 1982, 247 (9): 1292-94.
11. Washington AE et al. Oral contraceptives, Chlamydia tracomatis infection, and pelvic inflmatory disease. JAMA 1985; 253(15):- 2246-50.
12. Porter JB et al.Oral contraceptives and nonfatal vascular di- sease recent experience. Obstet Gynecol 1982;59(3):299-302.
13. Lipnick JR et al, Oral Contraceptives and breast cancer. JAMA- 1986; 255(1): 5861.
14. Abernety RD et al.Increased metabolic clearance of Acetaminofen with oral contraceptives' use.Obstet Gynecol 1982;60(3):338-41.

15. Ahued AJR y col. Algunas consideraciones sobre el uso del dispositivo intrauterino. Ginecol Obstet Mex; 50(303): 197-200. 1976.
16. Ruiz MJA Rubio LB. Utilización a largo plazo de dispositivo intrauterino de Lippes. Ginecol Obstet Mex; 50(305): 237-41. 1976.
17. Foreman H et al. Intrauterine device usage and fatal loss. Obstet Gynecol 1981; 58(6): 669-77.
18. Valicenti JF et al. Detection and prevalence of IUD associated - actinomyces colonization and related morbidity. JAMA 1982; 247(8): 1149-59.
19. Nieves P y col. Estudio comparativo de la pérdida sanguínea --- menstrual con dispositivos intrauterinos liberadores de progesterona. Ginecol obstet Mex 1981; 49(29): 1-20.
20. Schmidt AW. Prolonged use an intrauterine device, JAMA 1981; 246(19): 2241.
21. Rasche GE. Calcium deposite on IUDs may play role in infections JAMA 1981; 245(16): 1625-26.
22. Yvonne WT. Replacement of intrauterine device. JAMA 1981; 246(6): 622.
23. Infecciones consecutivas a DIU. Boletín de la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia N° 7, 1985.
24. Duran AA y col. Laparoscopia en la extracción de dispositivos - intrauterinos en cavidad abdominal. Ginecol Obstet Mex 1985; 53: 309-12.
25. Garza FJ Rodríguez V y col. Eficacia de anticonceptivos inyectables en mujeres mexicanas. Bol of Sanit Panam 1985; 98(2): 181.
26. Flores LJ y col. Esterilización quirúrgica; experiencia en 10 - años. Ginecol Obstet Mex; 53: 163-65.
27. Rosales EG. Alteraciones del patrón menstrual consecutivas a Ligadura tubaria. Ginecol Obstet Mex 1987; 53: 167-69.
28. Programa Nacional de Planificación Familiar. 1985-1988 CONAPO - Mex 1985.
29. Manual de Planificación Familiar para Médicos. Publicaciones - Médicas de la Federación Internacional de Planificación Familiar, Inglaterra 1981.

30. Dexeus S y col. Anticoncepción. Edit Salvat España 1986.
31. Guía para la Selección de métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad y paridad. Sector Salud Mex 1982.
32. Curso introductorio de la metodología a la Investigación --- Científica. UNAM Facultad de Medicina Mex 1984.
33. Programa de Planificación Familiar. Resultados 1988. Instituto Mexicano del Seguro Social Mex.
34. Acosta M y edis. El Aborto en México. Fondo de Cultura Económica N° 57, 3a. edición Mex 1986.
35. El embarazo adolescente. Boletín de Planificación Familiar, - Secretaría de Salud Mex 1987; 3(2).
36. Daniels NW, Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. Edit LIMUSA Mex 1986; 194-95, 359-60.
37. Siegel S. Estadística No Paramétrica. Edit Trillas Mex 1988, - 195-97.

ESTA TESIS DE BEBE
SALVA DE LA BIBLIOTECA