

11226
79.122

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**Evaluación de aceptación de D. I. U. Postplacenta
en el H. R. Z. No. 1 Morelia, Mich.**

T E S I S

**Que para obtener el Diploma de Especialista en
M E D I C I N A F A M I L I A R**

presenta

DR. LUIS ARTURO LUQUE SANTANA

Asesor de Tesis:

DR. GUILLERMO SANDOVAL RAMIREZ
Jefe del Dpto. Clínico de Gineco-
Obstetricia del H. R. Z. con M. F.
No. 1 Morelia

Morelia, Michoacán

Febrero de 1986

FALLA DE CEGN



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 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
CAPITULO I.-	3
A).- ANTECEDENTES.	
B).- PLANTEAMIENTO.	
C).- OBJETIVOS.	
D).- HIPOTESIS.	
CAPITULO II.-.	13
CAPITULO III.-.	16
CAPITULO IV.-.	56
CAPITULO V.-.	58
a).- DISCUSION.	
b).- SUGERENCIAS.	
c).- COMENTARIO	
BIBLIOGRAFIA.-	64

I N T R O D U C C I O N .

Los servicios de planificación familiar en el mundo, han motivado infinidad de estudios que, nos permiten conocer los mecanismos de acción o los principios fundamentales a través de los cuales ejercen su acción, los distintos métodos anticonceptivos.

Asímismo, estudios epidemiológicos han permitido conocer el margen de seguridad, indicaciones y contraindicaciones, reacciones secundarias y efectos indeseables, eventualidades médicas que ocurren con cada uno de ellos y de esa manera, se ha contribuido al desarrollo de métodos cada vez más eficaces, que aunado a una adecuada supervisión médica, permiten su uso, con el menor riesgo posible, para aquellas mujeres que los utilizan.

Por otra parte, se ha incrementado notablemente la acción informativa, mediante campañas publicitarias continuas, a través de los medios masivos de comunicación, que hacen especial énfasis en las ventajas que obtiene la familia pequeña y constituye parte del ejercicio profesional de todos aquellos que laboran en el área de la salud y es una acción fundamental a desarrollar en el primer nivel de atención médica, con fines, a incrementar el número de usuarias, de los métodos anticonceptivos que permitan realmente disminuir el índice de crecimiento poblacional tendiente a mejorar la calidad de vida del individuo, su familia y la comunidad en todos los niveles.

El presente estudio, trata sobre una estrategia de aplicación de dispositivo intrauterino en el puerperio, que ha demostrado ser altamente eficaz desde su inicio en nuestra unidad, lo cual se aprecia por las altas cifras de protección anticonceptivas por-

diu post parto logradas, como se observará en la parte correspondiente a los resultados.

De tal manera, que, consideramos a esta estrategia de oferta de diu en el puerperio, como una de las primeras acciones que si son aplicadas adecuadamente por todo nuestro personal (lo cual implica información fidedigna sin alarmismos y sin ocultar eventualidades médicas potenciales), contribuirá a educar a la mujer que se atiende de parto en esta unidad y permitirá no sólo el egreso hospitalario de una paciente portadora de un método adecuado de planificación familiar, sino que, se logrará el objetivo de todo programa en esta materia, que pretende que, la mujer adopte el método como suyo.

CAPITULO I

A).- ANTECEDENTES.

Las características demográficas y de la conducta reproductiva de la población, son factores que condicionan de manera -- importante el proceso de las actividades de planificación familiar.

Se estima que la población en nuestro País en el periodo prehispánico era de aproximadamente 20 millones de habitantes, -- la cual se redujo a menos de 2 millones a la llegada de los españoles en 1519 y a fines del siglo XVI, en 1605, se calcula una población de aproximadamente 1'075,000 habitantes.

A mediados del siglo XVII se inicia una recuperación demográfica, continuamente afectada por problemas económico-sociales y de salud, para llegar en 1810, después de siglo y medio a -- 6'122,000 habitantes.

Un siglo después, de acuerdo al al III Censo General de Población, efectuado en 1910, la población llegó a 15,160,369 habitantes y en los siguientes 30 años; en 1940, se alcanzó la cifra de 19'653,552 habitantes, es decir, el País tuvo en esa época una población similar a la que había tenido más de cuatro siglos ---- atrás.

Es a partir del año de 1940 cuando el crecimiento poblacional se aceleró notablemente y en tres décadas se llegó a ----- 48'225,238 habitantes y finalmente, aún cuando en la última década se inició una desaceleración, las cifras preliminares del censo de 1980 indicaron un total de 67'395,826 habitantes.

El contexto histórico en el cual se ha desarrollado el fenómeno demográfico en nuestro País ha tenido como denominador común, hasta períodos recientes, el requerimiento de una población -

numerosa que excediera la elevada mortalidad y permitiera el crecimiento poblacional positivo, lo cual se ha reflejado en el desarrollo de normas religiosas, leyes, costumbres, patrones matrimoniales y estructuras familiares.

En este siglo XX, después del período revolucionario de 1910, que significó la pérdida de gran número de vidas humanas, se incrementó la actitud pro-natalista, como parte incluso, de una política gubernamental, considerada entonces como necesaria, favorable para el desarrollo económico y social del País, con la idea de que una población numerosa y creciente hace automáticamente a una nación más poderosa y con mejores condiciones de vida. Cabe recordar en este aspecto, la promoción con apoyo oficial de concursos nacionales para premiar a la madre más prolífica.

Los primeros cambios de la política nacional sobre población surgieron en 1973, con el análisis sobre la conveniencia de un crecimiento más lento en base a todas las necesidades que genera un incremento en la población.

En ese mismo año, se derogó el artículo 24 del Código Sanitario, relativo a la prohibición para hacer propaganda anticonceptiva. Asimismo, en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece que el hombre y la mujer "son iguales ante la ley". Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y esparcimiento de los hijos. La incorporación de este artículo en la carta magna constituye la base jurídica fundamental para todas aquellas actividades que promuevan y apoyen la adecuada organización y el desarrollo de la familia, dándole igualdad de responsabilidades y derechos al hombre y a la mujer, afirma el carácter voluntario que

numerosa que excediera la elevada mortalidad y permitiera el crecimiento poblacional positivo, lo cual se ha reflejado en el desarrollo de normas religiosas, leyes, costumbres, patrones matrimoniales y estructuras familiares.

En este siglo XX, después del período revolucionario de 1910, que significó la pérdida de gran número de vidas humanas, se incrementó la actitud pro-natalista, como parte incluso, de una política gubernamental, considerada entonces como necesaria, favorable para el desarrollo económico y social del País, con la idea de que una población numerosa y creciente hace automáticamente a una nación más poderosa y con mejores condiciones de vida. Cabe recordar en este aspecto, la promoción con apoyo oficial de concursos nacionales para premiar a la madre más prolífica.

Los primeros cambios de la política nacional sobre población surgieron en 1973, con el análisis sobre la conveniencia de un crecimiento más lento en base a todas las necesidades que genera un incremento en la población.

En ese mismo año, se derogó el artículo 24 del Código Sanitario, relativo a la prohibición para hacer propaganda anticonceptiva. Asimismo, en el artículo 40. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece que el hombre y la mujer "son iguales ante la ley". Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y esparcimiento de los hijos. La incorporación de este artículo en la carta magna constituye la base jurídica fundamental para todas aquellas actividades que promuevan y apoyen la adecuada organización y el desarrollo de la familia, dándole igualdad de responsabilidades y derechos al hombre y a la mujer, afirma el carácter voluntario que

deben tener estas actividades y la necesidad de contar con información suficiente para que toda persona pueda ejercer ese derecho. Por lo tanto, destaca la responsabilidad de dicha decisión (1).--- A este respecto mencionaremos que en la práctica médica frecuentemente observamos decisiones de no aceptación de acciones que permitan una adecuada planificación familiar y que rayan en una irresponsabilidad muy alta que pone en peligro la salud materno infantil, en base a la libertad que tiene la pareja de decidir si acepta o nó un método de planificación familiar. Lo anterior por supuesto, no nos conduce a plantearnos acciones compatibles, con la que se llevarían a cabo en un programa de control de la natalidad, pero sí nos obliga a reforzar nuestras acciones, no únicamente con fines informativos, sino a lograr un cambio de conducta de nuestra población, que reditúe en una verdadera concientización y educación médica general, como se observa en algunos otros países.

China es el único país del mundo, donde la Constitución contempla a la planificación familiar como un derecho y como un deber. En algunos países desarrollados, era común en cierta época, que se exigiera en los hospitales una combinación de edad y tamaño familiar para realización de métodos definitivos de planificación familiar. Estas exigencias tienden a desaparecer puesto que son una transgresión de la elección, informada, libre y responsable del individuo. En muchos otros países se requiere la autorización firmada del cónyuge para la esterilización voluntaria. China, Ghana y Corea del Sur no requieren este requisito para ninguno de los servicios de planificación familiar; Paquistán lo requiere para la esterilización femenina pero nó para la masculina. Dicho requerimiento de autorización conyugal representa en muchas ocasiones un verdadero obstáculo para la esterilización voluntaria y en-

los Estados Unidos de Norteamérica se considera un requisito anti-constitucional.

Los servicios de planificación familiar, se han difundido ampliamente en el mundo en los últimos 20 años, en 1965, sólo - 21 países permitían y apoyaban la planificación familiar. En 1974, se aprueban acciones de este tipo en 102 países del mundo y en --- 1983, alrededor de 127 países de los 166 que agrupa la O.N.U. respaldan la provisión de métodos anticonceptivos, siendo en total -- más del 93% de la población mundial.

Los gobiernos de 32 países no prestan asistencia financiera, (ejemplo: Japón, Grecia, Siria) pero no imponen restricciones. Rumanía y Argentina, tienen actualmente políticas pro nata--- listas.

En América Latina, Argentina, Bélize, Bolivia, Guyana y Suriman no incluyen programas de planificación familiar y en Ara--- bia Saudita y los emiratos árabes, por decreto real desde 1975, -- se prohíben todos los métodos anticonceptivos. (2).

El programa de planificación familiar voluntaria, actualmente, considerado, un programa prioritario de salud en nuestro --- País, ha sido producto de un constante cambio a partir de su ini--- cio en 1967 en 4 unidades del Valle de México como un Programa de Investigación en la República de la Fertilidad con el uso de hor--- monales anticonceptivos y que en un principio estuvo dirigido a -- aquellas mujeres que habían tenido tres o más abortos inducidos.

Posteriormente, en 1972, debido a la gran demanda por el método de mujeres con alto riesgo materno fetal y aborto inducido, pasó a formar parte de las prestaciones médicas proporcionadas por el Instituto a sus derecho-habientes, pero continuó estando limi---

tado a las mismas cuatro unidades, siendo hasta en 1973 cuando el programa se extendió a todas las unidades del Valle de México y a 25 unidades de Planificación Familiar para población no derecho habientes. (12 en el Valle de México y 13 en los estados), y, un año más tarde, se incluyó en todas las Delegaciones del País.

En 1975, se incorporó a las Unidades Médicas de Campo y de Solidaridad Social, siendo el 28 de octubre de 1977 cuando se aprueba el Plan Nacional de Planificación Familiar y en el Plan Global de Desarrollo de 1980-1982 lo contempla como parte importante con fines a disminuir la tasa de crecimiento demográfico, - indispensables para lograr los objetivos del desarrollo nacional.

La finalidad del programa de Planificación Familiar voluntaria así mismo, ha tenido diferentes enfoques, coexistentes - en cierta forma, unos con otros en un momento dado, sin embargo, - en general se aducen por lo menos cuatro razones:

- 1.- Preocupaciones de orden socio-económico o demográfico.
- 2.- Argumentos relativos a derechos humanos.
- 3.- Razones de justicia y equidad.
- 4.- Consideraciones de salud.

En nuestro País, destaca en un principio las consideraciones de salud, como un intento por disminuir los abortos ilegalmente inducidos y, la prevención del embarazo no deseado, así como las preocupaciones demográficas y socio-económicas con base a disminuir la tasa de crecimiento demográfico nacional y el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, su familia y su comunidad.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el concepto

actual de la planificación familiar lo identifica como una de las acciones fundamentales en la promoción y protección de la Salud -- Materno Infantil, concepto considerado como uno de los avances culitativos más importantes que permitirá disminuir el embarazo de alto riesgo mediante la procreación en edades más favorables de la vida reproductiva de la mujer y el adecuado esparcimiento entre -- uno y otro embarazo. (3), (4).

Se entiende por embarazo de alto riesgo, toda aquélla -- gestación en la que se encuentran sensiblemente aumentadas las probabilidades o peligros de enfermedad, lesión o muerte para la ma--dre, el feto o el recién nacido.

El concepto de embarazp de alto riesgo, toda aquella gestación en la que se encuentran sensiblemente aumentadas las proba--bilidades o peligros de enfermedad, lesión o muerte para la madre, el feto, o el recién nacido.

El concepto de embarazo de alto riesgo, es el producto -- de una evolución histórica de los criterios obstétrico, epidemiológico, pediátrico y médico en general, que tuvo su origen en las -- primeras observaciones efectuadas hace más de cien años y que llama--ron la atención por la influencia desfavorable que tiene el traumatismo obstétrico, el trabajo de parto distócico, la prematurez y la hipoxia neonatal en las condiciones ffsicas y mentales del pro--ducto al nacimiento en las condiciones ffsicas y mentales produc--to al nacimiento y en su desarrollo posterior.

La perinatología, a su vez, permitió establecer una co--rrelación clara entre las complicaciones obstétricas y la morbimor--talidad perinatal, los estudios epidemiológicos permitieron iden--tificar grupos de población con vulnerabilidad especial para desa--rrollar morbimortalidad perinatal de acuerdo a las característi---

cas particulares de cada embarazo. (5).

El embarazo de alto riesgo y la estimación del riesgo reproductivo en las pacientes no embarazadas, contempla además de -- aquellas situaciones maternas y fetales, situaciones ambientales y sociales que podrían aumentar la morbilidad del binomio de -- cualquier momento del embarazo, parto o puerperio e incluye la posibilidad de producir en el niño déficit orgánico o mental. (6).

Aún cuando las tasas de morbilidad materna en nuestro País han disminuido considerablemente en los últimos 40 años, -- la morbilidad perinatal no ha logrado descensos importantes a pesar del mejoramiento en la calidad de la atención médica gestacional, prenatal y neonatal, observándose además que un grupo re -- lativamente pequeño de entidades médicas siguen siendo las responsables de la morbilidad materna y fetal, las hemorragias y la toxemia gravídica en el primer caso, y la prematuridad y sus complicaciones en el segundo.

En la actualidad no se conoce con precisión la frecuencia del embarazo de alto riesgo en nuestro País, sin embargo, se -- estima que cuando menos el 20% de las mujeres embarazadas están su -- jetas a riesgo. Afortunadamente, gran parte de los factores que -- pueden ser post natal son identificables mediante procedimientos -- clínicos sencillos aplicables en el primer nivel de atención en la consulta prenatal y mediante la estimación del riesgo reproductivo en el periodo intergenérico. (5).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el programa de planificación familiar adquirió carácter de prioridad a partir de 1984, considerando básicamente dos situaciones:

- 1.- Que el total de egresos obstétricos en la Institución es de cerca de 700,000 anuales, y

2.- Que la protección específica anticonceptiva en este grupo de mujeres tiene carácter claro de indicación médica para la protección de la salud Materno Infantil. Requisito que se cubre tan sólo con la adecuación del espaciamiento entre los embarazos, por señalar alguno.

Durante el año de 1982 se celebraron en el Instituto, -- 142 seminarios zonales y 38 delegacionales, cuyos resultados fueron analizados durante la V Reunión Anual de Planificación Familiar llevada a cabo en Oaxtepec, Morelos en el año de 1983.

Analizada la cobertura de protección anticonceptiva por diu post parto y post aborto al término de ese año, que fué de --- 30.8% y 26.1%, respectivamente, propusieron metas cada vez más ambiciosas para los años siguientes, las cuales irían progresivamente aumentando, partiendo de un 40% de los egresos obstétricos para el año de 1984 hasta el 70 a 80% de los mismos para el año de ---- 1988, con lo cual se incrementaría el número de usuarias del programa y poder realmente incidir en la protección de la salud de la mujer en una de sus etapas de mayor vulnerabilidad. (3).

En nuestra unidad, sin embargo, la meta de protección -- anticonceptiva por concepto de diu post parto, para el año de 1984, fué del 80% como meta óptima y del 50% como una meta mínima aceptable, habiéndose logrado al término de ese año, un promedio mensual del 23%, cifra muy por debajo de lo esperado que, como se vé, no cubre siquiera la mitad de la meta mínima aceptable.

B).- PLANTEAMIENTO.

En un estudio realizado en esta unidad durante el año de 1984 en el Módulo de Atención Prenatal, en un grupo de 42 embarazadas respecto a sus expectativas de Planificación Familiar en el-

puerperio, el 88% de las entrevistadas manifestaron su deseo de -- planificar la familia desde ese preciso instante. (7). Sin embar-- go, las cifras logradas de protección anticonceptiva post parto -- durante el año de estudio nos inducen a pensar que existe algún -- factor que impide a la paciente su egreso con este método anticon- ceptivo a pesar de contar con una información adecuada proporciona da durante la atención prenatal sobre la sencillez y relativa ino- cuidad del método, lo cual creemos pudiera estar condicionada por- temor-dolor a su inserción después de haber pasado por un trabajo- de parto, por óptimo que éste haya sido, lo cual se agrava a pa--- cientes que no han recibido ninguna orientación previa a la culmi- nación del embarazo, situación no rara en nuestro hospital en el - que muchas pacientes se atienden su parto sin haber asistido a con trol prenatal, o bien lo hacen en forma tan irregular que no le -- permiten al médico de primer nivel, ejercer acciones de planifica- ción familiar.

Ante esta situación, las autoridades correspondientes en esta unidad, implementaron un sub programa de aplicación de diu -- post placenta vigente a partir de la última semana del mes de ju- lio del año en curso, en el que se contempla la estrategia de apli- cación de diu en el puerperio inmediato, posteriormente al alumbra miento, en todas aquellas pacientes puerperas que no tengan contra- indicaciones médicas para su aplicación, con la libre opción a re- tirarlo en la pre alta del hospital si una vez informada la pare-- ja, deciden de manera consciente y libre, no aceptarlo.

El presente estudio, puramente descriptivo, pretende --- pues, únicamente observar y describir lo que resulte, sin embargo, nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Será mayor la acepta---

ción de diu post parto, aplicado a todas las mujeres en el puerperio inmediato post-placentario, que la aceptación de diu post parto, ofrecido a todas las mujeres en el puerperio mediato en la pre alta del hospital?.

C).- OBJETIVOS.

Los objetivos del presente estudio fueron:

- 1.- Evaluar la aceptación de diu post parto aplicado en el -- puerperio inmediato post placentario, en la misma área de tococirugía.
- 2.- Conocer la frecuencia de embarazo de alto riesgo en nuestra unidad.
- 3.- Conocer los principales motivos de no aceptación de diu - post placenta, en las mujeres no aceptantes del método.
- 4.- Evaluar la estrategia de aplicación utilizada en este estudio de acuerdo a porcentajes de aceptación obtenidos, - considerándose como aceptante a la paciente que acepta -- su egreso hospitalario siendo portadora del método, en -- comparación con porcentajes de aceptación logrados el año anterior.

D).- HIPOTESIS.

- 1.- H₀: No existe diferencia en la aceptación de diu post parto en relación con su aplicación de manera indistinta en el puerperio inmediato en tococirugía como ofrecido en la pre-alta de hospital, en la sala de puerperio.
- 2.- H₁: La aceptación de diu post parto aplicado a todas las-pacientes púerperas post placentario en el mismo sitio de la atención del parto, es mayor que la aceptación de diu-post parto ofrecido en la pre alta hospitalaria, en la sa la de puerperio.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO.

El presente estudio comprenderá a todas aquellas pacientes -- que egresen del servicio de Gineco-Obstetricia por concepto de --- atención de parto por vía vaginal en el H.R.Z. número 1 de More--- lia en el lapso comprendido del 1o. al 30 de septiembre del año en curso, a quienes se aplicará diu post inmediatamente después al -- alumbramiento, incluyéndose aquéllas cuya gestación sea igual o ma-- yor a 29 semanas de duración y sin contraindicaciones médicas para su instalación, comprendiendo las siguientes:

- 1.- Cervicovaginitis aguda o crónica.
- 2.- Ruptura prematura de membranas y datos de amnioftis.
- 3.- Cardiopatía congénita o adquirida.
- 4.- Deformaciones congénitas o adquiridas de la cavidad ute-- rina.
- 5.- Alergia al cobre.
- 6.- Pacientes que su embarazo culmine en óbito fetal.
- 7.- Pacientes que por alguna razón sean sometidas a legrado - uterino instrumentado.
- 8.- Automáticamente quedarán excluidas aquéllas cuya gesta--- ción sea igual o menor a las 28 semanas.

El material que se utilizará será el rutinario para la aplica-- ción de diu post placenta.

Una vez que sea atendido el parto y que se haya aplicado diu-- en la misma área de tococirugía, en la pre alta hospitalaria se in-- formaré a la paciente que es portadora de un método temporal de -- planificación familiar y las características del mismo, su indica-- ción médica precisa, ventajas y desventajas, riesgos potenciales -

del mismo y se respetará la decisión final de aceptación o rechazo del método sin que medie coerción de ningún tipo y sin que repercuta en la calidad de la atención médica en caso de negativa y en cuyo caso, será retirado inmediatamente el diu en la misma sala de puerperio. Por el contrario, las pacientes que acepten su egreso - hospitalario en calidad de portadores del diu recibirán indicaciones de que asistan al módulo de planificación familiar para su revisión en un mes posterior al egreso.

Por otra parte, se proporcionará información y orientación sobre métodos contraceptivos definitivos cuando así esté indicado, particularmente salpingoclasia bilateral, efectuándose ésta en las pacientes que no tengan contraindicaciones médicas para la misma y que así lo prefieran por tener maternidad o paridad satisfecha.

Por lo que respecta a aquellas pacientes a las que se les atiende su parto por vía vaginal, que reúnan los criterios de inclusión y que por algún motivo no se les aplique el diu post partum, serán captados en un grupo aparte al cual se le proporcionará la misma calidad en la información que a las anteriores y se les ofrecerá el método en la pre alta hospitalaria, con fines de someter a contrastación ambas estrategias de oferta del método.

En estas pacientes también se proporcionará información sobre métodos definitivos cuando así este indicado.

En todos los casos se realizará revisión de expediente clínico y entrevista directa con la paciente o su pareja.

Se elaborará MF-7/83 en todas aquellas pacientes que no la tengan anexa al expediente.

Se hará la suma de factores de riesgo reproductivo en aquellas que ya la tengan como en las que les sea elaborada, con fines a conocer la frecuencia de embarazo de alto riesgo en nuestra unidad, para lo cual se tomará como criterio la puntuación misma establecida en la MF-7/83, considerandose como factor de riesgo bajo la suma de factores de riesgo con puntuación de 4.5 o menos y como factor de riesgo alto, las que reunan una puntuación igual o mayor a 5 puntos.

CAPITULO III

RESULTADOS.

Los datos obtenidos fueron sometidos a estadística descriptiva y los resultados obtenidos son los siguientes:

Se aplicó diu post parto, en puerperio inmediato en 243 pacientes que se atendieron su parto por vía vaginal en el mes de septiembre de 1985 en nuestra unidad, cuyas edades quedaron comprendidas de los 15 a los 40 años, siendo en su mayoría pacientes de los 20 a los 30 años con 161 pacientes. (*) La edad promedio observada fué de 24.3 años. (Cuadro número 1, gráfica número 1).

CUADRO NUMERO 1.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS DE 243 PACIENTES A LAS QUE SE LES APLICO DIU POST PLACENTA. FUENTE ENCUESTA APLICADA.

EDADES.	No. PACIENTES.	%	DATOS ESTADISTICOS.
15 o menos.	4	1.64	No. pacientes (n) 243
16 - 19 a.	41	16.87	Media (\bar{x}) 23.31
20 - 30 a.	161	66.26	Varianza (σ^2) 29.04
31 - 34 a.	23	9.47	D. Standar (s) 5.40
35 y más.	14	5.76	Rango: 15 a 40 años.

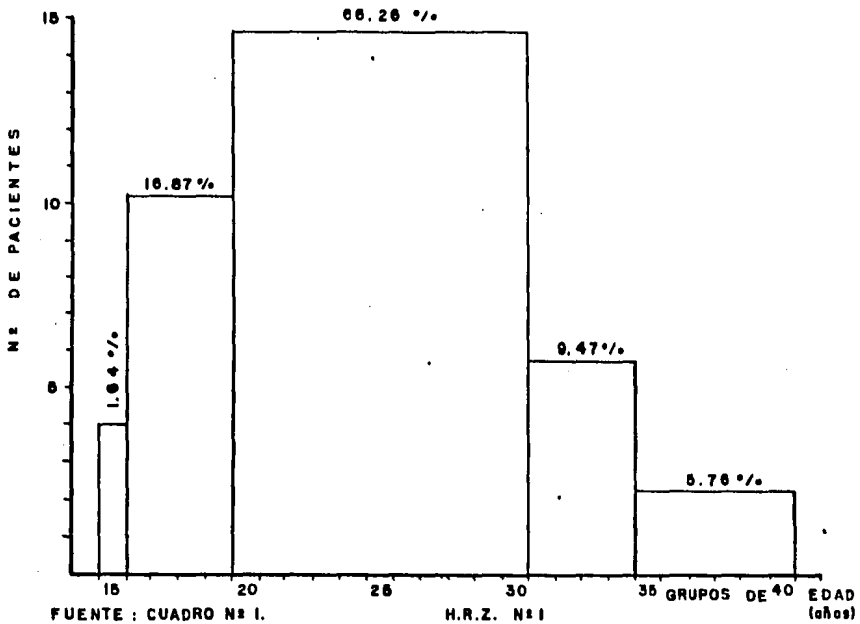
De las 243 pacientes a las que se aplicó diu post placentario aceptaron su egreso del hospital siendo portadoras del mismo un total de 201 pacientes, lo cual constituye un porcentaje de aceptación del 82.71%, siendo 131 pacientes (65.17%), entre 20 y los 30 años.

La edad promedio en este grupo de aceptantes de diu post

(*). Distribución por grupos etáreos de acuerdo a MF-7/83.

I.- PACIENTES A QUIENES SE APLICÓ DIU POST-PLACENTA,
SEGUN EDAD.

MORELIA, 1985.



placenta fué de 28.54 años en un rango de 15 a 36. (Cuadro número-2, gráfica número 2).

CUADRO NUMERO 2.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS EN 201 PACIENTES QUE ACEPTARON DIU POST PLACENTA.

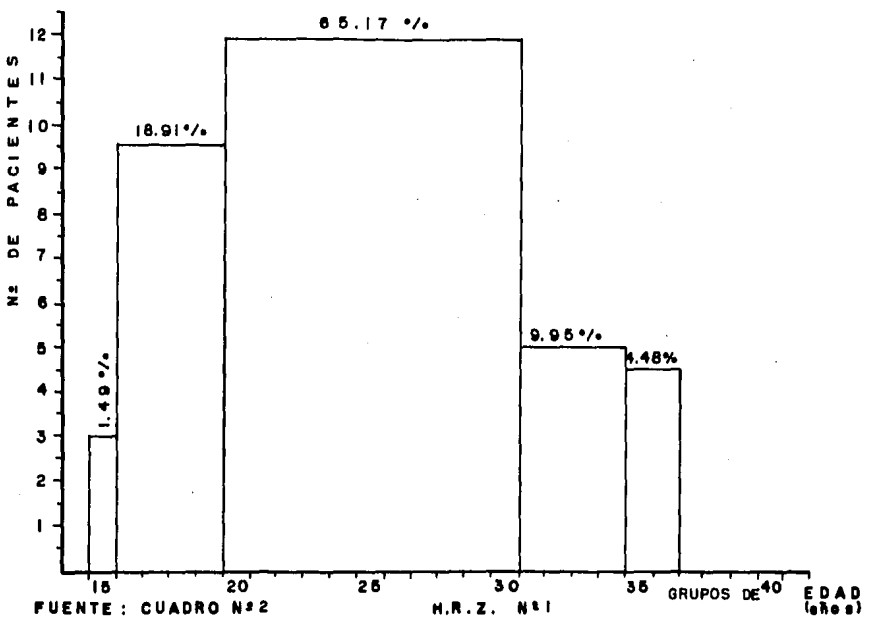
EDADES.	No. PACIENTES	%	DATOS ESTADISTICOS.
15 años	3	1.49	$n = 201.$
16 - 19 a.	38	18.91	$\bar{x} = 23.91.$
20 - 30 a.	131	65.17	$\sigma = 28.54.$
31 - 34 a.	20	9.95	$s = 5.36$
35 y más.	9	4.48	Rango: 15 a 36 a.

De las 42 pacientes restantes a las cuales se les aplicó ---- diu post placentario, se formó otro grupo de pacientes, puesto --- que por tener maternidad y paridad satisfecha, se les retiró el -- diu y se les realizó un método definitivo de planificación fami--- liar. (S.C.B.).

El número de pacientes en estas condiciones fué de 24 que --- corresponden al 9.98% de las pacientes estudiadas y cuyas edades, --- fueron las siguientes: de 20 a 30 años, 15 pacientes (62.50%); --- de 31 a 34 años, 6 pacientes (25%) y de 35 y más, fueron 3 pacien--- tes (12.50%) siendo el promedio de edad observada de 24.50 años en un rango de 20 a 40 años. (Cuadro número 3, gráfica número 3).

Tomando en cuenta a 201 pacientes que aceptaron diu post pla--- centa y 24 pacientes que prefirieron y se les efectuó salpingocla--- sia bilateral con porcentajes respectivos de 82.71 y 9.88, nos que dan 18 pacientes que no habiendo aceptado diu post placenta, éste--- les fué retirado y se egresaron del hospital sin ninguna protec---

2.- PACIENTES QUE ACEPTARON DIU POST-PLACENTA ,
POR GRUPOS ETAREOS
MORELIA , 1985.



ción anticonceptiva.

El porcentaje para este grupo de pacientes fué de 7.40%, cuya distribución por edades es como sigue. (Cuadro número cuatro, gráfica número 4).

CUADRO NUMERO 3.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS DE 24 PACIENTES- A LAS QUE SE LES RETIRO DIU POST PLACENTARIO POR HABER PREFERIDO - METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR. (S.C.B.). FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

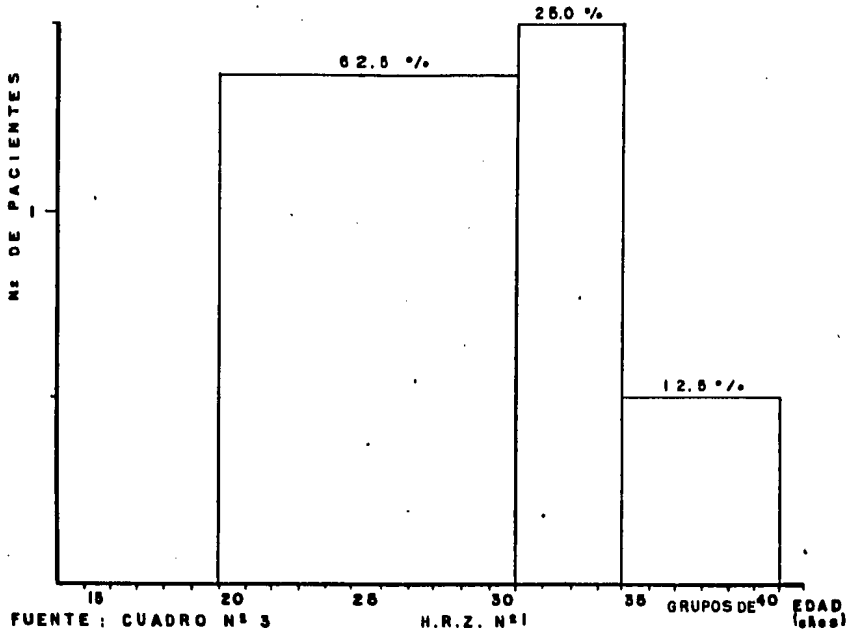
EDADES	No. PACIENTES	%	DATOS ESTADISTICOS
15 años	0	0	n = 24.
16 - 19 a.	0	0	\bar{x} = 29.
20 - 30 a.	15	62.50	σ = 24.50.
31 - 34 a.	6	25.00	s = 5.06.
35 y más.	3	12.50	Rango: 20 a 40 años.

CUADRO NUMERO 4.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS DE 18 PACIENTES- QUE NO ACEPTARON DIU APLICADO POST PLACENTA. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

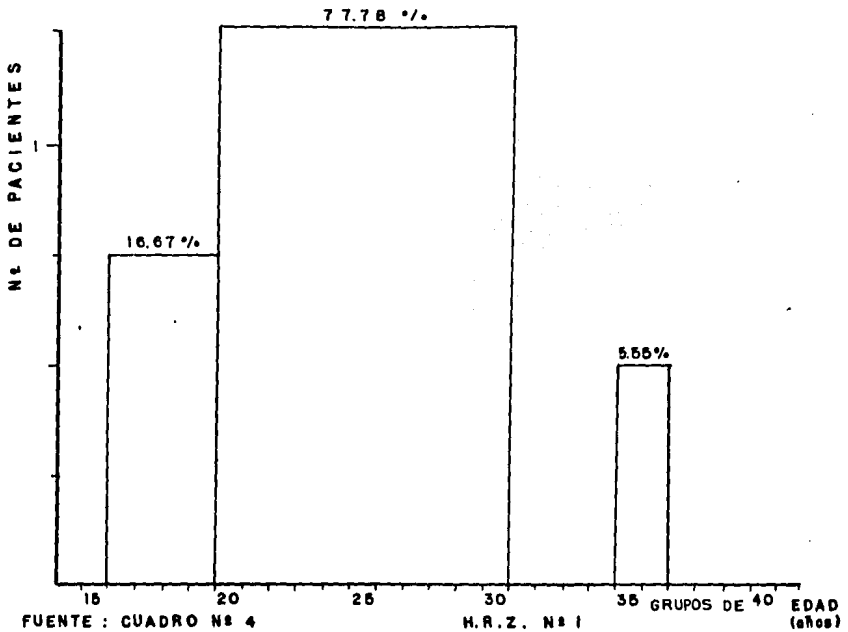
EDADES	No. PACIENTES	%	DATOS ESTADISTICOS
15 años	0	0	n = 18
16 - 19 a.	3	16.67	\bar{x} = 22.67
20 - 30 a.	14	77.78	σ = 19.18
31 - 34 a.	0	0	s = 4.58
35 y más.	1	5.55	Rango: 16 a 36 años.

3.- PACIENTES QUE OPTARON POR EL METODO DEFINITIVO
DE PLANIFICACION FAMILIAR, SEGUN EDAD .

MORELIA , 1985 .



4.- PACIENTES QUE NO ACEPTARON DIU POST-PLACENTA,
SEGUN EDAD.
MORELIA, 1985.



Los principales motivos de no aceptación de diu post placenta en estas pacientes fueron: (Cuadro número 5, gráfica número 5).

CUADRO NUMERO 5.- PRINCIPALES MOTIVOS DE NO ACEPTACION DE DIU POST PLACENTA. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

No.	MOTIVO PRINCIPAL.	No. PACIENTES.	%
1	Motivos conyugales y mala información.	12	66.67
2	Mala información exclusivamente.	3	16.67
3	No necesario.	2	11.11
4	Desconfianza al método.	1	5.55

Al respecto, señalamos que se consideró como mala información, aquélla fundamentada en mitos como "encarnamiento" del diu, "niños marcados" en caso de embarazo, propensión a Ca., C.U., etc.. Cuando aunado a lo anterior existió además renuncia o negatividad del cónyuge por actitudes machistas o también de mala información, se constituyó el grupo número 1.

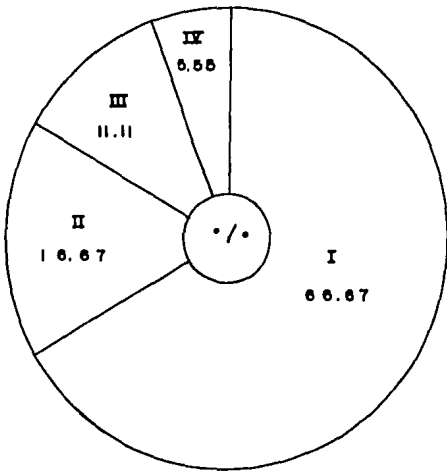
En el grupo 2, se consideró a aquellas pacientes en las que el cónyuge "apoyaba" o le era indiferente el método, pero la paciente no lo aceptó por mala información exclusivamente.

El tercer grupo adujo razones de vida sexual poco activa y en el cuarto grupo se rechazó por embarazo previo con diu.

La gráfica número 6, nos muestra objetivamente las tres eventualidades ocurridas en este grupo de pacientes a las que inicialmente se les aplicó diu post placenta. En ella se aprecia el alto porcentaje de aceptación de diu en estas condiciones; en comparación con el mínimo rechazo del método, todavía menor que el número

5.- RELATIVOS DE PRINCIPALES MOTIVOS DE NO ACEPTACION
DE DIU POST-PLACENTA .

MORELIA , 1985 .

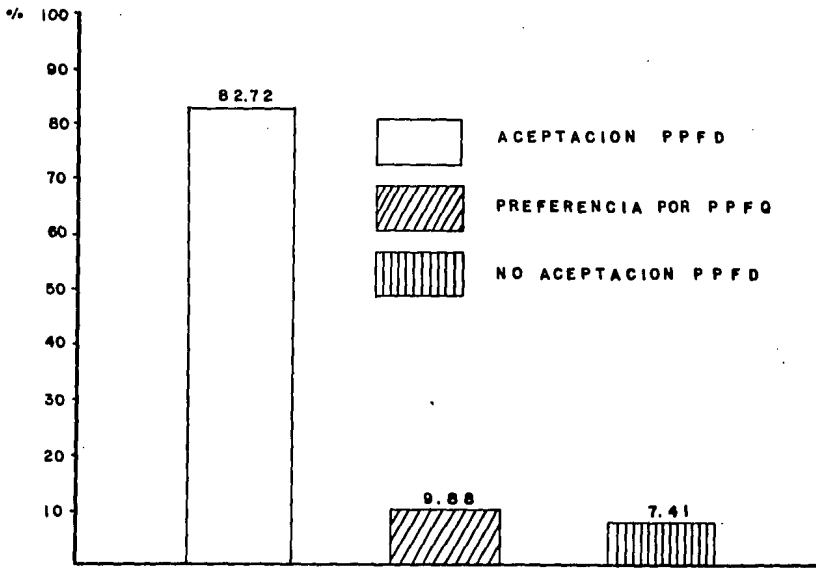


- I.- MOTIVOS CONYUGALES Y
MALA INFORMACION .
- II.- MALA INFORMACION
EXCLUSIVAMENTE .
- III.- NO NECESARIO .
- IV.- DESCONFIANZA .

FUENTE : CUADRO N° 6

H.R.Z. N° 1

6.- RELATIVOS DE ACEPTACION DE DIU POST-PLACENTA.
MORELIA, 1985.



F U E N T E : ENCUESTA DIRECTA

H. R. Z. N° 1

o porcentaje de salpingoclasias efectuadas.

Por otra parte, se captaron 105 pacientes a las cuales se les aplicó diu post placentario por motivos ignorados o bien, por haberse agotado en Tococirugía éste al momento de la atención del parto. Este número de pacientes corresponde casi al 50% en relación con aquellas a las que si se les aplicó exactamente. A estas 105 pacientes se les ofreció diu en pre alta hospitalaria habiéndoseles proporcionado la misma calidad de información e indicaciones para el uso de diu, habiendo observado lo siguiente:

La distribución por grupos etáreos fue: de 20 a 30 años, 68--pacientes (64.76%); de 16 a 19, 14 (13.34%); de 31 a 34 años, 13--pacientes (12.38%) y de 35 y más, y, de 15 y menos, 9; y, 1 pacien--te con porcentajes de 8.57 y 0.95 respectivamente.

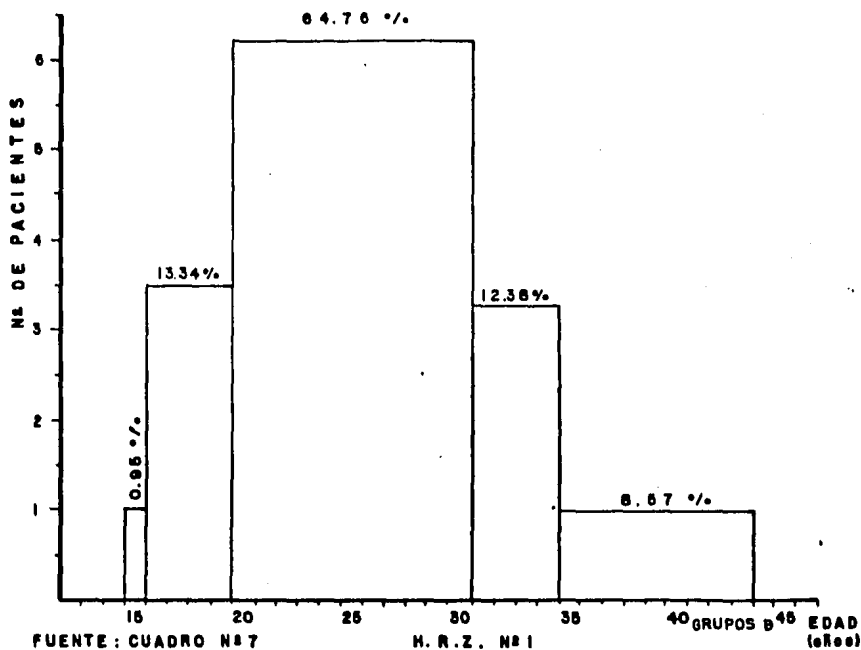
La edad promedio observada fué de 25.87 años en un rango de - 15 a 43 años. (Cuadro número 7, gráfica número 7).

CUADRO NUMERO 7.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS EN 105 PACIEN--TES A LAS QUE NO SE LES APLICO DIU POST PLACENTA Y SE LES OFRECIO--EN PRE ALTA HOSPITALARIA. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

EDADES	No. PACIENTES	%	DATOS ESTADISTICOS
15 años	1	0.95	n = 105
16 - 19	14	13.34	\bar{x} = 25.87
20 - 30	68	64.76	σ = 35.81
31 - 34	13	12.38	s = 6.01
35 - más.	9	8.57	Rango: 15 a 43 a

De estas 105 pacientes aceptaron la aplicación de diu en pre-

7.- PACIENTES A QUIENES NO SE APLICÓ DIU POST-PLACENTA OFRECIÉNDOSE EN LA PRE ALTA DE HOSPITAL, SEGUN EDA D .
M O R E L I A , 1 9 8 5 .



alta 15 de ellas, lo cual corresponde al 14.28% y cuya distribu---
ción por grupos de edad fué la siguiente: de 20 a 30 años, 9 pa---
cientes (60%); de 16 a 19 años, 3 pacientes (20%); de 31 a 34 ----
años, 2 pacientes (13.33%) y de 15 años, 1 paciente (6.67%).

La edad promedio observada fué de 25.18 años en un rango de -
15 a 32. (Cuadro número 8, gráfica número 8).

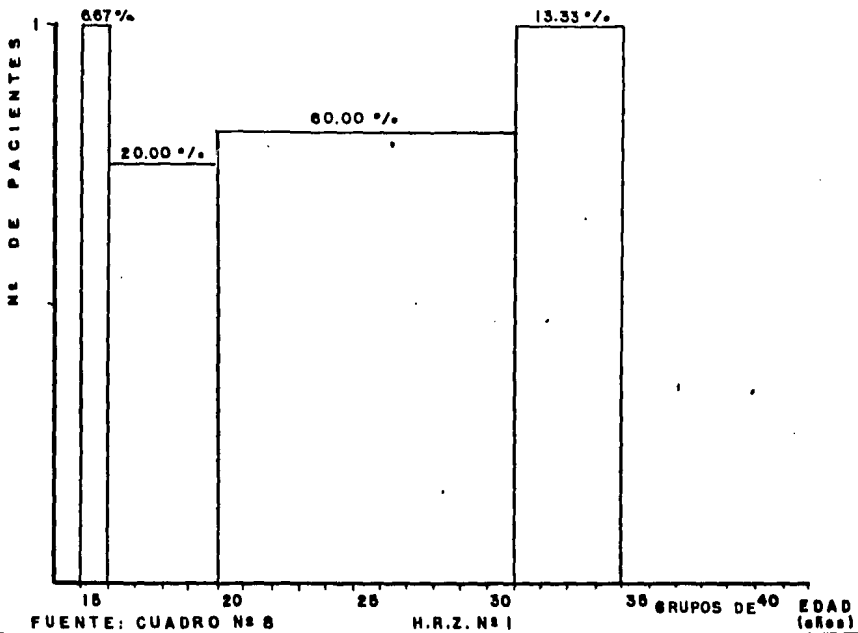
CUADRO NUMERO 8.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS EN PACIENTES QUE
NO SE LES APLICÓ DIU POST PLACENTA Y ACEPTARON DIU EN PRE ALTA DE-
HOSPITAL. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

EDADES	No. PACIENTES	%	DATOS ESTADISTICOS.
15 años	1	6.67	n = 15
16 - 19 a.	3	20.00	\bar{x} = 23.47
20 - 30 a.	9	60.00	σ = 25.18
31 - 34 a.	2	13.33	s = 5.19
35 - más.	0	0	Rango: 15 a 32 a.

De las 105 pacientes a las que no se les aplicó Diu post ----
placentario y se les ofreció en pre alta hospitalaria, 19 de ellas
prefirieron S.C.B. por paridad satisfecha, lo cual corresponde al-
18.09% y cuya distribución por edades fué la siguiente. (Cuadro --
número 9, gráfica número 9).

**8.- PACIENTES A LAS QUE NO SE APLICÓ DIU POST-PLACENTA Y LO
ACEPTARON EN PRE ALTA DE HOSPITAL, SEGUN EDAD .**

M O R E L I A , 1 9 8 5 .



CUADRO NUMERO 9.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS EN PACIENTES A LAS QUE NO SE APLICÓ DIU POST PLACENTA PERO SE EGRESARON DE HOSPITAL CON METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

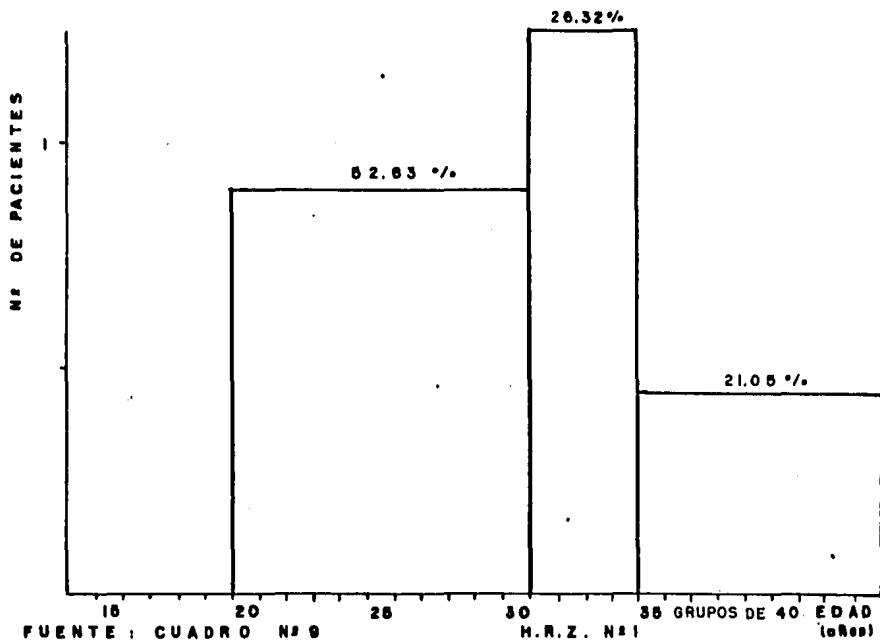
EDADES	No. PACIENTES.	%	DATOS ESTADISTICOS.
15 y menos.	0	0	n = 19
16 - 19 a.	0	0	\bar{x} = 30.74
20 - 30 a.	10	52.63	σ = 28.61
31 - 34 a.	5	26.32	s = 5.50
35 - más.	4	21.05	Rango: 22 a 43 años.

Respecto a este grupo de 105 pacientes a las que no se les aplicó diu post placenta, tomando en cuenta que 15 de ellas lo aceptaron y se instaló en pre alta hospitalaria, y que 19 de ellas aceptaron y se efectuó salpingoclasia bilateral, lo cual en conjunto nos proporciona 34 pacientes, nos restan 71 pacientes que no aceptaron ningún método anticonceptivo en el puerperio. Este número de pacientes corresponde al 67.61%.

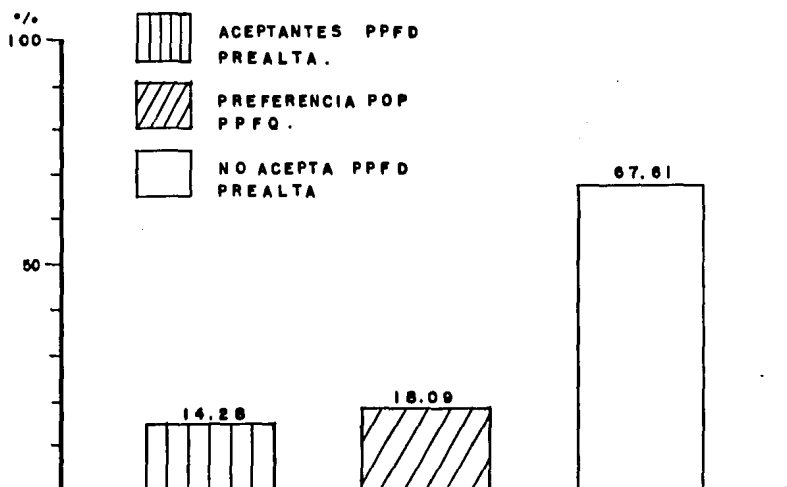
La gráfica número 10, nos muestra objetivamente las tres eventualidades observadas en este grupo de pacientes a las que se les aplicó diu post placenta ofreciéndose éste en la pre alta. En ella se aprecia el bajo porcentaje de su aceptación en tales condiciones, todavía menor que la aceptación de métodos considerados definitivos.

En la gráfica número 11, nos muestra una contrastación--

9.- PACIENTES A LAS QUE NO SE APLICÓ DIU POST-PLACENTA PERO QUE EGRESARON DE HOSPITAL CON SALPINGOCLASIA BILATERAL.
MORELIA, 1985.



10.- RELATIVOS DE ACEPTACION DE DIU EN PREALTA .
M O R E L I A . 1985 .



FUENTE : ENCUESTA DIRECTA .

H. R. Z. N.º 1

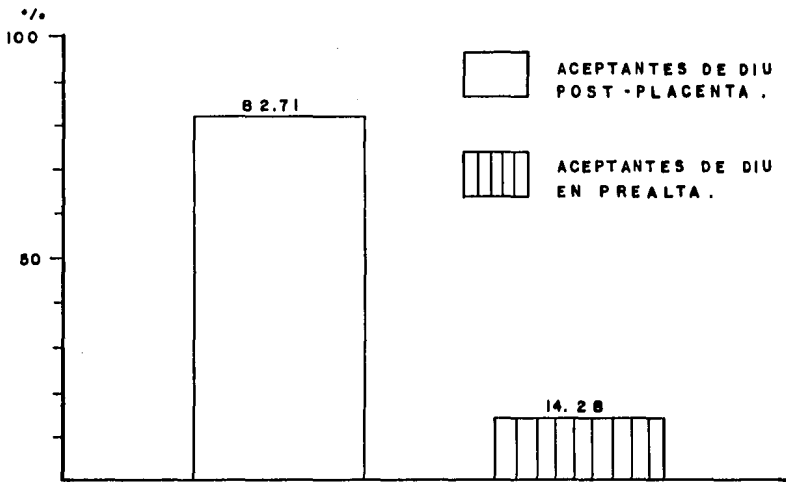
palpable entre los resultados obtenidos con una y otra estrategia de oferta de diu post parto. Aquí se aprecia que la aceptación del diu una vez aplicado en el mismo sitio donde se atiende el parto, inmediatamente después al alumbramiento es mucho mayor que la aceptación de diu al ofrecerlo en la sala de puerperio, en la pre alta hospitalaria.

La suma de factores de riesgo reproductivo observada en las 243 pacientes a las que se les aplicó diu post placentario fué --- como sigue:

FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO BAJO (4.5 puntos o menos); 192-pacientes (79.01).

FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO ALTO (5.0 puntos o más); 51 pacientes (20.98%) distribuidas de la siguiente manera: (Tabla número 1, gráfica número 12).

II.- RELATIVOS DE ACEPTACION DE DIU POST-PLACENTA EN
RELACION CON ACEPTACION DE DIU EN PREALTA .
MORELIA , 1985 .



FUENTE : ENCUESTA DIRECTA .

H. R. Z. N° 1

12-Σ. FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO OBSERVADO EN PACIENTES
A LAS QUE SE APLICÓ DIU POST-PLACENTA.
MORELIA, 1985.

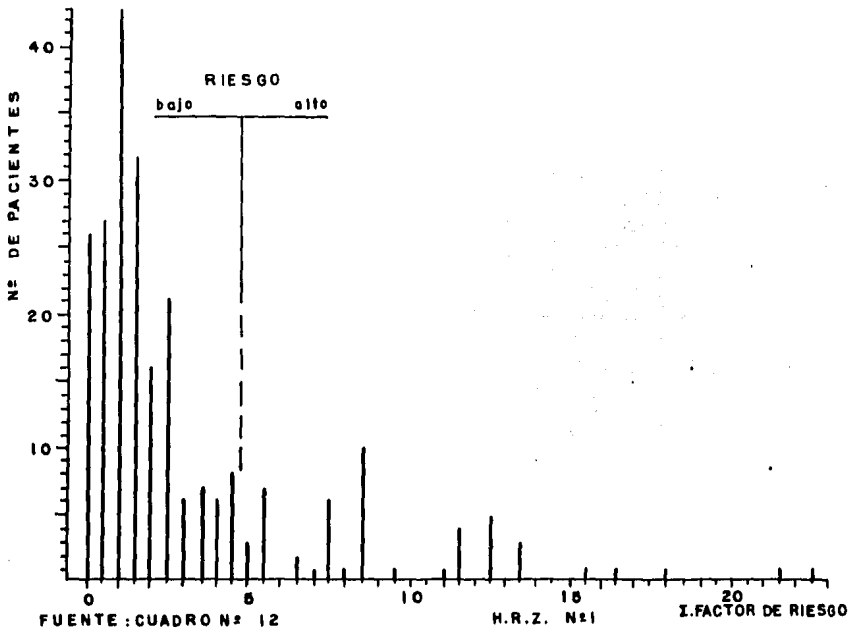


TABLA NUMERO 1.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO OBSERVADO EN 243 PACIENTES A LAS QUE SE LES APLICO DIU POST PLACENTA. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA. H.R.Z. No. 1.-

F. R.	NUMERO DE PACIENTES.
0.0	26
0.5	27
1.0	43
1.5	32
2.0	16
2.5	21
3.0	6
3.5	7
4.0	6
4.5	8
<u>FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO BAJO.</u>	
FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO ALTO.	
5.0	3
5.5	8
6.0	0
6.5	2
7.0	1
7.5	6
8.0	1
8.5	11
9.0	0
9.5	1
10.0	0

F. R.	NUMERO DE PACIENTES.
10.5	0
11.0	1
11.5	4
12.0	0
12.5	5
13.0	0
13.5	3
14.0	0
14.5	0
15.0	0
15.5	1
16.0	0
16.5	1
17.0 _m	0
17.5	0
18.0	1
18.5	0
19.0	0
19.5	0
20.0	0
21.0	0
21.5	0
22.0	0
22.5	1

T O T A L: 243

La suma de factores de riesgo reproductivo en 201 pacientes--

que aceptaron diu post placentario fue de: Factor de riesgo bajo:- 168 pacientes (83.58%); factor de riesgo alto: 33 pacientes ----- (16.41%). Total: 201 pacientes.

La suma de factores de riesgo en asociación con las edades de las pacientes se aprecia en el cuadro número 13, gráfica número 13.

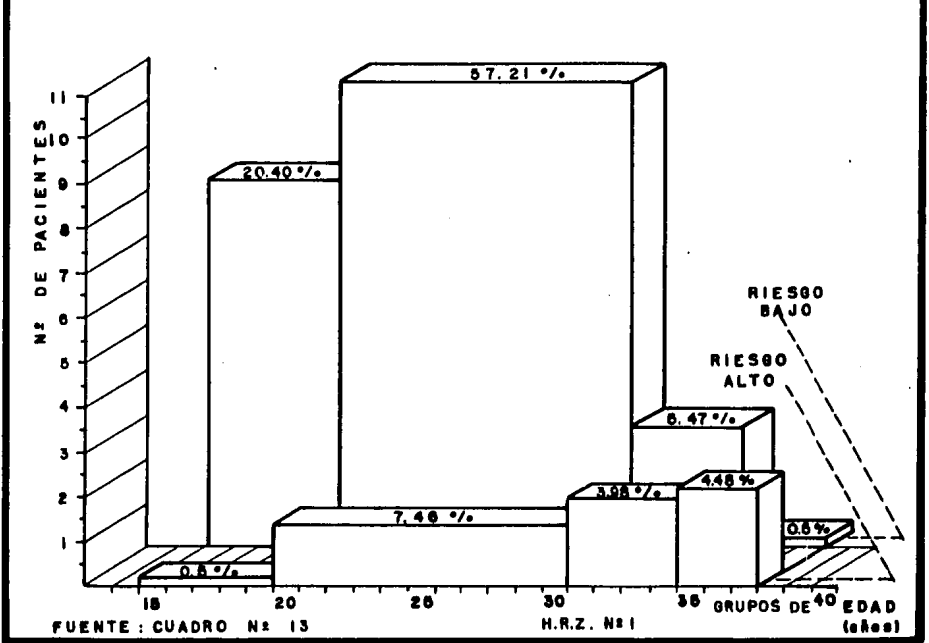
CUADRO NUMERO 13.- DISTRIBUCION ETAREA EN ASOCIACION CON FACTORES- DE RIESGO EN 201 PACIENTES QUE ACEPTARON DIU POST PLACENTA. FUEN-- TE: ENCUESTA DIRECTA.

EDAD	FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE PACIENTES	%
15 - 19 a.	Bajo:	41	20.40
	Alto:	1	0.50
20 - 30 a.	Bajo:	115	57.21
	Alto:	15	7.46
31 - 34 a.	Bajo:	11	5.47
	Alto:	8	3.98
35 y más.	Bajo:	1	0.50
	Alto:	9	0.48

La gráfica número 13 muestra como el factor de riesgo repro-- ductivo vá incrementándose paralelamente con la edad, así pues, -- tenemos que en el grupo de 15 a 19 años, a pesar de la edad temprana para la reproducción, predomina un factor de riesgo reproducti-- vo bajo, en el grupo de 20 a 30 años continúa dicho predominio, -- más en el grupo de 31 a 34 años, tiende a equipararse y es franca-- mente mayor en las pacientes de 35 años y más. Lo anterior obedece a múltiples factores, aun-que básicamente diremos que el riesgo --

13.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES QUE
ACEPTARON DIU POST-PLACENTA .

MORELIA . 1985 .



reproductivo bajo en las pacientes más jóvenes estuvo dado principalmente por lo mismo, edad temprana. Es obvio, que a medida que la paciente adquiere mayor edad, el propio riesgo se incrementa -- por su propia edad y el mayor número de gestaciones y antecedentes que van "enriqueciendo" su historia obstétrica.

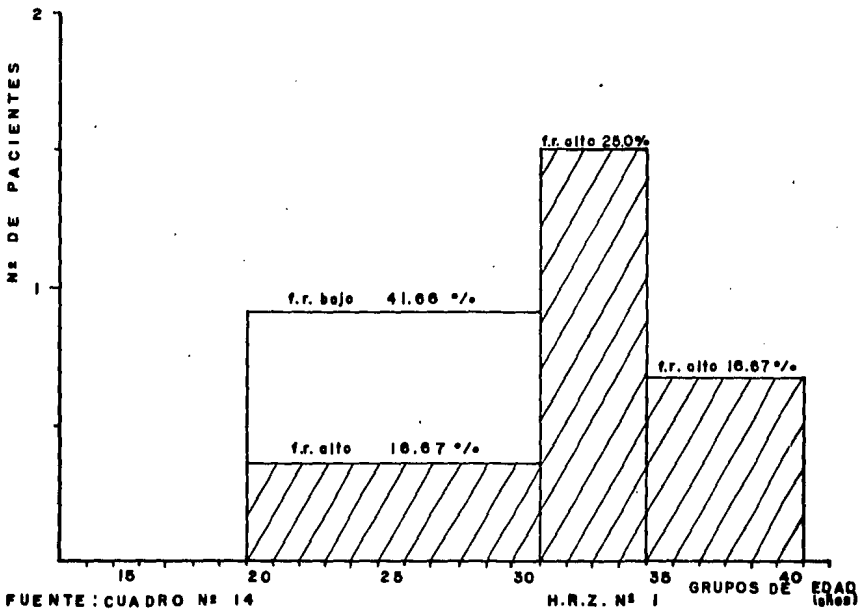
La suma de factores de riesgo reproductivo observada en 24 pacientes a las que se les retiró diu post placentario por haber elegido un método definitivo de planificación familiar fué como sigue: Factor de riesgo bajo: 10 pacientes (41.66%); Factor de riesgo alto: 14 pacientes (58.33%). Total: 24 pacientes. Cuya distribución en grupos de edad en asociación con factor de riesgo observado se aprecia en el cuadro número 14, gráfica número 14.

CUADRO NUMERO 14.- DISTRIBUCION ETAREA EN PACIENTES A LAS QUE SE RETIRO DIU POST POR HABERSE EFECTUADO SALPINGOCLASIA BILATERAL, EN ASOCIACION CON FACTOR DE RIESGO OBSERVADO. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

EDADES.	FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE PACIENTES	%
15 - 19 a.	Bajo:	0	0
	Alto:	0	0
20 - 30 a.	Bajo:	10	41.66
	Alto:	4	16.67
31 - 34 a.	Bajo:	0	0
	Alto:	6	25.00
35 y más.	Bajo:	0	0
	Alto:	4	16.67

14.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES A LAS QUE SE LES APLICÓ DIU POST-PLACENTA PERO QUE PREFERIERON METODO DEFINITIVO PPFQ.

MORELIA, 1985.



La gráfica número 14, muestra como era de esperarse, que la mayoría de las pacientes a las que se realizó método definitivo de planificación familiar, tienen un F.R.R. alto, siendo un total de 14 pacientes cuya mayoría se encuentra entre los 31 a 34 años de edad y que junto con los otros dos grupos de R.R. alto, constituyen un 58.33%. Sin embargo, es grato constatar que un porcentaje significativamente importante, (41.66%) correspondiente a 10 pacientes, se encuentran comprendidas en edades de 20 a 30 años y que, con un factor de R. R. bajo, han satisfecho su maternidad y es quizá en ellas, donde la indicación del método definitivo ha sido hecha con mayor precisión. No se observó ninguna salpingoclasia bilateral en edades menores a los 20 años puesto que, como es lógico suponer, es difícil que a esa edad alguien pudiera desear un método como el señalado, puesyo que generalmente se trata de pacientes primíparas.

La suma de factores de riesgo reproductivo observado en 18 pacientes que no aceptaron diu post placenta y se egresaron de hospital sin ningún método de protección anticonceptiva fue de: Factor de riesgo bajo: 15 pacientes (83.88%). Factor de riesgo alto: 3 pacientes (16.66%), cuya distribución por grupos de edad en asociación con el factor de riesgo mencionado se aprecia en el cuadro número 15, gráfica número 15.

CUADRO NUMERO 15.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO EN 18 PACIENTES QUE-
EGRESAN SIN PROTECCION ANTICONCEPTIVA EN EL PUERPERIO DISTRIBUIDAS
POR GRUPOS ETARIOS. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

EDADES	FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE PACIENTES	%
15 - 19 a.	Bajo:	2	11.11
	Alto:	1	5.56
20 - 30 a.	Bajo:	13	72.22
	Alto:	1	5.55
31 - 34 a.	Bajo:	0	0
	Alto:	0	0
35 y más.	Bajo:	0	0
	Alto:	1	5.56

En este grupo de pacientes que habiéndose aplicado diu post placenta y no lo aceptaron, llama la atención que son en su mayoría pacientes muy jóvenes, todas ellas, con menos de 30 años en un rango de 15 a 30 años, exceptuándose una en el grupo de 35 años o más. Tal vez por la edad y probablemente muy baja paridad en estos grupos de edad, el factor de riesgo reproductivo en ellas es bajo en la mayoría (83.88%). Sin embargo, de cualquier manera, estas pacientes han sido informadas adecuadamente y es posible que en oportunidades posteriores, en consulta externa o en algún nuevo puerperio acepten la instalación de un dispositivo intrauterino.

En el grupo de contrastación, es decir, en aquellas pacientes a las que no se aplicó diu post placenta y se ofreció este método en la pre alta hospitalaria, se aprecia: Factor de riesgo reproduc

tivo bajo: 83 pacientes (79.04%); Factor de riesgo reproductivo -- alto: 22 pacientes (20.95%). Cuya distribución por grupos de edad fué la siguiente. (Cuadro número 16, gráfica número 16).

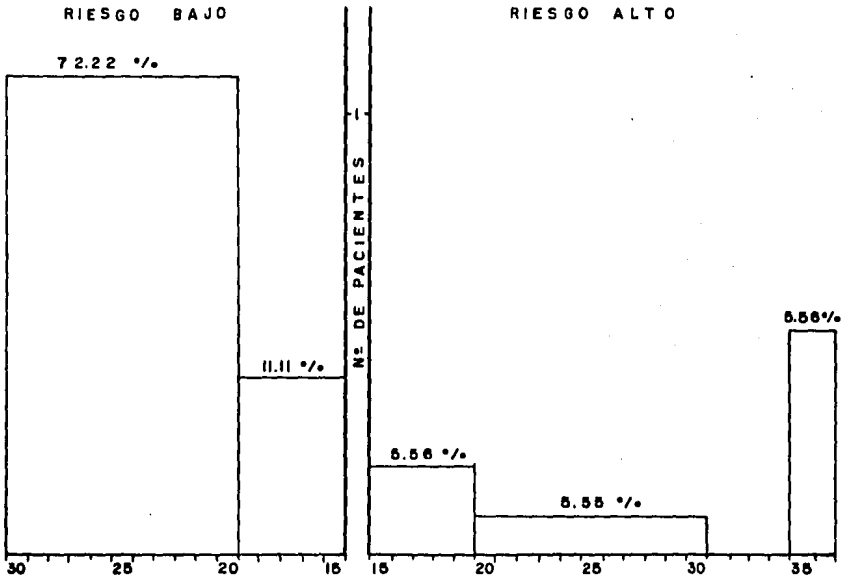
CUADRO NUMERO 16.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS EN 105 PACIENTES A LAS QUE NO SE APLICÓ DIU POST PLACENTARIO EN ASOCIACION CONSUMA DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO OBSERVADO. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

EDAD	FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE PACIENTES	%
15 - 19 a.	Bajo:	13	12.39
	Alto:	2	1.90
20 - 30 a.	Bajo:	62	59.05
	Alto:	6	5.71
31 - 34 a.	Bajo:	6	5.71
	Alto:	7	6.67
35 y más.	Bajo:	2	1.90
	Alto:	7	6.67

La observación en la gráfica número 16, es la misma que efectuamos en relación a la realizada para la gráfica número 13 en pacientes a las que sí se les aplicó diu post placenta. En esta gráfica, obserbamos también, una asociación directa entre la suma de Factor de Riesgo Reproductivo y la edad de la paciente, lo cual, - como ya señalábamos incluye la acumulación progresiva de factores de riesgo dada por la historia obstétrica que tienen estas pacientes.

Destaca además, la frecuencia observada de embarazo de - alto riesgo que es muy similar a la encontrada en el grupo de con-

15.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES QUE NO
ACEPTAN DIU POST-PLACENTA.
MORELIA, 1985.

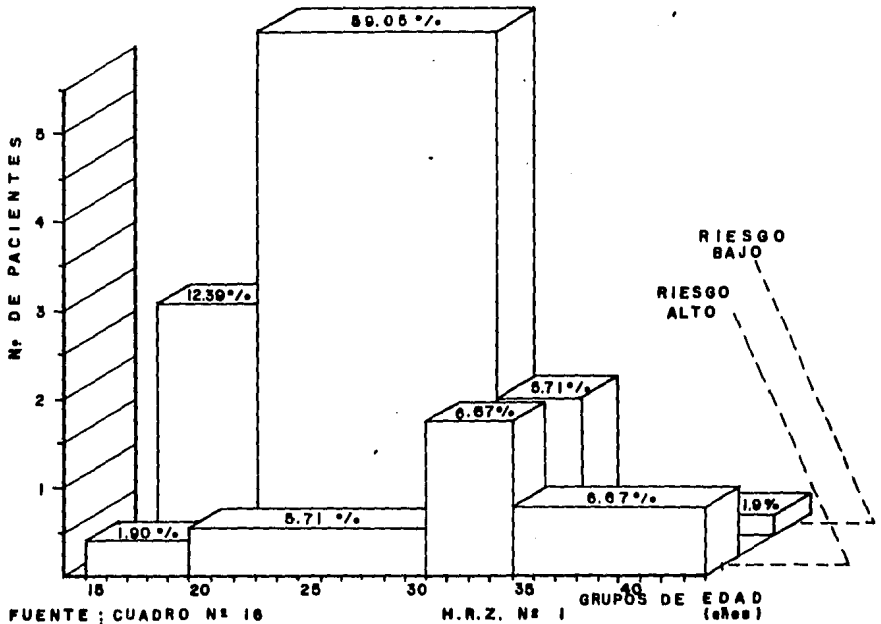


FUENTE: CUADRO N° 15

H.R.Z. N° 1

16.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES A LAS QUE NO SE LES APLICÓ DIU POST-PLACENTA .

MORELIA . 1985 .



trastación.

La suma de factores de riesgo en 15 pacientes que aceptaron--
diu en pre alta hospitalaria fué de: Factor de riesgo bajo: 13 pa-
cientes (86.66%); Factor de riesgo alto: 2 pacientes (13.33%). Cu-
ya distribución etárea se aprecia en el cuadro número 17, gráfica-
número 17.

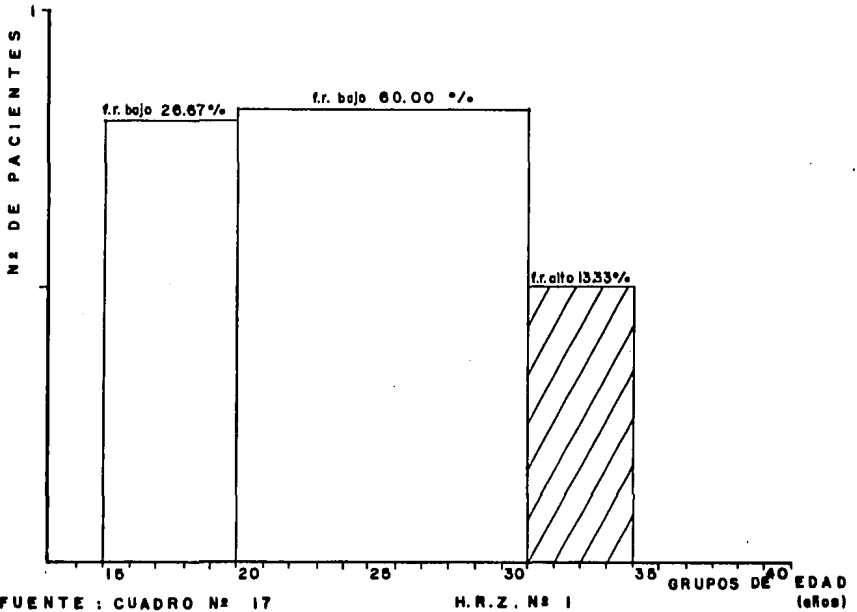
CUADRO NUMERO 17.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS EN 15 PACIEN---
TES A LAS QUE NO SE LES APLICÓ DIU POST PLACENTA Y LO ACEPTARON --
EN PRE ALTA DE HOSPITAL, EN ASOCIACION CON FACTOR DE RIESGO OBSER-
VADO. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.-

EDADES	FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE PACIENTES	%
15 - 19 a.	Bajo:	4	26.67
	Alto:	0	0
20 - 30 a.	Bajo:	9	60.00
	Alto:	0	0
31 - 34 a.	Bajo:	0	0
	Alto:	2	13.33
35 y más.	Bajo:	0	0
	Alto:	0	0

Destaca el hecho de que la mayoría de estas pacientes, tam---
bién jóvenes la mayor parte de ellas, aceptaron la instalación de-
diu en la pre alta y creemos, es en ellas donde se encuentra la --
mejor indicación médica para el mismo

La suma de factores de riesgo reproductivo observado en 19 --
pacientes a las que no se les aplicó diu post placenta, pero egre-
saron de hospital con método definitivo de planificación familiar,

17.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES A LAS QUE NO SE LES APLICÓ DIU POST-PLACENTA Y ACEPTARON DIU EN PREALTA .
MORELIA , 1985 .



fué la siguiente: Factor de riesgo bajo: 11 pacientes (57.89%); - Factor de riesgo alto: 8 pacientes (42.10%), siendo la distribución de edades, como se aprecia en el cuadro número 18, gráfica número 18.

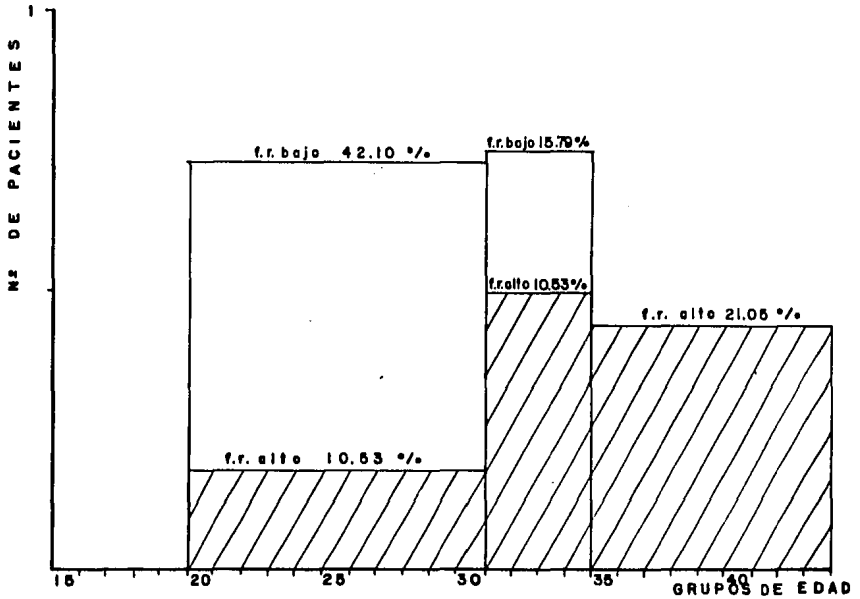
CUADRO NUMERO 18.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS DE 19 PACIENTES A LAS QUE NO SE LES APLICÓ DIU POST PLACENTA, QUE EGRESARON CON METODO DEFINITIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN ASOCIACION CON SUMA DE FACTORES DE RIESGO OBSERVADO. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.-

EDADES	FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE PACIENTES	%
15 a 19 a.	Bajo:	0	0
	Alto:	0	0
20 - 30 a.	Bajo:	8	42.10
	Alto:	2	10.53
31 - 34 a.	Bajo:	3	15.79
	Alto:	2	10.53
35 y más.	Bajo:	0	0
	Alto:	4	21.05

En la gráfica número 18, observamos como la mayoría de pacientes que optaron por S.C.B. en estas condiciones, tienen una suma de factores de riesgo reproductivo bajo. En el grupo de edad de 35 y más años, no se vió a ninguna paciente con suma de factores de riesgo reproductivo bajo. De cualquier manera, la indicación médica en todas ellas estuvo perfectamente justificada.

18.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES A LAS QUE NO SE LES APLICÓ DIU POST-PLACENTA Y SE LES REALIZÓ SALPINGOCLASIA BILATERAL EN PUERPERIO .

MORELIA . 1985 .



FUENTE : CUADRO N° 18

H.R.Z. N° 1

(años)

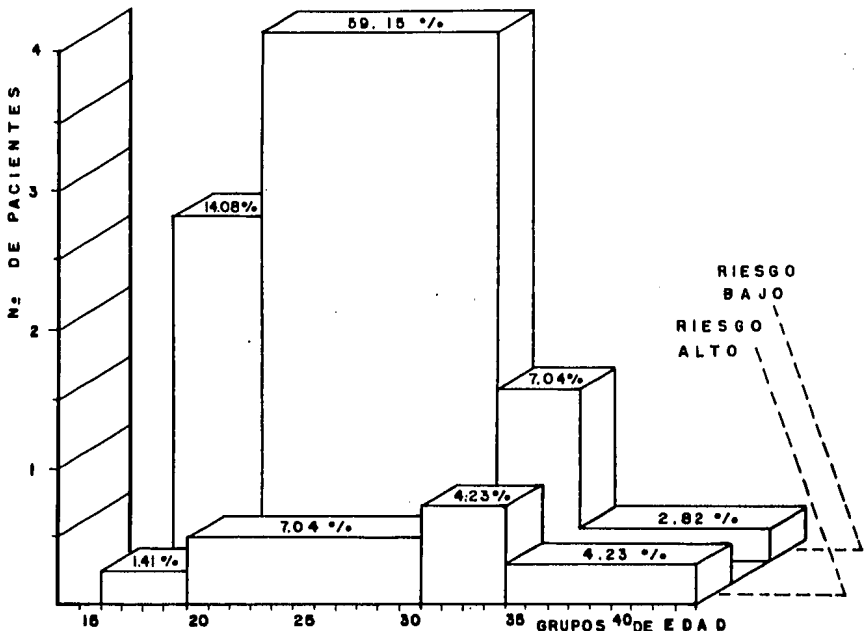
La suma de factores de riesgo en 71 pacientes a las que no se les aplicó diu post placenta y que se egresaron de hospital sin ningún método de protección anticonceptiva fué de: Factor de riesgo bajo: 59 pacientes (83.23%); Factor de riesgo alto: 12 pacientes (16.90%), cuya distribución por grupos etáreos se aprecia en el cuadro número 19, gráfica número 19.

CUADRO NUMERO 19.- DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS DE 71 PACIENTES CUYA OFERTA DE DIU SE REALIZO EN FRE ALTA HOSPITALARIA Y QUE NO ACEPTARON NINGUN METODO ANTICONCEPTIVO, EN ASOCIACION CON SUMA DE FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO OBSERVADO. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

EDADES	FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE PACIENTES	%
16 - 19 a.	Bajo:	10	14.08
	Alto:	1	1.41
20.- 30 a.	Bajo:	42	59.15
	Alto:	5	7.04
31 - 34 a.	Bajo:	5	7.04
	Alto:	3	4.23
35 y más.	Bajo:	2	2.82
	Alto:	3	4.23

La escolaridad manifestada en 243 pacientes a las que se les aplicó diu post placenta fué la siguiente: (excluyendo 24 por S.C. B.).

19.- SUMA DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN PACIENTES QUE EGRESARON SIN PROTECCION ANTICONCEPTIVA. MORELIA, 1985.



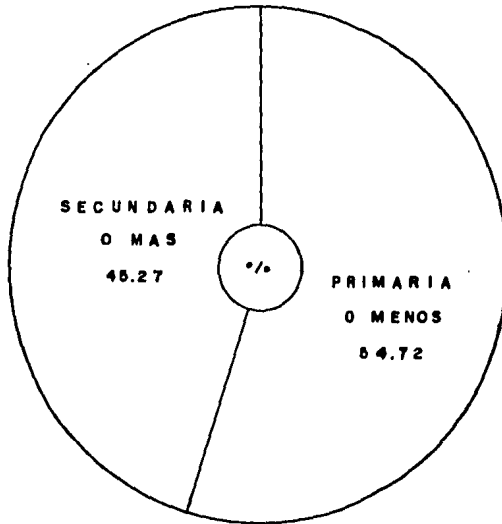
1.-	PRIMARIA O MENOS:	125 PACIENTES	(57.07%).
2.-	SECUNDARIA O MAS:	94 PACIENTES	(42.92%).
		219 PACIENTES	(99.99%).

La escolaridad en pacientes a las que se aplicó diu post ---- placenta y que aceptaron su egreso siendo portadoras del mismo, se observó como sigue: (Cuadro número 20, gráfica número 20).

CUADRO NUMERO 20.- ESCOLARIDAD EN PACIENTES QUE RECIBIERON DIU -- POST PLACENTA Y ACEPTARON SU EGRESO HOSPITALARIO SIENDO PORTADO---RAS DEL MISMO. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

No.	ESCOLARIDAD	NUMERO DE PACIENTES	%
1	PRIMARIA O MENOS.	110	54.72
2	SECUNDARIA O MAS.	91	45.27
	TOTAL:	201	99.99

20.- RELATIVOS DE ESCOLARIDAD EN ACEPTANTES DE
DIU POST - PLACENTA.
MORELIA, 1985.



FUENTE : CUADRO N° 20

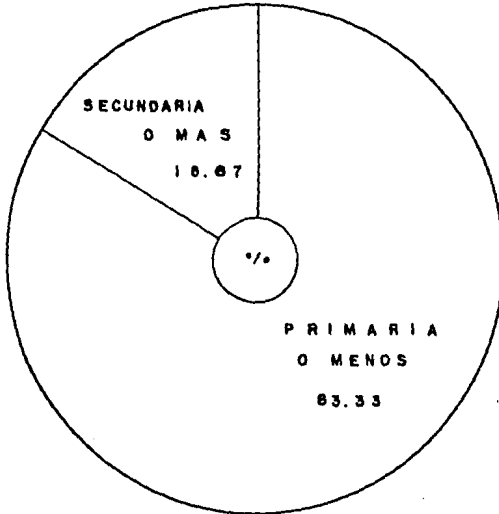
H. R. Z. N° 1.

La escolaridad en 18 pacientes que no aceptaron diu post --- placenta fué como sigue. (Cuadro número 21, gráfica número 21).

CUADRO NUMERO 21.- ESCOLARIDAD MANIFESTADA EN 18 PACIENTES QUE NO ACEPTARON DIU POST PLACENTA. FUENTE: ENCUESTA DIRECTA.

No.	ESCOLARIDAD	NUMERO DE PACIENTES	%
1	PRIMARIA O MENOS.	15	83.33
2	SECUNDARIA O MAS	3	16.66
		TOTAL: 18	99.99

21.- RELATIVOS DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES
QUE NO ACEPTAN DIU POST- PLACENTA.
MORELIA, 1985.



FUENTE : CUADRO N° 21

H. R. Z. N° 1.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES.

En base a los resultados obtenidos se desprenden las siguientes conclusiones:

1.- Que la mayoría de pacientes que se atienden de parto vaginal en nuestra unidad son pacientes cuyas edades corresponden a la comprendida entre los 20 a 30 años de edad que constituyeron el 65% en cada uno de los grupos y por lo tanto el mismo porcentaje en forma global. Así mismo, otro grupo importante entre los 16 y 19 años y de 31 a 34 años, que en forma conjunta sumaron el 25%. Y un porcentaje menor al 10% constituido entre los grupos etáreos de 15 años y menos y 35 años y más.

2.- La aceptación de diu post placenta es mayor que la aceptación de diu en la pre alta hospitalaria, ya que de 243 pacientes a las que se aplicó diu post placenta lo aceptaron 201 (82.71%), contra 18 pacientes que no lo aceptaron (7.40%). De este grupo prefirieron método definitivo de planificación familiar 24 pacientes, (9.98%).

3.- Se concluye que la aceptación de diu en pre alta en mínima, puesto que de las pacientes a las que se les ofreció en la sala de puerperio lo aceptaron únicamente 15 (14.28%) en contra de 71 pacientes que no aceptaron medidas contraceptivas en el puerperio.

De este grupo, prefirieron Salpingoclasia bilateral 19 pacientes (18.09%).

4.- En suma, el total de pacientes comprendidas en este estudio es de 348, habiéndose realizado acciones contraceptivas en 253 pacientes (72.70%), siendo 216 por diu post parto (62.06%) y

métodos definitivos en (10.63%).

El total de pacientes que se egresaron sin protección anti--conceptiva fué de 89. (25.50%).

5.- En cuanto al conocimiento de los principales motivos de no aceptación de diu post placenta, destaca la información inadecuada que manifestaron estas pacientes con respecto al método, lo cual frecuentemente se vé reforzado por actitudes negativas o machismo del cónyuge. Esta situación se observó en 12 pacientes de 18 años que no aceptaron (66.67%).

En 3 casos (16.67%) se atribuyó a mala información exclusiva mente; 2 casos (11.11%) no lo consideraron necesario y, 1, en un caso fué rechazado por desconfianza al mismo, puesto que, su anterior embarazo ocurrió con dispositivo intrauterino.

6.- La frecuencia de embarazo de alto riesgo observada fué - del 20% en términos generales.

7.- Se concluye que la estrategia de oferta de diu aplicado a todas las mujeres en el mismo sitio de la atención del parto es más eficaz que el ofrecimiento del mismo en la pre alta.

CAPITULO V

a).- DISCUSION.

1.- Siendo pacientes jóvenes las que en su mayoría son atendidas por parto vaginal en nuestra unidad, consideramos que en base a que además de que en la mayoría de ellas, el factor de riesgo reproductivo es bajo, que es precisamente en ellas donde la indicación del dispositivo intrauterino encuentra su mejor justificación, ya que es un método perfectamente indicado en el puerperio con fines a favorecer la lactancia materna y espaciar la frecuencia de los embarazos, disminuir la morbimortalidad materno infantil mediante la reducción del riesgo reproductivo.

2.- Por lo que respecta a la aceptación de diu post placenta en cuanto a la condición de portador del mismo al egreso hospitalario, se considera que es muy alta en comparación con las metas logradas en promedio mensual para el año de 1984 en nuestra unidad (82.71%) contra (23.0%) y, en contrastación, con el grupo al cual no se aplicó post placentario en este mismo estudio, en donde el porcentaje de aceptación fué muy bajo, todavía menor a la aceptación de métodos definitivos.

3.- La frecuencia de embarazo de alto riesgo en el global de muestra nuestra fué de 20%, igual a la estimada por Velazco M. en nuestra bibliografía consultada.

4.- En cuanto al conocimiento de los principales motivos de no aceptación de diu post placenta, llama la atención de que en ninguno de los casos se señalaron motivos religiosos, los cuales también fueron investigados. Los motivos de no aceptación en pre alta no fueron investigados.

5.- Para concluir esta discusión haremos algunas refle--

xiones sobre la estrategia de aplicación en sí, considerando (en base a los porcentajes tan elevados de la aceptación del diu en estas condiciones) que, es una estrategia muy eficaz que probablemente esté condicionada por la eliminación del factor temor/dolor, durante su aplicación.

Es innegable que en una minoría de los casos el factor temor/dolor está influyendo en la aceptación de diu post placenta, apreciación clínica que cae dentro de la misma situación que se venía observando con la estrategia anteriormente utilizada, pero en sentido inverso, es decir, que influye en algunas pacientes que no aceptan el retiro por temor a ser lastimadas en sus genitales durante la extracción. De cualquier manera es más conveniente que este factor influya en este sentido en la medida de que permite el egreso de una paciente portadora del método, en vez de una paciente sin protección anticonceptiva, sin embargo, sería reprobable que el médico, apoyara esa creencia con fines a lograr el objetivo, puesto que la paciente que lo acepte por dicho motivo, es muy probable que posteriormente acuda a la clínica para extracción del mismo.

La aplicación de diu post placenta, tiene otra ventaja-- si consideramos a aquéllas pacientes que de otra manera nunca hubiesen aceptado el método. Es probable que estas pacientes al ser portadoras del diu y no experimenten ninguna molestia orgánica --- echando por tierra una serie de rumores que ha oído acerca del mismo, las condicione a aceptarlo por el tiempo que esté indicado y permita su receptividad hacia otros métodos en su momento oportuno.

Por otra parte, la información proporcionada a estas pa-

cientes se hace en una forma adecuada y de manera real, obligadas por la misma estrategia, en comparación con la estrategia anterior en que muchas ocasiones se proporcionaba de manera muy superficial, únicamente para consignar la acción en el expediente clínico, y, en el peor de los casos ni siquiera se hacía. Este hecho -- permite pues, información proporcionada por un médico en vez de -- que la paciente reciba información por otros conductos. (Frecuente mente errónea).

Una información veraz y sencilla en una paciente que en ese mismo momento está viviendo la propia expedencia, es más significativa y trascendente.

De cualquier manera, aún cuando la paciente no hubiese aceptado el egreso en calidad de portadora del método, se ganó en la calidad de la información vertida.

Ventaja extra, muy importante en nuestro medio, es que -- la oferta de diu en cuestión, rebasa cualquier barrera escolar, -- como lo demuestra el hecho de que él 96.79% (91 pacientes de 94.), que manifestaron escolaridad igual o superior a la secundaria, hayan aceptado el diu, y el 88% (110 pacientes de 125.), que manifestaron primaria o menos (incluyendo analfabetas), hayan egresado siendo portadoras del método.

B).- SUGERENCIAS.

El presente estudio está, es decir, quizá deba complementarse básicamente en relación a tres factores:

- 1.- Un estudio prospectivo que permita el seguimiento a corto plazo de las pacientes que aceptaron su egreso hospitalario, siendo portadoras del método ya señalado, en las condiciones descritas para ver que porcentaje de ellas adopta finalmente el método.

do.

2.- Una evaluación mediante encuesta descriptiva que permita conocer algunos aspectos psicológicos que pudiera tener en este sentido la aplicación de diu post placentario tal como se aplicó en este estudio y que valore el grado de conformidad o incomformidad con la estrategia misma. Quizá algún otro que valore la información respecto a planificación familiar al ingreso y al egreso.

3.- Aún cuando se han realizado estudios acerca de eventualidades médicas en otras regiones del País y del mundo, incluso en nuestra unidad, sería conveniente efectuar otros más para conocer con que frecuencia están ocurriendo por ejemplo, expulsiones de diu post parto, conocer incidencia de complicaciones por infecciones, retiro por dolor/sandrado, etc., que sí bien, no deben variar con las cifras ya reportadas en otros estudios elaborados; sí es importante, se determinen con exactitud, con fines de retroalimentación para instrucción y entrenamiento de becarios encargados de llevar a cabo la norma de aplicación del diu. Puesto que, un bajo o alto índice de infecciones por ejemplo, repercutirá en la aceptación o rechazo de la estrategia por parte de las pacientes, médicos y opinión pública.

c).- COMENTARIO.

Aún cuando observamos el cumplimiento rápido y eficaz de las metas óptimas establecidas en nuestra unidad, consideramos que la estrategia de aplicación de diu post placenta es un paso importante pero no la completa solución a la problemática demográfica, ni la medida que nos disminuirá por completo el embarazo de alto riesgo, ya que estas acciones deben ser complementadas --

principalmente en el primer nivel de atención, ofreciendo ya desde el control prenatal el diu post placenta y empeñándonos en que --- nuestra población realmente se eduque, puesto que, sin educación, no existirá la salud.

Otro comentario que surge ante la estrategia aplicada, - es en relación a lo contemplado en la legislación política de nues- tro País, en el que se señala en nuestra Carta Magna que todas las acciones encaminadas a la planificación familiar, deben estar ---- exentas de carácter obligatorio y compulsivo, lo cual, para mu---- chos, según opiniones verbales, se contrapone con la estrategia -- establecida.

En opinión de otros tantos, no hay tal carácter obliga-- torio ni compulsivo, puesto que se considera a la aplicación del - diu, en las condiciones en que aquí se señalan, como cualquier --- otro procedimiento médico con los mismos lineamientos éticos que-- ello implica (como por ejemplo: la exploración ginecológica comple- ta, la revisión manual de cavidad, rutinaria en muchos hospitales) y se apoya en que en ningún momento existe coerción médica u obli- gatoriedad para la aceptación del método, habiéndose proporciona-- do antes una información amplia y detallada sobre las caracterís-- ticas y riesgos potenciales del mismo, para que, la pareja ejerza, su derecho, ahora sí, de manera informada, conciente y responsa-- ble si lo acepta o nó.

Esto queda pues, a su consideración, aunque, cierto es, - que el personal médico no puede permanecer indiferente a la proble- mática de crisis que vive el País, agravada por todas las necesida- des que conlleva una población numerosa, y que además, desde el -- punto de vista salud tenemos que conocer la indicación médica de -

este y otros métodos anticonceptivos y prescribirlos siempre, con verdaderos ánimos de que sea aceptado.

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

- 1.- PLANIFICACION FAMILIAR. ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS Y POLITI---
COS.- Jefatura de Servicios Médicos. Planificación Familiar -
Voluntaria. Documento Técnico I.M.S.S. s/fecha.
- 2.- LEGISLACION Y POLITICAS QUE INFLUYEN EN LA FECUNDIDAD. UN DE-
CENIO DE CAMBIOS. Population Reports. Serie "E" No. 7. Agos--
to de 1985.
- 3.- ALARCON N. F. CORREAU A. S. MARTINEZ D.M. OPERACION DEL PRO--
GRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL MEDIO URBANO.- Planifi-
cación Familiar y Demografía Médica. Un Enfoque Multidiscipli-
nario. Jefatura de Publicaciones del I.M.S.S. México, D.F. --
1985. Páginas 135 - 42.
- 4.- AMPLIACION DE LA COBERTURA POST PARTO Y POST ABORTO.- Jefatu-
ra de Servicios de Planificación Familiar. Documento Técnico-
I.M.S.S.. Enero de 1984.
- 5.- VELASCO M.V.- EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Planificación Familiar
y Demografía Médica. Un Enfoque Multidisciplinario. Jefatura-
de Publicaciones del I.M.S.S. México, D. F. 1985. Páginas ---
435 - 38.
- 6.- Hinojoza y Ríos C.H.- CONCEPTO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO.- -
Ginecología y Obstetricia. A.M.H.G.O. No. 3. I.M.S.S. 2da. --
Edición. Ed. Méndez Oteo. México, D. F. 1979, Páginas 239-97.
- 7.- Tapia A.J. ACTITUD PSICOLOGICA DE LA MUJER FRENTE AL EMBARAZO
ACTUAL, COMO UN HECHO RELA Y EVOLUTIVO. Tesis de Postgrado en
Medicina Familiar, Morelia, Mich., Enero de 1985.