

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**COBERTURA Y ELECCION DE METODO
ANTICONCEPTIVO DESPUES DE UN EVENTO
OBSTETRICO (PARTO, CESAREA, ABORTO)**

Estudio transversal-descriptivo en pacientes que consultan a la clínica de control post-natal y post-aborto en el Hospital de Gineco-Obstetricia de la zona 12 "Pamplona", del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período de Mayo a Junio del año 2000.

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

HENRY ESTUARDO MORALES MERIDA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Septiembre del 2000

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El (la) BR. HENRY ESTUARDO MORALES MBRIDA
Carnet universitario No. 9413763

Ha presentado para su **EXAMEN GENERAL PUBLICO** previo a optar al titulo de Médico
(a) y Cirujano, (a), el trabajo de tesis titulado

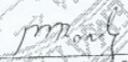
**COBERTURA Y ELECCION DE METODO ANTICONCEPTIVO
DESPUES DE UN EVENTO OBSTETRICO (Parto Cesárea, Aborto)**

Asesorado por: Dr. Hermes Iván Vanegas Chacón y
Dr. Marco Vinicio González Moscoso
y revisado por: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

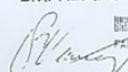
Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente **ORDEN DE
IMPRESIÓN**

Guatemala,
5 de septiembre del año 2000


Unidad de Tesis
DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ


Director del C.I.C.S.
DR. JORGE MARIO ROSALES A.

IMPRIMASE:


DR. ROMEO A. VASQUEZ VASQUEZ
Decano de la UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DECANO 1998 - 2002

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



UNIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
Calle Universidad, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Aprobación de Informe Final
Correlativa No. 20-2-200

Guatemala,
5 de septiembre del año 2,000

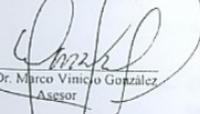
Señores
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
USAC

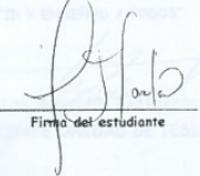
Se les informa que el (la) Bc. Henry Estuardo Morales Mérida

Carné No. 9413763 ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

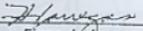
COBERTURA Y ELECCION DE METODO ANTICONCEPTIVO DESPUES
DE UN EVENTO OBSTETRICO (Pacto, cesárea, aborto)

Del cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Dr. Marco Vinicio González
Asesor


Firma del estudiante

A... U YUNIA GONZALEZ
MEDICO Y CUIRUIANO
Colegiado 5559


Firma de Asesor
Nombre completo y **SOBRESE PIAN-VARELAS DR.**
APROBADO Y FIRMADO
20.00


Firma del Revisor
Nombre completo y **SETO** profesional
Registro de Personal **176 ED**

DR. EDGAR R. HERRARTE M.
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COLEGIADO 5.660

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Aprobación de Informe Final

Correlativo No 59-2,000

Guatemala,
5 de septiembre del año 2,000

Estimado (a) estudiante
BR. HENRY ESTUARDO MORALES MERIDA

Carnet No. 9413763
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos

EL INFORME FINAL DE TESIS:
COBERTURA Y ELECCION DE METODO ANTICONCEPTIVO DESPUES
DE UN EVENTO OBSTETRICO (Parto, cesárea, aborto)

Ha sido REVISADO y al establecer que cumple con los requisitos, se APRUEBA
cual se le autoriza a los trámites correspondientes para su graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAN A TODOS"

DR. CARLOS ENRIQUE MAZATECOS MORALES
DOCENTE UNIDAD DE TESIS

Vo.Bo.

Unidad de Tesis

DR. ANTONIO E. PALACIOS LOPEZ



INDICE

I. Introducción	1
II. Definición del problema	3
III. Justificaciones	4
IV. Objetivos	5
V. Revisión bibliográfica	6
VI. Metodología	23
VII. Presentación de resultados	27
VIII. Análisis y discusión de resultados	41
IX. Conclusiones	44
X. Recomendaciones	46
XI. Resumen	47
XII. Bibliografía	48
XIII. Anexos	51

I. INTRODUCCION

La planificación familiar es un derecho que tiene todo individuo o pareja para decidir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijos de acuerdo a sus posibilidades y deseo.

Se sabe que casi todas las mujeres en edad reproductiva están en riesgo de tener embarazos no deseados y que la mayoría de mujeres embarazadas tienen un riesgo mayor de morbi-mortalidad comparadas con las mujeres que no están embarazadas o que regulan su fertilidad con algún método anticonceptivo. De ahí la importancia de la planificación familiar ya que esta puede salvar la vida de las madres al reducir el número total de nacimientos, al mismo tiempo que el espaciar los nacimientos salva la vida de los niños, ya que los niños nacidos después de un intervalo de por lo menos dos años tienen más posibilidades de sobrevivir. La salud de la madre afecta la salud de sus hijos, ya que si una madre muere durante el parto o poco después del mismo, las posibilidades de supervivencia del recién nacido y de los demás niños pequeños que pueda tener se ven reducidas.

Tomando en cuenta que el periodo después de un evento obstétrico (Parto, Cesárea, Aborto), es uno de los momentos en los cuales las mujeres están más interesadas a espaciar sus embarazos, la anticoncepción después de dicho evento se constituye en una actividad dentro de un programa que incluye la clínica de control post-natal y post-aborto del área de Planificación Familiar del Hospital de Gineco-obstetricia "Pamplona", con el objetivo de evaluar pacientes post-parto y post-aborto, detectar problemas médicos y dar tratamiento respectivo, iniciación de planificación familiar y mejorar la atención a la paciente puerpera.

Por ello el presente estudio determina la cobertura y elección del método anticonceptivo después de un evento obstétrico (Parto, Cesárea, Aborto) en una muestra de pacientes que consultan a la clínica de control post-natal y post-aborto del Hospital de Gineco-Obstetricia "Pamplona"; en el cual se encontró que la cobertura de anticoncepción es de un 87%, tomando en cuenta que un 5% de total de la muestra eran madres solteras por lo que no utilizaron método anticonceptivo. El método anticonceptivo más utilizado por las pacientes es la inyección de depósito acetato de medrohidroxiprogesterona para tres meses (49%), ya que cumple con la mayoría de demandas de las usuarias. Observando también que la consejería sobre planificación familiar influye en estas pacientes ya que incrementa la

cobertura de anticoncepción y encamina hacia la mejor decisión de elección de método anticonceptivo.

Lo que se espera con una cobertura alta de anticoncepción después de un evento obstétrico es beneficiar la salud y calidad de vida de la mujer y sus hijos.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La planificación familiar es un componente muy importante en el campo de la salud, ya que esta tienen un efecto positivo sobre la salud y la calidad de vida de las mujeres y sus hijos, principalmente cuando hablamos de la anticoncepción post-parto y aborto. (20)

Se sabe que aproximadamente 600,000 mujeres mueren cada año por complicaciones del embarazo y el parto, sin poder dejar de mencionar que la alta frecuencia de embarazos no deseados y abortos, colocan a las mujeres en mayor riesgo de morbi-mortalidad ya que este representa un 40% de la mortalidad materna a nivel mundial y puede llegar a comprometer en ocasiones la salud sexual y reproductiva.(6,10)

Ya que el control post-parto y post-aborto es componente muy importante de la atención de salud de la mujer, también es uno de los periodos por los cuales las mujeres están mas interesadas a espaciar sus embarazos y usar los servicios de planificación familiar.(20)

Es por eso que el Hospital de Gineco-Obstetricia " Pamplona " del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Area de Planificación Familiar a principios del mes de febrero del presente año instaló la clínica de control post-natal y post-aborto, para centralizar a todas las pacientes en una sola clínica, con el objetivo de evaluar tanto a las pacientes que se encuentran en su periodo post-natal como post-aborto, detectar problemas médicos, dar tratamiento médico ambulatorio y hospitalización, iniciación de planificación familiar y mejorar la atención a la paciente puerpera.

De ahí la importancia de la relación que tiene la mortalidad materna, el control post-parto y post-aborto y la planificación familiar en este periodo.

Derivado de lo anterior, el presente estudio pretende determinar la cobertura y elección de método anticonceptivo que se da en la clínica de control post-parto y post-aborto, así como el objetivo de evaluar a la paciente después de un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto) y de la iniciación de planificación familiar si ellas lo desean.

III. JUSTIFICACION

Anteriormente las pacientes obstétricas atendidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tenían su control post-natal y post-aborto de manera descentralizada, por lo que cada paciente tenía que consultar a su clínica periférica correspondiente. Con lo que resultaba difícil tener un registro de la cobertura de control post-natal y post-aborto.

El hecho de centralizar una clínica única de control post-parto y post-aborto en el Hospital de Ginecología-Obstetricia " Pamplona ", no solo persigue tener un registro de la cobertura de control post-parto y post-aborto, sino además elevar la cobertura de anticoncepción, al recibir consejería los pacientes tendrán la oportunidad de elegir la iniciación y elección del método anticonceptivo que consideren mas apropiado para su situación en particular, principalmente en el periodo de post-parto y post-aborto que es cuando mas interesados están dichas pacientes en planificar el siguiente embarazo.

En un estudio estadístico que realizó el Programa de Planificación Familiar en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en donde se protegieron en un periodo de cinco años 32,508 parejas con métodos anticonceptivos permanentes y temporales, se pudo estimar que de no existir este servicio se tiene la probabilidad de esperar un 50% de embarazos en los próximos cinco años, asumiendo que el otro 50% tuvo acceso a atención de planificación familiar en otro centro de los servicios de salud. Por lo tanto se evito que 16,254 mujeres se embarazaran y con ellos las complicaciones y embarazos de alto riesgo.

Como se ha podido identificar en estudios de morbi-mortalidad materna, el embarazo constituye un riesgo de morbi-mortalidad, por lo que un buen programa de planificación familiar y un buen control durante el periodo post-parto y post-aborto, ayudaría a disminuir el riesgo de morbi-mortalidad materna. Ya que la salud de la madre puede afectar la salud de sus hijos, al beneficiar la salud de la misma las posibilidades de supervivencia del recién nacido y de los demás hijos mejoraran.

Ante ello, este estudio pretende determinar la Cobertura y elección de método anticonceptivo después de un evento obstétrico (Parto, Cesárea, Aborto), en las pacientes que consultan a la clínica de control post-natal y post-aborto.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar la cobertura y elección de método anticonceptivo después de un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto), en las pacientes que consulta a su control post-natal o post-aborto en el Hospital de Gineco-Obstetricia de la zona 12 " Pamplona ", del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo de Mayo a Junio del año 2000.

B. ESPECIFICOS

1. Relacionar el método anticonceptivo elegido por la usuaria y el tipo de evento obstétrico.
2. Relacionar la paridad y la elección de métodos anticonceptivos después de un evento obstétrico
3. Identificar si influye la conserjería sobre planificación familiar en la toma de decisión de algún método anticonceptivo, en las pacientes que tenían pensado o no planificar antes de recibir consejería.
4. Identificar la escolaridad de las pacientes que eligieron planificar con algún método de anticoncepción en particular.
5. Determinar la cobertura de anticoncepción después de un evento obstétrico.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Definición.

La definición de planificación familiar se basa en el derecho que tiene todo individuo o pareja de poder decidir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijos de acuerdo a sus posibilidades y deseo, es además un deber que tienen las Instituciones de Salud de ofrecer información y servicios al respecto, especificando ventajas, desventajas, riesgos de la reproducción en circunstancias personales y familiares determinadas. Lo que significa que no es el médico quien decide el método, sino la mujer, el hombre o la pareja, luego de la consejería. (7)

2. Justificación.

Casi todas las mujeres están en riesgo de tener embarazos no deseados durante su edad reproductiva. Las adolescentes, mujeres casadas, mujeres con bajo nivel socio económico tienen mas riesgo de no usar anticonceptivo y de fracasos de anticoncepción, por lo que tienen mas riesgo de tener embarazos no deseados. Se sabe que de 6.4 millones de embarazos ocurridos en Estados Unidos en 1988, mas de la mitad (56%) fueron no deseados. En igual proporción un embarazo no deseado y un aborto puede tener grandes consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales.(8,23)

Debido a lo anterior, disminuyendo la incidencia de las mujeres que no usan anticonceptivos y el mal uso de los mismos ayudaría a disminuir el porcentaje de embarazos no deseados.(23)

Las mujeres embarazadas tienen un riesgo mayor de morbi-mortalidad comparado con las mujeres que no están embarazadas. En Estados Unidos las tres principales causas de mortalidad materna son; hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia y embolia pulmonar. Aunque hacen falta datos relacionados con la morbi-mortalidad relacionados con el embarazo, aproximadamente el 22% de todas las mujeres embarazadas son hospitalizadas después del parto debido a complicaciones. Por lo que se sabe que la mayoría de mujeres que regulan su fertilidad con anticonceptivos, esterilización y aborto legalizado están en menor riesgo de muerte que las que tienen un parto.(12)

En un estudio en las clínicas de Brooklyn para determinar diferencias en el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual entre mujeres

embarzadas y mujeres no embarazadas, determinaron que el 17.2% de embarazadas tuvieron resultados positivos para clamidia y 23.4% para T. vaginalis. En las no embarazadas los resultados fueron de 10.9% y 17.7%, respectivamente. También se pudo saber que las embarazadas respondieron el uso menos constante del condón que las mujeres no embarazadas. Por lo que se concluyo que el de embarazo no representa un periodo de riesgo disminuido para enfermedades de transmisión sexual.(22)

Las estimaciones de 1,996 muestran que 600,000 mujeres mueren cada año por complicaciones del embarazo y el parto. Por lo que las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto figuran entre las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad fértil, provocando la muerte de una mujer cada minuto en algún lugar del mundo.

La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos, el intervalo entre los nacimientos, el número total de embarazos a lo largo de la vida y las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres son factores que influyen en la morbi-mortalidad materna.(6,16)

En el estudio realizado por el programa de planificación familiar en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por un periodo de 5 años, donde se protegieron 32,508 parejas con métodos anticonceptivos se estimo que de no existir este servicio se esperaría un 50% de embarazos en los próximos cinco años, asumiendo que el otro 50% de embarazos tuvo acceso a atención de planificación familiar en otro sector de los servicios de salud. Con lo que se evito que 16,254 mujeres se embarazaran. Obteniendo los siguientes beneficios en salud para los 5 años próximos; se evitaron 11,300 partos, 3,004 cesáreas, 1,950 abortos, 1,573 recién nacidos de bajo peso, 858 recién nacidos prematuros, 486 muertes neonatales, 572 muertes infantiles, 286 muertes intrauterinas, 1,859 hospitalizaciones durante el embarazo.

Estudios realizados indican que el peligro de muerte por utilizar los métodos modernos de planificación familiar es muy inferior a los riesgos relacionados con el embarazo y el parto, especialmente en países en desarrollo. Los métodos de planificación familiar pueden mejorar la salud reproductiva de la mujer, al proporcionarle la oportunidad de tomar una decisión libre y fundada sobre el método de planificación familiar que considere mas apropiado para su situación en particular.

⁷ Estudio estadístico realizado por el programa de planificación familiar del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo de 1994-1995, por los Drs. Donato, Lemus y Gutierrez.

Por lo que la planificación familiar puede salvar la vida de las madres al reducir el numero total de nacimientos, al mismo tiempo el espaciamiento de los nacimientos salva la vida de los niños, ya que los niños nacidos después de un intervalo de por lo menos dos años a partir de nacimiento precedente tienen mas posibilidades de sobrevivir.(16,20)

La salud de la madre puede afectar la salud de sus hijos, ya que si una madre muere durante el parto o poco después del mismo, las posibilidades de supervivencia del recién nacido y de los demás niños pequeños que pueda tener se ven reducidas.(20)

Las encuestas demográficas y de salud indican que muchas mujeres en el post-parto desean espaciar las nacimientos o no desean tener mas hijos. A pesar de que muchas mujeres en el post-parto corren el riesgo de quedar embarazadas, la mayoría no usa ningún método anticonceptivo, entre un 60 y un 80% de las entrevistas durante un periodo de 24 meses después del parto no deseaban quedar embarazadas, estas mujeres declararon que deseaban demorar el embarazo por lo menos dos años o que no deseaban tener mas hijos.(4)

Muchas mujeres tratan de abortar para poner fin a un embarazo no deseado, resultando en al menos 50 millones de abortos provocados cada año.

Al menos 76,000 mujeres mueren cada año como consecuencia de abortos arriesgados y miles sufren complicaciones serias que pueden ocasionar dolores cronicos e infertilidad. Además de esto vale la pena mencionar que el aborto representa también una carga financiera para los servicios de salud de cualquier país.(10)

Varios estudios indican que se reduce el número de abortos a medida que con el paso del tiempo, el uso efectivo de los métodos de planificación familiar aumenta.

Las mujeres que tienen abortos presentan un alto riesgo de volver a quedar embarazadas sin planearlo. Los estudios demuestran que dichas mujeres se mostraron interesadas en usar servicios de planificación familiar mas efectivos cuando estos les fueron ofrecidos después de un aborto, por los que los servicios de planificación familiar después de un aborto pueden ayudar a impedir que muchas mujeres mueran innecesariamente al romper el ciclo de embarazos no planeados, seguidos de un aborto.(5)

Por lo tanto es relevante mejorar la atención hospitalaria de las mujeres con aborto, satisfacer las necesidades de planificación familiar en general y en particular post-aborto. Ya que cuando los servicios Hospitalarios no proveen

anticoncepción post-aborto, representa una oportunidad perdida de prevenir abortos y ayudar a las mujeres mas necesitadas.(2)

La planificación familiar puede salvar a un cuarto o un quinto de las mujeres que mueren cada año por causas relacionadas al embarazo y al parto. También se sabe que la planificación familiar puede prevenir mas de 50,000 abortos ilegales diarios, por los cuales mueren 150,000 mujeres cada año.(7)

3. Consejería.

La consejería es una formula especial sobre como se debe dar la relación proveedor de salud-usuario, que se refiere a la asesoría y orientación, que le brindamos a un individuo que solicita nuestros servicios, con conocimiento previo sobre lo que el desea saber, y a quien hay que encaminar para que defina la situación que lo tiene indeciso, con el animo de que sea el quien decida que es lo que mas le conviene, con el objetivo de encaminar al hombre y a la mujer a que decidan con que método les gustaría planificar. La consejería también se encarga de corregir rumores falsos e información errónea sobre algunos métodos anticonceptivos.(4,13)

Cuando el usuario sabe con anterioridad que algunos métodos causan alteraciones en la menstruación, malestares físicos, psicológicos es menos probable que se alarmen al presentar esos efectos secundarios y que por consiguiente interrumpan, cambien de método o probablemente tengan un embarazo no esperado. La consejería no solo es beneficiosa para los usuarios sino para los proveedores de servicios, ya que aumentan la continuidad del método elegido y disminuye el numero de citas de seguimiento. Otro beneficio es que debido a que las personas se sienten satisfechas porque participaron en una elección muy importante y este mensaje será transmitido a otros potenciales solicitantes. También los servicios de orientación familiar que incluyen Consejería tienen elevados niveles de aceptación, continuidad en sus métodos, satisfacción de sus solicitantes, eficacia y buena calidad en sus servicios.(7,9)

Para lograr una verdadera relación la consejería utiliza técnicas de comunicación como son: motivación, promoción, información y educación.

Los componentes de la Consejería en Planificación Familiar son seis y se agrupan en la sigla ACCEDA ;

A : Atender al usuario con amabilidad.

C : Conversar con el usuario sobre sus expectativas, sus necesidades, deseos, cualquier preocupación que tenga.

- C : Comunicar al usuario sobre los métodos de planificación.
- E : Encaminar al usuario de acuerdo con sus planes, preferencias y necesidades.
- D : Demostrar al usuario como se usa el método que haya elegido.
- A : Acordar con el usuario la próxima cita.

Las mujeres que sufren un aborto requieren de una atención especial debido a que enfrentan un riesgo inmediato de embarazo, a diferencia de las mujeres en el periodo post-parto, quienes pueden retrasar el retorno de la ovulación por medio de la lactancia. Debido a que la mayor parte de estas mujeres no han asistido a sus consultas prenatales, no tienen información sobre métodos anticonceptivos y su estancia hospitalaria es muy breve, por lo que los programas de Consejería post-aborto deben de existir en todos los servicios de salud.(20)

En un estudio realizado en cuatro Hospitales de Centro América para determinar si la técnica de consejería comparada con la técnica de información ofrece mejores o iguales resultados de aceptación en el uso de métodos anticonceptivos post-aborto, concluye que las dos técnicas de educación utilizadas producen un aumento en la decisión de utilizar un método de planificación familiar, por lo que es importante que los profesionales de la salud aprovechen el momento del post-aborto para ayudar a la mujer a encontrar una solución que funcione para ella. En Guatemala se observo que las mujeres que recibieron consejería tuvieron dos veces más probabilidades de escoger un método efectivo que las que recibieron solo información, por lo que la consejería facilita una mejor elección anticonceptiva.(5)

En marzo de 1994 la Organización Mundial de la Salud reviso los criterios médicos para métodos seleccionados de anticoncepción, el cual se determina ponderando los riesgos y los beneficios para la salud respecto a condiciones específicas. La presencia de una condición específica que afecte la elegibilidad para el uso de un método anticonceptivo cae en una de cuatro categorías;(15)

- Categoría 1: donde no hay restricciones para su uso.
- Categoría 2: donde las ventajas superan los riesgos.
- Categoría 3: donde los riesgos superan los beneficios.
- Categoría 4: que equivale a las contraindicaciones.

B. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Dispositivos Intrauterinos.

La T de cobre 380A es uno de los **Dispositivos Intrauterinos (DIU)** mas usados, mientras que el asa de Lippes aunque todavía se puede encontrar en algunos centros cada vez es menos utilizado. Según los últimos estudio la T Cu 380A es el mejor desarrollado en cuanto a DIU, con una tasa acumulativa de embarazos de 0.5% por 100 años/mujer a un año y únicamente 1.9 después de 4 años de uso.

Se han desarrollado nuevos DIUs que buscan menor riesgo de expulsión como; el Ombrella 250 con un mecanismo resortado que lo impele hacia arriba con las contracciones uterinas, el DIU en forma de útero hecho con una sola espiral de alambre de acero inoxidable, el Gyne T-380 para uso en el post-parto. Mas recientemente se han desarrollado DIUs que producen menos sangrado y se expulsan en menor proporción, como el Cu FIX 390 que consiste en un hilo de nylon con 6 cilindros de cobre, la tasa de embarazo al cabo de un año fue del 0.3% y la de expulsión de 0.9%.(13)

Aunque algunas literaturas aseguran que el mecanismo de acción de los DIU es impidiendo que los espermatozoides fecunden el óvulo, otras refieren que su eficacia la alcanza tanto por una acción espermicida pre-fecundacion como una inhibición post-fecundacion de la implantación uterina.(21)

El DIU puede insertarse en cualquier momento del ciclo si se tiene la certeza de ausencia de embarazo, en el post-parto, en el post-aborto espontaneo sin complicaciones.(15)

Los beneficios de este método se pueden resumir en:

- Altamente efectivo.
- Efectividad inmediata.
- Método a largo plazo.
- No interfiere con la relación sexual.
- No afecta la lactancia.
- Retorno inmediato de la fertilidad posterior a la remoción.
- Pocos efectos colaterales.
- No necesita de insumos de reemplazo.
- Relativamente económico.

El DIU no debe colocarse en mujeres con:

- Sospecha o certeza de embarazo (OMS clase 4).
- Sangrado genital no diagnosticado (OMS clase 4).
- Múltiples parejas sexuales (OMS clase 3).
- Infección activa del tracto genital.
- Historia reciente de, o Enfermedad Inflamatoria Pélvica activa.
- Post-aborto séptico.
- Anormalidades Uterinas congénitas o tumores uterinos benignos.
- Estenosis cervical severa.

Efectos secundarios y complicaciones:

- Manchado, sangrado, hemorragia y anemia.
- Dolor y cólicos.
- Expulsión del DIU.
- Infecciones pélvicas.
- Perforación Uterina.

El DIU postevento obstétrico (parto, cesárea, aborto), luego de la conserjería en planificación, favorece su uso ya que evidencias en la literatura medica a demostrado mayor aceptación al compararlas con las usuarias de intervalo.(4)

2. Inyectables.

La anticoncepción con **Métodos Anticonceptivos Inyectables** solo con progestagenos son de carácter temporal y reversible, contiene un progestageno sintético de depósito actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, brindando una efectividad anticonceptiva mayor al 99% y una protección de 2 a 3 meses después de inyectados. Las presentaciones más usadas son; Enato de noretindrona 200mg. cada 2 meses y acetato de medrohidroxiprogesterona 150mg. cada 3 meses. Este método puede iniciarse del primero al séptimo día del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo menstrual en que pueda estar segura que no esta embarazada, post-parto (6 semanas después si no esta lactando, después de los 6 meses si esta usando el método de la amenorrea de la lactancia materna, post-aborto (dentro de los primeros 7 días).(13,14,15)

Los anticonceptivos de depósito de acción prolongado con acetato de medrohidroxiprogesterona disminuye el sangrado menstrual, asociado con disminución de la incidencia de candidiasis vulvovaginal y enfermedades inflamatoria pélvica y una reducción dramática del riesgo del cáncer endometrial. El uso prolongado puede estar asociado con una disminución

reversible de la densidad ósea, las mas recientes investigaciones sugieren que induce cambios moderados en el metabolismo de los lípidos que son desfavorables en términos de riesgo de arteriosclerosis.(14)

Los beneficios de este método son:

- Eficacia elevada, rápida y duradera (2 meses para la Noretisterona y 3 meses para el acetato de medrohidroxiprogesterona).
- No se requiere examen pélvico antes de su uso.
- No interfiere con el coito.
- No afecta la lactancia.
- Pocos efectos secundarios.
- No contiene estrógeno.
- Puede disminuir los dolores menstruales.
- Disminuye el flujo menstrual.
- Mejora la anemia.
- Brinda protección contra el cáncer del endometrio y de patologías benignas del seno.

Los anticonceptivos inyectables no deben utilizarse o deben ser utilizados con precaución en las siguientes condiciones:

- Embarazo (OMS clase 4).
- Lactancia < 6 semanas (OMS clase 3).
- Sangrado genital de origen no claro (OMS clase 3).
- Presión alta (OMS clase 3).
- Consumo de medicamentos para la tuberculosis o epilepsia (OMS clase 2).
- Hepatopatía activa (OMS clase 3).

Efectos secundarios comunes:

- Amenorrea.
- Cefaleas.
- Nauseas.
- Vómitos.
- Aumento de peso.

3. Orales.

La **Anticoncepción Hormonal Oral** es uno de los métodos mas utilizados en el mundo. Las hormonas que se utilizan son estrógenos y progestagenos.

El mecanismo de acción es a través del bloqueo de la ovulación al interferir en el hipotálamo la liberación del factor de liberación de la hormona luteinizante y evitan el aumento a la mitad del ciclo de hormona luteinizante, alteran la motilidad uterina y tubárica, alterando el transporte del óvulo o espermatozoide, producen modificación endometrial alterando la producción de glucógeno en las glándulas endometriales, pudiendo interferir la implantación del blastocisto, alteran la esteroidogénesis ovárica, modifican las concentraciones de ácido siálico en el moco cervical que se vuelve espeso y viscoso, impidiendo el paso de los espermatozoides, inhiben el crecimiento folicular.(13)

Aunque existen efectos metabólicos, estos se han minimizado con la aparición de nuevas progestinas. Hoy en día el balance riesgo beneficio se inclina a favor del beneficio, ya que la posibilidad de muerte con cualquier método anticonceptivo siempre es mucho menor que la mortalidad por gestaciones indeseadas.(20)

Los estrógenos pueden aumentar la producción hepática de algunas globulinas involucradas en la coagulación, así como del angiotensinógeno asociado hipertensión y esto va relacionado con la cantidad de estrógenos. La incidencia de trombosis venosa y arterial se aumenta en relación a la dosis de estrógeno y este aumento es de una forma leve y mucho menor que el riesgo de trombosis asociada al embarazo. Hay evidencia de que el componente de mayor riesgo para hipertensión es el estrógeno. El uso de altas dosis de progestinas producen una respuesta anormal a la prueba de tolerancia oral a la glucosa, pero las nuevas progestinas parecen no alterar el metabolismo de carbohidratos.(13)

El momento de iniciación de los anovulatorios orales se puede iniciar en cualquier momento, estando seguro que no hay un embarazo en curso. Si se inicia el primer día del ciclo menstrual no se requiere ningún método de apoyo, pero si se inicia después del quinto día se debe indicar otro método de respaldo.

Para la mujer que olvidó tomar sus píldoras la International Medical Advisory Panel del International Planned Parenthood Federation hizo las siguientes recomendaciones; (15)

- Si se olvidó una píldora, tomarla tan pronto como se de cuenta.
- Si se olvidan dos píldoras, tomar dos píldoras dos días consecutivos.
- Si se olvida más de dos píldoras, interrumpir el método.

Por lo que, el consenso actual de la relación entre anticoncepción hormonal oral y enfermedades cardiovasculares es que es muy pequeña y el riesgo se limita a grupos identificables.

Los beneficios de este método son:

- Menor cantidad de pérdida menstrual.
- Menos anemia.
- Baja incidencia de metrorragia y de sangrado irregular.
- Menor incidencia de cáncer endometrial, ovárico y de enfermedad benigna del seno.
- Incremento de la densidad ósea en la columna vertebral.

Los anticonceptivos orales combinados deben utilizarse con precaución en:

- Presión arterial alta (OMS clase 3).
- Enfermedad vascular (OMS clase 4).
- Diabetes mellitus (OMS clase 4).
- Fumadora excesiva (OMS clase 4).
- Migrañas (OMS clase 4).
- Medicamentos para la epilepsia y tuberculosis (OMS clase 3).
- Depresión.
- Nódulos o masas en las mamas (OMS clase 1).

Efectos secundarios:

- Amenorrea.
- Náuseas, mareos y vómitos.
- Manchas y sangrado vaginal.

4. *Implantes Subdérmicos.*

Los **Implantes Subdérmicos** son métodos anticonceptivos hormonales, que no contienen estrógenos, son de carácter temporal y reversible, de larga duración y que proveen protección hasta por cinco años. Consiste en seis tubos flexibles de silastic, delgados que contienen un progestageno de depósito (levonorgestrel), que liberan diariamente de 50-80 ug/día el primer año y luego en promedio 30-35 ug/día.

Más de 60,000 mujeres han participado en pruebas clínicas que han demostrado que es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más efectivos disponibles.(3)

Diversos autores confirman que el Norplant cuenta con una de las tasas de continuidad más altas entre los métodos anticonceptivos temporales, Flemming y col. Informan una tasa de continuidad a un año de 84%, comparado con 70% para el DIU, y a dos años de 71.8% para Norplant y 54.6% para el DIU.

También se sabe que reduce la incidencia de embarazo ectópico a niveles mucho menores que en las usuarias.(13)

Se insertan por debajo de la piel en el brazo de la usuaria mediante un procedimiento menor. Actúa inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Su efectividad es superior al 99% durante el primer año y de 96.5% al quinto año de uso.(15)

a. Iniciación del método:

- i. Durante el intervalo de la menstruación, iniciar los primeros 7 días de la menstruación.
- ii. En el post-parto, después de seis semanas si no esta lactando o después de los seis meses se esta utilizando el método de la amenorrea de la lactancia.
- iii. En el post-aborto, inmediatamente después del aborto o dentro de los primeros 7 días. En un estudio donde se determino la tolerancia y la seguridad del Norplant cuando se inserto en el puerperio inmediato y en el puerperio tardío, se determino que no hay episodios significativos de hemorragia aguda o sangrado, pero se observo que el grupo que se encontraba en el puerperio inmediato sufrió mas días de sangrado vaginal, mas cefaleas y mas acné que el grupo del puerperio tardío.(17)

b. Nivel de seguridad en donde actúa:(24)

- i. Altera el hidrogel del moco cervical en donde los filamentos de las micelas del componente de alta viscosidad están dispersos y forman una intrincada red donde los orificios son menores de 0.3 micras impidiendo la penetración del espermatozoide y producen microscópicamente un moco escaso y espeso, reduciendo a su vez el diámetro del orificio cervical externo, la cavidad ciliar y el número de criptas endocervicales.
- ii. La ovulación se ve alterada hasta un 70% de los ciclos.
- iii. Disminución de la producción de progesterona endógena durante la fase lútea en aquellos ciclos que si existe la ovulación.
- iv. Cambios en el endometrio lo mantienen poco favorable para la implantación durante su uso.(24)

Beneficios del Norplant:

- Eficacia elevada (0.2 a 1 embarazo por cada 100 mujeres).
- Eficacia rápida (menos de 24 hrs.) Se inicia en los primeros 7 días del ciclo.
- Duración prolongada.
- Retorno inmediato de la fertilidad al removerse.
- No contiene estrógeno.
- Disminución de patologías benignas de la mama.
- Disminuye la frecuencia de embarazo ectópico.

No debe de aplicarse a mujeres con :

- Embarazo.
- Sangrado vaginal no diagnosticado.
- Que no toleren cambios en su patron de sangrado menstrual.
- Cáncer de seno.
- Que estén tomando medicamento para la epilepsia o la tuberculosis.

Efectos secundarios:

- Amenorrea hasta de 6 meses.
- Sangrado intermenstruales.
- Hipermenorrea y polimenorrea.
- Expulsión de las cápsulas.
- Infección en el sitio de la inserción.
- Cefaleas.
- Náuseas, mareos y nerviosismos.

En el Instituto Nacional de Perinatología de México se estudio el uso de Norplant en 102 pacientes, las cuales reportaron que los efectos secundarios más frecuentes fueron irregularidades menstruales en 83% y cefalea en el 30% de las pacientes. Siendo estas las dos principales causas para el retiro de los implantes.(18)

En un estudio donde compararon el uso del Norplant con anticonceptivos orales en adolescentes después de un año de uso, se determino que el 34% de las pacientes que eligieron anticonceptivos orales comparado con el 91% que eligieron Norplant continuaban usando el método un año después. Por lo que los implantes de Norplant proporcionan mejor protección contra embarazos no deseados en una población adolescente, pero puede estar asociado a mas efectos secundarios, ya que el 73% de las

pacientes que eligieron Norplant reportaron con mas frecuencia menstruaciones irregulares en comparación con el 5% de las pacientes que eligieron anticonceptivos orales. (1)

5. Quirúrgica.

La **Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria** en la mujer es uno de los métodos mas utilizados en el mundo, siendo de carácter permanente y consiste en la oclusión tubarica bilateral. De las técnicas quirúrgicas hechas por minilaparotomia, en nuestro medio la técnica de Pomeroy y Uchida, son las mas utilizadas son las mas difundidas. Pero se puede realizar por laparoscopia, colpotomía, histeroscopia (aun experimental) y transcesarea.

Al bloquea las trompas de falopio (mediante corte, sección, cauterización, anillos o grapas), se impide que los espermatozoides lleguen al óvulo y lo fertilicen. Este método brinda una protección anticonceptiva superior a 99%, desde el momento mismo en que se concluye la operación.

Las limitaciones de este método estriba en que debe considerarse como un método

permanente, ya que puede haber arrepentimiento con posterioridad, debe haber autorización escrita por parte del cónyuge con previo conocimiento de implicaciones y repercusiones. (13,15)

La oclusión tubarica bilateral se puede aplicar en las siguientes oportunidades:

- Intervalo: aplicado en cualquier momento del ciclo, si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.
- Transcésarea: se puede aplicar durante la operación, después de la expulsión placentaria y luego de haber suturado la cavidad uterina y controlado el sangrado.
- Post-parto o post-aborto: inmediatamente después o en los primeros 3 dias post-parto.

Los beneficios de este método son:

- Eficacia inmediata y elevada (0.2 a 1 embarazo por c/100 mujeres en el primer año).
- Permanente.
- No interfiere con la lactancia.
- Cirugía sencilla.
- No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.

La anticoncepción quirúrgica voluntaria no debe ofrecerse a mujeres:

- Embarazadas o con sospecha de embarazo.
- Con infecciones pélvicas o sistémicas agudas.
- Con contraindicación para el procedimiento quirúrgico.
- Que no estén seguras del numero de hijos que desea tener.
- Que manifiesten inestabilidad emocional.
- Que no den su consentimiento voluntario e informado.

Efectos colaterales y complicaciones:

- Fiebre e infección de herida operatoria.
- Dolor del área operatoria.
- Lesiones vesicales o intestinales (muy raras).
- Hematomas (subcutáneos).

6. Métodos Anticonceptivos en el Hombre.

El hombre como parte activa de la pareja tiene derecho a intervenir **activamente** en la decisión de planificar la familia. Los **Métodos Anticonceptivos en el Hombre** se dividen en temporales y permanentes.

a. Temporales.

El único método de contracepción masculina reversible es el **Preservativo**. Y consiste en un recubrimiento delgado de látex, vinilo o de productos naturales/animales que se coloca en el pene erecto para impedir de manera o química el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Su efectividad es del 90%. Los principales problemas del preservativo son la ruptura y el escape, ambas entre 1 - 18 %.(15)

El uso de anticonceptivos de barrera como el preservativo disminuye el riesgo de cáncer cervical aproximadamente en un 50%, debido a que protege contra enfermedades de transmisión sexual, ya que estas tienen relacionan con el cáncer del cervix.(11)

Los beneficios de este método son:

- No encierra riesgos para la salud de los usuarios.
- Tiene eficacia inmediata.
- No requiere supervisión medica.
- Fomenta la participación del varón en la anticoncepción.
- Protege a las parejas contra enfermedades de transmisión sexual.

Este método no debe de ofrecerse a parejas que:

- Sean alérgicas al látex.
- Requieran un método altamente efectivo.
- Requieran un método a largo plazo.
- Requieran un método que no interfiera con las relaciones sexuales.
- El embarazo representa un serio riesgo a la salud de la mujer.

Principales problemas con el uso del preservativo:

- Ruptura.
- Escape o deslizamiento.
- Irritación local del pene.
- Reducción del placer sexual.

Si el condón se rompe considere como método anticonceptivo de emergencia: 4

pastillas de anovulatorios orales de microdosis en las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual y otras 4 pastillas, 4 horas después.

O bien, Danazol 200 mg. 4 tabletas en las primeras 72 horas y 4 en las 12 horas subsiguientes.

b. Permanentes.

La **Vasectomía** es el método anticonceptivo masculino permanente, consiste en la sección y ligadura u oclusión de los conductos deferentes. Al bloquear el conducto deferente (conducto eyaculador), no hay espermatozoides en el eyaculo. Este método brinda una protección del 99%.

Y la protección contra el embarazo la brinda cuando el usuario haya eyaculado 25 veces o hasta que se observe la ausencia de espermatozoides en una muestra de semen sometida a un examen microscópico.

La vasectomía es uno de los métodos más simples, seguros, sencillos, eficaz, de bajo costo que existe y no requiere condiciones o equipos sofisticados, comparado con los métodos femeninos de esterilización, lo hacen mas atractivo. Las técnicas de vasectomía se han clasificado en dos categorías: la ligadura (convencional) y la oclusión del conducto deferente (vasectomía sin bisturi).

La literatura reporta que en la técnica convencional hay una incidencia entre el 2% y el 70.3% de recanalización, con la técnica sin bisturi mas interposición de la fascia se reporta una incidencia entre el 1% y 2%.

Aunque se ha escrito mucho acerca de los riesgos a largo plazo de la vasectomía, como son el aumento de las enfermedades cardiovasculares,

cáncer de próstata y de testículo, ninguno es concluyentes por lo que el Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos no ha recomendado ningún cambio en la práctica clínica relacionada con la vasectomía.(13)

Beneficios de la vasectomía:

- Eficacia elevada (0.2 a 1 embarazo por c/100 mujeres en el primer año de uso).
- Permanente.
- Menos riesgo quirúrgico menos gastos que la esterilización femenina.
- Buen método en el caso de usuarios para los que el embarazo de su pareja encierra un alto riesgo para la salud.
- Cirugía sencilla.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- No produce cambios en la función sexual.

Contraindicaciones (en la mayoría de los casos estas son relativas):

- Infecciones de la zona.
- Hidrocele.
- Elefantiasis.
- Patologías inguino-escrotales.
- Anemia severa.
- Trastorno de la coagulación.

La vasectomía no debe de ofrecerse a hombres que:

- No estén seguros acerca de su futura fertilidad.
- Tengan contraindicaciones para el procedimiento quirúrgico.
- No den su consentimiento voluntario e informado.

Efectos colaterales y complicaciones de la vasectomía:

- Fiebre e infección de herida operatoria.
- Dolor en el área operatoria.
- Hematomas.

**C. CLÍNICA DE CONTROL POST-NATAL Y POST-ABORTO,
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.**

1. Definición.

La planificación familiar se basa en el derecho que tiene todo individuo o pareja de poder decidir libremente sobre el numero y espaciamento de sus hijos de acuerdo a sus posibilidades y deseo, es además un deber que tienen las Instituciones de Salud de ofrecer información y servicios al respecto, especificando ventajas, desventajas, riesgos de la reproducción en circunstancias personales y familiares determinadas.

Lo que significa que no es el medico quien decide el método, sino la mujer, el hombre o la pareja, luego de la conserjería.

2. Objetivos.

- i. Evaluación de pacientes post-parto y post-aborto.
- ii. Detección de problemas médicos.
- iii. Tratamiento medico ambulatorio y hospitalización.
- iv. Iniciación de planificación familiar.
- v. Mejorar la atención a la paciente puerpera.

3. Actividades.

- i. Evaluación mas pronta de las pacientes post-parto y post-aborto, con citas a los 30 días y 7-10 días respectivamente.
- ii. Que todas las pacientes tengan conserjería individual sobre planificación familiar.
- iii. Evaluación médica.
- iv. Planificación familiar:
 - Aclaración de dudas sobre planificación familiar.
 - Iniciación de método anticonceptivo si ellas lo desean.
- v. Tratamiento ambulatorio y hospitalización.
- vi. Citas a salud reproductiva.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

Descriptivo - Transversal.

2. Sujeto de estudio:

Mujeres que consultan a la clínica de control post-parto y post-aborto localizada en el Área de Planificación Familiar del Hospital de Ginecología-Obstetricia en la zona 12 " Pamplona ", del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y que se encuentran post-evento obstétrico (parto, cesárea, aborto), durante el periodo del mes de Mayo a Junio del año 2000.

3. Muestra de estudio:

Se incluyó una muestra de 400 mujeres, según formula;

$$n = \frac{N * p * q}{N - 1 \left(\frac{le}{2} \right)^2 + pq}$$

$$n = \frac{10343 * 0.50 * 0.50}{10343 - 1 \left(\frac{0.05}{2} \right)^2} + 0.50 * 0.50$$

$$n = 385$$

4. Criterios de Inclusión y Exclusión:

- Criterios de inclusión;
 - Personas de sexo femenino.
 - Comprendidas entre las edades de 18 - 45 años.
 - Que consulten a la clínica de control post-natal o post-aborto.
- Criterios de exclusión;
 - Mujeres menores de 18 años y mayores 45 años de edad.
 - Mujeres que no deseen colaborar con el estudio.

5. Variables a estudiar:

Ver pagina siguiente....

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Periodo de tiempo desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Periodo de vida de la paciente desde el nacimiento a la fecha de consulta.	Ordinal	Años
CONSEJERIA	Proceso mediante el cual se ayuda a las personas a tomar decisiones informadas y voluntarias de su fertilidad.	Información y orientación sobre métodos anticonceptivos.	Nominal	Si ó No
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Derecho que tiene todo individuo o pareja de poder decidir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijos de acuerdo a sus posibilidades y deseo.	Tomar la decisión de cuantos hijos desea tener y el momento más oportuno.	Nominal	Si ó No
POST-PARTO	Después del parto.	Periodo de tiempo después de la resolución del embarazo por vía vaginal hasta las seis semanas posteriores.	Intervalo	Si ó No
POST-CESAREA	Después de una cesárea.	Periodo de tiempo después de la resolución del embarazo por vía abdominal hasta las seis semanas posteriores.	Intervalo	Si ó No

POST-ABORTO	Después de un aborto.	Periodo de tiempo después de la interrupción de un embarazo, antes de que el feto halla alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero, hasta los diez días posteriores.	Intervalo	Si ó No
MÉTODO ANTI-CONCEPTIVO	Cualquier acción, instrumento o medicación dirigido a evitar la concepción.	Método de acción, instrumentación o medicación por la cual se desea prevenir un embarazo.	Nominal	Condón, Inyección, Tabletas, T de Cobre, Norplant, Vasectomía, Operación, Femmina.

6. Ejecución de la investigación: (Anexo No.1)

Se elaboró un cuestionario con el cual se entrevistó personalmente a los pacientes que consultaron a la clínica de control post-natal y post-aborto, ubicada en el Área de Planificación Familiar del Hospital de Ginecología-Obstetricia en la zona 12 " Pamplona ", del I.G.S.S. durante el mes de Mayo-Junio.

B. RECURSOS

1. Materiales

Físicos:

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Hospital de Ginecología-Obstetricia del I.G.S.S.
- Boleta de recolección de datos.
- Materiales de oficina.
- Computadora.

2. Humanos:

- Médico asesor.
- Médico revisor.
- Coordinador docente de tesis, Facultad de Ciencias Medicas. USAC.
- Estudiante de último año de la Carrera de Médico y Cirujano.

3. Económicos:

- Fotocopias de boleta de recolección de datos Q. 67.50
- Papel en blanco tamaño carta Q. 18.00
- Impresión de tesis Q.1000.00
- Total Q.1085.50

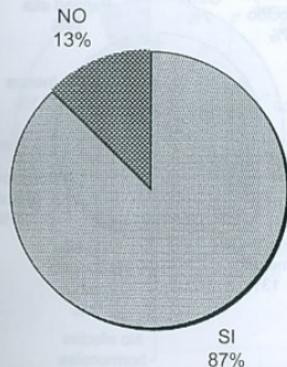
D. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Durante la presente investigación únicamente se entrevistó a los pacientes y se trabajó con la boleta de recolección de datos. Por lo que no se interfirió con la salud de las personas sujetas a la investigación.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRAFICA No. 1

COBERTURA DE ANTICONCEPCIÓN EN 400 PACIENTES DESPUÉS DE UN EVENTO OBSTÉTRICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



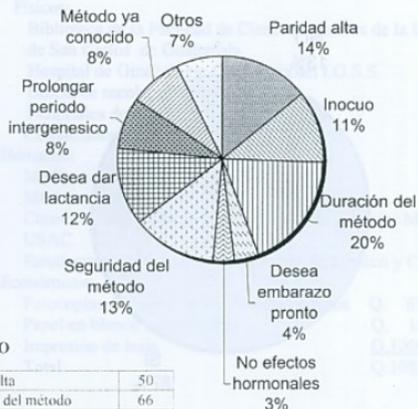
CUADRO

Si	350
No	50
Total	400

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 2

MOTIVO DE LAS PACIENTES (350) PARA DECIDIR POR LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DESPUÉS DE UN EVENTO OBSTÉTRICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



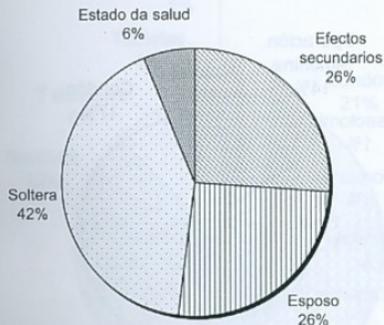
CUADRO

Paridad alta	50
Duración del método	66
Inocuo	39
Desea embarazo pronto	13
No efectos hormonales	12
Seguridad del método	46
Desea dar lactancia	42
Prolongar periodo	29
Método ya conocido	28
Otros	25
Total	350

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 3

CAUSAS POR LAS CUALES 50 PACIENTES NO DECIDIERON POR MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DESPUÉS DE UN EVENTO OBSTÉTRICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



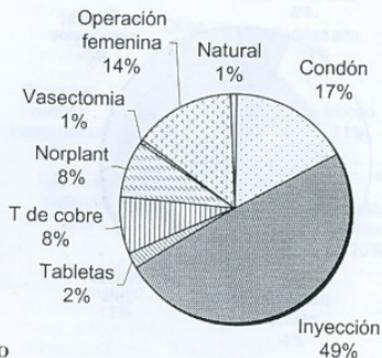
CUADRO

Efectos secundarios	13
Esposo	13
Soltera	21
Estado de salud	4
Total	50

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 4

METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN PACIENTES (350) QUE PLANIFICARON DESPUES DE UN EVENTO OBSTÉTRICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



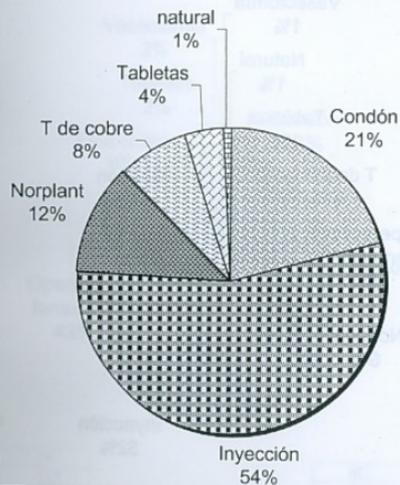
CUADRO

Condón	60
Inyección	171
Tabletas	7
T de cobre	29
Norplant	28
Vasectomía	2
Op. Femenina	50
Natural	3
Total	350

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRÁFICA No. 5

METODO ANTICONCEPTIVO MAS UTILIZADO EN 120 MUJERES PRIMIPARAS DESPUES DE UN EVENTO OBSTÉTRICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



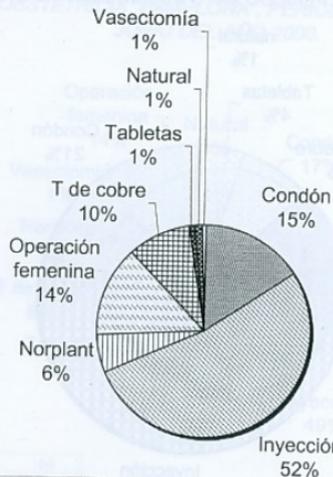
CUADRO

Condón	25
Inyección	66
Natural	1
Norplant	14
T de cobre	9
Tabletas	5
Total	120

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 6

METODO ANTICONCEPTIVO MAS UTILIZADO EN 167 MUJERES MULTIPARAS DESPUÉS DE UN EVENTO OBSTÉRICO . HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICA "PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



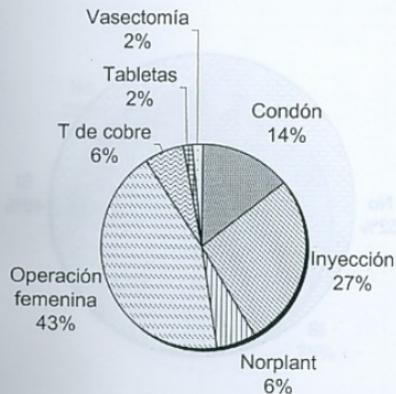
CUADRO

Condón	26
Inyección	88
Natural	2
Norplant	10
Op. Femenina	23
T de cobre	16
Tabletas	1
Vasectomía	1
Total	167

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 7

METODO ANTICONCEPTIVO MAS UTILIZADO EN 63 MUJERES GRAN MULTIPARAS DESPUES DE UN EVENTO OBSTÉRICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICA "PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



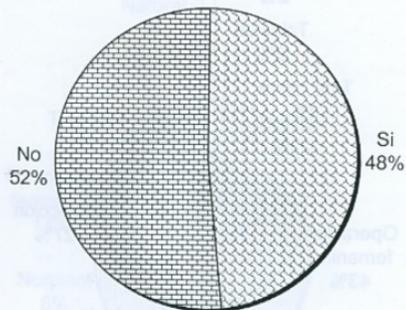
CUADRO

Condón	9
Inyección	17
Norplant	4
Op. Femenina	27
T de cobre	4
Tabletas	1
Vasectomía	1
Total	63

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 8

USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN 400 PACIENTES
PREVIO A UN EVENTO OBSTÉTRICO. HOSPITAL DE GINECO-
OBSTETRICA "PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL
AÑO 2000.



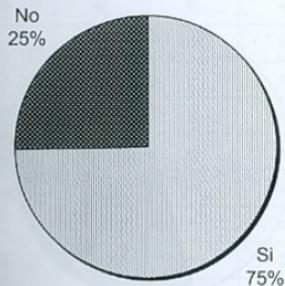
CUADRO

Si	193
No	207
Total	400

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 9

NUMERO DE PACIENTES QUE PENSARON EN PLANIFICAR
ANTES DE RECIBIR CONSEJERÍA, DESPUÉS DE UN EVENTO
OBSTÉTRICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICA
"PAMPLONA", PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



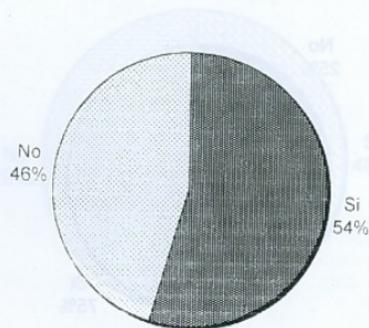
CUADRO

Si	299
No	101
Total	400

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 10

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN 400 MUJERES QUE CONSULTARON DESPUES DE UN EVENTO OBSTÉTRICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "PAMPLONA". PERIODO MAYO A JUNIO DEL AÑO 2000.



CUADRO

Si	218
No	182
Total	400

Fuente: Boleta de recoleccion de datos.

CUADRO No. 1

Distribución del método anticonceptivo utilizado en 350 pacientes después de un evento obstétrico. Hospital de Gineco-Obstetricia "Pamplona", periodo Mayo a Junio del año 2000.

Tipo de evento Obstétrico	Método Anticonceptivo																	
	Condón	Inyección	Tabletas	T cobre	Norplant	Vasecto	Op. fem	Natural	Total									
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%						
Parto Eutóxico Simple	39	16	128	52	2	1	26	10	20	8	1	0	31	13	1	0	248	100
Cesárea	7	11	29	47	0	0	3	5	7	11	1	2	15	24	0	0	62	100
Aborto	14	34	14	35	5	13	0	0	1	3	0	0	4	10	2	5	40	100

Fuente: Boleta de recoleccion de datos.

CUADRO No. 2

Distribución de método anticonceptivo mas utilizado según el grado de escolaridad de las pacientes después de un evento obstétrico. Hospital de Gineco-Obstetricia "Pamplona", periodo Mayo a Junio del año 2000.

Escolaridad	Método Anticonceptivo																		
	Condón		Inyecc.		Tabletas		T cobre		Norplant		Vasecto		Op. fem		Natural		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Analfabeta	0	0	6	33	0	0	4	22	1	6	0	0	0	7	39	0	0	18	100
Primaria	28	16	100	56	5	2	16	9	5	3	0	0	26	15	0	0	176	100	
Secundaria	12	17	27	39	4	6	5	7	12	17	2	3	8	11	0	0	70	100	
Diversificado	18	23	35	45	1	1	4	5	9	12	0	0	8	10	3	4	78	100	
Universitario	2	24	3	37	0	0	1	13	1	13	0	0	1	13	0	0	8	100	

CUADRO No. 3

Distribución de método anticonceptivo mas utilizado después de recibir consejería sobre planificación familiar en pacientes después de un evento obstétrico. Hospital de Gineco-Obstetricia "Pamplona", periodo Mayo a Junio del año 2000.

Anticonceptivo ha utilizar antes de consejería	Anticonceptivo utilizado después de consejería																		
	Condón		Inyección		Tabletas		T cobre		Norplant		Vasecto		Op. fem		Natural		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No estaba segura	15	29	25	49	1	2	2	4	7	14	0	0	1	2	0	0	0	51	100
Preservativo	23	8	2	8	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	26	100
Inyección	2	2	94	90	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	0	104	100
Natural	2	33	1	17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	2	33	6	100	
Norplant	0	0	3	27	0	0	0	0	8	73	0	0	0	0	0	0	0	11	100
Op. Fem	0	0	12	22	0	0	1	2	3	5	0	0	39	71	0	0	0	55	100
T cobre	2	8	2	8	0	0	21	84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
Tabletas	2	11	11	57	2	16	0	0	3	16	0	0	1	5	0	0	0	19	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

Distribución del método anticonceptivo utilizado según grupo etéreo en las pacientes después de un evento obstétrico. Hospital de Gineco-Obstetricia "Pamplona", periodo Mayo a Junio del año 2000.

Edad	Método Anticonceptivo																			
	Condón		Inyección		Tabletas		T cobre		Norplant		Vasecto		Op. fem		Natural		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
18 - 20 años	9	15	34	55	4	7	6	10	8	13	0	0	0	0	0	0	0	0	61	100
>20 - 30 años	40	18	16	51	3	1	17	8	17	8	1	0	29	13	2	1	225	100		
> 30 años	11	17	21	32	0	0	6	9	3	5	1	2	21	33	1	2	64	100		

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la gráfica No.1 se presenta la cobertura de anticoncepción de la clínica de control post-parto y post-aborto que alcanzo un 87% (350/400 pacientes), lo cual se debe a que el periodo después de un evento obstétrico es uno de los momentos en los cuales las mujeres están más interesadas a espaciar sus embarazos y usar los servicios de planificación familiar, asesoría y orientación que se proporciona a las pacientes acerca de la Planificación Familiar. Sin olvidar que en esta clínica se concentran todas las pacientes que consultan a su control post-parto y post-aborto, obteniendo un registro más confiable.

La gráfica No.2 indica que de los 350 pacientes que decidieron planificar los motivos mas frecuentes por los que utilizaron un método anticonceptivo son; el Periodo de protección que ofrecen los métodos anticonceptivos (20%), su Alta paridad (14%), la seguridad que ofrecen (13%) y la ventaja de poder dar lactancia materna (12%), es por eso que el método mas utilizado en mujeres que se encuentran post-evento obstétrico es la inyección de depósito de acetato de medrohidroxiprogesterona de 3 meses (49%, gráfica No.4).

En la gráfica No.3 se observa que el motivo obstétrico no decidieron utilizar un método anticonceptivo es su Estado civil de Soltera (43%), por lo que se puede deducir que si tuvieran pareja posiblemente un 87 % de estas mujeres hubieran planificado, con lo que la cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico hubiera aumentado.

En la gráfica No. 5, 6, se observa que el método mas utilizado en las 120 mujeres Primiparas y las 167 Multiparas después de un evento obstétrico es la inyección de depósito de acetato de medrohidroxiprogesterona de 3 meses (55% y 52% respectivamente) y el condón (21% y 15% respectivamente), al contrario de las 63 mujeres Granmultiparas quienes eligieron con mayor frecuencia la operación femenina (43%, gráfica No. 7), esto es debido a que la inyección de depósito de acetato de medrohidroxiprogesterona de 3 meses y el condón son métodos temporales y las mujeres Primiparas y Multiparas tienen una paridad insatisfecha, al contrario de las mujeres Granmultiparas quienes tienen paridad satisfecha por lo que se deciden por métodos definitivos como la operación femenina.

El método anticonceptivo mas utilizado en las pacientes que se encuentran post-parto y post-cesárea es la inyección de depósito de acetato de

medrohidroxiprogesterona de 3 meses (Cuadro No.1), ha diferencia de que las mujeres que se encuentran post-aborto eligen con menos frecuencia la operación femenina, esto se debe a que la mayoría de esta pacientes buscan un embarazo próximo.

Las diferencias que se observaron en la elección de método anticonceptivo en mujeres que se encuentran post-evento obstétrico según escolaridad (Cuadro No. 2), son las siguientes;

El método anticonceptivo mas utilizado en 18 mujeres analfabetas es la operación femenina (39%), y en 126 mujeres con escolaridad primaria ocupa el tercer método anticonceptivo mas utilizado (15%), al igual que en la gráfica No.7 en donde las mujeres Granmultiparas eligen con mayor frecuencia la operación femenina, lo que indica que la mayoría de mujeres con escolaridad baja cursan con paridad alta y posiblemente satisfecha, es por eso que el método anticonceptivo elegido es la operación femenina por ser un método definitivo.

A diferencia del resto de mujeres con grado de escolaridad primaria, secundaria, diversificado y universitario, aceptan con mayor frecuencia métodos anticonceptivos temporales como la inyección (56%, 39%, 45% y 37% respectivamente).

También se observa que métodos modernos de anticoncepción como Norplant fueron mas aceptados en las 61 mujeres entre 18 y 20 años de edad que se encuentran post-evento obstétrico (13%, Cuadro No. 4), y por mujeres con un nivel de escolaridad alto (Secundaria 17%, Diversificado 12%, Universitario 13%, Cuadro No. 2).

La Gráfica No.8 revela que del total de pacientes entrevistadas (350 ptes.) un 48%(193) de las mujeres que consultan a la clinica de control post-parto y post-aborto han utilizado algún método anticonceptivo con anterioridad y un 52%(207) no ha utilizado ningún método anticonceptivo anteriormente, lo que se relaciona con la Gráfica No.10 que demostró que un 46%(218) de estas pacientes tienen antecedentes de embarazos no planificados, posiblemente debido a que nunca han utilizado algún método anticonceptivo.

En la Gráfica No.9 se observa que del total de pacientes (400), un 75% (299) tienen pensado planificar antes de consultar a la clinica y recibir consejería sobre planificación familiar, significa que si no recibieran consejería sobre planificación familiar la cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico fuese menor y no hubiera llegado a un 87% de cobertura.

La inyección de depósito de acetato de medrohidroxiprogesterona de 3 meses es uno de los métodos anticonceptivos mas utilizados también por las mujeres que no estaban seguras que método anticonceptivo utilizar y mujeres que tenían pensado planificar con tabletas antes de recibir consejería, obteniendo el resultado siguiente; (Cuadro No. 3)

Las 51 pacientes que no estaban seguras que método utilizar decidieron planificar con la inyección en un 49% y las mujeres que tenían pensado planificar con tabletas, eligieron planificar con la inyección en un 57% después de recibir consejería sobre planificación familiar. Lo que demuestra que la consejería no solo beneficia a las usuarias sobre la elección del método anticonceptivo que más le convenga, sino que también beneficia a su hijo ya que promueve la lactancia materna, lo que muchas de las usuarias de métodos anticonceptivos buscan después de su parto, la inyección ofrece este beneficio.

También se observa que de las 55 mujeres que pensaban planificar con la operación femenina un 71% eligió planificar con este método, mientras que un 29% eligió otro método de planificación después de recibir consejería, posiblemente debido a que deciden esperar un tiempo mas para tomar la decisión del numero de hijos que desean tener, pedir consentimiento voluntario e informado de la pareja, ya que por ser un método definitivo deben estar seguras de esta decisión.

IX. CONCLUSIONES

1. La clínica de control post-parto y post-aborto del Hospital de Gineco-Obstetricia "Pamplona" alcanzo una cobertura adecuada de anticoncepción después de un evento obstétrico (87%), tomando en cuenta que un 5% del total de la muestra eran madres solteras por lo que no utilizaron método anticonceptivo.
2. El método anticonceptivo mas utilizado en mujeres después de un evento obstétrico es la inyección de depósito de acetato de medrohidroxiprogesterona de 3 meses (49%), debido a que la mayoría de ventajas del método cumple con las exigencias de estas usuarias como por ejemplo: periodo de protección y fácil de llevar, seguridad del método y poder dar lactancia materna.
3. La mayoría de mujeres que se encuentran post-aborto utilizan con mayor frecuencia métodos temporales como el preservativo en un 35% y la inyección en un 34%, debido a que estas pacientes buscan un próximo embarazo dentro del periodo de seis meses a un año.
4. La operación femenina ocupa el 43% en mujeres Granmultiparas siendo el método de anticoncepción mas utilizado en estas pacientes debido a su paridad satisfeca, ya que es un método de anticoncepción definitivo, al contrario de mujeres Primiparas y Multiparas quienes prefieren métodos temporales de anticoncepción como inyección y el preservativo.
5. La mayoría de mujeres jóvenes y con un grado de escolaridad medio o superior aceptan con mayor frecuencia métodos de anticoncepción modernos como el Norplant (Analfabetas 6%, Primaria 3%, Secundaria 17%, Diversificado 12%, Universitario 13%).
6. La consejería sobre planificación familiar que se ofrece a las pacientes que consultan a la clínica de control post-parto y post-aborto del Hospital de Gineco-Obstetricia "Pamplona", brinda asesoria y orientación adecuada sobre métodos de planificación e influye en las pacientes, ya que incrementa la cobertura de anticoncepción y encamina hacia la mejor decisión de elección de método anticonceptivo.
7. La mayoría de mujeres que no han utilizado algún método anticonceptivo con anterioridad tiene antecedentes de embarazos no planificados.
8. Al obtener una cobertura alta de anticoncepción después de un evento obstétrico se espera beneficiar la salud y calidad de vida tanto de la madre como de sus hijos.

X. RECOMENDACIONES

1. La anticoncepción después de un evento obstétrico debe de ser un programa proporcionado por toda Institución relacionada con la salud (Hospitales, Centros de salud y Puestos de salud), la cual debe ir acompañada de consejería ofrecida por personal capacitado.
2. Se debe de proporcionar mas divulgación e información sobre métodos de anticoncepción como medida de prevención principalmente en personas jóvenes y con escolaridad baja, ya que estas personas están en mayor riesgo de tener embarazos no planificados.
3. La utilización de métodos anticonceptivos es una decisión en pareja por lo que las mujeres que por razones de su esposo no utilizaron método anticonceptivo para planificar, deberían de ser citados posteriormente en pareja para ser asesorados y orientados sobre planificación familiar.
4. Ofrecer dentro del programa de planificación familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia, métodos naturales de planificación familiar a las mujeres que por motivo de salud y efectos secundarios que causan los métodos artificiales de anticoncepción, decidieron no planificar con los métodos que ofrece la clínica. Dichos métodos naturales de anticoncepción podrían ser impartidos por personal técnico capacitado y estudiantes de medicina.
5. Implementar el resto de métodos anticonceptivos como Tabletas vaginales e Inyecciones mensuales, para poder ofrecer otras alternativas de anticoncepción a las usuarias.

XI. RESUMEN

Estudio transversal-descriptivo para evaluar Cobertura y Elección de método anticonceptivo después de un evento obstétrico (Parto, Cesárea, Aborto), en las pacientes que consulta a la clínica de control post-parto y post-aborto en el Hospital de Gineco-Obstetricia " Pamplona ".

Fueron entrevistados una muestra de 400 pacientes que consultaron a la clínica después de un evento obstétrico, de las cuales 350 (87%) decidieron utilizar algún método anticonceptivo, en el cual la inyección es el método mas utilizado por las usuarias debido a los beneficios que brinda como el periodo de protección, practico para llevar, seguridad del método y poder dar lactancia materna. Del 13% restante el motivo más frecuente por el cual no utilizaron método anticonceptivo fue por que eran madres solteras con un 42%.

Se observo que la consejería influye de manera importante en las pacientes que consultan a la clínica, ya que incrementa la cobertura de anticoncepción después de un evento obstétrico y encamina hacia la mejor decisión de elección de método anticonceptivo.

Se determino también que la mayoría de personas que anteriormente no habían utilizado métodos anticonceptivos, tenían antecedentes de embarazos no deseados.

Lo que se espera con una cobertura alta de anticoncepción es beneficiar la salud y la calidad de vida de las mujeres y sus hijos, evitando el numero de embarazos y con ello las complicaciones y embarazos de alto riesgo que puedan surgir. Con lo que también se reducen costos económicos para las Instituciones de Salud.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Bereson, A. Contraceptive automes among adolescents prescribed Norplant implants oral contraceptive after one year of use. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1997 March 176 (3):586-92.
2. Cascante, J. et al. Morbilidad materna en Centroamerica: el aborto. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 1995 Enero-Abril 5 (1): 8-12p.
3. Darney, P. D. Hormonal Implants: Contraception for a new century. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994 May 170 (5): 1536-43.
4. Family Health International. Anticoncepción en el post-parto: Serie de actualizacion de tecnologia anticonceptiva. Whasingtone: Geneva. 1995. 1-30p.
5. Farfan, O. et al. Información y consejería en planificación familiar post-aborto. Experiencia en cuatro hospitales de Centro America. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 1997 Mayo-Agosto 7 (2):46-56
6. Figueroa, R. Iniciativas internacionales para la reducción de la mortalidad materna: muerte materna en America Latina. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 1997 Mayo-Agosto 7 (2):41-45.
7. Figueroa, R. Salud reproductiva, reflexiones de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo y la Cuarta Conferencia mundial de la Mujer. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 1997 Septiembre-Diciembre 7 (3):68-73.
8. Forrest, J. Epydemiology of unitted pregnancy and contraceptive use. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994 May 170 (5): 1485-9.
9. Garcia, C. y M. Gomes. Impacto del consejo contraceptivo en la aceptación uso y abandono de un método novedoso: las tabletas vaginales. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 1996 Mayo-Agosto 6 (2):51-53.
10. Grajales, B. y De Leon. A. El costo estimado del aborto en la Maternidad Maria Cantera de Remon. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 1997 Enero-Abril 7 (1):33-37.
11. Grimes, D. A. Primary prevention of gynecologic cancer. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1995 January 172 (1):1489-94.
12. Grimes, D. The morbidity and mortality of pregnancy: Still risky business. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994 May 170 (5):1489-94.
13. Gómez, P. Planificación Familiar una Visión Integral. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Lito Schering. 1998. 412p.
14. Kaunitz, A. M. Long-acting injectable contraception with depot medroxyprogesterone acetate. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994 May 170 (5):1543-9.
15. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Manual Técnico de Orientación Familiar. Guatemala. 1998. 116p.
16. National Research Council. Anticoncepción y Reproducción. Buenos Aires: Panamericana. 1990. 9-89p.
17. Phemister, D. et al. Use of Norplant contraceptive implants in the immediate Postpartum period: safety ond tolerance. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1995 January 172 (1):175-9.
18. Rodriguez, M. et al. Norplant: Experiencia de tres años en el Instituto Nacional de Perinatologia. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 1999 Agosto 67: 385-389.
19. Rojas, T. y V. Cortes. Condiciones de Salud en poblaciones usuarias de anticonceptivos. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 1997 Noviembre 65: 461-464.
20. Shane, B. Planificación Familiar; Salvando la vida de las madres y niños. 3ed. Washingtone: Sauls Lithograph Company. 1997. 10-19p.

21. Spinnato, J. A. Mechanismo of action of intrauterine contraception devices an its relation to informed consent. American Journal of Obstetrics and Gynecology. March 1997 176 (3):503-6.
22. Tracey, W. et al. The raltionship between pregnancy and sexual risk taking. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1996 March 174 (3):1033-6.
23. Tyrer, L. B. Obstacles to use of hormonal contraception. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994 May 170 (5):1495-8.
24. Vasconcelos, M. y J. Undana. Implantes anticonceptivos de Levonorgestrel. Realidades y controversias de un método anticonceptivo actual.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA " Pamplona "I.G.S.S.

Responsable: Henry E. Morales M.

ENCUESTA SOBRE COBERTURA Y ELECCION DE METODO ANTICONCEPTIVO DESPUES DE UN EVENTO OBSTETRICO

- EDAD: _____ FECHA: _____
- ESCOLARIDAD:
Primaria: _____ Secundaria: _____ Diversificado: _____ Universitario: _____
- PARIDAD:
Embarazos: _____ Partos: _____ Cesarias: _____ Abortos: _____
- USTED SE ENCUENTRA:
Post-parto: _____ Post-Cesaria: _____ Post-Aborto: _____
- RECIBIO CONSEJERIA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR:
Si: _____ No: _____
- HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO CON ANTERIORIDAD:
Si: _____ No: _____ Especificar: _____
- DESEA UTILIZAR ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO PARA PLANIFICAR SU FAMILIA:
Si: _____ No: _____ Porque: _____
- ANTES DE RECIBIR CONSEJERIA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR PENSO EN PLANIFICAR SU FAMILIA:
Si: _____ Especifique con que método: _____
No: _____
- QUE METODO UTILIZARA ACTUALMENTE PARA PLANIFICAR:
Condón (preservativo): _____ Norplant: _____
Inyección: _____ Vasectomía: _____
Tabletas (oral): _____ Operación femenina: _____
T de cobre: _____
- ANTECEDENTES DE EMBARAZOS NO DESEADOS:
Si: _____ No: _____