11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES I.M.S.S.

" EVALUACION DE LA COBERTURA ANTICONCEPTIVA EN BASE AL PROGRAMA DE RIESGO REPRODUCTIVO "

TESIS RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

PRESENTA:

Dr. José Faüsto Sánchez García

JEFE de ENS. e INVEST.
H. G. Z. con M.F. MERIDA

MERIDA, YUCATAN, MEXICO.

1 9 8 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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

1.- JUSTIFICACION

2.- INTRODUCCION

3.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

4.- MATERIAL Y METODOS

5.- RESULTADOS

6.- DISCUSION

7.- RESUMEN

8.- CONCLUSIONES

9.- BIBLIOGRAFIA

J U S T I F I C A C I O N

MUCHAS VECES TOME LA PLUMA..... Y
MUCHAS VECES LA DEJE, POR NO SABER
LO QUE ESCRIBIRIA.

CERVANTES.

JUSTIFICACION.

En Mèxico los Programas de Planificaciòn Familiar se iniciaron en 1972 con fines puramente demográficos. Sin embargo tenian implicitos aun - cuando no se lo propusieran, fines de salud puestos de manifiesto con la disminuciòn de la morbimortalidad materna e infantil.

A últimas fechas se ha dado un giro en èstos Programas de Planifica- - ciòn Familiar, pasando a ser preponderante el estado de salud materna e infantil. Por lo que en 1987 se implanta el Programa Nacional de -- Riesgo Reproductivo.

Este nuevo intento del Sector Salud de aumentar su cobertura anticon- ceptiva en base a un Programa Médico que tiene como parte importante, el informar a las mujeres en edad fértil de los padecimientos y cir- cunstancias que de rodear un futuro embarazo traerian consecuencias - indeseables, tanto a la madre como al futuro hijo.

Durante 3 años de Residencia he podido palpar personalmente este pro- blema en el que a las pacientes que siempre presentan o que presenta- ron embarazos de alto riesgo no tienen la menor intención de aceptar - algún tipo de cobertura anticonceptiva, ya que la idea que tienen es - de que se intenta coartar su derecho a la maternidad.

El concepto de Riesgo Reproductivo me ha motivado para tratar de son- dear la forma en que responderán las personas a quienes va dirigido es te Programa y asi mismo ver como apoya el personal implicado en la pro mociòn y mantenimiento de èste encomiable intento por disminuir la mor bimortalidad materna e infantil.

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

¡ INTELIGENCIA, DAME EL NOMBRE EXACTO
DE LAS COSAS !

JUAN RAMON JIMENEZ.

INTRODUCCION.

Los Programas de Planificación Familiar tienen ya 3 lustros de estar funcionando (1972-1987). En sus inicios su objetivo fundamental fuè el de control demogràfico, pero no alcanzò los logros que se esperaban.

En 1979 se formò el concepto de Riesgo Reproductivo el cual le daba un nuevo enfoque a la Planificaciòn Familiar, pasando a ser èsta ùltima, la parte bàsica en el desarrollo de èste concepto por ser evidentemente preventiva para evitar los embarazos de alto riesgo.

En otras palabras la prevención del embarazo de alto riesgo puede lograrse mediante el empleo de metodologia anticonceptiva basado en el enfoque de riesgo reproductivo.

Si se considera que la planificaciòn familiar puede reducir la morbimortalidad materno-infantil, es indispensable el conocimiento de las causas de dicha mortalidad, sus relaciones con los factores de riesgo reproductivo y el efecto del empleo de métodos anticonceptivos.

Por lo tanto el presente Programa Nacional de Riesgo Reproductivo -- lleva la intención de difundir el conocimiento de las principales -- condiciones, caracteristicas o patologias que colocan a una mujer en edad fèrtil en peligro de engendrar un embarazo de alto riesgo y - - orientar perfectamente la protecciòn anticonceptiva a este grupo de población. Asi mismo como la identificación sistemática de mujeres con riesgo reproductivo y el desarrollo de labores educativas destinadas a favorecer el autocuidado de la salud.

Dado lo anterior se plantea la posibilidad de que una vez comprendido en toda su magnitud el Programa de Riesgo Reproductivo, por las pacientes y el personal de salud, la cobertura anticonceptiva aumentará en una forma marcada y sostenida.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

ES EN VANO ECHAR MANO DE LA
ERUDICCION CONTRA LA EVIDENCIA.

JOAN CORAMINAS.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Planificación Familiar como acción organizada surgió principalmente como respuesta para armonizar el crecimiento de la población con las posibilidades de desarrollo económico y social. (1)

En los últimos años la relación salud planificación familiar -- evolucionó y se hizo más evidente, el analizarla y concretarla en función de la salud, por lo que se integró a ésta, el concepto de Riesgo Reproductivo. Siendo esto un enfoque diferente al aspecto puramente asistencial del control del embarazo de alto riesgo y destacando la importancia y el verdadero valor de la - protección anticonceptiva, como una indicación médica de carácter eminentemente preventivo, en la atención de la población -- materno-infantil, al margen de cualquier controversia o consideración de índole política, demográfica, económica y religiosa.

Para poder entender la importancia de la planificación familiar y su unión al Programa de Riesgo Reproductivo es bueno el recordar que las mujeres y los niños menores de 15 años representan en América Latina, dos terceras partes (67.1%) de la totalidad de la población y su incidencia en la demanda médica asisten- - cial y preventiva es alta.(2) Siendo que no es factible satisfacer los requerimientos de salud de poblaciones tan numerosas, frecuentemente marginadas y dispersas como en México, se entiende que es de gran importancia el identificar a la población que representa los mayores riesgos para la salud y orientando hacia ella, de manera preferencial, los recursos disponibles (1).

Del conocimiento de esta situación surgió el enfoque de Riesgo,

en la premisa de que la mayoría de los problemas y daños para la salud, tienen su origen en un limitado número de elementos o factores que prevalecen en una proporción minoritaria de la población (3).

Existe una relación directa entre las mujeres en edad fértil con factores de riesgo reproductivo y la mortalidad materno-infantil a que dan lugar (4,5,6) por lo consiguiente el evitar los embarazos en el grupo de mujeres con riesgo reproductivo elevado puede dar lugar a reducciones muy importantes en los dos tipos de mortalidad señalados.

Se entiende por Riesgo Reproductivo a la probabilidad que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo (1).

Este es totalmente diferente del concepto de Riesgo Obstétrico el cual se refiere a embarazos de alto riesgo ya establecidos.

En el año de 1979 se pensó en aumentar la cobertura anticonceptiva en base al Riesgo Reproductivo, Por el Programa Nacional de Planificación Familiar. Pero hasta 1986 se decidió iniciar dicho programa en colaboración con el I.M.S.S. en Forma Nacional en base a los factores de riesgo reproductivo, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materno-infantil (1).

Para hacer comprender en nuestros pacientes de Riesgo Reproductivo es necesario que los capacitadores instruyan a otro personal que se acerque más al primer nivel de atención.

Los factores de Riesgo Reproductivo que se toman en cuenta en la actualidad son los siguientes:

EDAD.- Existe el concenso, Producto de diversos estudios realizados sobre mortalidad materna y perinatal de que el periodo ideal para la reproducción de la mujer es el comprendido entre los 20 y 29 años, ya que de los 34 existe un ligero incremento del riesgo. En particular las mujeres que se embarazan con menos de 20 años y de los 35 en adelante, están sometidas a mayores riesgos de la mortalidad referida. (7,8)

- Menores de 20 años: incidencia aumentada de toxemia gravidica, prematurez y sindrome de bajo peso al nacer.

- Mayores de 35 años: incidencia aumentada de toxemia gravidica, distocias de contracción, inserciones o adherencias anormales de la placenta, defectos al nacimiento y enfermedades crónico degenerativas del tipo de la diabetes y la hipertensión arterial.

MULTIGRAVIDEZ

El número excesivo de embarazos ha sido descrito como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensible de las tasas correspondientes de morbimortalidad. (9)

Este aumento obedece a la mayor frecuencia de presentación de ciertas - complicaciones obstétricas, entre las cuales destacan:

- Distocias de contracción, que originan trabajos de parto prolongado y aumentan la probabilidad de ruptura uterina espontánea.

- Hemorragias anteparto y transparto, como consecuencia de mayor frecuencia de inserciones o adherencias anormales de la placenta.

- Hemorragias posparto que son debidas con mayor frecuencia a cuadros de hipotonia o atomia uterina.

- Efecto diabetogénico de los embarazos numerosos, aparentemente condicionado por la producción de substancias antagonistas de la Insulina por - la placenta y que puede ocasionar la aparición clínica de la enfermedad en las mujeres con carga genética propiciatoria.

INTERVALO INTERGESTACIONAL.

En términos generales se acepta que un intervalo intergenésico corto constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses. Lo anterior obedece a que los espacios intergenésicos breves se acompañan de fenómenos de depleción o deterioro nutricional materno que a su vez, - se asocian a un aumento de la probabilidad de originar productos prematuros o de bajo peso al nacer, asi como a un incremento de la mortalidad -- posneonatal. (10)

PESO CORPORAL.

Las desviaciones extremas en el peso corporal de la mujer están bien definidas como elementos que propician morbimortalidad perinatal y materna (11,12)

La mujer obesa presenta con mayor frecuencia toxemia gravídica y anormalidades de la dinámica uterina, que favorecen trabajos de parto o periodos expulsivos prolongados y que comprometen claramente, el bienestar -- del producto.

La obesidad es en ocasiones el reflejo de una diabetes subclínica que, - sin embargo, ejerce sus efectos desfavorables sobre la condición fetal o neonatal.

Considerando lo anterior como una causa de mayor incidencia de recién nacidos macrosómicos.

La desnutrición se ha asociado también con daños maternos y perinatales, entre los cuales destacan con mayor frecuencia: toxemia del embarazo, -- prematurez y bajo peso al nacer.

ABORTO.

El antecedente de abortos previos se considera un factor de riesgo, tanto por su tendencia a recurrir, como por ser esta complicación una de -- las principales causas de muerte materna.

En caso del aborto espontáneo, el peligro de recurrencia es especialmente patente del tercero en adelante y causa morbimortalidad materna principalmente por hemorragias graves, además de que ha sido asociado con muerte fetal temprana. (13)

El aborto inducido también tiende a repetirse en mujeres que lo emplean como recurso para limitar el tamaño de la familia y es especialmente peligroso como causante de morbimortalidad materna, debido a la alta frecuencia y gravedad de las complicaciones infecciosas que lo acompañan, principalmente por las condiciones antihigiénicas frecuentes en la práctica clandestina del aborto a la cual deben agregarse los problemas de incompetencia istmicocervical, resultante de una instrumentación agresiva en la dilatación del cérvix.

Finalmente, ambos tipos de aborto pueden dar origen a infertilidad secundaria, en primer caso por muerte fetal repetida y en el segundo por aborto habitual.

TOXEMIA GRAVIDICA.

La importancia de la toxemia gravídica como factor de riesgo reproductivo radica, por una parte, en que es la causa más importante de morbimortalidad materna en México, al igual que en los países en vías de desarrollo y por otra, en que tiene una elevada probabilidad de volverse a presentar en un embarazo subsecuente una vez que ya se ha padecido (17).

La toxemia afecta principalmente a las embarazadas que se encuentran en edades extremas de la vida reproductiva, a mujeres obesas o desnutridas

y con padecimientos como la diabetes y la enfermedad renal o hipertensiva.

CESAREA PREVIA.

Es un factor de riesgo cuya importancia mundial va en aumento, debido a que se ha incrementado la proporción de embarazos que terminan por via abdominal a fin de preservar el bienestar del producto. (18)

Si el aumento en el número de cesáreas que se practica ha contribuido a reducir las tasas de mortalidad perinatal, no debe olvidarse que conlleva ciertos riesgos para un embarazo futuro. La existencia de una o más cicatrices uterinas anteriores, se asocia con una mayor frecuencia de inserción baja de placenta, acretismo placentario y lesiones viscerales accidentales causadas por el procedimiento quirúrgico en si.

Por otra parte, existe una posibilidad variable pero definida, de ruptura de la cicatriz uterina al presentarse el trabajo de parto espontáneo.

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO O DEL PARTO.

La cesárea anterior que conlleva el peligro de ruptura de la cicatriz uterina, placenta previa y acretismo placentario, se asocia claramente con mayor probabilidad de hemorragia. De igual manera, la toxemia gravídica favorece esta complicación debido fundamentalmente a disminución de la oxigenación del músculo uterino, que reduce su capacidad contráctil después del nacimiento del producto.

La obesidad y la desnutrición, casos en los cuales son frecuentes las

anormalidades de la contracción uterina y por lo tanto, la ocurrencia de atonia y hemorragia en el posparto inmediato.

La edad mayor de 35 años se asocia con un incremento claro en la frecuencia de presentación de inserción baja de placenta y atonia uterina, por lo cual la hemorragia obstètrica es más probable en mujeres añosas.

La simple historia obstètrica de hemorragias en embarazos y partos previos de una mujer en edad reproductiva o la existencia de algunos de los antecedentes señalados, debe hacer que se tenga presente la alta posibilidad de recurrencia de esta complicación. (19)

HIPERTENSION ARTERIAL.

Puede plantearse la Hipótesis de que la elevada incidencia de toxemia gravídica y su gravedad, podrian obedecer a enfermedad hipertensiva de base.

Consecuencia de lo anterior, es la importancia de la hipertensión como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal, al propiciar la toxemia gravídica y la generación de productos de bajo peso al nacer, así como muerte fetal in útero y complicaciones hemorrágicas tales como el desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, con la cual se asocia frecuentemente. (20)

CARDIOPATIA.

Su elevada frecuencia en nuestro medio, al igual que en paises en vías de desarrollo, obliga a considerarla como un factor de riesgo en caso de embarazo. Esto obedece a la alta prevalencia de Fiebre Reumática que origi

na secuelas valvulares y alteración hemodinámica, generalmente grave. El daño de la Cardiopatia incide tanto en la salud materna como en la perinatal. En el primer caso, porque la sobrecarga cardiovascular debida al incremento del volúmen plasmático, que fisiológicamente ocurre entre las semanas 28 a 32 de la gestación, puede hacer caer en insuficiencia a un miocardio previamente lesionado. (21)

El daño perinatal propio de la cardiopatia, obedece fundamentalmente a la hipoxia fetal crónica, debida a la baja perfusión tisular en los casos de Insuficiencia Cardiaca y puede, naturalmente, generar el Sindrome de bajo peso al nacer.

Otro peligro perinatal es la prematurez inducida, que resulta de la interrupción precoz y obligada del embarazo, en los casos en que la Cardiopatia es refractaria al tratamiento y obliga a dicha interrupción para preservar la vida de la madre.

DIABETES.

Los principales daños a la salud perinatal dependen de la gravedad y duración de la enfermedad. (22)

La única forma de sospechar si una mujer en edad fértil tiene diabetes es:

- Abortos espontáneos que ocurren con mayor frecuencia por anormalidades genéticas del producto de mujeres diabéticas.

- Incremento marcado en la frecuencia de defectos al nacimiento.

- Muerte fetal, que resulta temprana en la diabetes avanzada o tardia en

la diabetes incipiente.

- Macrosomia fetal, que es causa de sobredistensión uterina y de trabajo de parto prolongado.

- Hipoglicemia y consecuentemente hipoxia neonatal, que produce lesiones del sistema nervioso central.

Entre los daños más comunes que causa la diabetes en la salud materna se encuentran:

- Incremento en la frecuencia de polihidramios, que puede ser causa de hemorragia posparto por sobredistensión uterina.

- Aumento en la incidencia de toxemia gravídica, que se considera debida a la lesión vascular generalizada que acompaña a la diabetes.

NEFROPATIA.

En sus dos variedades clínicas, parenquimatosa primaria e infecciosa, constituye un factor de riesgo principalmente para la morbimortalidad perinatal y secundariamente para la materna. (23)

La Nefropatia más importante, por ser la más frecuente, es la infección crónica de las vias urinarias que predomina en la mujer, se presenta o recidirá durante el embarazo y en ocasiones toma comportamiento subclinico.

La infección crónica de las vias urinarias, que se presenta en 10% de todas las embarazadas, se ha asociado con un incremento significativo de -

recurrencia de parto prematuro o inclusive de muerte fetal in útero.

Por su parte, la enfermedad renal parénquimatosa, cuya causa más frecuente es la glomerulonefritis crónica, favorece el incremento de fenómenos tales como: bajo peso al nacer, prematurez por interrupción obligada del embarazo, toxemia gravidica y sus complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

LA TENAZ PRECISION.

LEONARDO DA VINCI.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de 292 pacientes femeninas, las cuales fueron atendidas por algún evento obstétrico - (Parto, aborto o cesárea) en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Especialidades "Mérida" del IMSS.

La evaluación del expediente se llevó a cabo posterior al egreso de las pacientes. Dicho proceso fue practicado por el Jefe del departamento de Ginecoobstetricia y tres Médicos de base.

Los datos fueron captados en hojas especiales de "Evaluación - operativa de la cobertura anticonceptiva en los servicios de - Ginecoobstetricia en base a la valoración de Riesgo Reproductivo".

Los puntos importantes que se mencionan en los formatos de - - Riesgo Reproductivo son obtenidos de la hoja de control prenatal (MF-7) de la consulta externa de Medicina Familiar o de la especialidad; del partograma y de las notas médicas.

De la MF-7 se extrae lo concerniente a si llevó o no control - prenatal, el Riesgo Obstétrico, y el método anticonceptivo indicado. por el Médico Familiar o Ginecobstetra que llevaba el control prenatal.

Del partograma y las notas médicas se obtienen los antecedentes de: evento obstétrico, método anticonceptivo aplicado y Recalificación del Riesgo Reproductivo y motivo de egreso sin método anticonceptivo.

Se practicó el estudio durante 6 meses, divididos en dos etapas de tres meses. Siendo la primera de éstas la del grupo control de los meses de Agosto-Septiembre-Octubre y en la segunda etapa la del grupo problema (Noviembre, Diciembre y Enero).

La división en grupo control y problema está dada por la fecha en que se inicia el Programa Nacional de Riesgo Reproductivo -- (1o. de Noviembre de 1987).

Se practicó un muestreo semanal (cada lunes) durante los 6 meses que duró el estudio.

Los datos fueron copilados de los formatos ya mencionados. Se practicó cruce de variables para determinar la evolución del - grado de cobertura anticonceptiva alcanzado antes y después del establecimiento del Programa de Riesgo Reproductivo.

RESULTADOS 1a.

AGOSTO-SEP.-OCTUBRE

Eventos Obstétricos Total = 160

Partos = 101

Abortos = 16

Cesáreas = 43

Método aplicado = 47

D.I.U. 20 (42.55%)

O.T.B. 25 (53.19%)

HOR. 2 (4.25%)

Cobertura Anticonceptiva = 47 (29.37%)

Riesgo Obstétrico = 40

Riesgo Reproductivo = 73 (45.62%)

Riesgo Reproductivo Resuelto = 21 (44.68%)

Motivo de egreso sin método = 113

Médica = 21 (18.58%)

Hospital = 4 (3.54%)

Paciente = 88 (77.87%)

Sin cobertura anticonceptiva = 113 (70.63%)

RESULTADOS 2da.

NOVIEMBRE-DICIEMBRE-ENERO

Eventos Obstétricos Total = 132

Partos = 87

Abortos = 16

Cesáreas = 29

Método Aplicado = 50

D.I.U. = 15 (30%)

O.T.B. = 35 (70%)

HOR. =

Cobertura Anticonceptiva = 50 (37.87%)

Riesgo Obstétrico = 31

Riesgo Reproductivo = 61 (46.21%)

Riesgo Reproductivo Resuelto = 29 (58%)

Motivo de egreso sin método

Médica = 6 (7.31%)

Hospital = 47 (57.31%)

Paciente = 29 (35.36%)

Sin cobertura anticonceptiva = 82 (62.13%).

RESULTADOS

El número total de expedientes revisados durante los 6 meses fueron 292 en total.

La clasificación por eventos obstétricos presentó las siguientes proporciones: partos 64.38%, cesáreas 24.65% y abortos -- 10.97% durante el total de los 6 meses.

La cobertura anticonceptiva integral de las 2 etapas fue de - 33.21%. En la 1a. etapa dicha cobertura ascendió a 29.37% y a 37.87% en la 2da. etapa.

En forma global las pacientes con riesgo reproductivo en las 2 etapas representaron el 45.89% del total de la muestra. A la primera etapa le correspondió el 45.62% y a la segunda etapa el 46.21% del total para cada etapa.

Al cruzar las variables "Riesgo Reproductivo" contra "Protección Anticonceptiva" se obtuvieron los siguientes resultados: el 44.68% para la 1a. etapa y 58% para la 2da. etapa, de las pacientes con riesgo reproductivo que egresaron con cobertura anticonceptiva.

En cuanto al tipo de método aplicado durante la primera etapa (grupo control) al DIU le correspondió el 42.55% y a la O.T.B. el 53.19% y un 4.25% para los hormonales orales.

En el grupo problema el DIU descendió a 30% y la OTB aumentó hasta un 70%.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Con respecto al motivo de egreso sin método se obtuvo en la 1a. etapa un 18.58% por causa médica, 3.54% atribuída al hospital y un 77.87% correspondiente al paciente. Durante la 2da. etapa un 7.31% por indicación médica, el 57.31% atribuíble al hospital y un 35.36% por negativa del paciente.

Los resultados anteriores que se refieren a motivo de egreso -- sin método deben evaluarse de acuerdo con las causas encontradas para cada una de las indicaciones.

Indicación Médica: por la precencia de algún proceso que hiciera temer una infección en el puerperio (ruptura prematura de membranas, aborto infectado).

Atribuíble al Hospital: por la política de no aplicación de DIU transcesárea y a la falta de alguna nota en el expediente relacionada con el Programa de Planificación Familiar.

Atribuíble a la paciente: en los casos en que la paciente se niega a aceptar algún método anticonceptivo aún a pesar de la promoción intrahospitalaria.

D I S C U S I O N

PENSAR ES FACIL
ESCRIBIR ES DIFICIL.

RAMON GOMEZ DE LA SERNA.

DISCUSION.

En el presente estudio considero que se logró de una manera modesta el demostrar que con la innovación del Riesgo Reproductivo la cobertura anticonceptiva aumentó y será más marcado su -- crecimiento en el futuro de acuerdo como se vaya comprendiendo mejor los objetivos (nobles en su mayoría) por parte del personal médico, paramédico, asistencial y primordialmente por parte de las pacientes con factores de riesgo.

Algo importante es el que el crecimiento de la población con -- riesgo reproductivo en la 2da. etapa del programa es probable - que se deba a un mejor conocimiento de los conceptos para catalogar a una paciente con riesgo reproductivo que anteriormente pasaba desapercibida.

Algo que me llamó poderosamente la atención fue el hecho del -- marcado aumento de los procedimientos quirúrgicos para planificación familiar aunado a la marcada disminución de los métodos temporales (DIU). Siendo que yo esperaba un aumento de ambos - procedimientos, sino marcado cuando menos equiparable en ambos y no al parecer a expensas de uno de ellos. Es probable que -- uno de los motivos que influyeron en el descenso del DIU, sea - en parte ocasionado por la política de no aplicación de DIU - - transcesárea.

Otra situación bastante interesante resulta el que la causa más importante de motivo de egreso sin método, sea atribuíble al -- Hospital. Esto pudiera ser en parte explicado por el Programa de No DIU transcesárea, pero principalmente por la gran frecuencia con que llegan los expedientes sin ninguna nota explicato-

ria con respecto a la aceptación o no de la promoción anticonceptiva.

Habría sido muy interesante el haber podido contar con las hojas de encuesta directa a la paciente, que llevan en el departamento de Trabajo Social, y poder correlacionar en cuanto a lo atribuído al paciente por no aceptar los métodos anticonceptivos y saber si lo que acontece es que no se le ha dado ninguna promoción o simplemente no la entiende o no la acepta por motivos religiosos. Al tener esta información podríamos conocer el cuándo y en qué forma está llegando la información a las pacientes.

R E S U M E N.

El Riesgo Reproductivo es la probabilidad que tienen tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

El concepto de Riesgo Reproductivo le da a la Planificación - Familiar la base médica, para ser entendida como indispensable en la prevención del embarazo de alto riesgo.

Se utilizó un universo de pacientes de 292 divididos en 2 grupos, un grupo control y otro grupo problema.

Estudio realizado en 2 etapas de 3 meses cada una.

Análisis de los expedientes de 292 pacientes obstétricas, en - el momento de su egreso para valorar la cobertura anticonceptiva en base al riesgo reproductivo.

Se encontró aumento en la cobertura anticonceptiva en 3 meses de iniciado el programa.

Es importante la promoción educativa a la mujer en edad fértil con factores de riesgo.

C O N C L U S I O N E S

ESTAS LOCO, PABLO: LAS MUCHAS
LETRAS TE HAN LLEVADO A LA LOCURA.

HECHOS XXVI, 24.

CONCLUSIONES.

Es indudable que el concepto de Riesgo Reproductivo viene a cambiar el concepto que se tenía sobre la Planificación Familiar, desplazándola de su concepto demográfico al de un recurso básico en la atención primaria de salud.

Esto es que en base al Riesgo Reproductivo se protegerá a la mujer de alto riesgo del peligro que significa un próximo embarazo.

Para aplicar el enfoque de Riesgo Reproductivo en planificación Familiar, es necesario capacitar al personal de salud para que la prestación de los servicios se realice con base en el riesgo de cada mujer.

Verificar la metodología que se está aplicando en los programas de Riesgo Reproductivo para aumentar la cobertura anticonceptiva, principalmente a nivel de la consulta externa.

BIBLIOGRAFIA.

1. Dr. Jorge Martínez Manautou, Riesgo Reproductivo. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica A.C.: 7-8, - 1986.

2. Cusminsk M, Roberts EN. en: Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas, OPS 1984; Publicación Científica No. 461: 25-47.

3. Sarue PE. El Concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud. Manual Básico de Aprendizaje Inicial OPS, Montevideo 1984.

4. Center For Population and Family Health. Birth Spacing and Child Survival. Columbia University, New York 1985.

5. Population Reports. Madres y niños más sanos mediante la - Planificación Familiar, serie J: 27, Mayo 1985.

6. Centro de Población y Salud Familiar. Planificación Familiar: su efecto en la salud de la mujer y el niño. Columbia University. New York 1981.

7. Dwyer JF. Teenage Pregnancy. AMJ. Obstet Gynecol 1984; - 118: 373.

8. Kujansuu E, Kivinen S, Tuimal R. Pregnancy and delivery at the age of the forty and over. Int J. Gynecol Obstet 1981; 19: 341-45.

9. O'Sullivan JF, The Hazards associated with multiparity. J. Obs Gynec Brit Common 1963; 70: 158-64.

10. Hobcraft J. McDonald JW, Rustein S. Child spacing effects on infant and early child mortality. Population.

11. Maeders, BarnoA, Mecklenburg R. Obesity: a maternal high - risk Factor. Obstet Gynecol 1975; 45(6): 669-71.

12. Edwards LE, Alton IR, Barrada MI, Hakauson RG. Pregnancy in the underweight woman. Am J Obstet Gynecol 1979 Oct; 135 - (3): 297-302.

13. Chung SCH, Smith RG, Steinhoff PG, Mi PM. Induced abortion and spontaneous fetal Loss in subsequent pregnancies. AJPH 1982 Jun; 72(6): 548-54.

14. Halliday HL, Jones PH, Jones SL. Method of screening obstetrie patients to prevent reproductive wastage. Obstet - Gynecol 1980; 55: 656.

15. Bakketeig LS, Hoffman HS, Harley EE. The Tendency to repeat gestational age and birth weight in successive births. Am J Obstet Gynecol 1979 Dec; 135 (8): 1086-1102.

16. Goldenberg RL, Humphrey JL, Nale CB, Wayne JB, Lethal congenital anomalies as a cause of birth-weight specific neonatal mortality. JAMA 1983 Jul; 250 (4):513-15.

17. Lopez; Llera M, Rubio G, Hernández J. Maternal mortality - rates in eclampsia. Am J Obstet Gynecol 1976; 124: 149.

18. Molding P, Hokegard KH, Nielsen TF. Cesarean section and - maternal mortality in Sweden 1973-1979. Acta Obstet Gynecol Scand 1984; 63: 7-11.

19. Rome RM. Secondary postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynecol 1975; 28:289.

20. Lindheimer MD, River P, Moawad AH. Fetal outcome in hipertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; 142: 255.

21. Chesley LC. Severe rheumatic cardiac disease and pregnancy: the ultimate prognosis. Am J Obstet Gynecol 1981; 136 (5): 552-57.

22. Lemos JA, Vargas P, Delaney JJ. infant of the diabetic mothers review of 225 cases. 1981 Feb; 57 (2): 187-91.

23. Zacur HA. etal. Renal disease in pregnancy. Med Clin North Am 1977; 61:89.