

11226

20/91



# Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
EN MUJERES QUE CURSARON CON EMBARAZO  
DE ALTO RIESGO,  
OBSTACULOS MAS FRECUENTES PARA SU USO

## T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE  
MÉDICA FAMILIAR  
PRESENTA

**Dra. María Martiniana Antonia Salomón Sánchez**

U.M.F. No. 1

IMSS



IMSS

PUEBLA, PUE.

1986-1988

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	MATERIAL Y METODOS..	11
III.	RESULTADOS.....	12
IV.	DISCUSION.....	17
V.	CONCLUSIONES.....	18
VI.	RESUMEN.....	20
VII.	BIBLIOGRAFIA.....	21

USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN  
MUJERES QUE CURSARON CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO .  
OBSTACULOS MAS FRECUENTES PARA SU USO.

El embarazo y el parto han sido considerados tradicionalmente como procesos fisiológicos, que debieran desarrollarse sin problemas para la madre; sin embargo se sabe que ambos pueden ser motivo de complicaciones serias que conducen a la muerte de la madre con frecuencia variable, así mismo al producto de la gestación.

Los factores de riesgo durante el embarazo se encuentran plenamente identificados y seleccionados, siendo múltiples y, en los cuales se determinan factores de tipo general como: edad materna, raza, multiparidad, estados emocionales, embarazos no deseados, medio socioeconómico, estatura de la madre, embarazos múltiples, tabaquismo, atención prenatal, antecedentes obstétricos y patológicos, hemorragias maternas ( 5, 1, 6, 3 ).

Las estadísticas muestran que las mujeres que cursaron con embarazo de alto riesgo están asociadas a tasas mayores de morbilidad materna.

A partir de 1983 la Subdirección General Médica del I.M.S.S. dispuso la reorganización de los Comités de Estudios en Mortalidad Materna en toda la Institución.

En el momento actual se ha conseguido una elevada eficiencia en la operación de dichos Comités, lo cual se comprueba por la notificación y análisis sistemáticos de la casi totalidad de la causa de las defunciones maternas ocurridas en los servicios médicos institucionales.

Es importante mencionar los factores que van a provocar mortalidad materna y que hacen considerar a la embarazada de alto riesgo, de acuerdo a la edad.

Se ha descrito en forma clásica el incremento en el riesgo de muerte materna en las mujeres de 35 años en adelante, grupo en el cual el aumento descrito muestra una tendencia prácticamente exponencial en comparación con el resto de los grupos etáreas.

Lo anterior permite reiterar la conveniencia de prevenir el embarazo en las mujeres añosas desde el punto de vista obstétrico.

Los grupos clásicos para realizar el análisis de riesgo de muerte materna por edad corresponde a la división en menores de 20 años, de 20 a 34 y de 35 y más.

El mayor riesgo de muerte propio del embarazo ocurre en las edades extremas de la vida reproductiva y que es particularmente acentuado para el grupo de 35 años y más ( 6 ).

Muertes maternas en mujeres de alto riesgo por gravidez: Otro conocimiento obstétrico consiste en que la probabilidad de experimentar muerte materna es mayor con el primer embarazo y del quinto en adelante.

En general se tiene un control, casi absoluto de la muerte obstétrica directa y ésta, por definición, es generalmente previsible, resulta de gran importancia analizar el grado de evitabilidad del evento en el momento del ingreso de la paciente a la Unidad Médica.

Con respecto a las principales causas de muerte materna se menciona como primordiales; la toxemia del embarazo, hemorragias del embarazo y del parto, procesos sépticos ( 22 )

**Mortalidad materna por toxemia segun grupos de edad:**

Se ha descrito desde hace muchos años la mayor frecuencia de presentación de toxemia en mujeres, que se embarazan en las edades extremas de la vida reproductiva.

Además, se ha reportado que la toxemia gravídica aparece más precozmente y reviste mayor severidad en las mujeres obstétricamente añosas. Esta afirmación se confirma al observar que la tasa de muerte materna por toxemia es significativamente mayor a la media en las menores de 15 años, alcanza cifras más bajas en el grupo de 15 a 34 años y casi triplica la tasa general en las mujeres de 35 años y más. Se ha encontrado en los estudios efectuados que la mayor proporción de muertes maternas por toxemia se observa en el grupo de pacientes con atención prenatal escasa ó nula (6, 8 ).

**Mortalidad materna por complicaciones hemorrágicas:**

Esta complicación es la segunda causa de defunción materna, incluyendo las que se presentan durante el embarazo parto y puerperio.

El factor de riesgo representado por el embarazo a edades avanzadas desde el punto de vista obstétrico, se aprecia sus efectos en el caso de las defunciones por hemorragias.

Aún cuando éste incremento inclina a pensar en una fuerte asociación entre edad y riesgo de muerte por hemorragia, debe tomarse en consideración que en el grupo de 35 años y más se encuentra una gran proporción de mujeres con el factor de riesgo multigravides, el cual se ha demostrado una relación más clara con la muerte por hemorragia y en todo caso, potencializa el riesgo por edad.

Se ha encontrado en éstas pacientes con mayor frecuencia la aparición de complicaciones como atonía úterina, inserción baja de placenta y su adherencia anormal, las cuales propician la muerte por hemorragia ( 5 ).

De las 3 causas de muerte materna analizadas, las ocasionadas por complicaciones hemorrágicas son las que mostraron la mayor proporción de previsibilidad.

Sin embargo es importante mencionar que todas se pueden evitar en su aparición con el empleo de algún método de planificación familiar.

**Mortalidad materna por sépsis puerperal:**

La sépsis puerperal como causa de muerte materna en el I.M.S.S. ha tenido descenso durante el periodo de 1983-1986 (22) representa el 9.5% del total de las defunciones y ocupó el tercer lugar de importancia.

Se menciona que las tasas de mortalidad materna por sepsis según grupos de edad, ésta se duplica en las mujeres de 35 y más años en relación con el grupo de 15 a 34 años.

Tal comportamiento puede ser explicado más que por la edad en sí misma, a que precisamente en este grupo de mujeres es en donde se presentan con mayor frecuencia distocias de contracción, inserciones y adherencias anormales de la placenta y trabajo de parto prolongado, fenómenos asociados a la multigravides, también frecuente en éste grupo de mujeres. Todo lo anterior favorece el intervencionismo obstétrico que facilita ó propicia los problemas infecciosos.

Se ha demostrado en estudios recientes que el riesgo de muerte fetal temprana se incrementa con los embarazos de menos de 12 meses después del último hijo ( 1 ).

Se sabe actualmente que los intervalos cortos entre los nacimientos, de manera sorprendente parecen tener mayor impacto en la muerte fetal en el segundo trimestre que en muertes en el tercer trimestre ( 3 ).

Debido al riesgo tan alto que implica el embarazo en mujeres que tuvieron embarazo calificado como de alto riesgo el uso de un método de Planificación Familiar propicia y fomenta la prevención de las asociaciones negativas que pudiera resultar de un embarazo con un periodo intergenésico corto ( 12 ).

Uno de los problemas más debatidos en los últimos tiempos aunque vigente y discutido desde hace mucho es, sin duda el de la Planificación Familiar.

El problema de la Planificación Familiar tiene muchos aspectos, los que, naturalmente no pueden ser aislados o estudiados separadamente uno a uno sin considerar a los demás. Los principales puntos de vista que es necesario considerar son los siguientes: económico, social, filosófico, moral, médico, psicológico, expuestos sin un orden específico.

La elección del método anticonceptivo que se adapte mejor a las necesidades de los usuarios es un asunto importante, es una decisión que debe ser cuidadosamente pensada y adoptada, a la luz de diversas circunstancias y alternativas. En la elección del método más adecuado para una pareja determinada es conveniente hacer las siguientes consideraciones. El mejor método podría decirse que es aquel que ofrece a la pareja menores riesgos, mejor comodidad, menor interferencia con el coito, mayor facilidad de uso y en general aquel que la pareja este dispuesta a adoptar y posteriormente a continuar usando.



Aunque ningún método es ideal, la variedad disponible da a la pareja una selección que depende de factores tales como edad, paridad, razón de uso e incluso la salud en general. Sin embargo, dos factores que afectan directamente ésta decisión son : la confiabilidad y la aceptabilidad del método.

La confiabilidad es la eficacia de cualquier método para prevenir la concepción .

En la aceptabilidad hay dos aspectos que deben ser distinguidos: aceptabilidad inicial y continuidad del uso.

La aceptabilidad inicial es la voluntad del usuario para usar el método propuesto.

La continuidad del uso es la aceptación después que el método ha sido ensayado. Existen algunos factores que influyen en la aceptabilidad de los métodos, tales como: características inherentes al método. En general se prefiere un método simple, económico, independiente del coito, que requiera una intervención médica mínima y la menor responsabilidad por parte de quien lo usa, habitualmente se desea que su acción sea reversible y con sus efectos secundarios mínimos.

Condiciones culturales: Muchas características del medio ejercen influencia sobre las decisiones individuales.

Entre éstas, figuran los principios religiosos, la educación y la capacidad para leer. También hay otros elementos objetivos como la edad, la duración del matrimonio y el número de hijos nacidos.

Desde el punto de vista de la salud se destacan los siguientes aspectos: La importancia de llevar a cabo la planificación en base a programas de salud y dentro de un con-

texto y la necesidad por lo tanto, de contar con la capacidad institucional del sector salud y de seguridad social; es decir, visualizar la planificación familiar básicamente como un programa de salud y no solamente demográfico.

La encuesta nacional de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos del año 1980 revelo que 31.9% de las usuarias de métodos anticonceptivos en el país utilizaban el dispositivo intrauterino (DIU).

Aun cuando existen en la actualidad varios modelos de dispositivos, la expulsión, el sangrado y el dolor continuan siendo los principales problemas relacionados con su uso. Los dispositivos de cobre aún cuando no se conoce con precisión su mecanismo de acción, se considera que producen numerosas alteraciones celulares y bioquímicas en el endometrio.

El dispositivo puede ser insertado según la conveniencia de la usuaria, se puede insertar durante la menstruación, post-aborto, post-placenta y transcesárea.

Existen contraindicaciones absolutas como son la infección pélvica, el embarazo ectópico previo, cervicitis aguda, mal formación úterina, neoplasias (18- 16).

Las mujeres deben ser examinadas en un lapso de 4 semanas despues de la inserción y controladas cada 12 meses, lo cual es de gran utilidad para comprobar si el dispositivo permanece en su lugar. Por lo anterior es conveniente incrementar el número de aceptantes a éste método y disminuir la frecuencia de efectos indeseables conociendo mejor las causas que lo originan.

Según varios autores, el uso de dispositivo intrauterino (DIU), no afecta la cantidad ó calidad de la leche materna

La esterilización femenina es uno de los métodos más antiguos "más modernos" para el control definitivo de la fertilidad.

Habiendo sido mencionado por Hipócrates, no fué completamente descrita sino hasta 1934 por Vonn Blondell y se puede considerar el primer método femenino de completa confianza para prevenir el embarazo, con coito normal.

Esencialmente la esterilización femenina conlleva cortar u obstruir las trompas de Falopio, en tal forma que el óvulo producido cada vez no sea alcanzado y fertilizado por un espermatozoide en movimiento ascendente.

Sobre otros métodos anticonceptivos la esterilización tiene las ventajas siguientes: a) es el método más eficaz para quienes no desean más hijos, b) el procedimiento se efectúa una sola vez, c) el riesgo de complicaciones es muy bajo y de muerte es mínima.

En relación a los hormonales orales como método de control de la fertilidad se cuenta con la noretindrona y etinil estradiol, sin embargo éstos interfieren con la lactancia, por lo que su uso en el puerperio no está indicado, sobre todo cuando se planea la lactancia.

Los métodos de barrera satisfacen las necesidades de una pareja que desea control temporal de la fertilidad, sin embargo ofrecen un porcentaje muy limitado de eficacia anticonceptiva.

Sin embargo hay obstáculos a la aceptación ó rechazo de los métodos anticonceptivos, el diagnóstico de los obstáculos fundamentales en la aceptación de la planificación que impiden la adopción y el uso continuado de la anticoncepción, posibilita la identificación de factores que conducen

a soluciones viables (20).

De éste modo se pueden integrar nuevos elementos y modificar lo innadecuado para salvaguardar todo aquello que surge de positivo.

Estos obstáculos se han clasificado de la siguiente manera:

- A) Individuales
- B) Familiares
- C) Sociales
- D) Inherentes al programa de P.F.

**A) Obstáculos individuales:**

- 1.- Temor al daño permanente a la salud con el uso prolongado de pastillas, DIU y otros anticonceptivos.
- 2.- Temor a los efectos secundarios inmediatos por el uso de la píldora ó el DIU.
- 3.- Temores irracionales a los métodos definitivos de P.F.
- 4.- Hastío por el uso continuo de los métodos anticonceptivos, falta de cuidado y negligencia.
- 5.- Angustia provocada por los fracasos anticonceptivos.
- 6.- Desconocimiento de la existencia de P.F.
- 7.- Deseo de tener una familia numerosa.
- 8.- La infidelidad como consecuencia de la P.F.
- 9.- Inseguridad en la vejez.
- 10.- Existencia de creencias religiosas
- 11.- Carencia de información adecuada sobre P.F. por considerar éste tema tabú.

**B) Obstáculos familiares:**

- 1.- Comunicación innadecuada entre la pareja acerca del tamaño ideal de la familia, el espaciamiento y el uso de

los métodos anticonceptivos.

- 2.- Desconocimiento de las ventajas que ofrece el inicio tardío, el espaciamiento y la terminación temprana de la función reproductora.
- 3.- Exageración del valor económico que representan los hijos especialmente en áreas rurales y marginadas.
- 4.- Influencias negativas de familiares hacia la P.F.
- 5.- Rumores negativos sobre P.F.

C) Obstáculos sociales:

- 1.- Influencias negativas de vecinos, compañeros de trabajo, ancianos.
- 2.- Retención de información sobre P.F. a adolescentes sexualmente activos y a personas adultas solteras.
- 3.- Arraigo de creencias religiosas.
- 4.- Falta de conciencia de los líderes y gobernantes de que la población realmente desea P.F.
- 5.- Alta mortalidad infantil .

D) Obstáculos inherentes al Programa de P.F.

- 1.- Falta de habilidad de los planificadores familiares en la elaboración de mensajes de información.
- 2.- Falta de difusión en la información sobre el tipo de servicios de P.F.
- 3.- Recursos humanos y materiales insuficientes.
- 4.- Falta de habilidad de los planificadores para elaborar mensajes de información que separen el tema de P.F. del tema sexual.

## MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, siendo la muestra el 20% de la población de la U.M.F. No. I del I.M.S.B. en la ciudad de Puebla en 4 consultorios, siendo éstos el 5, 9, 17, 23 en horarios A/C y B/D. Durante el lapso del Iero de Marzo al 30 de Noviembre.

Incluyendo en el estudio a pacientes que hayan cursado con embarazo de alto riesgo. Efectuando revisión de la MZ-7 así como de la forma 4-30-8 de Ginecoobstetricia, identificando la aplicación de un método de control de la fertilidad.

Se requisitaron cuestionarios con datos generales como edad, ocupación, escolaridad y antecedentes gineco-obstetricos..

A las pacientes que no se les identificó algún método de control de la fertilidad, se les efectuó visita domiciliaria e interrogatorio en-xo acerca de los obstaculos más frecuentes al uso de algún método de Planificación Familiar. No se incluyeron en el presente estudio a: a) pacientes histerectomizadas posterior al embarazo de alto riesgo b) y a las pacientes que cursaron con infección puerperal.

## RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio se encontró que el método de Planificación Familiar más usado en mujeres que cursaron con embarazo de alto riesgo, fué el dispositivo intrauterino (DIU) en 117 pacientes y un porcentaje de 65% siguiendo en orden de frecuencia la OTB en 48 pacientes y un 26.6%, se encontró rechazo a algún método en 12 pacientes con un 6.6%, usuarias de hormonales orales 2 pacientes con 1.1% y únicamente una paciente prefirió la abstinencia de las relaciones sexuales ocupando un 0.5% ( Gráfica I).

Con respecto al uso de método de Planificación Familiar y grupo de edad, se aprecia que el DIU tuvo una mayor frecuencia de uso en el grupo de 20 a 24 años con 39 pacientes, la OTB fue encontrada más frecuentemente en el grupo de edad de 30-34 años en 12 pacientes, se presentó rechazo a un método principalmente en la edad de 35-39 años ( Tabla 1 ). En relación a la escolaridad y el uso de algún método de control de la fertilidad se demuestra que el DIU fue más frecuente en número de 70 pacientes con primaria completa ó incompleta, la OTB se encontró en 31 pacientes con escolaridad de secundaria, se presentó rechazo al método más frecuentemente en pacientes con primaria así como el uso de hormonales orales y de abstinencia. ( Tabla 11 ).

Del total de pacientes estudiadas el periodo intergenesico de menos de 1 año fue de 43.3%, de 2 años de 22.2%, 3 años en un porcentaje de 13.3%, 4 años 6.1%, 5 años en 20% ( Tabla III )

En relación al número de gestaciones y uso de Planificación Familiar, el DIU tuvo mayor frecuencia de uso en 70 pacientes que cursaban con 1 gestación, la OTB se encontró más frecuentemente en 26 pacientes que cursaban con un promedio de gestación de 5-7, hubo rechazo al método más notorio en pacientes con 2 a 4 gestaciones, el uso de hormonales orales se encontró que fué en pacientes con 1 y 6 gestaciones y abstinencia en el promedio de pacientes con 5 a 7 gestaciones. ( Tabla IV ).

De las pacientes estudiadas y la asociación de método de control de la fertilidad y su ocupación se encontró que el mayor número de usuarias de DIU son dedicadas a las labores del hogar, encontrándose en número de 72, la OTB en 30 pacientes rechazo un 5, 1 con hormonales orales y abstinencia de la misma ocupación.( Tabla V ).

Tabla I.

USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR  
Y GRUPO DE EDAD.

Método	DIU	OTB	Rechazo	Horm. orales	Abst.	Total	%
15-19	29	0	2			31	17.2
20-24	39	8	1	1		49	27.2
25-29	20	9	1		1	31	17.2
30-34	9	12	1			22	12.2
35-39	11	9	4	1		25	13.8
40 y +	9	10	3			22	12.2
Total	117	48	12	2	1	180	100%

Fuente: Expediente Clínico U.M.F. no. 1

Forma MF-7- 83



Tabla 11.

USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR  
Y ESCOLARIDAD.

	<u>DIU</u>	<u>OTB</u>	<u>Rech.</u>	<u>H.O.</u>	<u>Abst.</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Primaria completa o incompleta	70	13	10	1	1	95	52.7
Secundaria	37	31	1	1		70	38.8
Profesionista	10	4	1			15	8.3
Total	117	48	12	2	1	180	

Fuente: Forma Mx-7- 83

Expediente Clínico U.M.F. No. 1

Tabla 111.

PERIODO INTERGENESICO EN PACIENTES QUE  
CURSARON CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Intervalo	No. de casos	%
- 1 año	78	43.3
2	40	22.2
3	15	8.3
4	11	6.1
5	36	20.

Fuente: Expediente Clínico U.M.F. No. 1

Tabla IV

	USO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y NO. DE GESTACIONES .						
	DIU	OTB	RECHAZO	H.O.	ABST.	TOTAL	%
1	70	0	3	1		74	41.1
2-4	17	11	4			32	17.7
5-7	20	26	2		1	49	27.2
8	10	11	3	1		25	13.8

Fuente : Forma MP-7 83

Tabla V

	USO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y OCUPACION						
	DIU	OTB	RECH	H.O.	ABST.	TOTAL	%
Hogar	72	30	8	1	1	112	62.2
Empleadas	35	14	3	1		53	29.4
Profes.	10	4	1			15	8.3

Fuente : Encuesta realizada.

En relación a los obstáculos más frecuentes en las pacientes que rechazaron un método de Planificación Familiar los principales obstáculos se encontraron en 4 pacientes las creencias religiosas , 4 influencias negativas de familiares y vecinos, 2 angustia por fracasos de la P.F con un solo caso respectivamente ,temor al daño permanente a la salud y hastio por el uso de P.F.

Tabla VI

OBSTACULOS MAS FRECUENTES AL USO DE  
PLANIFICACION FAMILIAR.

	No. de casos
Temor al daño permanente a la salud	1
Hastío por el uso de P.F.	1
Angustia por los fracasos de la P.F.	2
Creencias religiosas	4
Influencias negativas de familiares y vecinos	4
Total	12

## DISCUSION.

En México los programas de Planificación Familiar elaborados por el Instituto Mexicano del Seguro Social son lanzados en forma abierta a la población; uno de sus objetivos es disminuir los índices de crecimiento poblacional, así como lograr un descenso en el riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil. En éste trabajo se evaluó el uso de control de la fertilidad en mujeres que durante su gestación cursaron con alto riesgo. Encontramos que un factor importante es el sociocultural el cual consideramos es bajo lo cual condiciona gestaciones múltiples, periodos inter-nésicos cortos, embarazos en edades nada óptimas, dato ya descrito en estudios similares realizados con poblaciones de semejantes características.

Aún a pesar del estrato social de las pacientes estudiadas hay una mayor aceptación a algún método de control de la fertilidad sobre todo al DIU como método temporal, no así al definitivo.

Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los ya efectuados en los cuales el DIU es el método de control de la fertilidad más utilizado, de fácil acceso con mayor aceptación.

Sin embargo aún existe limitación al uso de algún método de control a pesar de que la población recibe conocimiento y orientación adecuada mediante programas de fácil acceso. Siendo factores importantes los aspectos religiosos y las influencias negativas de la gente que rodea a la pareja. Los resultados de este estudio semejan a lo señalado por otros autores sobre la necesidad del control de la fecundidad en base al riesgo reproductivo.

## CONCLUSIONES.

La selección de los métodos anticonceptivos que se utilizan en los programas de Planificación Familiar, debiera basarse en la valoración de su eficacia, aceptabilidad, frecuencia e importancia de efectos indeseables y ventajas, para lo cual es indispensable que en ésta valoración participen médicos familiares, gineco-obstetras e investigadores en biología de la reproducción, lo cual permitira sin duda una selección más adecuada de la metodología anticonceptiva.

Es bien cierto que la medición de los efectos de la Planificación familiar es una tarea difícil, tanto porque en lo general pueden esperarse a mediano y largo plazo, como las múltiples variables sociobehaviorales y del ambiente que influyen en ella.

Es sumamente importante continuar e iniciar estudios sobre aquellos aspectos en los que se espera un mayor impacto como son : embarazos de alto riesgo, mortalidad infantil mortalidad general en mujeres en edad fértil.

Consideramos que es requisito indispensable para un buen estado de salud de la población, no solo un medio ambiente higienico y una alimentación nutritiva sino que debemos pensar en la Planificación Familiar como un elemento esencial para el bienestar del individuo, la pareja y la familia.

Las razones para un cambio de actitud y conducta reproductiva se deben fundamentar en una iniciación tardía, ya que los riesgos psicológicos del embarazo en la adolescente son igual de peligrosos que los biológicos puesto que para una

adolescente sea una madre idónea debe contar con recursos emocionales, culturales, educativos, económicos los cuales en nuestro medio no se encuentran al alcance de toda la población. Por otra parte pueden carecer de la madurez necesaria para proveer a un niño de un ambiente estable, saludable y estimulante.

Por consiguiente el primer beneficio es permitir que se ponga el primer embarazo hasta que la mujer ha llegado a la edad óptima para iniciar su vida reproductiva (20 años).

La terminación temprana de la vida reproductiva es otro beneficio, ya que las complicaciones del embarazo ocurre 2 ó 3 veces más frecuentemente en mujeres mayores de 35 años es por consiguiente asegurar la suspensión definitiva de la reproducción después de ésta edad.

En lo referente al espaciamiento de los embarazos, existe una estrecha relación entre los intervalos cortos de nacimientos y la nutrición materna e infantil, la cual se agrava por la deficiente situación nutricional entre muchas mujeres, incluso antes de que embarazos sucesivos empiecen a ejercer su efecto.

Necesita por lo menos 3 años después de cada parto para recuperar su salud y un intervalo aún más largo si no ha estado bien alimentada.

De ésta manera podemos concluir que el empleo de métodos de control de la fertilidad es la opción más aceptable para prevenir que un embarazo de alto riesgo de lugar a otro posteriormente de un riesgo aún mayor.

## RESUMEN.

Del trabajo de investigación efectuado se resume que un gran porcentaje de pacientes que son atendidas en la consulta externa provienen de medio sociocultural y económico deficiente, en su mayoría no desempeñan un trabajo remunerativo, únicamente a las labores propias del hogar 62.2%. En lo relativo al número de gestaciones en un porcentaje alto se encuentran pacientes su primer embarazo 41.1% y en segundo lugar del quinto embarazo en adelante 27.2%. El periodo intergenésico de estas pacientes es de menos de 13 meses 43.3%.

Por todos los factores mencionados anteriormente que contribuyen a considerar a la paciente con un riesgo reproductivo alto, es importante que se haya encontrado aceptación a un método de control de la fertilidad, en un porcentaje importante DIU 65%, OTB 26.6%.

Lo anterior pone de manifiesto que la intensa promoción a la planificación familiar en base al riesgo reproductivo esta creando conciencia tanto en pacientes como en los profesionales de la salud que tienen contacto con ellas, al motivarlas al beneficio que conlleva el control de la fertilidad.

Sin embargo aún existen obstáculos para la aceptación a la Planificación familiar, lo cual indica que es necesario insistir hasta lograr un cambio en la conducta reproductiva sexual, familiar y lograr transformaciones de los contextos y comunitarios.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Placencia Moncabo, Factores de riesgo en la paciente gran multipara Ginecología y Obstetricia de Mex. vol 55 no. 336 Abril 1985 pag 87- 89.
- 2.- Guzman Sánchez A. y cols. Embarazo prolongado y post madurez: mito o realidad Ginecología y Obstetricia de Mex. Vol 53 No. 333 Mayo 1985 pag 1 - 11.
- 3.- Barrios Amaya J. Vespaciano Zapata G. Desnutrición materna y su influencia sobre el feto y el recién nacido Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Vol 35 No. 4 1984 pag 259- 265.
- 4.- Vargas L. Epidemiología del Alto riesgo materno Rev. medica del I.M.S.S. 1982 pag 122-127.
- 5.- Trejo Ramirez G. Mortalidad materna en el Hospital de la mujer de la S.S.A. 1981-1983 Revista Ginecología y Obstetricia de Mex.vol 53 No. 553 Marzo 1985 pag. 69.
- 6.- Villalobos Guzman M, Angeles Weintraub y cols. Factores de riesgo de muerte materna en enfermedad hipertensiva del embarazo.Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia Vol 55 No. 346 Enero 1985.
- 7.- Maldonado Alvarado, Vargas López E. Correlación de índices de madurez fetal. Actualidades en Ginecología y Obstetricia 1981 pag. 657-659.
- 8.- Vasconcelo Palacios T, González Durazo Complicaciones Neurológicas en el puerperio. Gaceta Mexicana Vol. 3 No. 55 1983 pag. 193-195.



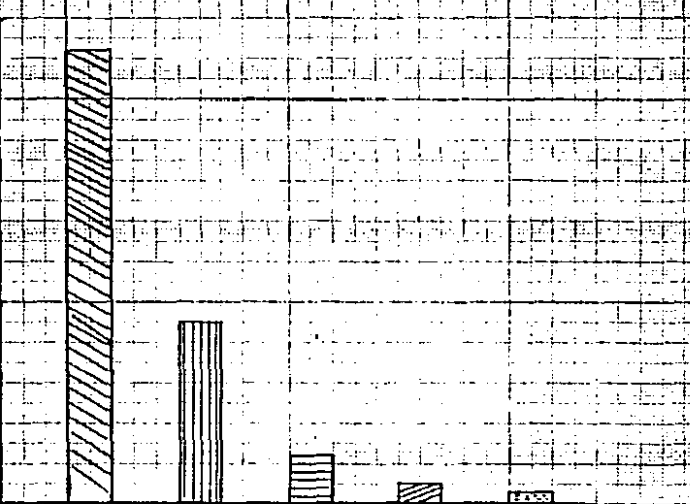
- 9.- Hernández Moreno, Vargas García y Cols. Evaluación del método clínico de Johnson y Toshach para cálculos de peso fetal Revista Ginecología y Obstetricia Vol. 53 Agosto 1983 pag. 226-228.
- 10.- Pasmiño de Osorio L, Clasificación del embarazo de Alto riesgo Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana - na Vol 90 No. 5 1981 pag. 98-106.
- 11.- Mozada C. Métodos de Planificación Familiar; beneficio de su uso en la salud. Boletín de Planificación Familiar 1983.
- 12.- Vandele S. Riesgo de salud para la madre y el hijo en el embarazo en adolescente Vol. 25 pag 187-189.
- 13.- Alvarado Duran, Villavicencio. Toma de decisión para la esterilización en la mujer Vol. 51 No. 313 Mayo 1983 Ginecología y Obstetricia de Mex.
- 14.- Andrade Zamora B, Esterilización post parto en un programa de adiestramiento Médico Revista Médica de Ginecología y Obstetricia Vol. 54 Junio 1980.
- 15.- Flores Revuelta L. Esterilización quirúrgica. Experiencia de 10 años Rev. Edit. Facultad de medicina de la U.A.N.L. México 1981 pag 1-36
- 16.- Waskaz M. Colven Estudio comparativo del DIU T Delta y la T de Cu 220 en Costa Rica Rev. Ginecología y Obstetricia de Costa Rica Vol 54 Julio 1986.
- 17.- Roger Ricalde Estudio comparativo de métodos de barrera Rev. Ginecología y Obstetricia de Mex. Vol 50 No. 299 Marzo 1982 pag 30.

- 18.- Reynoso Arevalo. Aplicación post placenta de 5 tipos diferentes de DIU Ginecología y Obstetricia de Mex. Vol 50 No. 301 pag 30.
- 19.- Camacho V. Castro. Rechazo al método de esterilización definitiva en el puerperio inmediato. Rev. Ginecología y Obstetricia de Mex. Vol 46 No. 275 pag. 183
- 20.- García Hassey E. Esterilización voluntaria motivos y efectos psicosociales Vol 50 No. 307 Nov. 1982 Rev. Ginecología y Obstetricia de Mex.
- 21.- Vernos J. Morales Anticoncepción femenina por cirugía voluntaria en la Secretaría de Salud. 1981 Salud Pública de Mex. Vol 27 No. 26 Nov. 1985.
- 22.- Carlos Mc Gregor Inmortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Comité Central de Estudios en Mortalidad Materna .983-1986.

GRAFICA I

FRECUENCIA DE USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

120  
100  
80  
60  
40  
20



DIU



OTB



RECHAZO A METODO



HORMONALES ORALES



ABSTINENCIA DE RELACIONES SEXUALES