

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11220  
22  
2ej.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E  
INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "D" R 2  
COZUMEL, Q.ROO

DETERMINAR LA REPERCUSION DE LA  
INFORMACION EN LA ACEPTACION DEL  
DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN EL PUERPERIO  
INMEDIATO POSTPARTO EN LAS PACIENTES  
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
"D" R 2 ISSSTE COZUMEL DE AGOSTO A OCTUBRE  
DE 1995

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LOURDES MAYANIN CABRERA MALDONADO

COZUMEL, Q. ROO, AGOSTO 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

I. S. S. T. E.	
SUB-DIRECCION MEDICA	
☆	☆
COZUMEL, Q. ROO.	

265278



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

DETERMINAR LA REPERCUSION DE LA  
INFORMACION EN LA ACEPTACION DEL  
DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN EL PUERPERIO  
INMEDIATO POSTPARTO EN LAS PACIENTES  
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
"D" R 2 ISSSTE COZUMEL DE AGOSTO A OCTUBRE  
DE 1995


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DRA. LOURDES MAYANIN CABRERA MALDONADO**

**AUTORIZACIONES:**



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.



DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

TRABAJO INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR

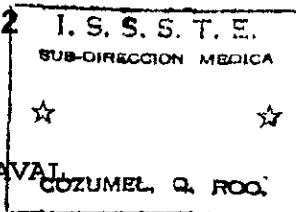
P R E S E N T A :

**DRA. LOURDES MAYANIN CABRERA MALDONADO**

**DETERMINAR LA REPERCUSION DE LA INFORMACION EN LA  
ACEPTACION DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN EL  
PUERPERIO INMEDIATO POSTPARTO EN LAS PACIENTES  
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "D" R 2  
ISSSTE COZUMEL DE AGOSTO A OCTUBRE DE 1995**

**DR. ALFONSO MONROY VIOLANTE**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "D" R 2  
ISSSTE COZUMEL



**DR. JESUS MATEOS LOPEZ**

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRAL NAVAL  
ASESOR DE TESIS

**DR. GEORGINA PEREZ OTERO**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA  
U.M.F. "D" R 2 ISSSTE COZUMEL  
ASESOR DE TESIS

**DR. PEDRO DORANTES BARRIOS**

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

ASESOR DE TESIS

**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA  
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS  
DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

## INDICE GENERAL:

MARCO TEORICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
JUSTIFICACION.....	19
OBJETIVOS.....	20
METODOLOGIA.....	22
RESULTADOS .....	27
ANALISIS .....	65
CONCLUSIONES :.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	72
ANEXOS.....	77

## MARCO TEORICO

Los Dispositivos intrauterinos se consideran uno de los recursos actuales y más valiosos para el control temporal de la fertilidad en la mujer cuando estos se aplican en el intervalo intergestacional . La aplicación en el puerperio inmediato no ofrece claros resultados , por que sus tasas de expulsión son francamente más elevadas , particularmente para la inserción postparto (T de cobre) con un 11.5% a un año e inclusive mayores. (25)

Los puntos de controversia sobre el uso de Diu en el puerperio inmediato no se limitan a sus tasas de expulsión , sino también a otros muchos factores, desde el punto de vista médico el temor de que se puedan producir o favorecer una frecuencia elevada de perforaciones o infecciones . (33)

La ventaja de proporcionar métodos de control de la fertilidad en el puerperio inmediato postparto obedece a varios factores entre los cuales basta mencionar los siguientes:

- Se trata de un período en que la motivación para su empleo es muy alta.
- Si en el momento de la aceptación no se proporciona el método después del egreso hospitalario solo regresan el 50% de las aceptantes a aplicárselo. (10)
- Si de todos modos se usa lactancia al seno materno, el retorno de la ovulación es impredecible, y el riesgo de un nuevo embarazo se hace cada vez mayor a partir del 5o. mes del puerperio postparto.
- El regreso de la ovulación en el puerperio postparto es aún más rápido , aproximadamente a las 3 semanas ovulan el 33% de las mujeres y el 66% a las 6 semanas. (15)

Para analizar el aspecto de la información o desinformación para el uso del Diu en puerperio inmediato postparto es necesario señalar algunas generalidades las cuales fueron aplicadas como criterios en nuestro analisis. (10)

La definició obstètrica del puerperio inmediato se refiere al lapso de tiempo entre el alumbramiento y las primeras 24 hrs. posteriores, concepto que fue utilizado en nuestro trabajo tomando en cuenta la aplicaci3n entre el alumbramiento o el vaciamiento completo de la cavidad uterina y el alta hospitalaria. (20)

En el postparto se utiliza principalmente la TCU 220 c, en proceso se encuentran investigando *Dius con aditamentos que facilitan su retenci3n intrauterina.* (16)

La aplicaci3n se efectu3 antes del alta hospitalaria , habitualmente en la sala de puerperio, requiriendo espejo vaginal y pinza de anillos para visualizar y fijar el c3rvix , practicar histerometria y medir al aplicador y efectuar la inserci3n, se recomienda t3cnica est3ril y la colocaci3n precisa del Diu en el fondo uterino para reducir el riesgo de expuls3n y complicaciones. (33)

Existen efectos secundarios que pueden ser de dos grupos:

- Expuls3n
- Retiro por sangrado y/o dolor

Expuls3n: Las tasas de espuls3n de los Dius aplicados en el puerperio inmediato postparto son considerablemente m3s elevadas que en el intervalo. Los resultados al respecto son variables ya que oscilan en los rangos tan amplios del 11 al 75% . Las tasas de expuls3n est3n directamente influidas por la altura de la colocaci3n , porque entre m3s cerca del segmento es colocado el Diu , las tasas son m3s elevadas.

De tal manera que cuando se instalan en el fondo uterino las tasas de expuls3n no son mayores del 7% a tres meses de uso. (20)

Retiros por sangrado y/o dolor :

En muchas de las ocasiones se han tenido que retirar por referir las pacientes aumento en los d3as de sangrado loquial y referencia de dolor , sin embargo , una vez retirado el Diu no hay diferencias significativas en los s3ntomas anteriores. (20)

Las complicaciones que se pueden presentar son de dos tipos:

- Perforación uterina
- Infección.

Perforación: Con respecto a este punto algunas Instituciones de Salud reportan una tasa de 0.2% que se compara favorablemente como la de 1.8% para los Dius insertados después de la 8a. semana.

Infección: no se han reportados tasas elevadas sobre contaminación a la aplicación provocando procesos infecciosos. (24)

Actualmente en el desarrollo de los Programas de Planificación Familiar en nuestro país, se puede considerar que uso de Dius en el puerperio inmediato postparto constituyen un recurso de método de control de la fertilidad de gran valor y uno de los de primera elección por su efectividad, continuidad y mínima frecuencia de complicaciones, teniendo como ventajas adicionales, que no modifica la lactancia materna y su carencia de efectos sistémicos, tienden a aumentar su aceptabilidad y amplían las indicaciones clínicas. (7)

El tipo y la frecuencia de complicaciones propias de los Dius es variable y depende de varios factores, siendo los más importantes:

- Experiencia que incluye el criterio de selección de mujeres, tipo de Diu para cada una de ellas y el conocimiento exacto de las indicaciones y contraindicaciones por parte de las usuarias.
- El control periódico con la finalidad de que cualquier problema relacionado con el Diu se detectará oportunamente, tomándose siempre las medidas pertinentes. (24)

Todo usuario de un programa de Planificación Familiar busca como fin principal evitar un embarazo, es necesario que exista el deseo de la persona, el método de control de la fertilidad y la accesibilidad y disponibilidad de los servicios, estos tres conceptos ya existen en un gran sector de la población para racionalizar la reproducción y permitir el acceso a cualquier clase social, por lo tanto ante la decisión de método temporal o definitivo no debiera existir ningún tropiezo. (19) (22) (24)



La población usuaria modifica su aceptación hacia el uso de los anticonceptivos por la información que ha recibido, es decir cuando no ha participado en los programas de promoción de la Planificación Familiar, a esto se le llama HISTORIA NATURAL DE LA ANTICON--  
CION. (21)

Una mujer joven , sin hijos o con uno o dos, se inicia con los métodos naturales, a mayor edad y paridad , pasa a los locales, no clínicos como óvulos, cremas, jaleas, etc. y a medida que aumenta en años y en número de embarazos y partos, pasa a los orales , inyectables , Dius y por último a procedimientos quirúrgicos. (2)

Las decisiones para el uso de estos métodos se basan en la información recibida de acuerdo a su escolaridad , sociabilidad, ingreso, religión, fuente de información (mujeres del mismo nivel o de nivel más bajo con prejuicios, mitos o malas experiencias), etc, por lo tanto la decisión de determinarse por un método más seguro a edad más temprana depende de la información adicional que se le ofrezca y que pueda penetrar a los canales de conocimiento de las usuarias.(4)

Por lo tanto contamos con tres conceptos : la mujer, usuaria potencial, la metodología anticonceptiva y la información.

Los niveles de motivación los revisaremos en los puntos siguientes:

La mujer expuesta al riesgo es una usuaria en potencia con diferentes niveles de motivación que van, desde la desinformación, hasta el seguimiento en el uso del método de control de la fertilidad. El primer nivel se obtiene cuando la interesada recibe alguna información por cualquier medio, ya sea en forma masiva, grupal o de persona a persona. Además de la referencia , cuando los medios de comunicación (radio y televisión) informa sobre los programas en sí, envían mensajes que señalen en donde se aplican estos métodos, es cuando la persona puede acudir , pasando al segundo nivel de motivación o servir como informadora a otras personas. (21)

Se dirige a la Unidad Clínica para recibir la motivación en charlas a grupos; en este momento pasa del nivel de referencia al de legitimación, considerando adecuada la metodología para ella o para otra persona.

Con la comunicación interpersonal especializada (Médico, enfermera, trabajadora social o promotoras de salud) reconoce la conveniencia de usarlo y escoge un método de control de la fertilidad.

Al llegar al nivel de usuaria, el médico como una persona capacitada continúa con la información más precisa y veraz indicando el método más adecuado para esa persona en particular.

( 21) Aquí surge un factor importante en el proceso debido a la confusión entre el nivel del uso y el siguiente, el de hábito. Los encargados de la Planificación Familiar consideran que el inicio de un método como el proceso terminal de la motivación y no vigilan los detalles que convierten a la usuaria de primera vez en una desertora a corto plazo o en una usuaria habitual. (32)

La persistencia del uso del método de control de la fertilidad requiere una secuencia motivacional; romperla en el momento que se logró el nivel de uso por la información inadecuada sobre los efectos secundarios del anticonceptivo o por negligencia en la selección del método, echa a perder todo el trabajo que logró el profesional con la motivación al usuario. (26) La deserción provoca a quien abandona los métodos una motivadora negativa, por el contrario, la usuaria satisfecha y habitual es el mejor conducto para convencer a otros usuarios potenciales.

Existen otras condiciones que debe seguir la usuaria para llegar al servicio de Medicina Preventiva en donde actualmente se llevan a cabo los Programas de Planificación Familiar, ya sea al acudir por primera vez o en forma subsecuente se encuentra con algunas dificultades que permiten que abandone el programa y aún el método.

Por ejemplo, los trámites administrativos para obtener la cita, la prolongación de las fechas para la consulta, el tiempo de espera para ver al médico así como las incomodidades en la Sala de espera van en contra de la motivación. (28)

Tambièn hay que señalar que el trato personal que recibe la usuaria afecta en alguna forma el deseo de volver, permitiendo no tener la informaciòn adecuada en cuanto al mètodo.

En cuanto a las características de los mètodos, esta en la mayor parte de las ocasiones que habra mayor continuidad en cualquier mètodo si la pareja o el usuario conocen bien los efectos secundarios.

De manera importante tambièn influye la relaciòn del anticonceptivo con el acto sexual y la preparaciòn afectiva previa a la relaciòn .

Los mètodos relacionados directamente con el coito : jaleas, ovulos, espumas, diafragmas preservativos, etc; deshacen el ciclo afectivo preparatorio del acto sexual sufriendo el rechazo obvio por parte de los usuarios. (28)

Los hormonales orales no interrumpen directamente pero requieren de mayor disciplina y motivaciòn, la toma de una tableta diaria durante mucho tiempo puede hacer perder la motivaciòn, ademàs de la presencia de algunos efectos secundarios de grado distinto afectan negativamente la continuidad del mètodo, los inyectables interfieren menos pero tambièn tienen efectos secundarios. (10)

La cirugia y los Dius no interfieren con el preambulo del coito, sin embargo existe menor protecciòn para el embarazo que con los hormonales orales, culpando en forma notable a estos ùltimos mètodos de los sintomas y signos de otros padecimientos involucrando a los mismos como causa especifica. (10)

Es necesario tener en consideraciòn los siguientes puntos:

- Informaciòn adecuada y repetida en los mètodos hormonales, quirùrgicos y locales (Dius) para asegurar que la usuaria reciba el mensaje adecuado para pasar del nivel de uso al del hàbito.

- Correcta selecciòn del Mètodo para determinar que factor afecta directamente la continuidad .

- Atenciòn a la capacitaciòn del personal que interviene directa o indirectamente en el manejo de los Programas. (25)

La continuidad de los Métodos es también muy importante ya que es la aceptación después que el método ha sido probado o aplicado en formas más precisas, tomando en consideración el número de meses ininterrumpidos en el uso de los métodos. (4)

- Los hormonales tienen una continuidad a los dos meses del 74%, a los 12 meses, el 50% y 44% a los 30 meses.

- El Diu , el 75% persiste en el primer año, 65% al segundo año y el 50% a los 5 años.

En la continuidad del método, no se toma en cuenta la asistencia o no a las consultas señaladas para cada programa. Por lo tanto, cuando no existe un control adecuado puede presentarse el "efecto catalítico" o "efecto de sustitución" , esto es, la usuaria abandona el Programa Oficial y se convierte en compradora de los anticonceptivos en el Sector comercial. (6)

Se ha demostrado en algunas encuestas sobre las usuarias, que la razón principal de deserción en los programas institucionales es el tiempo de espera para recibir una consulta en contraste con la rapidez que son atendidas por el profesional.

Hay grupos de usuarias que son las que derivan hacia el sector comercial o a la medicina privada , que también consultan a otras personas , ya sean médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, comadronas, familiares (madres, tías, comadres, vecinas) que posiblemente no conozcan la metodología anticonceptiva y deformen la motivación de la usuaria. (23)

La principal causa de deserción del uso de los métodos de control de la fertilidad son los efectos secundarios, hay mayor abandono en los que producen mayor efectos y más evidentes para la usuaria. (25)

Pero la más importante es la falta de conocimiento de la persona sobre los métodos, por ejemplo en el caso específico de nuestro trabajo , la portadora de Diu, cuya información es inadecuada e incompleta, estará siempre preocupada por el aumento de sangrado o por algún síntoma gastrointestinal sin ninguna relación con el Diu, debido a un comentario de alguien de su confianza , en contra del método, exigirá que se le retire aduciendo cualquier pretexto.(15)

Hay otras causas de menor importancia que hacen la deserción y la mayoría de estas se podrían mejorar con dedicar más tiempo al paso del nivel de motivación de uso , al del hábito.

*El abandono durante la continuidad del uso de los Métodos de control de la fertilidad tiene muchos factores, pero no se pueden entender un factor aislado, la mejor información y comprensión se obtiene en la visión de conjunto, lo más importante es la usuaria a quien hay que comprender en su ámbito y necesidad, dejando a un lado la frialdad en la aplicación de los Metodo de control de la fertilidad. (33)*

Hemos considerado los aspectos importante de la aceptación que tienen los Dios postparto, pero ahora comentaremos cual ha sido la evolución de este método y cual es su futuro.

El dispositivo intrauterino se encuentra en un umbral crítico, en muchos países como Estados Unidos y México, para iniciar se retiraron tres DIUs de mucha popularidad, lo cual puso en duda el,uso de este método. Sin embargo la interrupción de la fabricación fue más a problemas legales y de seguros que a problemas médicos. Al empezar a utilizar la T de cobre estos problemas se fueron minimizando, actualmente se estando solo se estan usando con más frecuencia dos tipos de DIUs, y los otros como se menciono estan en desuso(Asa de lippes, escudo de Dalkon. Etc).(34)

En Estadios Unidos se fabrican dos DIUs , de tipo T los dos configuración dada para ajustar en la cavidad endometrial, se encontró uqe la T de plástico tenía altas tasas de fracaso, por lo que utilizarròn dos tipos de sustancias para mejorar su eficacia: progesterona y cobre.

La T de progesterona (Progestasert) tiene un tallo vertical 38 mg de progesterona sintética que se libera en la cavidad endometrial a razón de 65 ug/día, sus brazos transversos están hechos de un copolímero sólido de acetato de etilenvinilo, contiene sulfato de bario que lo hace radiopaco, y dos monofilamentos unidos al extremo inferior del tallo vertical, en USA su duración es de un año y en Francia dura hasta 18 meses. Considerándose como un sistema tóxico de administración de la hormona, lo cual tiene dos beneficios disminución de la pérdida menstrual sanguínea y decremento de la incidencia de dismenorrea primaria. (35)

La T de cobre 380 A (Paragard, GynoPharma) esta hecha de polietileno con sulfato bario que la hace radiopaca. El "380" significa un total de 380 mm<sup>2</sup> de cobre expuesto al endometrio: 313 mm<sup>2</sup> de alambre de cobre rodeando el tallo vertical y un cilindro de cobre de 33 m<sup>2</sup> en ambos brazos laterales lo que es el significado de la A. Su vida puede ser de 6 a 10 años , el dispositivo que fabrica en USA es para cuatro años y tiene dos filamentos en extremo inferior, se considera que este método que eficacia superior a los anticonceptivos orales combinados. (35)

No se conoce en forma certera el mecanismo de acción pero se considera que es debido a la reacción de cuerpo extraño intensa que vuelve al endometrio inadecuado para la implantación de ovulos fecundados. Por las dudas que existen respecto a su mecanismo ha provocado muchas controversias éticas, sin embargo se han hecho varias pruebas en donde se demuestra que sus efectos de antifecundidad van más allá del útero, impidiendo los procesos reproductivos que ocurren antes de que el óvulo llegue a la cavidad uterina.

*Estas pruebas han demostrado:*

- La vigilancia hormonal altamente sensible para beta-hGC en usuarias de DIU ha eliminado la posibilidad de implantaciones frecuentes no detectadas.

- La búsqueda de óvulos fecundados en lavados tubarios en usuarias de DIU a mitad del ciclo no ha sido positiva, en contraposición a la elevada cifra de conceptos tempranos en las trompas de mujeres que no utilizan anticonceptivos.
- La reacción de cuerpo extraño tal vez sea tóxica para los espermatozoides, porque en muchos estudios se han encontrado menos gametos en las trompas de Falopio de usuarias de DIU, que en las mujeres del grupo control.
- Los espermatozoides pueden lesionarse en el trayecto, siendo incapaces de penetrar en el óvulo si llegarán a la trompa.

Independiente de cualquiera de los mecanismos de acción señalados el DIU impide el proceso reproductivo, antòmica y temporalmente, antes que el óvulo llegue al útero.

La eficiencia de los actuales DIUs proporcionan una anticoncepción muy eficaz, las tasas de embarazo con ambos DIUs es similar presentándose de 1.5 a 4.9 por 100 mujeres-años con una tasa global de 2.9. La eficacia de la T de cobre es todavía mayor.

Otras consideraciones indican que los DIUs protegen contra los embarazos ectòpicos, en razón del 60% de riesgo menor comparado con mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos, asimismo se ha demostrado que la utilización del DIU no aumenta el riesgo de embarazo ectòpico.

La anticoncepción intrauterina es competitiva en precio con otros anticonceptivos prescritos, el costo de los DIU ha aumentado mucho debido a los litigios contra los fabricantes y costos de los seguros.

Sin embargo se mantiene competitivos con los anticonceptivos orales que cuesta más de 150 dólares al año y las t cuestan alrededor de 100 dólares pero su duración es de aproximadamente cuatro años.

El DIU libera a la pareja de preocupaciones en cuanto a su cumplimiento, los otros métodos son reversibles, al utilizar una tableta diaria o método tradicional de protección durante el coito. La usuaria del DIU decidirá conscientemente la interrupción un método anticonceptivo altamente eficaz, además es el mejor método para las mujeres que no toleran o no deben usar anticonceptivos orales.

Otro de los beneficios que se tienen con el DIU es el bajo riesgo de muerte relacionado con el método. La elevada eficacia de este método hay pocas muertes maternas y sus usuarias tienen menor riesgo de muerte que las recurren a la abstinencia periódica o a los diafragmas.

Se han encontrado algunos riesgos relacionados con la aplicación del DIU, la infección de la porción superior del aparato genital es el riesgo más importante y mal entendido de los DIU, el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria se ha exagerado debido a errores persistentes en los artículos publicados.

Durante la aplicación pueden ocurrir algunos problemas mecánicos así como al retiro, entre los más graves la perforación del útero durante el primer procedimiento, cuya incidencia varía de 1 x 3 por 1000 inserciones que tienen relación importante con la experiencia del médico.

De 5 a 15 % de las mujeres usuarias y que se les retira el DIU es por dolor y hemorragia, la pérdida sanguínea menstrual aumenta de 20 a 50% en usuarias de dispositivos de cobre, en las usuarias de la T con progesterona disminuye el 40% , es dudoso el impacto de la pérdida sanguínea sobre la incidencia de anemia por deficiencia de hierro. Si el dolor es de importancia esta indicado el retiro del DIU.

Cuando ocurre un embarazo en una usuaria de DIU este es de alto riesgo. Si se observa los filamentos debe retirarse el dispositivo. La elevada tasa de abortos espontáneos puede disminuirse si se retira el DIU, si se deja durante el embarazo aumentan los riesgos de parto prematuro, muerte fetal y bajo peso al nacer. .



A pesar de los ataques de los medios de comunicación y en los procedimientos legales, el DIU se ha reducido a dos opciones , seguras y eficaces, con ventajas y desventajas.

El uso del DIU a pesar de todo el apoyo que las Organizaciones Mundiales, Nacionales, Estatales y locales de salud dependerà de que las mujeres deseen utilizarlo y los mèdicos colocarlo. Nada carece de costo en Medicina y cualquier metodo de control de la fertilidad implica un control, los DIUs tienen beneficios y riesgos, observàndose que son mayores los beneficios y los riesgos, los actuales DIUs que liberan cobre y hormonas son tal vez el mètodo reversible màs eficaz y confiable de regulaciòn de la fecundidad.

El màs nuevo de los Dius medicados en el liberador de levonogestrel (Levonova) , siendo sus caracterìsticas màs importantes su alta efectividad , tan alta o màs como el DIU de cobre y la reducciòn de pèrdida de sangre menstrual, condiçiòn que los distingue de los otros dispositivos.

En el siguiente cuadro se muestran los resultados de las ventajas de este dispositivo:

---

Tasas de deserciòn acumuladas despuès del uso del  
Levonona y del TCU 380 ag

---

Razones	Tasas brutas de deserciòn acumuladas de cinco años	
	DIU LevoNg	TCU 380 Ag
Embarazo	1.1	1.4
Expulsiòn	11.1	7.4
Amenorrea	19.7	0.4
Sangrado/dolor	15.4	23.3
Otras Mèdicas	16.9	16.2
Planes de Embarazo	25.9	23.5
Otras personales	9.5	9.4
Deserciòn total	33.0	40.6
No. De Mujeres	1124	1121

Un grupo de investigadores en España, detectaron que la presencia de azufre en el medio uterino afecta, a la larga, al núcleo de plata que constituye el espiral anticonceptivo, por lo que lo sustituyeron por un núcleo puro de oro, metal analérgico e inalterable a cualquier acción corrosiva, constatando que prolonga la vida útil del DIU sin riesgo de que el espiral se fragmente y sin que disminuya su eficacia anticonceptiva. Además incorporan un nuevo sistema de inserción, facilitando la mecánica de la introducción, evitando el riesgo de perforación uterina, garantizando un menor traumatismo y una mayor seguridad anticonceptiva. Además lo han fabricado en tres tamaños –maxi, normal y mini- permitiendo escoger el más adecuado en función de la anatomía del útero de la usuaria.(36)

En resumen, las civilizaciones más antiguas han encontrado rastros de la regulación de la fertilidad que pueden ser útiles para los historiadores. La anticoncepción no fue considerada como necesidad para la humanidad hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue demasiado lejano a cero y la migración ya no pudo aliviar los excesos del crecimiento poblacional mediante la ocupación de amplias tierras inhabitadas.

La situación cambió en el último siglo o dos, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas al interior de familias, ciudades, países y el mundo en general.

Las tasas de crecimiento alcanzaban su cumbre, nuevas formas de regulación de la fertilidad llegaron a ser técnicamente accesibles y culturalmente aceptadas en muchos países. Los métodos hormonales fueron utilizados hacia finales de los años cincuenta, dándose a conocer los resultados obtenidos durante décadas de experiencia silenciosa con DIUs abriendo en esta forma el campo de la anticoncepción. Cuando estas tasas empezaron a declinar en años setenta y ochenta, el interés por el control de los nacimientos también disminuyó. Nuevas fuerzas entraron en la regulación de la fertilidad, grupos de mujeres organizadas que consideran el control de la fertilidad como un derecho individual, y los investigadores y las Instituciones de Salud Pública identificaron la anticoncepción y el esparcimiento de los nacimientos como un herramienta muy importante en la prevención de la mortalidad y la morbilidad de los niños y de las mujeres.(35)

ANALISIS DE POSIBILIDADES DE RUPTURA DEL PROCESO DE  
DE MOTIVACION POR LOS ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN  
EL PARA FAVORECER EL USO O LA CONTINUIDAD. (24)

---

### INFORMACION Y REFERENCIA

Medios masivos - Carteles . Usuarios Satisfechos  
Trabajadoras Sociales - Voluntarias

### CONOCIMIENTO/APRENDIZAJE

Voluntarias - Trabajadoras Sociales - Enfermeras - Médicos  
Personal aparentemente no involucrado en el proceso

### LEGITIMACION- ADOPCION DEL METODO

Enfermera - Médico (Sistema comercial)

### HABITO - CONTINUIDAD

Enfermera - Médico - Medios masivos - Personal no involucrado  
*directamente*

---

**PROCESO DE MOTIVACION (21)**

**INFORMACION Y REFERENCIA**

NEGATIVA      POSITIVA

**CONOCIMIENTO**

INADECUADO      ADECUADO

**APRENDIZAJE**

INCOMPLETO      COMPLETO

**LEGITIMACION**

PARA OTROS      PARA SI MISMO

**ENSAYO (Adopciòn)**

INSATISFECHO      SATISFECHO

**HABITO**

SILENCIOSO      MULTIPLICADOR  
INFORMADOR Y REMITENTE

**CAUSAS DE DESERCIÓN EN LOS PROGRAMAS DE  
PLANIFICACIÓN FAMILIAR (21)**

CONTINUIDAD METODO RELACION CON EL COITO EFECTOS 2o.

BAJA LOCALES DIRECTA SIN IMPORTANCIA

MEDIA HORMONALES INDIRECTA IMPORTANTE

ALTA HORMONALES NO RELACIONA REGULARES  
INYECTABLES  
DIU

# HISTORIA NATURAL DE LA ANTICONCEPCION (21)

PARIDAD

M E T O D O S

---

MAS DE 5

QUIRURGICOS

3 - 5

DIU

2 - 3

ORALES

1

LOCALES

NATURALES

---

EDAD

15

20

25

30

35

40

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el momento actual de desarrollo de los programas de Planificación Familiar en nuestro país, se puede considerar que el uso de dispositivos intrauterinos en el puerperio inmediato constituyen un recurso anticonceptivo de gran valor y uno de los de 1a. elección por su efectividad , continuidad y mínima frecuencia de complicaciones .

Sin embargo, la falta de información necesaria y adecuada por parte de los grupos médicos ya sea a nivel Institucional o Privado ha provocado un rechazo a este método , observándose que muchas de las pacientes puérperas son egresadas sin ningún método demostrando que la tasas de natalidad siguen siendo muy elevadas condición que podría tratar de reducirse con una información real sin hacerla sentir como un programa más político de salud. (12)

¿ Cómo influye la información en nuestra población derechohabiente del ISSSTE de Cozumel en pacientes puérperas egresadas que han rechazado o aceptado la aplicación del DIU intrauterino en el puerperio inmediato ?

## JUSTIFICACION:

Dos son los motivos principales que justifican la conveniencia de usar reguladores de la fertilidad: el crecimiento excesivo de la población y el deseo expreso de practicar un método de planificación familiar.

Y siendo la anticoncepción postparto una de nuestras actividades principales , sobre todo la difusión y aplicación del dispositivo intrauterino , por contar esté con elevada eficacia anticonceptiva y que no interfiere con la lactancia, debemos concientizar a nuestras pacientes para el uso del mismo.

Tal vez incrementando la información veráz y oportuna sobre esté anticonceptivo y las ventajas de su utilización racional y comprometida, podremos desterrar temores y mitos , originando un significativo cambio que nos ayude a cumplir nuestra meta primordial como sería contribuir a la disminución de las morbimortalidad en cuanto a protección anticonceptiva se refiere, en los periodos postparto y postaborto por ser estas etapas sumamente propicias para la identificación del riesgo productivo y en los cuales las condiciones fisiológicas de la mujer facilitan el uso del dispositivo intrauterino



## **OBJETIVO GENERAL**

DETERMINAR LA REPERCUSION DE LA INFORMACION EN LA ACEPTACION DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN EL PUERPERIO (POSTPARTO) EN PACIENTES EGRESADAS Y DERECHAHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "D" R2 ISSSTE COZUMEL DURANTE LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE DE 1995.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Identificar la edad de las usuarias del DIU postparto.
- 2.- Conocer la escolaridad de las usuarias.
- 3.- Conocer la ocupación de las usuarias.
- 4.- Identificar el nivel socioeconómico de las usuarias.
- 5.- Conocer la religión de las usuarias del Diu en el puerperio inmediato posparto.
- 6.- Verificar si en el control prenatal se les informo sobre la aplicación del método
- 7.- Conocer los conductos por donde recibieron la información
- 8.- Conocer los antecedentes Gineco obstétricos de las pacientes
- 9.- Conocer el nivel de motivación de las usuarias
- 10.- Identificar los conceptos erróneos en el rechazo del método

- 11.- Conocer las causas de deserción en la continuidad
- 12.- Observar las indicaciones médicas o método de selección
- 13.- Comparar la aplicación del Diu durante el puerperio inmediato con la aplicación en otros periodos
- 14.- Identificar el personal de Salud que brinda la información y motivo para la aceptación del método
- 15.- Verificar la línea de información de las Unidades Médicas
- 16.- Conocer en que porcentaje se cumplieron los objetivos en los Programas de Planificación Familiar
- 17.- Conocer el grado de convencimiento de las usuarias y la aprobación de las parejas

## **METODOLOGIA:**

El tipo de estudio que se realizo fue :

Prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Se aplicaron encuestas a 150 mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de la Isla de Cozumel, Estado de Quintana Roo, en el periodo comprendido entre los meses de agosto a octubre de 1995 , con pacientes en edad reproductiva que asistieron a control prenatal y que se atendieron de parto en esta Unidad Médica, junto con la Coordinación del Departamento de Medicina Preventiva y la revisión de los expedientes clínicos.

El tipo de muestra que se utilizo fue probabilística con un muestreo multifásico, el tamaño de muestra fue dado en relación al costo de los recursos disponibles ya que se contó con 150 mujeres derechohabientes del ISSSTE, control prenatal, control de Medicina Preventiva y expedientes clínicos recursos que los teníamos.

## **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- 1.- Mujeres en edad reproductiva ( 15 A 44 AÑOS DE EDAD)
- 2.- Derechohabientes de la UMF R2 "D" ISSSTE COZUMEL

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

1.- Pacientes que no hayan contestado las encuestas

2.- No derechohabientes

3.- Control prenatal en otra Unidad Mèdica

## **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

1.- No vida sexual activa

2.- Pacientes con Esterilidad e Inferilidad

3.- Nuliparas sin metodo de control de la fertilidad

Para la obtención de los datos se usaron procedimientos directos ya que se aplicaron 150 encuestas a las mujeres estudiadas y con procedimientos indirectos con la revisión de las Historias Clínicas, los resultados fueron captados en los formatos siguientes:

Las variables independientes se conocieron con estos datos

Formato 1	Datos Generales
Formato 2	Antecedentes Gineco-Obstétricos
Formato 3	Metodos de Control de la Fertilidad

Y las variables dependientes surgieron de los formatos:

Formato 4	Información sobre el DIU
Formato 5	" "
Formato 6	Antecedentes Patológicos Obstétricos
Formato 7	Antecedentes Personales Patológicos

## CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación se efectuò con 150 mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Cozumel, con el fin de determinar la repercusión de la información de la aplicación del DIU postparto conociendo los factores de aceptación y rechazo de este procedimiento de control de la fertilidad.

La investigación no pone en riesgo a la población estudiada , además se solicitò la ayuda de las mujeres en control prenatal y que se atendieron de parto en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Cozumel para efectuar las encuestas, las cuales se aplicaron personalmente y explicando a las entrevistadas el motivo del estudio y las ventajas para mejorar salud reproductiva, al espaciar sus embarazos disminuyendo la cantidad de hijos por familia, lo cual le permitiría mejorar sus nivel de vida , beneficiando a su comunidad y al país .

Asimismo se tomo en consideración el protocolo del estudio con el fin de ser autorizada la investigación que no tuviera riesgos para la población estudiada.

No se utilizo nuevos procedimientos de control de la fertilidad, siendo entre los DIUs el de T de cobre, se conocen otro tipo de DIUs (levonona ) los cuales aún no se tienen en nuestra Comunidad.

La Organización Mundial de la Salud en 1982 norma la investigación en seres humanos considerando cualquier estudio en el que participen sujetos humanos, destinado al avance de los conocimientos biomédicos, que no pueda ser considerado elemento de las prácticas clínicas o de salud pública ya establecidas y que suponga alguna intervención o evaluación física o psicológica, o la producción , almacenamiento o analisis de expedientes que contengan información biomédica atribuible a personas identificables.

En la Declaración del Helsinki se establecen principios básicos para que se efectúe la investigación clínica la cual debe ser realizada por personas calificadas científicamente y bajo, la supervisión de un profesional médico calificado, cada proyecto de investigación clínica debe ir precedida de una comparación cuidadosa entre los riesgos implícitos y los beneficios previstos para el individuo que participo en la investigación.

En la aplicación puramente científica de la investigación clínica realizada a un ser humano , el médico tiene el deber de permanecer como protector de la vida y la salud de la persona en la cual se esta realizando la investigación.

Asimismo se debe explicar al paciente la naturaleza, propósito y riesgos de la investigación clínica. No se puede hacer investigación clínica en un ser humano sin su libre consentimiento, y después de que este haya sido informado.

Las mujeres estudiadas se encontraban en un estado físico , mental y legal que permitió ejercer su completa capacidad de decisión para participar en el estudio.

Se les indicó que en cualquier momento durante el curso de la investigación tenían la libertad de retirarse.

## RESULTADOS

Se aplicaron 150 encuestas a pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Cozumel, además se revisaron 150 expedientes clínicos y hojas de control de Planificación Familiar del Departamento de Medicina Preventiva, encontrándonos los siguientes resultados:

Las edades de las mujeres encuestadas fueron de:

15 a 19 años 15 (10%), de 20 a 24 años 20 (14%), de 25 a 29 años 80 (53%) 30 a 34 años 20 (13%), 35 a 39 años 15 (10%) y de 40 a 44 años 0 (0%).

Cuadro y grafica 1

El nivel de escolaridad encontrado fue:

Primaria 80 (54%), Secundaria 35 (24%), Preparatoria 15 (10%) y Profesional 2° (12%).

Cuadro y Grafica 2

Respecto a la ocupación de las encuestadas:

Amas de casa 85 (56%), Burocratas 42 (28%) y Docentes 23 (16%).

Cuadro y Grafica 3

El nivel socioeconómico se manifestó de la siguiente manera:

Clase media 135 (90%) y Clase baja 15 (10%).

Cuadro y grafica 4



En el aspecto religioso:

En su gran mayoría son Católicas 130 (87%) y 20 de otras religiones (13%).

Cuadro y grafica 5

Durante el control prenatal también fue mínima la información recibida :

Si se les informó a 14 (14%) no se les informó 126 (86%)

Por lo que el alcance de motivación de las 14 pacientes informadas fue de aceptación del DIU 9 (67%) , dudaron de los beneficios 2 (16%) y 3 no lo aceptaron (17%).

Cuadro y Grafica 6

También fue interesante saber cuantos embarazos habían tenido estas pacientes, encontrando los siguientes datos :

1 embarazo 22 (15%) ; 2 embarazos 45 (30%) ; 3 embarazos 75 (50%) ; 4 embarazos 5 (3%) y más de 4 embarazos 3 (2%) .

Cuadro y grafica 7

El nivel de motivación que se despertó en estas 14 pacientes fue

Alto 9 (67%) ; medio 2 (16%) y bajo 3 (17%)

Además opinaron sobre la calidad de información que se les proporcionó :

Adecuada 9 (64%) ; oportuna 3 (21%), incompleta 1 (7%) completa y motivante 1 (7%)

Cuadro y Grafica 8

A todas las pacientes entrevistadas se les planteo las ventajas del uso del DIU postparto de las cuales:

32 (21%) aceptaron el método; 79 (53%) no lo aceptaron y 39 (26%) era usuarias  
Cuadro y grafica 9

De las pacientes que no aceptaron el método, referían las siguientes consideraciones por las cuales a su egreso no se les aplicaba:

No les fue ofrecido el método en el postparto inmediato por el médico que la atendió 47 (40%) ; mala información sobre el DIU por personal no capacitado o por empirismo 38 (32%) ; referían que ya habían usado el método pero presentaron muchos síntomas adversos 25 (22%) ; habían cursado con infecciones vaginales previas al parto 5 (4%) y desde luego no faltaba el embarazo aún con el DIU 3 (2%).  
Cuadro y grafica 10

De las 150 estudiadas a 32 (21%) se les aplicó y el resto 118 (79%) se les había aplicado en otros periodos .  
Cuadro y Grafica 11

La información que se le proporcionaba sobre las ventajas de la aplicación del DIU en este periodo era poca y se impartió por profesionistas 24 (16%) ; por otros medios no profesionales y empíricos 36 (24%) y la mayoría refirió no haber recibido ninguna información 90 (61%).  
Cuadro y grafica 12

De las pacientes que aceptaron el DIU postparto 32 se integraron por grupos de edad:

De 15 a 19 años 13 (41%) ; de 20 a 24 años 6 (19%); de 25 a 29 años 8 (25%); de 30 a 34 años 3 (9%) y de 35 a 40 años 2 (6%).  
Cuadro y grafica 13

Muchas de las pacientes preferían aplicárselo en otras Unidades Médicas, refiriendo las principales causas de esta decisión :

Por problemas de horario compatible con su horario de trabajo 30 (56%) ; por trabajar en otra clínica y aprovechaban para utilizar el método 5 (9.4%) ; por comodidad de tener alguna clínica cercana a su domicilio 15 (28%) y algunas por prejuicio o "justificadamente " por expulsión del DIU aplicado en nuestra Unidad 3 (5.6%).  
Cuadro y grafica 14

Las pacientes que acudieron a otras Instituciones de Salud utilizaron

En primer lugar a las Clínicas del IMSS 45 (38%); Clínicas privadas 38 (32%) ; Hospital General de SESA 20 (17%),  
Cuadro y grafica 15

De las 150 portadoras de DIU 35 desertaron por los siguientes motivos :

Por deseo de embarazo 20 ((57%) ; aumento del sangrado menstrual 7 (20%), dolor pélvico 5 (14%); infección vaginal 2 (6%) y embarazo con DIU 3 (3%)  
Cuadro 16 y grafica 16

Además una vez aplicado el método e informándoles las fechas de seguimiento, no todas las pacientes acudieron a control, como se observará en los siguientes datos:

Si llevaron control 10 pacientes (6%) ; no llevaron control 140 (94%)  
Cuadro y grafica 7

Cuadro 1

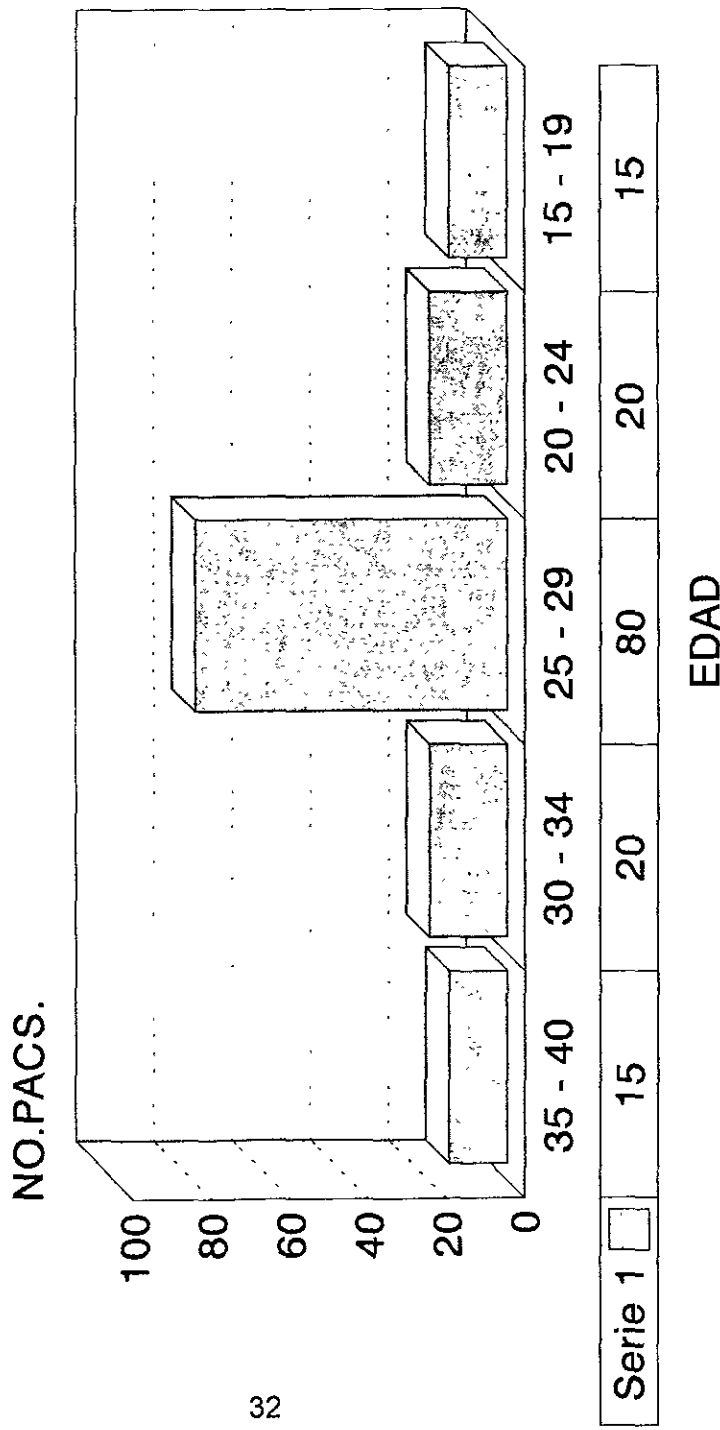
**GRUPOS DE EDAD**

EDADES	NO.	%
15 A 19 AÑOS	15	10
20 A 24 AÑOS	20	14
25 A 29 AÑOS	80	53
30 A 34 AÑOS	20	13
35 A 40 AÑOS	15	10
40 A 44 AÑOS	0	0
T O T A L	150	100

FUENTE: 150 ENCUESTAS APLICADAS Y CONSULTA DE  
EXPEDIENTES CLINICOS

# GRUPOS DE EDAD

150 PACIENTES ENCUESTADAS



GRAFICA 1  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICADO: DR. MAYANIN

CUADRO 2

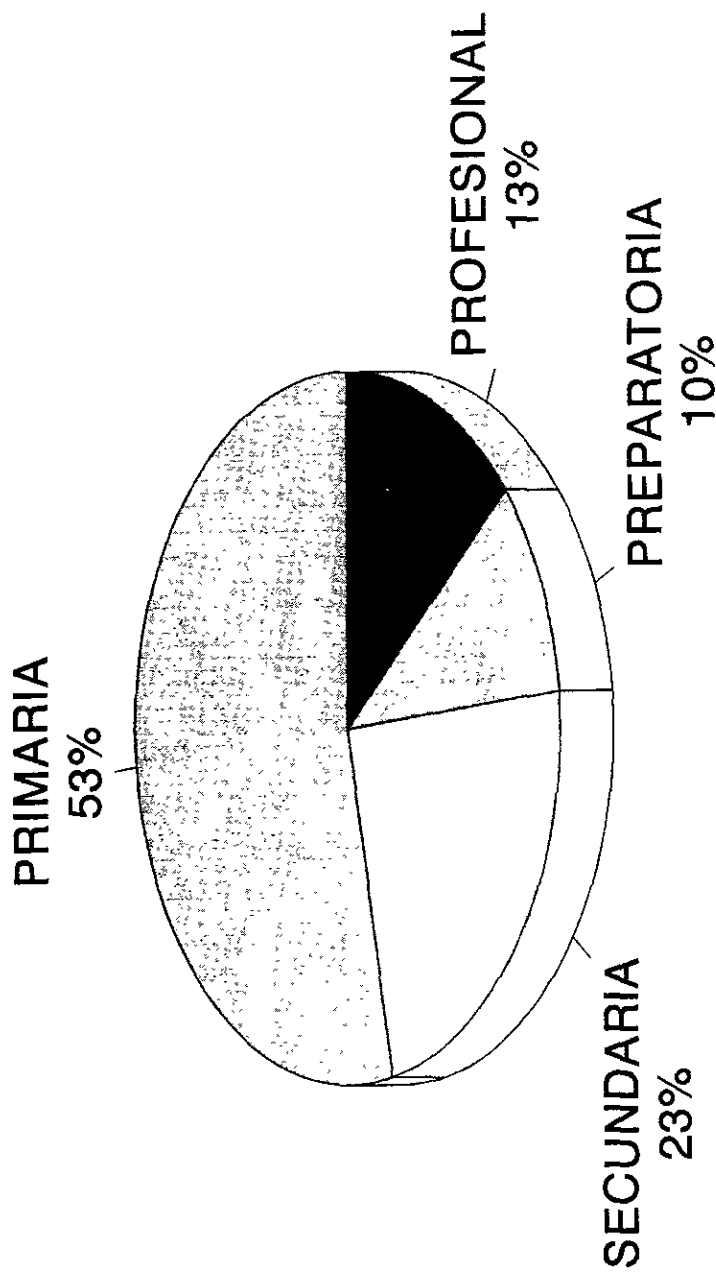
NIVEL DE ESCOLARIDAD

GRADOS DE ESCOLARIDAD	NO.	%
PRIMARIA	80	54
SECUNDARIA	35	24
PREPARATORIA	15	10
PROFESIONAL	20	12
T O T A L	150	100

FUENTE: 150 ENCUESTAS APLICADAS Y CONSULTA DE EXPE-  
DIENTE CLINICOS

# NIVEL DE ESCOLARIDAD

## GRADO DE ESCOLARIDAD



CUADRO 3

OCUPACION

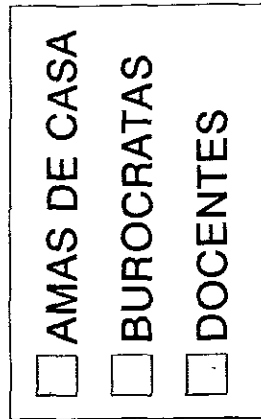
LABORES QUE DESEMPEÑAN	NO.	%
AMAS DE CASA	85	56
BUROCRATAS	42	28
DOCENTES	23	16
T O T A L	150	100

FUENTE: 150 ENCUESTAS APLICADAS Y CONSULTA DE EXPE-  
DIENTE CLINICOS.

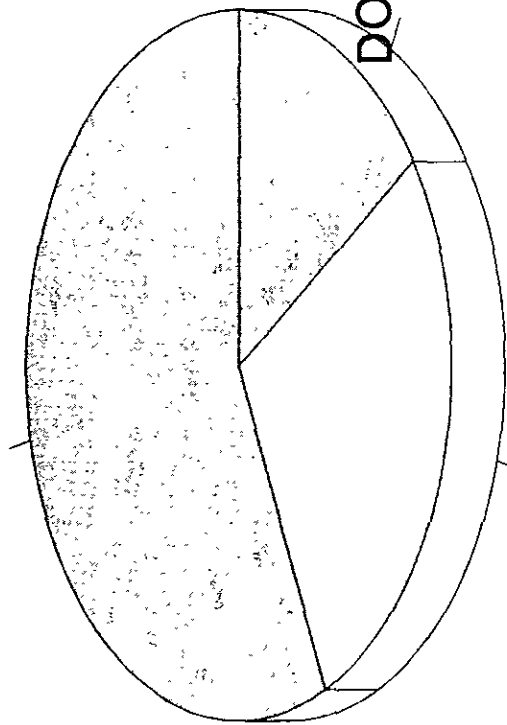


# OCUPACION

LABORES A QUE SE DEDICAN



AMAS DE CASA  
57%



BUROCRATAS  
28%

DOCENTES  
15%

GRAFICA 3  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICADO: DRA. MAYANIN

CUADRO 4

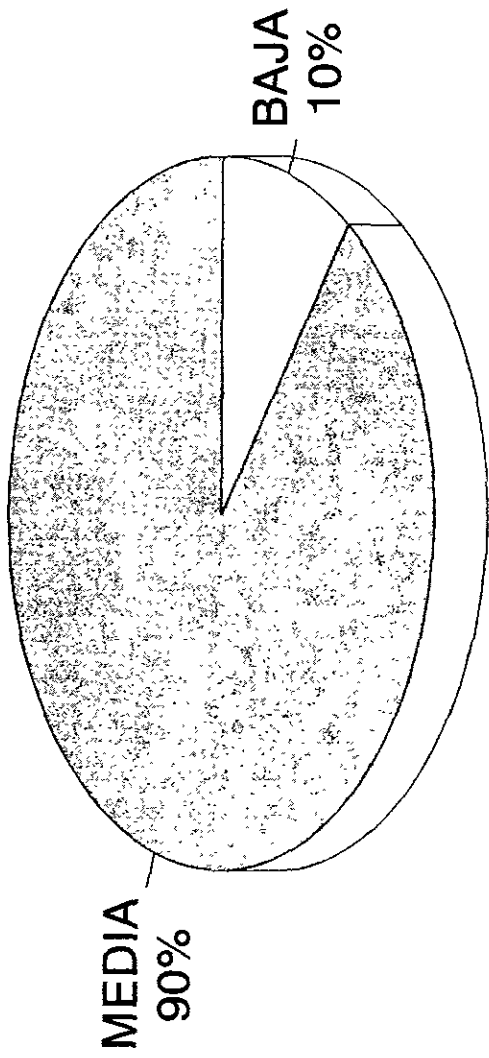
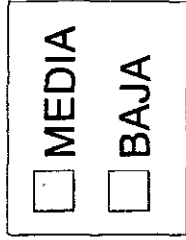
NIVEL SOCIOECONOMICO

CLASE SOCIOECONOMICA	NO.	%
M E D I A	135	90
B A J A	15	10
T O T A L	150	100

FUENTE: 150 ENCUESTAS APLICADAS Y CONSULTA DE EXPEDIENTES CLINICOS.

# NIVEL SOCIOECONOMICO

## CLASE SOCIOECONOMICA



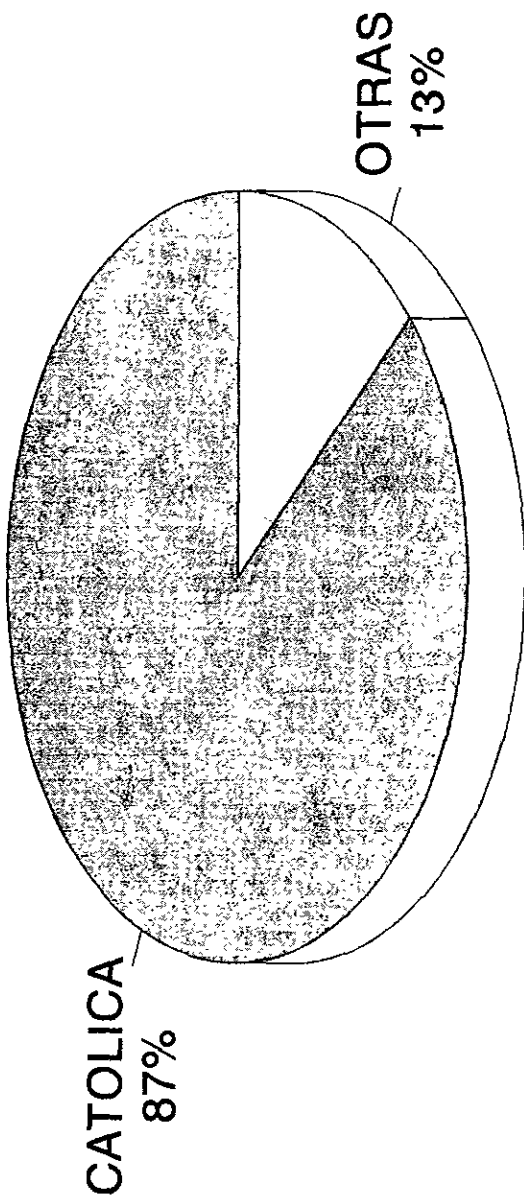
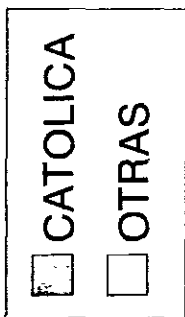
CUADRO 5

RELIGION

RELIGION QUE PRACTICAN	NO.	%
C A T O L I C A	130	87
O T R A S	20	13
T O T A L	150	100

FUENTE: 150 ENCUESTAS APLICADAS Y CONSULTA DE EXPEDIENTES CLINICOS.

# RELIGION



GRAFICA 5  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICADO: DRA. MAYANIN

**CUADRO 6**

**INFORMACION RECIBIDA DURANTE EL CONTROL PRENATAL  
DE LOS BENEFICIOS DE LA APLICACION DEL DIU  
POSTPARTO  
INMEDIATO**

**SE ESTUDIARON 100 PACIENTES EMBARAZADAS**

---

RECIBIERON INFORMACION DEL DIU DURANTE EL CONTROL PRENATAL	14	(14%)
NO RECIBIERON INFORMACION DURANTE EL CONTROL PRENATAL	86	(86%)

---

**ALCANCES DE LA MOTIVACION DE LAS 14 PACIENTES  
EMBARAZADAS INFORMADAS**

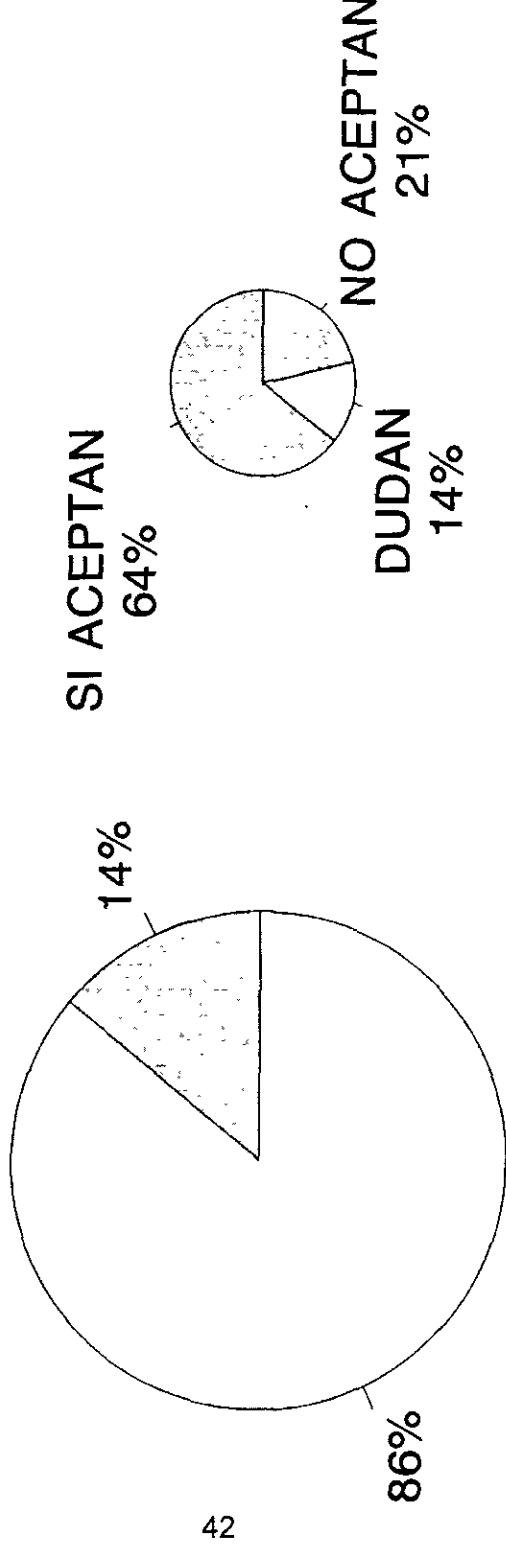
---

SI ACEPTAN DIU	9	(67%)
DUDAN ACEPTACION	2	(16%)
NO ACEPTAN	3	(17%)

---

**FUENTE: ENTREVISTA PERSONAL 14 PACIENTES  
INFORMADAS**

# INFORMACION RECIBIDA EN CONTROL PRENATAL ALCANCES DE LA MOTIVACION



GRAFICA 6  
FUENTE: ENTREVISTA PERSONAL.PACIENTES MOTIVADAS  
APLICO: DRA. MAYANIN

## CUADRO 7

### NO. DE EMBARAZOS DE LAS 150 PAC. ENTREVISTADAS

---

1	22	(15%)
2	45	(30%)
3	75	(50%)
4	5	(3%)
+	3	(2%)

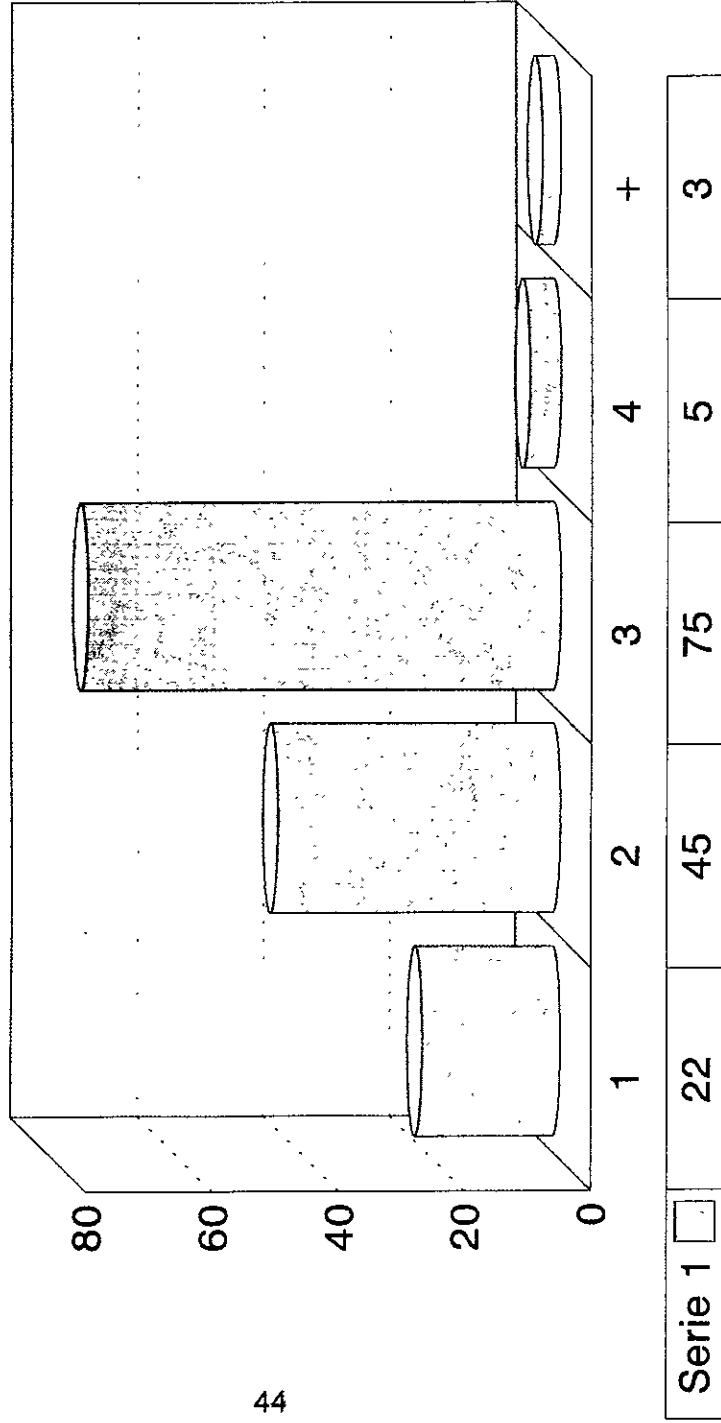
---

FUENTE: 150 ENCUESTAS APLICADAS DHS ISSSTE



# VALOR DE RIESGO OBSTETRICO

NO DE EMBARAZOS DE PACIENTES ENTREVISTADAS



GRAFICA 7  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICO DRA. MAYANIN

## CUADRO 8

### NIVEL DE MOTIVACION

---

ALTO	9	(67%)
MEDIO	2	(16%)
BAJO	3	(17%)

---

### OPINION DE LAS PACIENTES SOBRE EL TIPO DE INFORMACION RECIBIDA

---

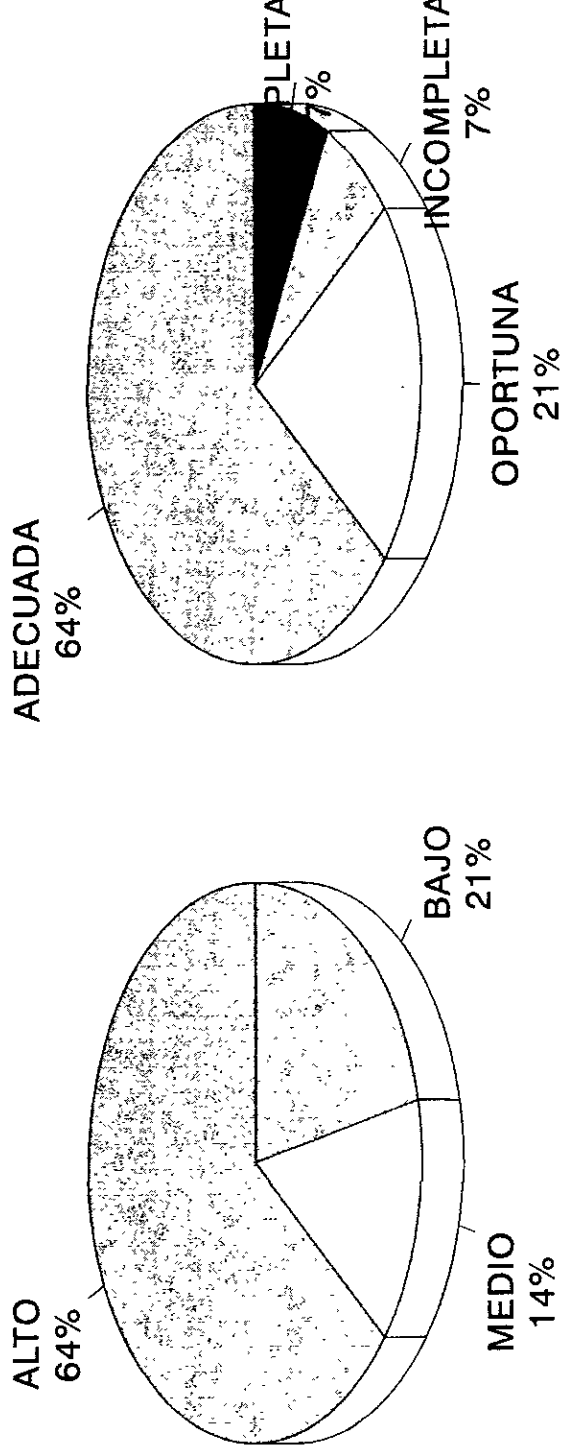
ADECUADA	9	(64%)
OPORTUNA	3	(21%)
INCOMPLETA	1	(7%)
COMPLETA	1	(7%)

---

FUENTE: ENTREVISTA PERSONAL 14 PACIENTES MOTIVADAS

# NIVEL DE MOTIVACION

OPINION DE LAS PACIENTES SOBRE LA INFORMACION RECIBIDA



GRAFICA 8  
FUENTE: ENTREVISTA PERSONAL 14 PACIENTES  
APLICO: DRA. MAYANIN

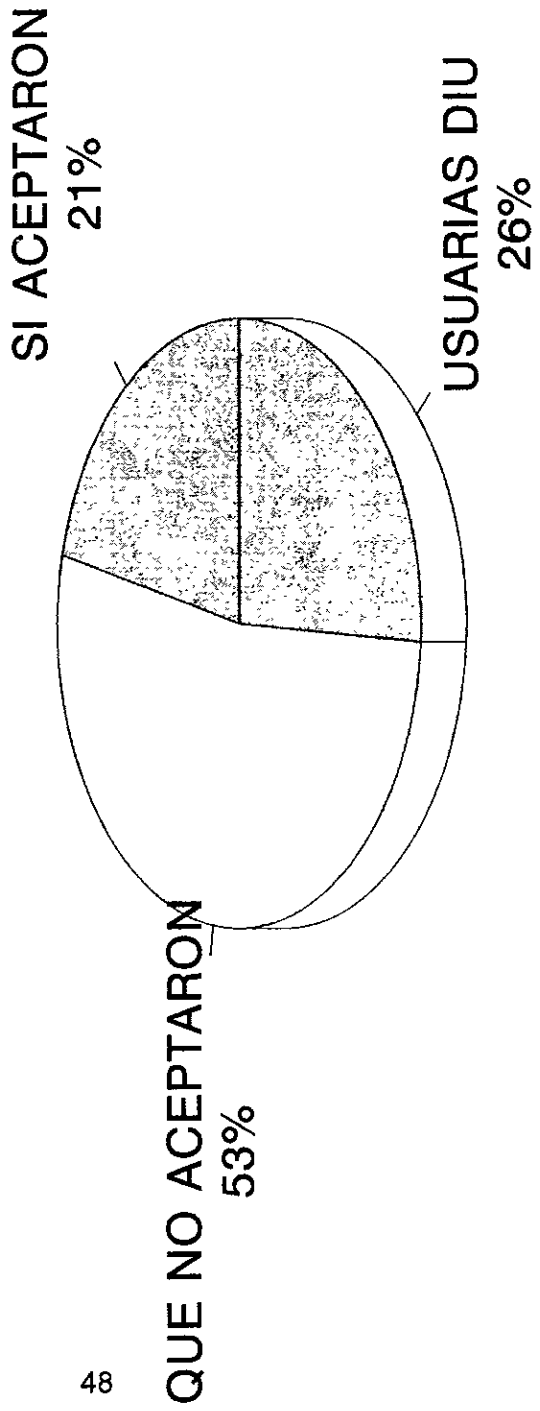
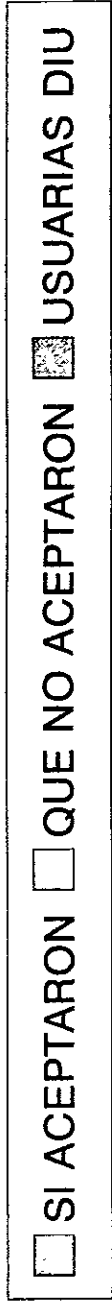
CUADRO 9

**PACIENTES QUE ACEPTARON LA APLICACION DEL DIU  
POSPARTO**

	<b>NO.</b>	<b>%</b>
<b>PACIENTES QUE ACEPTARON</b>	<b>32</b>	<b>21</b>
<b>PACIENTES QUE NO ACEPTARON</b>	<b>79</b>	<b>53</b>
<b>PACIENTES USUARIAS DE DIU</b>	<b>39</b>	<b>26</b>
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

FUENTE: 150 ENCUESTAS APLICADAS Y EXPEDIENTES CLINICOS .

# PACIENTES QUE ACEPTARON LA APLICACION DIU POSTPARTO



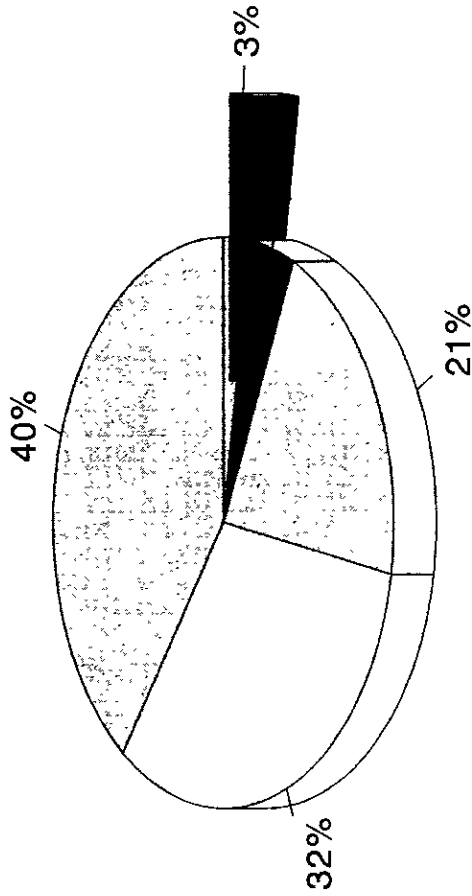
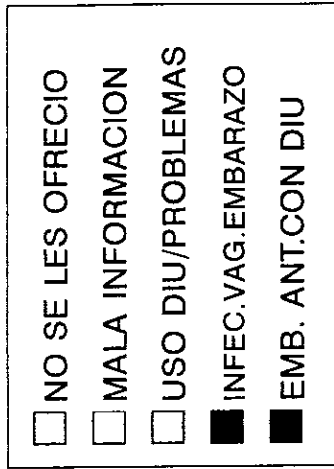
CUADRO 10

PRINCIPALES CAUSAS DE NO APLICACION DEL DIU POSTPARTO INMEDIATO , REFERIDAS POR PACIENTES QUE HAN EGRESADO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE COZUMEL.

CAUSAS	NO PTES.	%
1.- NO LES FUE OFRECIDO EL DIU EN EL PUERPERIO INMEDIATO -- POR EL MEDICO QUE ATENDIO EL PARTO.	47	40
2.- HABIAN RECIBIDO FALSA INFORMACION ACERCA DEL DIU POR -- PERSONAL NO CAPACITADO.	38	32
3.- YA HABIAN USADO DIU Y LES CAUSO MUCHOS SINTOMAS	25	22
4.- HABIAN CURSADO CON INFECCIONES VAGINALES DURANTE EL EMBARAZO PREVIAS AL PARTO E IMPIDIERON LA APLICACION	5	4
5.- HABIAN TENIDO ALGUN EMBARAZO AUN CON EL USO DEL DIU	3	2
<b>T O T A L :</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

FUENTE : ENCUESTA APLICADA A DHS ISSSTE COZUMEL

# CAUSAS DE NO APLICACION DIU POSTPARTO REFERIDAS POR PACIENTES EGRESADAS ISSSTE



GRAFICA 10  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICO: DRA. MAYANIN

CUADRO 11

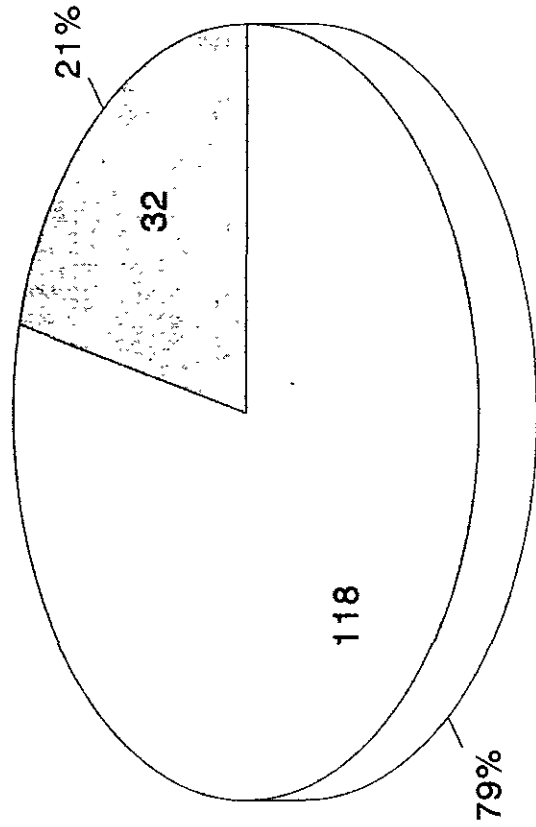
COMPARACION DE LAS PACIENTES QUE USAN DIU APLICADO EN EL PUERPERIO INMEDIATO Y A LAS QUE SE LES APLICO EN OTROS PERIODOS.

DIU APLICADO PUERPERIO INMEDIATO		DIU APLICADO OTRO PERIODO	
NO PACIENTES	%	NO. PACIENTES	%
32	21	118	79

FUENTE: ENCUESTA APLICADA DH ISSSTE COZUMEL  
 PACIENTES ESTUDIADAS 150 (100%)



# COMPARACION DE LAS PACIENTES QUE USAN DIU POSTPARTO Y LAS QUE LO USAN EN OTROS PERIODOS



GRAFICA 11  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICO: DRA. MAYANIN

CUADRO 12

**TIPO DE INFORMACION PROPORCIONADA SOBRE EL DIU  
POSTPARTO INMEDIATO .**

---

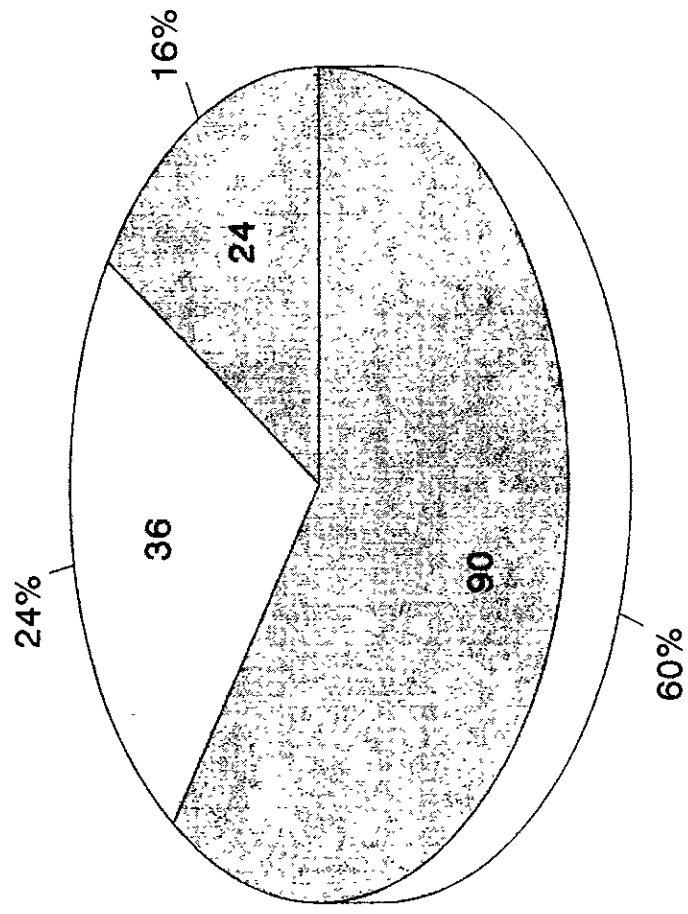
HAN RECIBIDO INFORMACION POR PERSONAL PROFESIONAL	24	(16%)
HAN RECIBIDO INFORMACION POR PERSONAL EMPIRICO	36	(24%)
NO HAN RECIBIDO INFORMACION DESCONOCEN EL DIU	90	(61%)

---

FUENTE: ENCUESTA APLICADA 150 DHS DEL ISSSTE-  
COZUMEL

# INFORMACION PROPORCIONADA SOBRE DIU POSTPARTO

- PROFESIONAL
- EMPIRICA
- NO RECIBIO



GRAFICA 12  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICO: DRA. MAYANIN

CUADRO 13

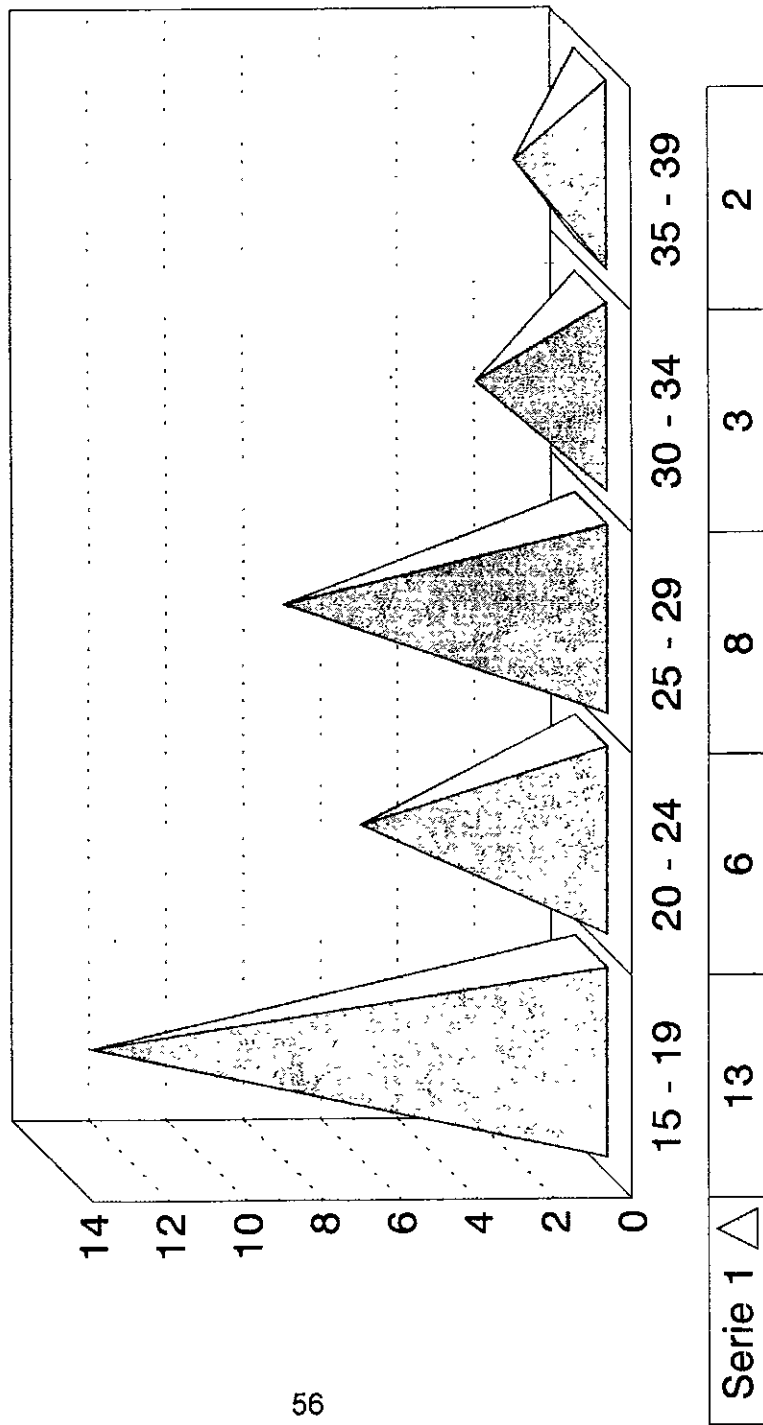
GRUPOS DE EDAD

PACIENTES QUE ACEPTARON DIU POSTPARTO

E D A D E S	NO.	%
15 A 19 AÑOS	13	41
20 A 24 AÑOS	6	19
25 A 29 AÑOS	8	25
30 A 34 AÑOS	3	9
35 A 40 AÑOS	2	6

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS DERECHOHABIENTES  
ISSSTE

# GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES QUE ACEPTARON DIU POSTPARTO



GRAFICA 13  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICO DRA. MAYANIN

## CUADRO 14

PRINCIPALES CAUSAS REFERIDAS POR LAS PACIENTES DH DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE COZUMEL POR LAS QUE HAN ACUDIDO A OTRAS UNIDADES MEDICAS PARA APLICACION DEL DIU

---

### C A U S A S

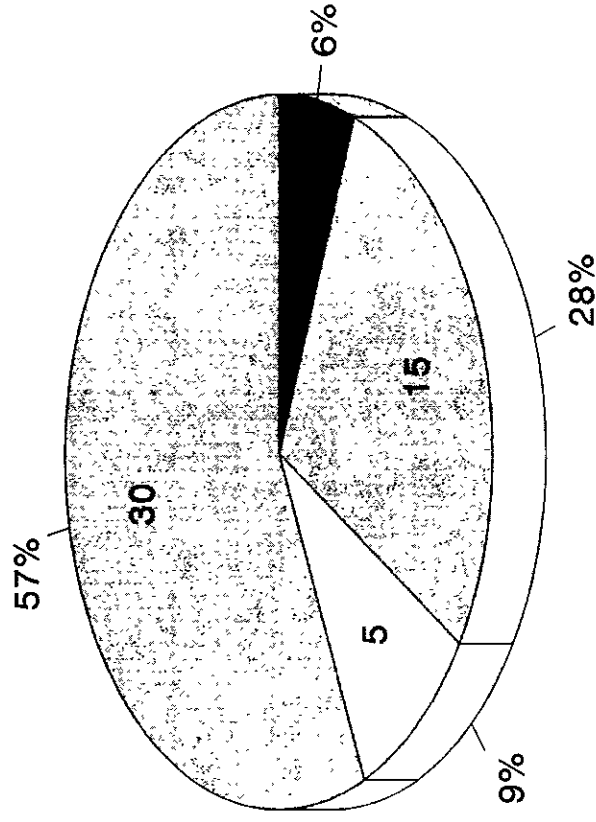
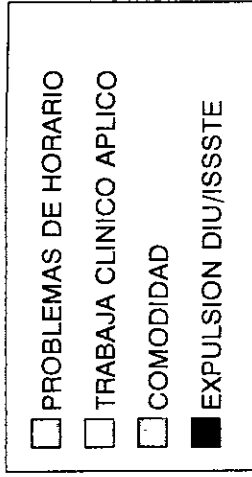
---

1.- PROBLEMAS DE HORARIO APLICACION DIU COMPATIBLE CON HORARIO DE TRABAJO	30 (56%)
2.- TRABAJAN EN OTRA CLINICA NO PERTENE- CIENTE AL ISSSTE Y EN LA MISMA SE LES APLICO	5 (9.4%)
3.- LES ES MAS COMODO ACUDIR A OTRA CLINICA NO PERTENECIENTE AL ISSSTE	15 (28%)
4.- TUVIERON EXPULSION DEL DIU APLICADO EN LA CLINICA DEL ISSSTE EN EL PERIODO ESTUDIADO	3 (5.6%)

---

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DH ISSSTE  
53 PACIENTES SE LO APLICARON EN OTRA UNIDAD

# CAUSAS POR LAS QUE SE APLICARON DIU EN OTRAS UNIDADES MEDICAS



GRAFICA 14  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICO: DRA. MAYANIN

CUADRO 15

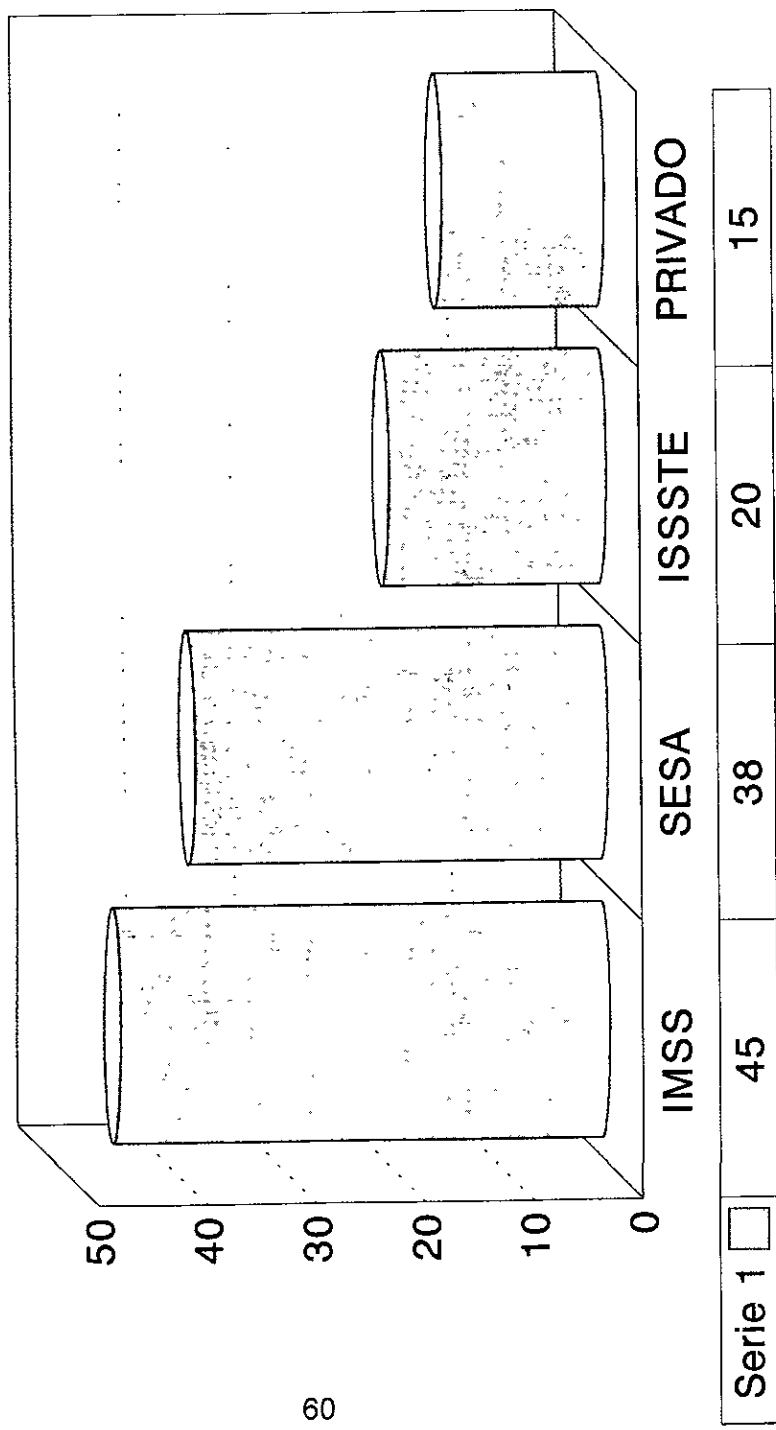
INSTITUCIONES EN DONDE SE LLEVO A CABO LA APLICACION DEL DIU POSTPARTO INMEDIATO.

LUGAR DE APLICACION DIU	NO.PTES.	%
CLINICAS IMSS	45	38
CLINICA PRIVADA	38	32
HOSPITAL GRAL. SESA	20	17
CLINICA ISSSTE	15	13
T O T A L	118	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA DH ISSSTE  
150 PACIENTES ESTUDIADAS



# INSTITUCIONES DONDE SE LLEVA A CABO APLICACION DEL DIU POSTPARTO INMEDIATO



GRAFICA 15  
FUENTE: ENCUESTA DIU POSTPARTO. APLICO DRA. MAYANIN

**MOTIVOS DE DESERCIÓN EN EL MÉTODO DEL DIU.**

**150 PACIENTES PORTADORAS DE DIU . 35 DESERTARON**

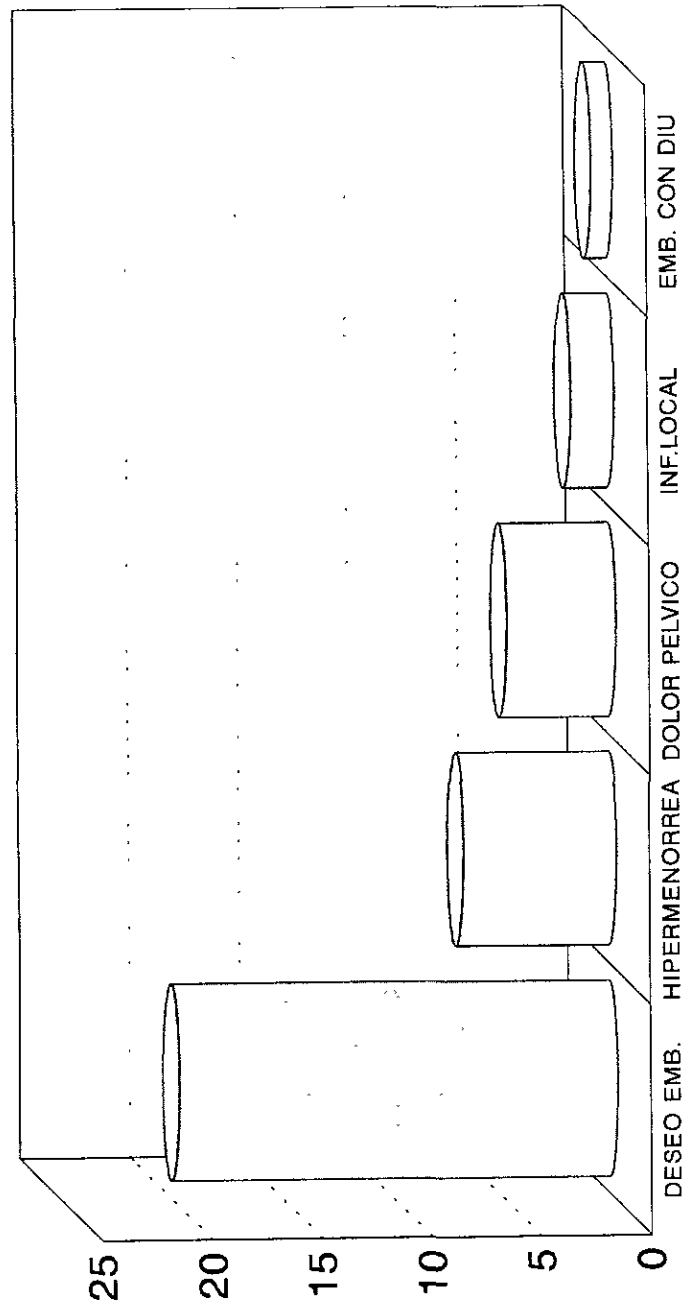
---

1.- DESEO DE EMBARAZO	20	(57%)
2.- AUMENTO SANGRADO MENSTRUAL	7	(20%)
3.- REFIEREN DOLOR PELVICO	5	(14%)
4.- INFECCION VAGINAL	2	(6%)
5.- EMBARAZO CON DIU	1	(3%)

---

FUENTE: ENTREVISTA PERSONAL DE LAS PORTADORAS DIU

# MOTIVOS DE DESERCIÓN DEL MÉTODO 35 PACIENTES ABANDONARON



GRAFICA 16  
FUENTE: HOJA DE DATOS PLANIFICACION FAM. MED. PREVENTIVA  
APLICADO: DRA. MAYANIN

CUADRO 17

**SEGUIMIENTO EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
PREVENTIVA DE LAS PACIENTES USUARIAS DEL DIU**

---

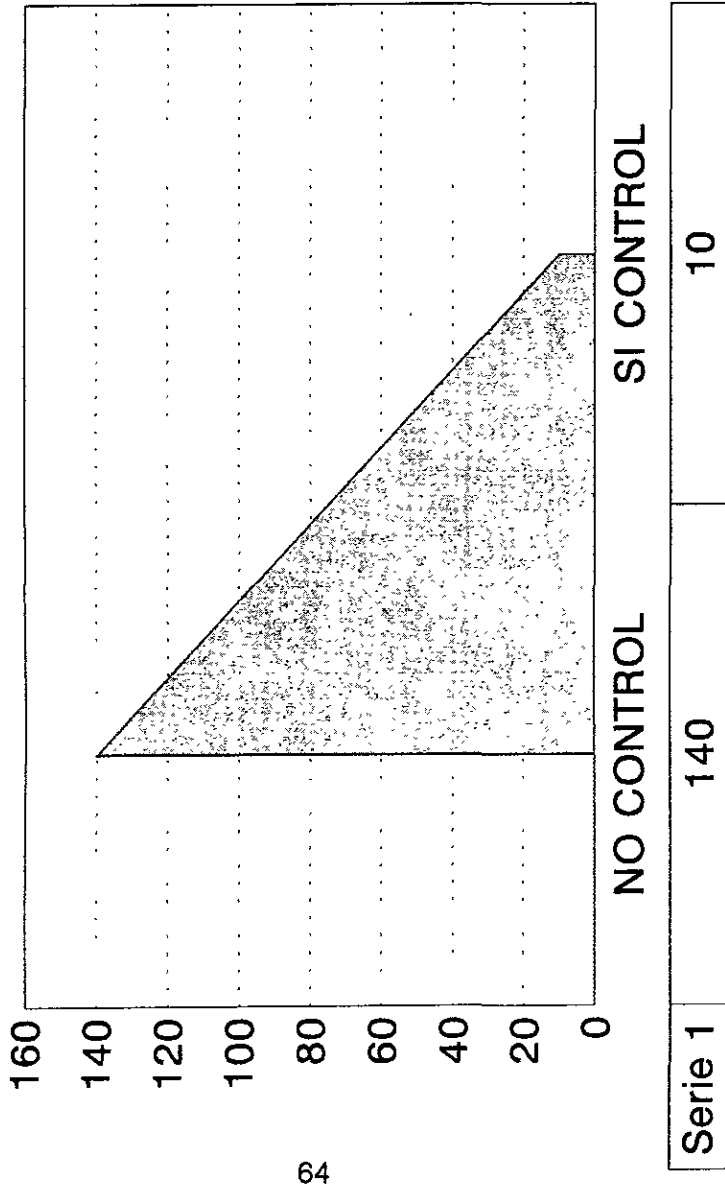
SI LLEVARON CONTROL 10 ( 6% )

NO LLEVARON CONTROL 140 ( 94% )

---

FUENTE: HOJA DE CONTROL DE MEDICINA PREVENTIVA.  
PLANIFICACION FAMILIAR

# SEGUIMIENTO DEL METODO DEL DIU CONTROL DEL DEPARTAMENTO DE MED.PREVENTIVA



GRAFICA 17  
FUENTE: HOJA DE CONTROL PLANIF.FAM.MED.PREVENTIVA  
APLICO: DRA. MAYANIN

## ANALISIS

Los programas de Planificación Familiar en muchas de las Instituciones de Salud se convierten en prioritarios, como el que se refiere a nuestra investigación, sobre la influencia de la información en la aceptación de los beneficios o ventajas que tiene la aplicación del Diu en el postparto inmediato, sin embargo la respuesta favorable ha sido mínima, condición comparada con otros estudios nacionales y los resultados de estos programas son similares a los que obtuvimos.(4)

México, sigue siendo un país joven, la edad de las mujeres en edad reproductiva es de los 15 a los 44 años, en Cozumel y nuestra población derechohabiente estudiada los resultados fueron los mismos, las más jóvenes de los 15 a los 19 años fueron las que más aceptaron el método y las que son de mayor riesgo (35 a 44 años) lo rechazaron, en los países de Latinoamérica también se ha encontrado dicha predisposición de no ser aceptado este método.(7)

La escolaridad mínima continua siendo uno de los principales factores en contra, lo que llama la atención que no solo las mujeres que tienen el nivel de escolaridad básico (primaria) lo rechazan casi rotundamente sino también las que llegan alcanzar nivel profesional no lo aceptan, quizá porque consideran saber mucho de los métodos de control de la fertilidad y se inclinarían por otros definitivos.

Junto con estos conceptos anteriores, van conjuntamente con el nivel socioeconómico, sin embargo, en nuestro estudio, las mujeres usuarias del Instituto alcanzan un nivel más adecuado, el nivel medio se encuentra en mayor proporción y el bajo es mínimo, tratándose de un nivel temporal ya que son familias que inician con nuevas actividades y que les permitiera más adelante obtener otro nivel((12)

La religión sigue siendo un factor importante en contra de la utilidad de este método de control de la fertilidad, ya que lo que más se aconseja por la Iglesia Católica es el practicar métodos naturales, sin embargo algunas pacientes estudiadas sin importar su religión aceptaron el método, en otras investigaciones estudiadas no se ha encontrado el factor religioso como una contraposición.

Se rechaza a las pacientes que lo solicitan en horarios "inadecuados" sin embargo estos programas son prioritarios para la salud reproductiva y puede aplicarse a cualquier hora , tanto en el consultorio de Urgencias, como el Departamento de Medicina Preventiva , en el consultorio de Ginecología y en la consulta de Medicina Familiar por lo que no deberá existir pretextos para su aplicación, se ha visto en otros Estados y en otros países la importancia de la prioridad de estos programas.(32)

Es lógico suponer que los esposos no aceptan estos métodos para sus esposas ya que ni siquiera son invitados a las consultas de control prenatal, ni son invitados a charlas sobre planificación familiar, ya que la mayoría de estos métodos se enfocan a las mujeres, es por eso que desconocen la información y menos van a aceptar la aplicación del Diu postparto inmediato para sus parejas

Aún se tiene que hacer mucho para dignificar estos programas, a pesar de los esfuerzos de las Instituciones, en contra de los prejuicios del mismo personal de salud (médicos; enfermeras, trabajadoras sociales, etc) que no apoyan a estos métodos, hay que considerar que estos se convierten en programas fríos , deshumanizados, por solo cumplir con las metas de cada Institución, pero si analizamos la esencia de los beneficios y las ventajas del control de la fertilidad los resultados serían magníficos primero para la mujer, elevando su nivel de vida , previniendo enfermedades neoplásicas ya que las múltiples gestaciones pueden provocar cáncer cervico uterino principal causa de muerte en México, para la familia tener mejores condiciones socioeconómicas , con una adecuada dieta al alcance de su economía , para sus hijos , entre otras mejores condiciones de vida y desde luego para el esposo menos esfuerzo para alcanzar sus satisfactores y los de su familia.

(29)

## CONCLUSIONES:

1.- El uso del Diu en el postparto inmediato en las pacientes de la Clínica ISSSTE Cozumel es de poca aceptación.

2.- La población joven (15-19 años) es la que mejor acepta el Diu postparto inmediato, quizá sea reflejo del incremento del interés por parte de las usuarias de las ventajas de espaciar sus embarazos o considerar de tener poco hijos así como por parte los Médicos para promover este Método en época reciente.

3.- Las edades de mayor riesgo reproductivo y obstétrico (30 a 40 años) son las menos aceptantes de este Método, debido a la mala información o considerar la posibilidad de un método definitivo.

4.- No hay orientación a las pacientes sobre este Método en el control prenatal, no se integra al esposo para que participe en forma integral en este Programa.

5.- La mayoría de las que no aceptaron el DIU postparto fue por falta de información del Médico, siendo esta la causa más importante, pero además la forma tan fría e impositiva de querer aplicarlo hace que la paciente lo rechace totalmente.

6.- El programa de Planificación familiar es prioritario en las Instituciones de Salud, tanto es así que existen indicaciones de aplicarse a cualquier hora y en cualquier área (Medicina Preventiva, Servicio de Urgencias y en el consultorio de Medicina Familiar).

7.- Hay médicos que no saben aplicar el DIU o no tienen una técnica adecuada para su aplicación y sea la causa de la expulsión.



8.- El trabajo llevado a cabo por el personal mèdico y de notificantes en cuanto al uso del Diu en el periodo señalado en nuestro Programa es de gran importancia en la captaciòn de nuevas usuarias y el seguimiento de las que ya estàn integradas al Programa de Planificaciòn Familiar.

9.- Actualmente se ha observado un incremento de los recursos materiales y humanos para la promociòn del Diu postparto inmediato mejorando las acciones de este Programa.

10.- En el grado de escolaridad en parejas de alto nivel, este Metodo no es aceptado por conceptos de "machismo" y de identidad cultural.

11.- El personal de salud involucrado en este Programa tampoco es afin o simpatizante del mismo, o bien motivado para aplicarlo completamente convencido de sus ventajas.

12.- Ademàs como se señala anteriormente no todo el personal mèdico esta capacitado para aplicarlo, ademàs de haberse perdido el sentido humanista y hacer de este programa algo frio e impositivo sin considerar adecuamente todas sus ventajas.

13.- Al realizar un trabajo de investigaciòn , nos permite introducirnos e involucrarnos a la consulta de un gran material bibliogràfico, asi como conocer las tènicas actuales de la investigaciòn, asi como los aspectos èticos ya normados para efectuarlas sin provocar daño y si con la condiciòn de poder ayudar a mejorar las condiciones de vida.

En Cozumel , el gran problema que se tiene es el aislamiento , si no se cuenta con bibliotecas básicas menos se van ha encontrar las especializadas, afortunadamente los nuevos medios de comunicación (internet , correos electrónicos ) nos han permitido consultar todo un mundo de material. Conocer los aspectos mas relevantes de los DUIs actuales , ya que se siguen fabricando otros de mejor calidad y con menor riesgo de embarazos y rechazos, inclusive mejorando las técnicas de inserción.

La experiencia fue positiva ya que se conoce más de la problemática familiar, social de nuestra comunidad, a pesar de que el nivel de escolaridad de la población estudiada es medio todavía existen muchos prejuicios en muchos aspectos. Al médico familiar le permite desarrollar potencialmente sus conocimientos en el manejo de las familias , y especialmente en este trabajo en la mujer mexicana.

El aspecto negativo, es como se señalo anteriormente el no estar familiarizado con la investigación clínica que hace que al principio el trabajo sea muy difícil , pero conforme se vean las correcciones el manejo del mismo es más fácil.

No sólo a la población derechohabiente del ISSSTE de Cozumel puede ser de beneficio este trabajo, sino comentarlo con otras Instituciones (IMSS, SESA), ya que a pesar de toda la información que se genera sigue sin aceptarse totalmente o por lo menos en un mejor por ciento, se ha discutido mucho sobre las ventajas del DIU las cuales se han demostrado , más que las desventajas las cuales son minimas.

Es difícil cambiar el pensamiento de nuestra comunidad, y más en lugares tan apartados como esta Isla, que aún conserva muchos retrasos en educación, en información seria, aunque existen medios de comunicación estos son comerciales más que educativos, la radio tiene la tendencia hacia el amarillismo sin fomentar la parte de la cultura , de las nuevas tendencias en la educación, los avances en la tecnología, con estos factores en contra nuestra labor es más intensa nuestra tarea de fomentar la promoción a la salud.

## SUGERENCIAS:

Para la Promoción en los Programas de Planificación Familiar y especialmente al que se refiere al de nuestro trabajo, se requiere de un esfuerzo coordinado por todo el personal de salud ( Médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, especialistas, etc) destinado a incrementar el número de usuarias .

Por lo que debemos:

- 1.- Intensificar los Programas de Orientación e Información sobre las ventajas del método.
- 2.- Dotar de una orientación oportuna , eficaz, efectiva y profesional desde el control prenatal.
- 3.- Aceptar la responsabilidad del Médico Familiar de aplicarlo siempre que el paciente lo solicite , aún después del postparto inmediato, en el horario de consulta dejando una cita para una paciente que lo solicite.
- 4.- Motivar con argumentos profesionales, indicando a la paciente la importancia del riesgo reproductivo en periodos intergenésicos cortos.
- 5.- Involucrar a los esposos en la motivación y apoyo para la aplicación del Diu quitando conceptos falsos y machistas.
- 6.- No hacer de la aplicación de estos métodos, programas rutinarios, fríos, para aumentar la productividad, evitar las llamadas de atención, reporte o extrañamientos, sino argumentar la realidad de nuestro país en donde el índice de la natalidad es muy alto y las condiciones económicas muchas veces no van de acuerdo a este índice.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Secretaria de Programaciòn y Presupuesto. Coordinaciòn General del sistema Nacional de Informaciòn. Encuesta Mexicana de Fecundidad , 1976.
- 2.- Secretaria de Salud, Subsecretaria de Servicios de Salud, Direcciòn General de Planificaciòn Familiar. Encuesta Nacional de Prevalencia de Uso de Metodos Anticonceptivos, 1979.
- 3.- Consejo Nacional de Poblaciòn. Encuesta Nacional Demogràfica, 1982.
- 4.- Secretaria de Salud, Subsecretaria de Servicios de Salud, Direcciòn General de Planificaciòn Familiar. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud , 1987.
- 5.- Cervera Flores M. La Fecundidad en 1993. Descenso de mäs de 50% en 20 años. Carta Demogràfica sobre Mèxico 1994:7-8.
- 6.- Palma Cabrera Y, Suàrez Morales J. Diferencias regionales en la pràctica anticonceptiva. Carta Demogràfica sobre Mèxico 1994:39-40.
- 7.- Langer, Ana. Diagnòstico de la Salud Reproductiva en Mèxico. The Population Council, 1994.
- 8.- Secretaria de Hacienda y Crèdito Pùblico. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, 1995.
- 9.- Brown Robert L. Introduction to the mathermatics of demography. Connecticut: ACTEX Publications Winsted and Avon, 1991.
- 10.- Bongaarts J. The Fertility-Inhiniting. Effects of the Intermediate Fertility Variables. Studies in Family Planning 1982; 13: 179-190.
- 11.- Potter JE. Una apreciaciòn del papel de las variables intermedias en el descenso de la fecundidad Latinoamericana. En: UNAM, El Colegio de Mèxico, PISPAL. Memorias del Congreso Latinoamericano de Poblaciòn y Desarrollo; 1983 Nov. 8-10; Mèxico.

- 12.- Secretaría de Salud. Cuadernos de Salud No. 4, Población y Salud. Salud Reproductiva. Situación actual y perspectivas. Primera Edición, México, 1994.
- 13.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.
- 14.- Montero ME, Nazar-Beutelspacher A, Halperin D. Mujeres, Salpingoclasia y Pobreza. Estudio de Casos. El Colegio de la Frontera Sur. Artículo sometido a la Revista de Salud Pública de México, 1995.
- 15.- Nazar'Beutelspacher A, Halperin D, Salvatiera I. Efecto de las prácticas anticonceptivas sobre la fecundidad en Chiapas. El Colegio de la Frontera Sur. Artículo sometido a la revista de Salud Pública de México, 1995.
- 16.- Ehrenfeld-Lenkiewicz N. Educación para la Salud Reproductiva y Sexual de las Adolescentes embarazadas. Salud Pública Mex 36:154-160, 1994.
- 17.- Salinas-Martínez AM. Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo. Salud Pública Mex 36: 513-520, 1994.
- 18.- Vital Reyes V, López DF, Hernández MJ, Sánchez HR, Cortés GV. Intervalo gestacional en mujeres no expuestas a Métodos anticonceptivos. Revista Médica del IMSS 31: 11-114, 1993.
- 19.- García BJ, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. Salud Pública Mex. 34:413-426, 1992.
- 20.- Dávila GB. Riesgo en el embarazo y la anticoncepción postparto. Revista Médica del IMSS 28: 171-173, 1990.
- 21.- Figueroa-Perea JG. Comportamiento Reproductivo y Salud: Reflexiones a partir de la prestación de Servicios. Salud Pública Mex 33:590-601, 1991.

22.- Alves de Souza GA. Difusión de pràcticas para restringir la procreaci3n: pautas para el debate. Estudios Sociol3gicos XII, 36:641-665, 1994.

23.- Bustos SR. Costumbres sexuales en una poblaci3n semirural. Estudio comparativo. Revista Mèdica del IMSS 33: 187-192, 1995.

24.- Moràn C, Fuentes G, Amado F, Higareda H, Bail3n R, Zarate A. La pràctica de anticoncepci3n postparto en Hospitales del Distrito Federal. Salud Pùblica Mex 34:18-24, 1992.

25.- Faùndes A. Avances recientes en anticoncepci3n y planificaci3n familiar. Salud Pùblica Mex 34: 5-17, 1992.

26.- Urbina Fuentes M, Palma Cabrera JL, G3mez del Campo A. El impacto de la planificaci3n familiar en algunos indicadores del bienestar social. Gaceta Mèdica de Mèxico 127: 153-161, 1991.

27.- Secretarìa de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificaci3n Familiar. Salud Pùblica Mex. 36: 334-3360, 1994.

28.- Grupo de Trabajo sobre las consecuencias en la Salud, del uso de anticonceptivos y el control de la fecundidad. Anticoncepci3n y Reproducci3n. Consecuencias para la salud de mujeres y ni1os en el mundo en desarrollo. Ed. Mèdica Panamericana, Buenos Aires, Arg 1990.

29.- Garcia C, Flores M, Tovar V. Mèxico: Comportamiento reproductivo y Marginaci3n social 1970-1990. Elementos para un diagn3stico geogràfico en salud reproductiva. Salud Pùblica Mex, 37: 279-287, 1995.

30.- Sotelo Figuereido J. Enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana. Bol. Of. Sanit Panam 114: 289-301, 1993.

31.- Robles R, Martìnez ER, Vera M. Alegria M. Factores socioculturales asociados con el uso de contraceptivos en Puerto Rico. Bol Of Sanit Panam. 104: 23-33 1988.

32.- Gómez Dantès O, García Núñez J. Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios de Planificación Familiar. Salud Pública Mex 36: 189-189, 1993.

33.- Tietze Cristhoper. History and Statistical Evaluation of Intrauterine Contraceptive Devices. Journal Of Chronic Diseases 18: 1147-1159, 1965.

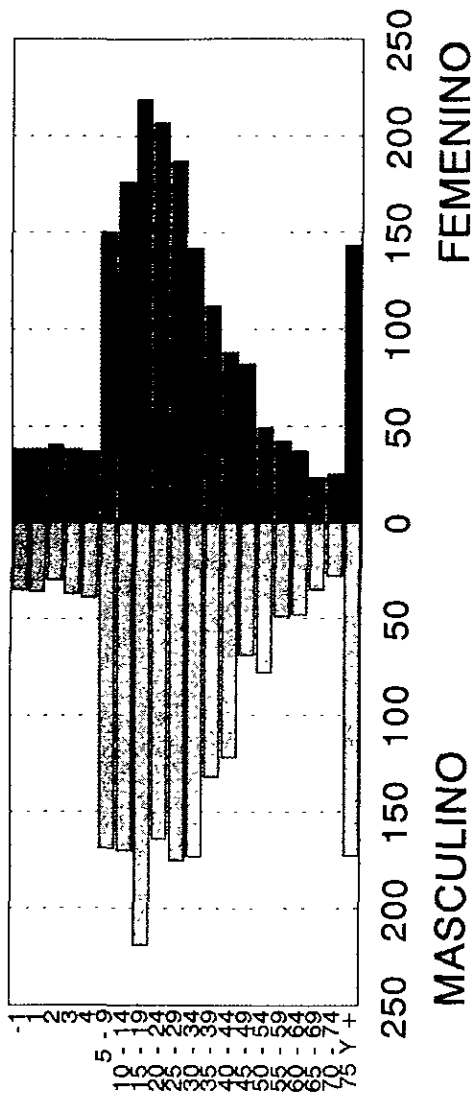
34.- Faúdes A. Avances recientes en anticoncepción y planificación familiar. Salud Pública Mex. 1992; 34: 5-17.

35.- Un equipo de científicos diseña un nuevo modelo de dispositivo intrauterino que provoca menos rechazo. Universitat Politècnica de Catalunya. 1998.

# I.S.S.S.T.E.

## DELEGACION ESTATAL EN QUINTANA ROO PIRAMIDE POBLACIONAL

GRUPOS DE EDAD



Serie 1	35	36	30	37	39	169	170	219	219	164	175	173	132	122	69	78	49	48	35	28	173
Serie 2	38	38	40	38	37	150	176	219	207	187	142	112	86	82	49	42	37	23	25	143	

FUENTE: OFICINA DE BIOESTADISTICA.  
SUBDELEGACION MEDICA  
COZUMEL, Q.ROO.





6.- ¿ SABE QUE ES EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

( ) SI

( ) NO

7.- SI LA RESPUESTA ES SI , EXPLIQUE LO QUE SABE DEL DIU:

---

---

---

8.- LA INFORMACION QUE HA RECIBIDO ACERDA DEL DIU SE LA HA BRINDADO :

\_\_\_\_ MEDICO      \_\_\_\_ ENFERMERA      \_\_\_\_ PROMOTOR  
A LA SALUD      \_\_\_\_ INSTITUCION OFICIAL O PRIVADA  
MEDIOS DE COMUNICACION: \_\_\_\_\_

9.- DURANTE SU CONTROL PRENATAL HA RECIBIDO  
INFORMA

ACION SOBRE LA APLICACION DEL DIU POSTPARTO:

\_\_\_\_ SI

\_\_\_\_ NO

10.- QUIEN SE LA BRINDO:

\_\_\_\_ MEDICO FAMILIAR      \_\_\_\_ MEDICO ATENDIO EL PARTO

11.- ACEPTO EL METODO : \_\_\_\_ SI      \_\_\_\_ NO

PORQUE SI O PORQUE NO: \_\_\_\_\_

---

12.- RECHAZO EL METODO: \_\_\_\_ SI      \_\_\_\_ NO

PORQUE SI O PORQUE NO: \_\_\_\_\_

---

NOMBRE DEL

ENCUESTADOR: \_\_\_\_\_















