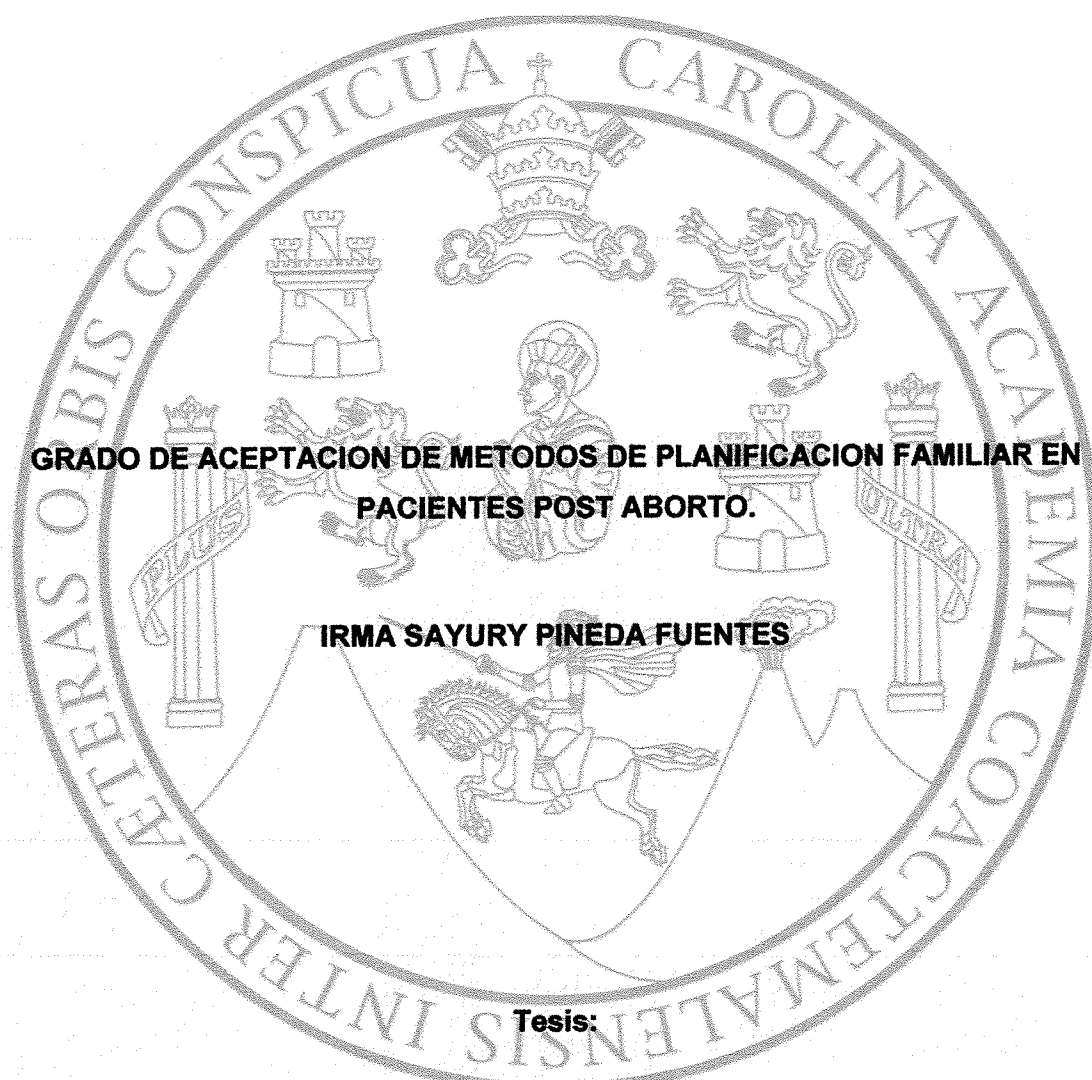


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**GRADO DE ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
PACIENTES POST ABORTO.**

IRMA SAYURY PINEDA FUENTES

Tesis:

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la**

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ginecología y Obstetricia.

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias en Ginecología y Obstetricia

Mayo 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Irma Sayury Pineda Fuentes

Carné Universitario No.: 100018248

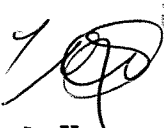
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Grado de aceptación de métodos de planificación familiar en pacientes post aborto"**.

Que fue asesorado: Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para mayo 2013.

Guatemala, 25 de abril de 2013



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

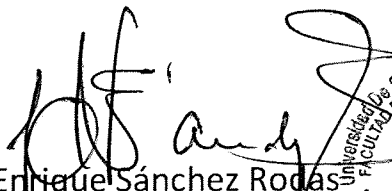
/lamo

Guatemala 27 de Junio del 2012

Doctor
Carlos Raúl Juárez López
Coordinador de Programa de Postgrado
En Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt

Por este medio le informo que he revisado el trabajo de Tesis titulado "Grado de Aceptación del Método de Planificación en Pacientes Post Aborto" realizado por el Dra. Irma Sayury Pineda Fuentes para la obtención de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que doy mi aprobación para continuar con los trámites pertinentes de Graduación.

Sin otro particular se despide de ud,


Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas
Docente Investigación Programa Postgrado
Hospital Roosevelt
Revisor

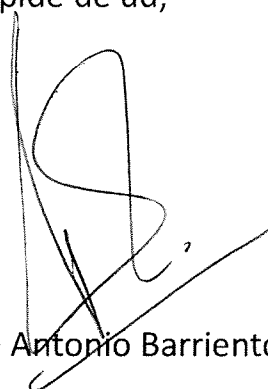


Guatemala 27 de Junio del 2012

Doctor
Carlos Raúl Juárez López
Coordinador de Programa de Postgrado
En Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt

Por este medio le informo que he asesorado el trabajo de Tesis titulado "Grado de Aceptación del Método de Planificación en Pacientes Post Aborto" realizado por la Dra. Irma Sayury Pineda Fuentes para la obtención de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, por lo que doy mi aprobación para continuar con los trámites pertinentes de Graduación.

Sin otro particular se despide de ud,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Barrientos Rivas', written over a horizontal line.

Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas

Col: 8261

Asesor

Hospital Roosevelt

INDICE

RESUMEN	i
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	15
IV. MATERIALES Y METODOS	16
V. RESULTADOS	22
VI. DISCUSION Y ANALISIS	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
VIII. ANEXOS	34

INDICE DE TABLAS

TABLA No. 1.....	22
TABLA No. 2.....	23
TABLA No. 3.....	25
TABLA No. 4.....	26
TABLA No. 5.....	28

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1	22
GRAFICA No. 2	24
GRAFICA No. 3	25
GRAFICA No. 4	27
GRAFICA No. 5	28

RESUMEN

Objetivo Determinar el grado de aceptación de los métodos de planificación familiar en las pacientes post aborto, conocer los rangos de edades más frecuentes y los factores que influyen en la decisión.

Metodología: Estudio descriptivo que evalúa la aceptación de los métodos de planificación familiar en pacientes post aborto a quienes se le ofrece los métodos en el área de legados del Hospital Roosevelt.

Resultados Se entrevistaron a 309 pacientes, a quienes se les ofrecieron los métodos de planificación familiar de las cuales se obtuvo un 98.7% de aceptación, encontrándose las edades de 20 a 30 años más frecuentes y el método mejor aceptado la depoprovera.

Conclusión: Se considera que al momento de dar una buena orientación y consejería a las pacientes ellas pueden comprender los riesgos de un embarazo y la importancia de el inicio temprano del espaciar los embarazos. Por su comodidad la depoprovera por ser de depósito fue la más utilizada.

Palabras claves: Aborto, Planificación Familiar

I. INTRODUCCION

Desde el momento en el que se vio la necesidad de la atención de las pacientes en cuanto al manejo post aborto, para disminuir de esta manera que las pacientes se encontraran nuevamente frente a esta situación como lo es el embarazo no deseado, un nuevo aborto por perdida recurrente se inicia el manejo de las pacientes en cuanto a la información de los métodos de planificación familiar para que ellas tengan acceso a una mejor calidad de vida y a poder decidir el momento en el cual decidan un nuevo embarazo.

Ya que la mayoría de las pacientes encuestadas en el presente estudio se encuentran entre los 20 y 30 años, siendo una edad en la cual pueden tomar la decisión más adecuada para ellas, y en cierta forma para su familia.

Las complicaciones de abortos espontáneos e inducidos de forma insegura son una gran amenaza a nivel global en la salud y vida de las mujeres. Se estima que 46 millones de abortos inducidos son realizados anualmente, 20 millones son de forma insegura, y 95% de estos toman lugar en países en vías de desarrollo. Abortos inducidos forman un estimado de 13% de las muertes relacionadas al embarazo, representando aproximadamente 67,000 mujeres, cada año. La Organización Mundial de la Salud y otras instituciones estiman que en América Latina 40 de cada mil mujeres en edad reproductiva, tienen abortos inseguros.

El tipo de estudio es descriptivo, en el cual se entrevistaron a las pacientes que se encuentran ingresadas en el área de legrados del Hospital Roosevelt de enero a octubre de 2010. Encontrando entre lo más relevante fue la edad en la cual se da la mayor cantidad de pacientes siendo 20 a 30 años, y el método escogido con mayor preferencia fueron los métodos de depósito y los anticonceptivos orales para el momento de alta del hospital.

De esto podemos decir que si se da la información adecuada luego de sufrir un aborto es el darles su lugar como personas a tomar decisiones en cuanto a su forma de espaciar los embarazos y decidir el momento en el cual ellas decidan intentar un nuevo embarazo y que este sea de la forma más segura en sus vidas.

II. ANTECEDENTES

El aborto es la interrupción del embarazo. Ya sea espontáneo (pérdida del embarazo) o si la mujer opta por tener un aborto inducido, el aborto ocupa el segundo lugar, después del parto, como la experiencia obstétrica más común del mundo. (7)

Las complicaciones de abortos espontáneos e inducidos de forma insegura son una gran amenaza a nivel global en la salud y vida de las mujeres. Se estima que 46 millones de abortos inducidos son realizados anualmente, 20 millones son de forma insegura, y 95% de estos toman lugar en países en vías de desarrollo. Abortos inducidos forman un estimado de 13% de las muertes relacionadas al embarazo, representando aproximadamente 67,000 mujeres, cada año. La Organización Mundial de la Salud y otras instituciones estiman que en América Latina 40 de cada mil mujeres en edad reproductiva, tienen abortos inseguros. (8,9)

Si bien en México se observa una tendencia ascendente sin interrupciones en la prevalencia de uso de anticonceptivos (63.1% en 1992, 66.5% en 1996 y 70.8% en 2000),¹ en la práctica existen aún muchas mujeres y parejas que no desean reproducirse pero siguen expuestas al “riesgo” de quedar embarazadas, ya sea por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o porque utilizan métodos “tradicionales” como el ritmo o el coitus interruptus, de escasa eficacia para evitar el embarazo. Demógrafos y especialistas en reproducción se refieren a este grupo de la población como aquel con una “necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticoncepción”.

La proporción de mujeres que se encuentra en esta situación no es despreciable: en México correspondió al 12.1% en 1997.² Porque existen relaciones sexuales que no son voluntarias ni planeadas, cuya expresión extrema es la violación, pero que en sus formas más comunes incluye las situaciones en las que existe una fuerte presión social para el inicio de la vida sexual (especialmente comunes entre los adolescentes) o las relaciones forzadas en el contexto de una pareja estable.

Aunque muchos países de la región permiten la interrupción legal del embarazo en caso de violación, muchas mujeres víctimas se ven obligadas a continuar con el embarazo debido a que desconocen la ley o a que el acceso a servicios de aborto legal está lleno de obstáculos.

Porque los métodos anticonceptivos fallan y no hay ninguno que sea 100% eficaz. Se estima que cada año ocurren en el mundo entre 8 y 30 millones de embarazos debidos al

fracaso de los métodos anticonceptivos o a su uso incorrecto.³ Si bien una mejor consejería contribuiría a reducir estas cifras, nunca lograrán evitarse totalmente los embarazos no deseados debidos a esta causa.

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos:

- Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en la que está legalmente restringido.
- Continuar con el embarazo no deseado.

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, sus parejas y familias. Las consecuencias más graves se derivan del aborto inducido en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que éstos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos reproductivos son mayores.⁽¹⁰⁾

En los Estados Unidos de Norteamérica se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto. Algunas estimaciones señalan que en América Latina y el Caribe el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos. El aborto inseguro es uno de los problemas más importantes de salud pública que enfrentamos en México y la región.

Esta afirmación se sustenta en varias consideraciones que se detallan a continuación.

En muchos otros casos abortos inseguros causa consecuencias a largo plazo como dolor pélvico crónica, enfermedad inflamatoria pélvica, oclusión tubárica e infertilidad secundaria. En registros de los hospitales en países en vía de desarrollo sugieren que 38-68% de las mujeres tratadas por complicaciones por abortos son jóvenes de 20 años, mientras estos datos sugieren que las complicaciones por aborto se encuentran en forma alta en adolescentes, ellas representan a las mujeres jóvenes que llegan al hospital para ser tratadas. The World Health Organization (WHO) estima que 10-50% de las mujeres que se practican abortos inseguros necesitan atención médica; algunas de las mujeres que experimentan abortos espontáneos también necesitan atención médica.

La tragedia acerca de los abortos inseguros, como lo define WHO es "cualquier procedimiento para terminar un embarazo no deseado sea por una persona con falta de las

habilidades necesarias o la que se realiza en un ambiente con deficiencia de estándares mínimos de atención médica, o ambos”, es que es la causa más fácil de prevenir muertes maternas. La falta de prestar servicios de métodos anticonceptivos da como resultado un número grande de embarazos no deseados o no planeados. Con una de cuatro mujeres viviendo en países donde el aborto es prohibido o permitidos solo para salvar la vida de la mujer, servicios de aborto seguros y legal se encuentran fuera del alcance para muchas mujeres con embarazos no deseados. (11,12)

Es común que las mujeres que padecen complicaciones derivadas de un aborto inducido acudan a servicios públicos en busca de un tratamiento para sus problemas. Lamentablemente, la atención tras un aborto suele ser de baja calidad técnica y humana. En primer lugar, en la mayoría de los servicios se utiliza el legrado instrumental para evacuar la cavidad uterina, método peligroso en manos no entrenadas, y no se recurre a métodos seguros como la aspiración endouterina o el aborto con medicamentos.

En segundo lugar, es importante recordar que las mujeres que interrumpen un embarazo no deseado están en alto riesgo de repetir la experiencia; no obstante, sólo una muy baja proporción de las que acuden a un servicio para la atención de un aborto incompleto o de sus complicaciones son dadas de alta con la información necesaria o con un método anticonceptivo que las proteja de un nuevo embarazo no deseado. Finalmente, el trato que reciben las mujeres en estas circunstancias se caracteriza con demasiada frecuencia por la rudeza, la crítica abierta o solapada, las largas esperas y la falta de respeto a su pudor.

Por último, ante un embarazo no deseado una mujer puede recurrir al suicidio o ser víctima de un homicidio. Que una mujer acabe con su propia vida como respuesta a un embarazo no deseado es, seguramente, una de las consecuencias más trágicas de este problema. De igual forma, es inadmisibles que la mujer pague con su vida el desacuerdo de su pareja o de otros miembros de la familia. Diversos autores han expresado su preocupación sobre estas consecuencias del embarazo no deseado y se han referido a ellas como “el tema ausente” en los estudios sobre la mortalidad materna. En la mayoría de los países desarrollados ya prácticamente no existen el suicidio y el homicidio relacionados con un embarazo no deseado, probablemente porque en estos lugares las legislaciones y los sistemas de salud ofrecen mejores opciones y más protección a las mujeres que enfrentan este problema.(13)

El aborto inducido es ilegal en Guatemala excepto en el caso necesario para salvar la vida de una mujer embarazada; sin embargo, aproximadamente 27.000 mujeres son

hospitalizadas cada año para ser tratadas por complicaciones post aborto. Aunque éstas son complicaciones de abortos espontáneos e inducidos, la mayoría de las pacientes de post aborto en América Latina que declara haber tenido un aborto espontáneo en realidad se ha sometido a un aborto inducido realizado en condiciones de riesgo. Según la limitada información disponible sobre las características de las mujeres hospitalizadas por tales complicaciones, una quinta parte tiene entre 15 y 19 años, lo cual sugiere que un número importante de adolescentes guatemaltecas recurre cada año al aborto inseguro.(14)

La ovulación después de un aborto regresa muy rápido, la mitad de las mujeres ovulan al día 21 después del procedimiento. Por lo que la inserción inmediata post aborto de DIU provee protección inmediata como forma anticonceptiva. Además, la mujer evita los inconvenientes potenciales como lo es la incomodidad y el sangrado que lleva la colocación. Finalmente, la motivación como método anticonceptivo es bastante alta.

En la actualidad el manejo del aborto contempla no solo los aspectos médicos sino también los determinantes bio-psico-sociales que conllevan a un embarazo no siempre planeado, y un mal desenlace materno o fetal. De este modo los factores sociales y culturales podrían tener un muy importante rol como factores asociados al aborto y sus complicaciones.(15)

El consorcio de Atención Integral al post aborto integrado por varias agencias e instituciones que trabajan en el campo de salud sexual y reproductiva ha venido trabajando en la estrategia mundial de atención integral al post aborto (APA) con cinco elementos básicos a saber:

1. Alianzas entre comunidades y proveedores de servicios: para prevenir embarazos no deseados y abortos de alto riesgo, para movilizar recursos tendientes a ayudar a que las mujeres reciban atención apropiada y tratamiento oportuno del aborto y sus complicaciones y para asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas de la comunidad y sus necesidades

2. Orientación /Consejería: para identificar y responder a las necesidades de salud emocionales y físicas así como otras necesidades y preocupaciones de las mujeres

3. Tratamiento del aborto incompleto y las complicaciones: Esto incluye técnicas de evacuación uterina sencillas, eficaces, seguras y de bajo costo. Es el caso del legrado uterino por aspiración que además de poderse realizar con anestesia local y a bajo costo, permite ser realizado en cualquier institución por no requerir instrumental sofisticado ni electricidad.

4. Servicios de anticoncepción y de planificación familiar: para ayudar a las mujeres a prevenir gestaciones no deseadas y/o espaciar sus embarazos.

5. Servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios de salud: que preferiblemente se proporcionan en el mismo lugar o remitir a otros servicios accesibles dentro de la red de servicios.

Se considera que la implementación de los servicios de anticoncepción post aborto es fundamental para evitar la repetición de interrupciones del embarazo, sobre todo en los países donde tal práctica es ilegal y hay pocos servicios de consejería para tales casos y en los cuales también se ofrezca orientación en materia de planificación familiar. Chambers (1994) señala que los servicios de planificación familiar deben estar vinculados con el tratamiento de complicaciones de aborto, como un medio de romper el ciclo de abortos repetidos. Esto, debido a que las usuarias de tales servicios están altamente motivadas para aceptar métodos anticonceptivos después de haber experimentado un aborto.(16,17)

En el estudio de Lafaurie *et al.* (2005) ya mencionado y que se desarrolló en cuatro países latinoamericanos, se observó un aumento en la utilización de la anticoncepción después del aborto. En otro estudio realizado en Colombia, durante 1993, la mayoría de las mujeres consideradas, a quienes se entrevistó después de abortar, manifestaron claramente su intención de utilizar un método seguro, como el DIU, que lo obtuvieran el día del tratamiento del aborto incompleto. Las adolescentes, eligieron métodos de barrera (Mora Téllez *et al.*, 1999).

Otro estudio sobre la APA en América Latina, para el cual se analizaron los resultados de 10 de los programas principales de investigación operativa realizados en hospitales del sector público en siete países de la región entre 1991 y 2002, llega a una conclusión similar. Sostiene que al incorporar el uso de tecnologías apropiadas, como la AMEU, y al aplicar un enfoque centrado en las mujeres, se puede salvar la vida de muchas

de ellas y mejorar su salud reproductiva, así como reducir los costos para el sistema de salud de la región .

En el año 2000, en 64 de 119 establecimientos se proporcionaron servicios de evacuación endouterina a mujeres con complicaciones de aborto. Para el año 2004, se estaban proporcionando estos servicios en 74 establecimientos. Se iniciaron servicios de APA en nueve de los establecimientos de la intervención y en un establecimiento de comparación, todos ellos centros de salud, no hospitales; por ende, se aumentó el acceso anual de cientos de mujeres etíopes a la APA.

La participación en el grupo de intervención en APA estaba asociada estrechamente con un aumento en el uso del instrumental de AMEU.

En el año 2004, más procedimientos de evacuación endouterina con AMEU fueron efectuados por parteras profesionales y otros prestadores de servicios de nivel intermedio, en centros de salud, en vez de por ginecólogos en el nivel hospitalario.

El estudio descubrió un déficit en planificación familiar postaborto; tal vez debido a la falta de apoyo financiero para la adquisición de métodos anticonceptivos, lo cual causó una escasez de suministros en todo el país. “Este hallazgo no fue sorprendente, aunque la situación ha mejorado desde 2004, pero nos permitió resaltar las implicaciones de la escasez a nivel nacional”, señala Fetters.

A pesar de la escasez de productos, se logró incrementar la aceptación de planificación familiar post aborto. En el grupo de intervención, el número de establecimientos donde se suministran anticonceptivos de manera habitual como parte de la APA aumentó de seis en el año 2000 a 24 en 2004.

El número de pacientes posparto que recibieron un método anticonceptivo se triplicó después de la intervención, y en el grupo de pacientes post aborto, se cuadruplicó. De manera similar, el número de pacientes posparto que recibieron información sobre PF se duplicó, mientras que entre las pacientes post aborto, el número se cuadruplicó. Después de la intervención, un mayor número de mujeres solicitaron un método, y la mayoría efectivamente lo recibieron. La proporción de mujeres que solicitaron un método en el posparto o el post aborto y no lo recibieron, disminuyó considerablemente con la intervención.

El diseño del proyecto permitió reconocer el progreso al incluir la recolección y presentación de la información de manera periódica, y ofreció oportunidades para buscar soluciones a los problemas que fueron surgiendo durante la intervención. El firme compromiso

de los directores de los hospitales también contribuyó al éxito del proyecto. Los programas para mejorar los servicios deben incorporar la recolección periódica de información y deben asegurar la participación y el apoyo tanto de los directores de los programas como de los proveedores.

Aunque no hubo un cambio drástico en el número de establecimientos donde se proporcionan servicios de APA, la atención mejoró considerablemente, incluso en los establecimientos donde no se realizó la capacitación. (18,19)

En Guatemala, después de 1996 se desarrollaron servicios de atención post aborto en hospitales y también hubo capacitación para proveedores (Ministerio de la Salud Pública y Asistencia Social, 2005). En una encuesta realizada de julio de 2003 a diciembre de 2004 en 22 hospitales nacionales, se mostró un crecimiento de los procedimientos con la AMEU (de 38% a 68%) y una disminución de los realizados con el LIU en las mujeres atendidas. Se registró también un aumento en la consejería de métodos anticonceptivos efectivos (de 31 a 78%) y también en el porcentaje de mujeres que egresaron empleando algún método anticonceptivo (de 20 a 49%). La gran mayoría (86%) de las mujeres entrevistadas en los hospitales declararon que los proveedores les explicaron el uso de diversos métodos: 80% mencionaron la píldora, 59% tanto condones como anticonceptivos inyectables. En otra encuesta aplicada en 178 instituciones de salud de la nación centroamericana, se encontró que los métodos anticonceptivos ofrecidos fueron principalmente la esterilización femenina y la vasectomía (71 y 74% de las mujeres atendidas), el DIU (67%), el condón (62%), los implantes (61%), y el ritmo (60%). En cuanto a los métodos hormonales, se ofrecieron inyectables a 58% de las mujeres y la píldora a 55%. Según el caso, también éstas pudieron elegir entre espermicidas, anticoncepción de emergencia o condones femeninos (Prada et al., 2005).(20)

La relación entre aborto y violencia hacia la mujer es en ocasiones un círculo vicioso. Por un lado, las mujeres que sufren violencia intrafamiliar informan con más frecuencia embarazos no deseados, mismos que probablemente abortarán, pero por el otro, el embarazo no deseado y el aborto son factores que pueden desencadenar o incrementar la violencia. En Nicaragua, la encuesta nacional de salud de 1989 reveló que el porcentaje de mujeres embarazadas que sufría violencia reciente (definida como violencia dentro de los últimos 12 meses al momento de la entrevista) era más del doble (31%) del encontrado en mujeres de la población general (12%).

Varios estudios recientes han vertido mayor información sobre la relación entre embarazo no deseado, aborto y violencia. En un estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica se encontró que la violencia fue 3 veces menos frecuente cuando el embarazo era deseado que en caso contrario (5% vs. 15%), lo que corresponde a un riesgo de 4.1 veces de sufrir violencia si el embarazo era no deseado. En la India, otro estudio reveló que en un grupo de mujeres embarazadas la violencia intrafamiliar era más común en aquellas con embarazos no deseados.

En Uganda se identificó que cerca del 40% de las mujeres que interrumpieron el embarazo tenían como motivo la violencia intrafamiliar.⁴⁵ La prevalencia de violencia intrafamiliar en un grupo de mujeres de una clínica de aborto en Hong Kong fue de 27.3% comparado con 8.2% en mujeres de otros servicios ginecológicos.

Las mujeres que interrumpen sus embarazos también sufren violencia por parte de los trabajadores de la salud. Esta violencia incluye: negligencia intencionada, ofensas verbales, amenazas, regaños o reproches, gritos, actos de humillación, violencia física y negación a dar tratamientos para calmar el dolor.

La prevención primaria del aborto debería ser una parte integral no solo de los programas de planificación familiar sino también de los programas de prevención primaria de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA. En el año 1994 se encontró que en México existían casi siete millones de mexicanas con demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar y en ese mismo año habían ocho millones de brasileñas en la misma condición.

Mientras no se satisfaga esa demanda, es probable que no disminuya la frecuencia de abortos. La prevención primaria debería ser dirigida con mayor énfasis a las adolescentes. En la mayoría de los países, particularmente en las áreas urbanas, hay una tendencia al aumento del número de adolescentes que recurre al aborto inseguro.

Las adolescentes representan un grupo de alto riesgo de incidencia de aborto y sus complicaciones pues utilizan con menor frecuencia métodos anticonceptivos, acuden tardíamente a los servicios de aborto optan con más frecuencia por métodos peligrosos y en caso de complicaciones, se retrasan más en buscar atención médica.

No obstante, en los Estados Unidos de Norteamérica ha ocurrido un descenso en la última década en la frecuencia con que las adolescentes americanas se embarazan. Según el Instituto Alan Guttmacher, el 75% de ese descenso se puede atribuir al incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos y el 25% a la abstinencia sexual.(21)

Las 127 mujeres entrevistadas tuvieron un rango de edad comprendido entre los 19 y los 43 años (mediana: 24); la mitad de ellas tenían menos de 30 años. El 80 % mantuvieron con su pareja una relación consensual o de casada en convivencia, bajo un mismo techo. El 10 % declaró que su relación no era estable, siendo en algunos casos casual. Alrededor de cuatro de cada diez mujeres había abandonado los estudios por diversas causas, entre las que se destacan el matrimonio y/o embarazo. La mayoría tenía primaria incompleta, en menor proporción bachillerato incompleto y sólo 5 % habían finalizado bachillerato. Cerca del 37 % estaban insertadas al mercado laboral formal e informal, el resto estaban desempleadas y dependían económicamente del compañero.

Características de los proveedores: Los gerentes fueron 12 médicos y una enfermera. Llevaban en su cargo entre 1 a 14 años (mediana 4). De los 39 proveedores, 14 eran especialistas en Obstetricia y Ginecología, 16 eran médicos generales, 8 enfermeras profesionales y un profesional de psicología.

La baja frecuencia con que las mujeres fueron informadas sobre doble protección, hace necesario seguir trabajando en la sensibilización de los proveedores para que informen a las mujeres sobre el riesgo de ITS/VIH / SIDA y las formas de protegerse.

La alta frecuencia del uso de algún medicamento para abortar es consistente con lo informado previamente. Por ende, si bien es cierto el tratamiento médico seguirá siendo la evacuación uterina (medicamentosa, con cureta, con aspiración eléctrica o manual), debemos enfatizar la necesidad de evaluar las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva que esa mujer pueda tener, ya que muchas de ellas afrontan una gestación no deseada (independientemente que haya sido un aborto espontáneo o inducido) por ende no debemos permitir que salga de la institución sin haberle explicado sobre su retorno de la fertilidad, opciones anticonceptivas y ojala se retire de la institución con un método anticonceptivo.

El período post aborto después del tratamiento de emergencia ofrece una importante oportunidad a los profesionales de salud para ayudar a las mujeres resolviendo los problemas que contribuyen al embarazo indeseado. Se deberá informar inmediatamente después de la atención a todas las pacientes que han sufrido un aborto sobre el pronto retorno de la ovulación que puede llevar a la posibilidad de un nuevo embarazo en el corto plazo (incluso antes de la primera menstruación post aborto). En abortos espontáneos o inducidos en el primer trimestre la ovulación usualmente sucede entre el día 9 a 11 post aborto.(22,23)

Debe haber disponibilidad en la misma unidad o a través de referencia, de métodos anticonceptivos seguros y eficaces para evitar futuros embarazos indeseados. De igual

forma debe haber disponibilidad y recursos locales de servicios de planificación familiar para un reabastecimiento de los métodos, provisión de métodos a largo plazo y permanentes, y atención relacionada continua.

Existen varias ventajas posibles de la inserción inmediata post aborto de un dispositivo intrauterino. La principal es que se sabe con certeza que la mujer no está embarazada, que es una de las preocupaciones fundamentales de los médicos. Por ejemplo, muchos profesionales se rehúsan a colocar un DIU a mujeres que no están menstruando [Stanback 1997]. Luego de un aborto inducido, una mujer está altamente motivada para usar un método anticonceptivo.

Los cuidados necesarios posteriores a un aborto inducido suelen representar una oportunidad única de abordar el tema de la anticoncepción, especialmente entre aquellas mujeres que no tienen la posibilidad de acceder fácilmente a atención médica [Mahomed 1997; McLaurin 1993; Wolf 1994]. Un DIU de cobre, por ejemplo, ofrece casi el mismo grado de eficacia anticonceptiva que la esterilización tubárica [Peterson 1996], no obstante es un método más sencillo, más económico y rápidamente reversible. Asimismo, la inserción inmediata postaborto de un DIU puede evitar las incomodidades relacionadas con el procedimiento en sí, y cualquier sangrado relacionado con la inserción puede disimularse debido a que es un efecto anticipado después de un aborto.

Sin embargo, también existen ciertos riesgos potenciales inherentes a la inserción de un dispositivo intrauterino inmediatamente después de que termina un embarazo. Uno de ellos, por ejemplo, es el posible aumento del riesgo de perforación debido al adelgazamiento del miometrio. En EE.UU., uno de los fabricantes de dispositivos uterinos publica la siguiente advertencia acerca del producto, "El sistema PROGESTASERT® no se diseñó para la inserción inmediata post aborto o postparto. El mismo debería insertarse una vez que se haya completado la involución del útero. La incidencia de perforación y expulsión es mayor si la involución no ha finalizado" [ALZA 1998]. La etiqueta del envoltorio del Copper 7 indica que no se debe insertar el dispositivo luego de un aborto, recién puede ser insertado cuando se complete la involución del útero, "para evitar una mayor incidencia de perforación o expulsión" [Gillett 1980].

Otra preocupación potencial es el riesgo de infección. Cuando se inserta un DIU luego de un aborto clandestino o realizado en condiciones poco seguras, el riesgo de

infección del tracto genital superior es mayor que cuando se recurre a una inserción diferida (alejada del embarazo).(24)

En todo el mundo, los anticonceptivos hormonales se encuentran entre los anticonceptivos reversibles más populares actualmente en uso. A pesar de su alto potencial de efectividad, el uso típico da lugar a una efectividad mucho menor. En gran parte, esta diferencia refleja los problemas para seguir el régimen anticonceptivo y las bajas tasas de continuación. La intención de esta revisión era determinar si una mejor orientación tenía un efecto positivo en el cumplimiento y la continuación de los métodos hormonales de anticoncepción.

Se examinaron ensayos controlados aleatorios para determinar las maneras de ayudar a las mujeres a que usen los anticonceptivos hormonales. La calidad varió entre los seis ensayos encontrados. Algunos estudios tenían números pequeños de participantes y varios tenían pérdidas altas durante el seguimiento. Sólo un ensayo de orientación estructurada encontró un beneficio significativo. Las mujeres que recibieron información repetida y estructurada tenían mayor probabilidad de continuar con un anticonceptivo inyectable uno año después que las mujeres que recibieron orientación habitual. Además, las mujeres que habían recibido orientación estructurada tenían menor probabilidad de dejar de usar el anticonceptivo debido a los cambios menstruales.

Para prevenir los embarazos no deseados, tanto el seguimiento como la continuación del régimen anticonceptivo son importantes. Es necesario realizar más ensayos de buena calidad y diferentes diseños para juzgar si una mejor orientación hace la diferencia en el uso de métodos anticonceptivos. (16,22)

El término atención post aborto fue utilizado como elemento crítico en la iniciativa de salud de las mujeres en Ipas en 1991 en documento de estrategias planificadas, el cual incluía la integración de la atención post aborto y los servicios de planificación familiar en los sistemas de salud como una de los medios para terminar con el círculo de embarazos no deseados y mejorando el estado de salud de las mujeres en un mundo en desarrollo.

En 1991, Ipas listó la planificación familiar post aborto y otras atenciones de salud como elementos esenciales en el marco para proporcionar calidad en la atención del aborto basado en el marco de atención de calidad de Bruce.

En 1993, AVSC Internacional, Ipas, el International Planned Parenthood Federation, el JHPIEGO Corp. Y Pathfinder Internacional formaron el consotium de atención post aborto para educar a la comunidad sobre salud reproductiva acerca de las consecuencias de una aborto inseguro y promover la atención post aborto como una estrategia de salud pública. En 1994, Ipas publico su modelo original de atención post aborto, el cual incluye tres elementos: servicios de atención de emergencia para complicaciones de abortos espontáneos o inseguros; la conserjería y servicios de planificación familiar post aborto; y la relación entre servicios de emergencia para tratar abortos y comprensión de la atención de la salud reproductiva.

El modelo original presentó el manejo post aborto como un servicio obstétrico esencial de emergencia. El sistema de salud frecuentemente utiliza los métodos de evacuación uterina como lo con el legrado uterino o también conocido como dilatación y legrado, que proveen servicios de atención de salud. Para reducir las barrera en cuanto al tratamiento de las mujeres, los servicios tienen que ser de alta calidad, accesible localmente y sostenible por el sistema de atención de salud. La aspiración manual ha sido típicamente efectivo en un 98% de los casos en comparación con el legrado endouterino, el cual se ha visto relacionado en la cuarta causa mas frecuentes de complicaciones de evacuaciones uterinas. En 1991, WHO trabajo con un grupo técnico sobre la aspiración manual como método esencial de atención en centros de atención de primer nivel. La aspiración manual eléctrica tiene la misma tasa de efectividad. La aspiración manual, un método accesible y de bajo costo, proporciona a proveedores y profesionales de la salud en centros de atención primaria que no tienen salas de operaciones, anestesia general o electricidad para ofrecer un legrado en el lugar. Ofreciendo una oportunidad en los centros de atención primaria para poder realizar legrados por aspiración.

El segundo modelo enfatiza la necesidad de dar servicios de planificación familiar post aborto. (16)

Que la Ley de Desarrollo Social, Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República, en los artículos 25 y 26 contempla la implementación de un programa que conlleve entre otros aspectos, la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos y decidir el momento y frecuencia de los embarazos.

Que se debe asegurar la sostenibilidad del componente de planificación familiar dentro del Programa de Salud Reproductiva, para garantizar el abastecimiento y disponibilidad de métodos de alta calidad para el espaciamiento de embarazos en todos los servicios públicos de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y organizaciones privadas que trabajen o implementen programas que provean servicios básicos a la población.(25)

III. OBJETIVOS

III.I GENERALES

- ✓ Determinar el grado de aceptación de los métodos de planificación familiar las pacientes post aborto.

III.II ESPECIFICOS

- ✓ Identificar los diferentes métodos de planificación familiar que aceptan las pacientes después de haber cursado por un aborto.
- ✓ Conocer los rangos de edades más frecuentes en las cuales las pacientes se encuentran post aborto y que aceptan algún método de planificación familiar sugerido.
- ✓ Analizar los factores que influyen en la decisión de las pacientes en cuanto a los métodos de planificación familiar.

IV. MATERIALES Y METODOS

IV.I. Tipo de Estudio

Descriptivo, se evaluaron a las pacientes que se encontraron post aborto y su aceptación de los métodos de planificación familiar, en el período de enero a octubre del 2010.

IV.II. Población

Pacientes que se encontraron post aborto en el área de Legrados en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt.

IV.III. Sujeto de estudio

Pacientes que se encontraron post aborto que conocían o no hayan conocido sobre los métodos planificación familiar, fueran estos aceptados o no por parte de la personas objeto de estudio.

IV.IV. Cálculo de la muestra

Se tomó una muestra en base a las pacientes atendidas en el área de Legrados del Hospital Roosevelt, siendo entrevistadas en total 309 pacientes de ellas.

IV.V Criterios de inclusión

Se incluyó a las pacientes que presentaron:

- Edad: entre 15 – 44 años
- Pacientes que se encontraban ingresadas en el área de Legrados del Hospital Roosevelt
- Pacientes post aborto.

IV.VI Criterios de exclusión

Se excluirá a los pacientes que presenten:

- Pacientes con alteración de la conciencia
- Pacientes con barrera lingüística

IV.VII Cuadro de Operacionabilidad de Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUA L	DEFINICION OPERACIONA L	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIO N	UNIDAD DE MEDICION
Grado de Aceptación	Estado en el cual se toma la decisión cuando se tiene la opción a elegir	Cuando una paciente decide utilizar un método de planificación	Cualitativa	Nominal	Bueno > 50% acepta Regular 30-50% lo acepta Malo < 30%
Método de Planificación Familiar	Es todo aquel por medio del cual se espaciaran los embarazos	Anticonceptivos Orales DIU Preservativos Inyección	Cualitativa	Nominal	Método escogido por la paciente
Paciente Post Aborto	Mujer que se encuentra después presentar pérdida fetal antes de las 20 semanas de gestación.	Cuando se encuentra después de haber sufrido la pérdida fetal previo ser viable	Cualitativa	Nominal	Positiva Negativa
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del paciente	De 15 a 44 años	Cuantitativa	Numérica	Años
Factores que influyen en la decisión de las pacientes en cuanto a los métodos de planificación familiar.	Son las razones por las cuales mujeres toman un método según su conveniencia	Causas que afectan directamente sobre el método a utilizar y la aceptación del mismo que son personales	Cualitativa	Nominal	Utilidad Acceso Usos Efectos secundarios

IV.VIII. Proceso de selección de los sujetos

Todas las pacientes fueron ingresadas por el médico residente que se encuentre en dichas áreas, en la Emergencia de la Maternidad y en el área de Consulta Externa de Maternidad de donde se le tomaron los datos necesarios para poder de esta manera realizarle la papelería correspondiente para su ingresos además, de abrir un número de registro para que ingrese al sistema del Hospital, luego dependiendo de la razón por la cual fue ingresada la paciente se trasladó a la paciente al área de Legrados o al área de Labor y Partos.

Luego que se le realizó el legrado las pacientes pasaron al área de encamamiento de Legrados donde cumplen con cuidados personales, en la mañana del día del egreso es cuando a las pacientes se les toman muestras de sangre para poder de esta manera evaluar su salida del servicio.

El día del egreso de las pacientes se le ofrecieron los métodos de planificación familiar con los cuales se cuentan en el Hospital Roosevelt de los cuales se le explica en forma grupal los diferentes tipo de método como lo son las pastillas, los preservativos, los DIU y la inyección de los tres meses para que ellas de una manera adecuada obtengan la información con respecto a los resultados que ellas pueden esperar con cada uno de los métodos como también los efectos secundarios para que en el momento de presentarlos no se preocupen y que de esta manera ellas de forma errónea decidan dejar el método escogido.

Ellas tomaron la decisión del método a utilizar en forma individual y personal. Dichos métodos son proporcionados por el Ministerio de Salud los cuales se dan en forma gratuita y si en algún momento deciden cambiar de método también lo pueden realizar sin ningún inconveniente.

Luego de la información que se les brinda en forma grupal, donde se tomo en cuenta los criterios de inclusión de las pacientes a quienes se les entrevistó sobre la decisión que tomaron cada una de ellas.

IV.IX Descripción del instrumento de recolección de datos

Se utilizó una boleta de recolección de datos en la cual se incluirá la edad, sexo, estado civil, método de planificación familiar (anticonceptivos orales, preservativos, inyección y DIU), razón por la cual no acepta ningún método de planificación familiar. Ver anexo No. 1

IV.X Aspectos Éticos

Serán solicitados los permisos pertinentes para obtener los datos de la investigación, informando a las autoridades del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt.

Los datos personales obtenidos de cada caso serán de carácter confidencial y únicamente serán utilizados para cumplir con los objetivos de la investigación.

IV.XI Análisis Estadístico

Las pacientes que cumplan con los criterios de selección fueron incluidos en el estudio. Realizándose una búsqueda dirigida con el propósito de identificar el grado de aceptación de los métodos de planificación familiar, además de los factores que influyen en la aceptación. Posteriormente se realizó una entrevista personalizada con la paciente.

Los datos obtenidos se colocaron en las hojas de recolección de información, los cuales se trasladaron a un formato estadístico para su interrogatorio y posteriormente análisis.

Se efectuará un análisis estadístico basándose en el programa estadístico EXCEL de los datos utilizando medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y análisis de frecuencias para las variables cualitativas. Además de realizar gráficas y cuadros con los mismo resultados obtenidos.

IV.XII Recursos Materiales y Humanos

- **Materiales**
 - Computadora

- Impresora
- Internet
- Papel
- Impresiones
- Lapiceros
- **Humanos**
 - Investigador
 - Asesor
 - Revisor

Costos de Investigación

Internet:	Q 400.00
Hojas de papel para impresora:	Q 250.00
Tinta:	Q 350.00
Encuadernado:	Q 50.00
Lapiceros:	Q 20.00
Fotocopias:	Q 80.00
TOTAL	Q 1150.00

V. RESULTADOS

TABLA No. 1

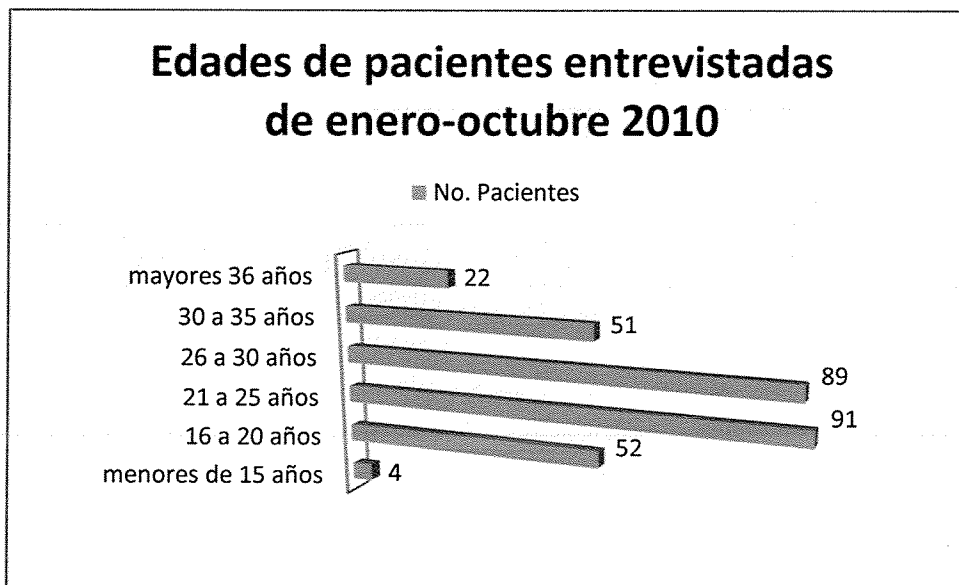
EDAD DE PACIENTES ENTREVISTADAS SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR POST ABORTO

EDAD	No. DE PACIENTES
Menores de 15 años	4
16 a 20 años	52
21 a 25 años	91
26 a 30 años	89
30 a 35 años	51
Mayores de 36 años	22
TOTAL	309

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010.

Gráfica No. 1

EDAD DE PACIENTES ENTREVISTADAS SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR POST ABORTO



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010.

Tabla No. 2

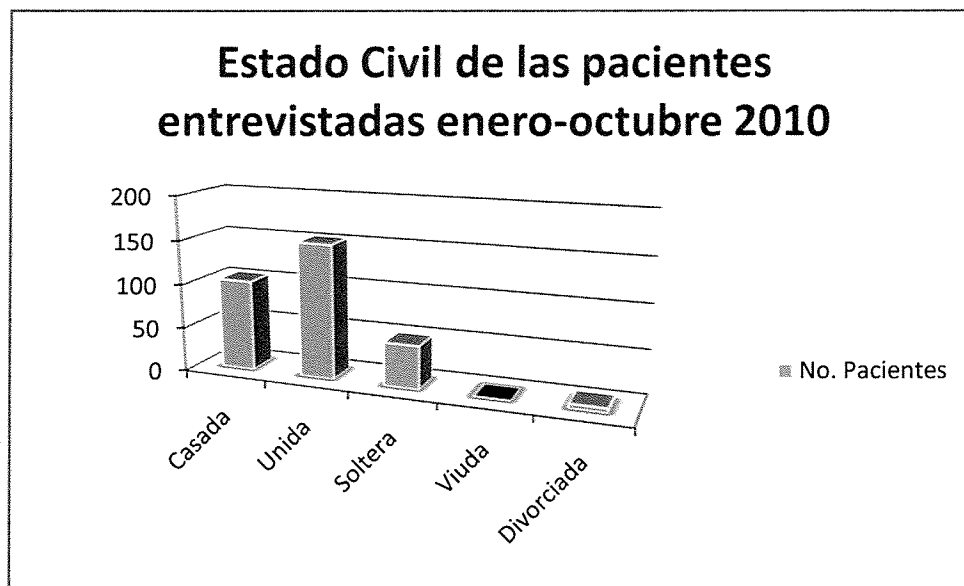
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ENTREVISTADAS SOBRE METODOS DE
PLANFICACION FAMILIAR POST ABORTO

Estado Civil	No. Pacientes
Casada	103
Unida	152
Soltera	49
Viuda	0
Divorciada	5
Total	309

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legrados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010.

Gráfica No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ENTREVISTADAS SOBRE METODOS DE
PLANFICACION FAMILIAR POST ABORTO



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legrados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010.

Tabla No. 3

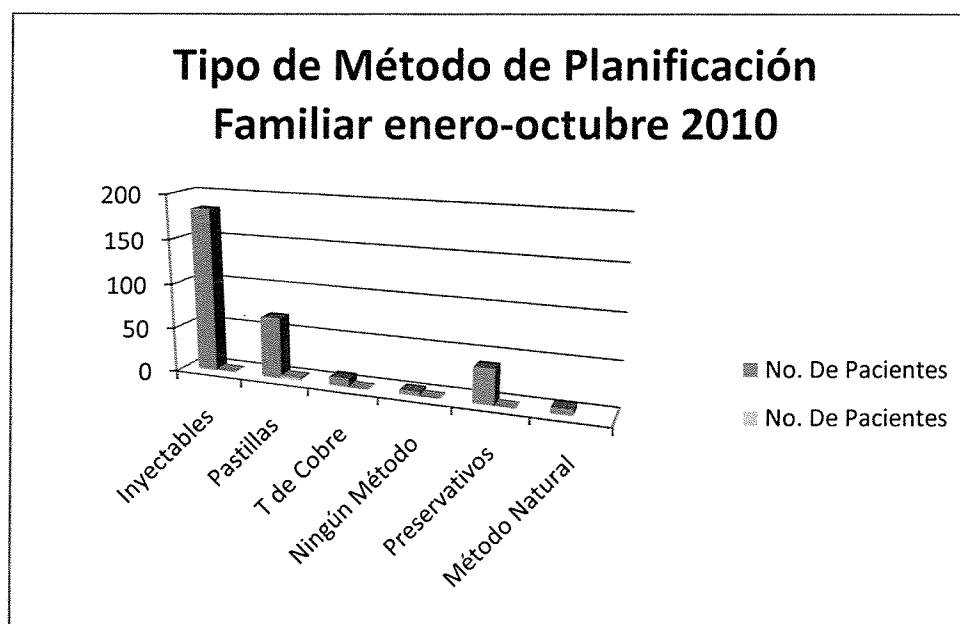
TIPO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SELECCIONADO POR LA PACIENTE

TIPO DE METODO	No. DE PACIENTES
Injectables	183
Pastillas	68
T de Cobre	9
Ningún Método	4
Preservativos	39
Método Natural	6
Total	309

Fuente: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legrados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010.

Gráfica No. 3

TIPO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SELECCIONADO POR LA PACIENTE



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legrados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010.

Tabla No. 4

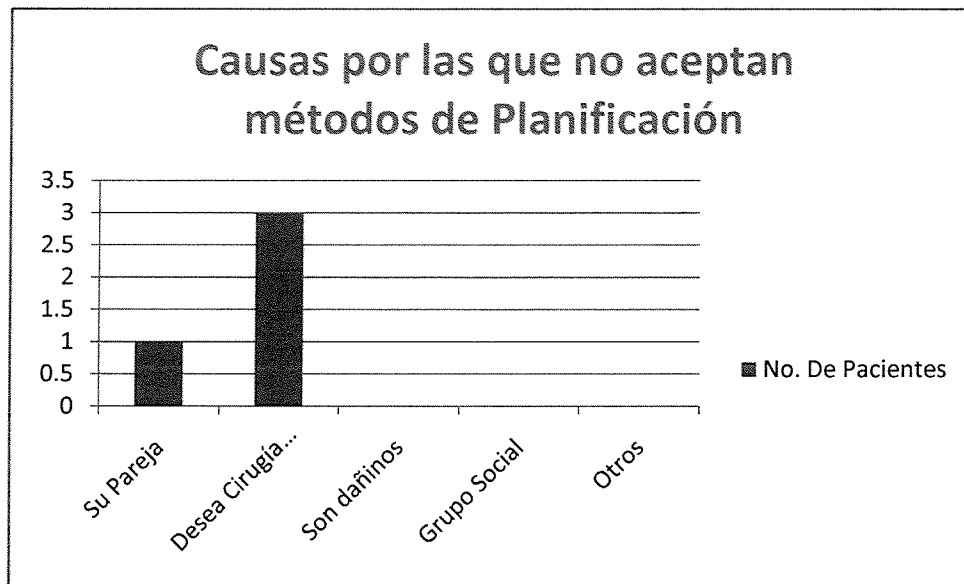
CAUSAS POR LAS QUE NO ACEPTA MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Causa	No. Paciente
Su Pareja no Acepta	1
Desea cirugía esterilizante	3
Son Dañinos	0
Grupo Social no Permite	0
Otros	0
Total	4

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010

Gráfica No. 4

CAUSAS POR LAS QUE NO ACEPTA MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legrados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010

Tabla No. 5

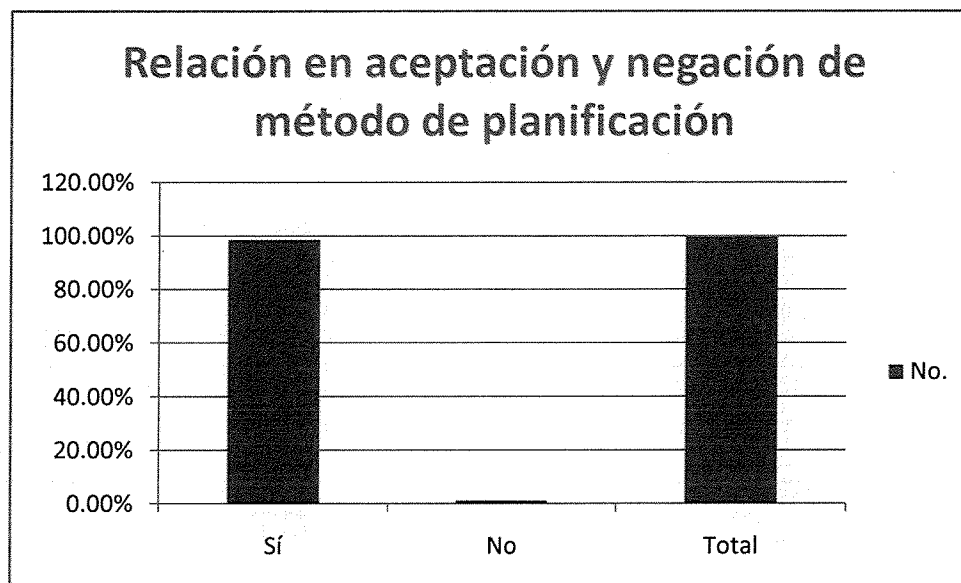
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ACEPTARON UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Sí	98.7%
No	1.3%
Total	100%

FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legrados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010

Gráfica No. 5

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ACEPTARON UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR



FUENTE: Datos obtenidos de encuestas realizadas a pacientes en el área de legrados post aborto en los meses de Enero-Octubre 2010

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Como se puede observar de las pacientes entrevistadas la aceptación es buena con un 98.7% de todas tomaron un método de los que se les fueron ofrecidos de forma gratuita. Se entrevistó a un total de 309 pacientes en el área de legrados que se encontraban ingresadas por haber sufrido un aborto y que necesitaron cierto grado de atención médica por lo cual fue necesario ser ingresada.

Se observó que las pacientes entrevistadas su mayor frecuencia en cuanto a las edades las podemos encontrar entre las edades de 20-25 y 26-30 años, debido a que es la edad en la cual su edad fértil se mayor. Siendo de predominio las pacientes casadas y la unidas las que fueron entrevistadas.

Debido a la comodidad de los métodos de planificación familiar los métodos de mayor uso fueron la depoprovera y los anticonceptivos orales una de las razones fue que son de mayor fácil uso y acceso, además, de ser conocidos con anterioridad por las pacientes ya que algunas ya habían utilizado previamente dichos métodos.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** Como se pudo observar con este trabajo fue el hecho que la aceptación de las pacientes post aborto de los métodos de planificación es bueno por lo que la información y brindar dichos métodos de forma gratuita aumenta su aceptación.
- 6.1.2** En cuanto a los diferentes métodos ofrecidos se puede comprender que el de depósito por ser más fácil su administración y control tiene una mejor aceptación.
- 6.1.3** Entre las edades más frecuentes en las cuales a las pacientes entrevistadas se encontró la mayoría pertenece al rango de 20 a 30 años. Siendo más de la mitad de las mismas.
- 6.1.4** La razón por la cual no aceptaron un método de planificación familiar fue debido a que entre sus planes se encuentra realizarse cirugía esterilizante por lo que ellas consideraron que no era oportuno utilizar algún método de planificación familiar.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.1.5** Fomentar la información de las pacientes post aborto en cuanto a los diferentes métodos de planificación familiar antes de su egreso el hospital ya que los mismos son gratuitos.
- 6.1.6** Dar una explicación amplia con respecto a los efectos adversos de los diferentes métodos de planificación para que de esta manera se evite en la manera de lo posible el aumento de cambio de método por efectos que ellas no conocen

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Langer, A, "Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México", Gaceta Médica de México, 2003, 139(1) S-1-S-7
<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031b.pdf>
2. Maternal and Neonatal Health http://www.reproline.jhu.edu/Reproductive_Health_Online (ReproLine): a family planning and reproductive health training website. Julio 2003.
3. Espinoza, H, "Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: Definición del problema y su prevención". Gaceta Médica de México. 2003, 139(1).
4. Deborah, L, et al, "Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research", Ipas, Chapel Hill, NC, USA and 2Ipas Mexico, Mexico City, Mexico Pag. 158-167
5. Saenz, S, et al, "Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la Comunidad", Informe Ocasional No. 27. Octubre 2006, Pag. 43-51.
6. Johnson, B, et al, "Reducing Unplanned Pregnancy and Abortion in Zimbabwe Through Postabortion Contraception", Studies in Family Planning, Junio 2002, 33(2) 195-202.
7. Savelieva, I, et al, "Postabortion family planning Operations Research Study in Perm, Russia September 2003, Pag. 1-34
http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Russia_PAC.pdf
8. Stanwood, N, et al, "Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence", British Journal of Obstetric and Gynaecology. Noviembre 2001, 108, 1168-1173
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119025584/PDFSTART>
9. The Population Council, "Expansión del uso de anticoncepción en el posparto y postaborto". The communication initiative Network, Diciembre de 2001. Pag. 1-2
<http://www.comminit.com/es/print/68462>

10. Corbett, M, et al, "Essential elements of postabortion care: Origins, Evolution and Future Directions", International Family Planning Perspectives, Septiembre 2003, 29(3)<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2910603.html>.
11. Girvin, S, et al, "Postabortion Care for Adolescents: Result from research in the Dominican republic and Malawi". Engenderhealth, 2004 pag. 1-9 http://www.engenderhealth.org/files/pubs/pac/pac_adol_report.pdf.
12. Klitsch, M, et al, "Changing Policies and Attitudes: Postabortion Care in the Philippines", Compass. Engenderhealth, 2003, 1, 1-4<http://www.engenderhealth.org/files/pubs/pac/compass-03-01.pdf>.
13. Grimes, S, et al, "Inserción inmediata postaborto de dispositivos intrauterinos", La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, 3 Disponible en: <http://www.update-software.com>.
14. Fetteresa, T, et al, "An assessment of postabortion care in three regions in Ethiopia, 2000 to 2004". International Journey of Gynecology and Obstetrics. February 2008, 101(1), 100-106.
15. Gaudet, K, et al, "What women believe about oral contraceptives and the effect of counseling". *Contraception* 2004, 69(3), 1-6.
- 16 Dabsh, R, et al, "Taking Postabortion Care Services Where They Are Needed: An Operations Reserch Project Testing", PAC Expansion in Rural Senegal. October 2003
- 17 Henshaw, S, et al, "La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, 2000;16-24.

- 18 Sherk, K, "Mejorando la Atención post aborto en Etiopía". Ipas. 24 de marzo 2008
- 19 Helpern, V, et al, "Estrategias para mejorar el cumplimiento y la aceptabilidad de los métodos hormonales de anticoncepción", Reproducción de una revisión Cochrane. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
- 20 Billings, D, et al, "Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care in Public Hospitals in Mexico City", International FamilyPlanning Perspectives, 2003; 29: 112-120.
- 21 Gómez, S, et al, "Evaluación de la Atención Integral al Pos-aborto en 13 Hospitales de Colombia", Revista Salud Pública, 2007, 9(2).
- 22 Acceso a la anticoncepción después de un aborto: la atención postaborto. El Aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión Bibliográfica de los Años 1990-2005. Año 2005.
- 23 Langer, G, et al, "Assessing the quality of post-abortion care in a public hospital of Oaxaca, Mexico". Reproductive Health Matters, 2001, 9,20-28 .
- 24 Population Council. Honduras: Mejorar la salud reproductiva. 2002. [Internet]. Disponible en: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/reports/Honduras_io_mejorar.pdf Septiembre 15 de 2006.
- 25 "Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de Salud sexual y reproductiva. Congreso de la República. Año 2005.

VIII. ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD: _____ FECHA: _____

REGISTRO MEDICO: _____ ESTADO CIVIL: _____

1. De los métodos de planificación familiar proporcionados cuál decidió utilizar:

- A. Inyectables
- B. Pastillas
- C. T de cobre
- D. Preservativos
- E. Método Natural
- F. Ninguno

2. Si su decisión fue no utilizar ningún método de planificación familiar porque fue su decisión.

- A. Su pareja no acepta que usted utilice algún método.
- B. Desea realizarse cirugía esterilizante.
- C. Considera que son dañinos para su salud.
- D. En su grupo social no se lo permiten (religiosos, cultural, amigos, familia)
- E. Otros, especifique: _____

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Grado de Aceptación de métodos de Planificación Familiar en Pacientes Post Aborto" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.