IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES POSTABORTO

Estudio descriptivo, prospectivo, realizado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Marzo a Julio del año 2000.

INDICE

TITULO	PAGINA
Introducción	01
Definición y análisis del problema	02
Justificación	03
Objetivos	05
Marco teórico	06
Metodología	34
Definición de variables	39
Presentación y Análisis de resultados	42
Conclusiones	65
Programa de Planificación Familiar	66
Objetivos	67
Definición	68
Planes de clase	71
Protocolo de manejo	76
Resultados	80
Conclusiones	81
Recomendaciones	82
Resumen	83
Bibliografía	84
Anexos	87

INTRODUCCION

El aborto es una entidad clínica, que desde tiempos inmemoriables ha causado problemas en la salud de la mujer. El uso de anticonceptivos no ha sido adecuadamente difundido en pacientes postaborto, recientemente estos dos temas se empezaron a relacionar y se han iniciado programas en donde se enfatiza la importancia de la planificación familiar después del aborto.

En Guatemala el 61 % de las mujeres que tienen una relación en pareja, no desean tener más hijos, pero sólo el 38% usan métodos anticonceptivos y siendo el aborto una de las principales causas de morbilidad en el grupo de edad fértil es necesario que las mismas tengan acceso a los métodos anticonceptivos y a recibir información completa sobre el tema.

En el hospital nacional "Pedro de Bethancourt" no existía ningún programa de planificación familiar dirigido a las pacientes postaborto, por lo que este estudio se realizó en dicho hospital, donde en base a los resultados de los conocimientos de las pacientes postaborto se organizó e implementó el programa de Planificación familiar para este grupo en particular, aprovechando el personal humano (enfermería, estudiantes de medicina, trabajadores sociales).

Por medio de una boleta de recolección de datos se recopilaron los conocimientos que poseían sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y factores en el no uso de los mismos de 89 pacientes postaborto.

Dentro de los resultados encontrados se pudo determinar que se trató de una población mayoritariamente de origen maya, joven, con inicio de vida sexual temprana con aceptación hacia la orientación y consejería en planificación después del aborto, con latos índices de aborto y con conocimientos suplerfluos o equívocos de planificación familiar.

Al llevar a cabo el programa se dió orientación y consejería además de resolver dudas que sobre métodos de planificación familiar surgían en las pacientes.

Es necesario comprender la importancia que la educación reproductiva tiene en nuestra sociedad ya que con ésta podemos en un futuro disminuir los índices de morbi-mortalidad materna.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La planificación familiar es el proceso o técnica utilizada para evitar el embarazo por métodos farmacológicos y/o instrumentales, que alteran o bloquean el proceso reproductivo, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación. (22)

Dentro del contexto de la planificación familiar se contempla un grupo de mujeres en edad fértil en particular, como lo es la paciente postaborto, a quien por la pérdida de la gestación se cataloga en un apartado diferente, tanto para su manejo clínico como psicológico, ya que después de ser atendidas por un aborto espontáneo o inducido debe comprender el riesgo de un nuevo embarazo antes de la próxima menstruación y se de cuenta de la existencia de una amplia gama de métodos seguros para evitar o aplazar el próximo embarazo para así evaluar la utilización de un método anticonceptivo.

La mayoría de las mujeres que han sufrido un aborto terminan en una sala hospitalaria, la estancia por lo general breve, se convierte en uno de los pocos contactos que tiene la mujer con los servicios de salud, ahunado a esto, muchas veces el volumen de pacientes frente a la capacidad institucional no permite disponer de un tiempo suficiente para estar en contacto con la mujer. A esto se añaden limitaciones de espacio físico, de escasez de personal capacitado en anticoncepción, falta de suministros, de material educativo y de sistemas de referencia y seguimiento de casos atendidos. (8)

Por tanto en este estudio se determinaron los conocimientos que tienen las pacientes postaborto sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y los factores que influyen en el no uso de métodos anticonceptivos, con lo cual se creó en base a la información recopilada un programa de planificación familiar eficiente para las necesidades de las pacientes postaborto y se implementó en el departamento de Gineco-obstetricia de el Hospital Nacional “Pedro de Benthancourt” .

JUSTIFICACION

En los últimos treinta años el panorama demográfico de casi todos los países de América Latina se ha caracterizado por un descenso sostenido de las tasas de fecundidad y un incremento marcado en el uso de métodos de planificación familiar. No obstante, muchas mujeres aún se encuentran atrapadas en el círculo de embarazos no deseados y de prácticas ilegales de aborto. Este hecho es indicio de una inmensa necesidad insatisfecha de contar con métodos que sean seguros, eficientes, accesibles y de bajo riesgo para la salud de la mujer. (8)

La última estadística nacional de salud materno-infantil indica que la tasa de mortalidad materna en Guatemala fue de 190 x 100,000 nacidos vivos donde entre las cinco primeras causas de mortalidad se encuentra el aborto con un 7 % . Actualmente del total de mujeres que mantienen convivencia sexual el 69 % no utilizan ningún método anticonceptivo,(28) esto por varias razones, entre ellas: falta de acceso a información de servicios de planificación familiar, baja calidad y cobertura de los servicios, influencia de familiares, factores culturales, religiosos y educativos.

Pese a que existe una estrecha relación entre aborto y anticoncepción, estos dos conceptos hasta hace muy poco se mantuvieron en forma separada por los proveedores de servicios de planificación familiar a sabiendas de que las mujeres que han tenido un aborto, son posiblemente las que corren un riesgo de embarazos futuros no deseados y aunque establecer servicios de planificación familiar a nivel hospitalario y lograr una alta aceptación de métodos anticonceptivos se justifica a la luz del costo-beneficio tanto para la institución de salud como para la mujer. (8)

En el hospital nacional "Pedro de Benthancourt", la información estadística de 1999 indicó que una de las primeras causas de morbilidad de las pacientes atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia fue el aborto, donde el número pacientes atendidas por el mismo fue de un 9.5 % de los nacidos vivos en este hospital. (15)

En el departamento de Sacatepequez, específicamente en el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" de Antigua Guatemala, no se había realizado

ningún estudio sobre planificación familiar que reflejara los conocimientos que las pacientes postaborto tenían sobre el tema por consecuencia no se había implementado ningún programa de planificación familiar a este grupo de pacientes, por tal motivo se justificó esta investigación con la cual partiendo de la información recolectada acerca de los conocimientos que sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y los factores que influyen en el no uso de los mismos, se pudo utilizar la información en la organización y creación de un programa de planificación familiar dirigido a la paciente postaborto el cual se implementó .

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Implementar un programa de planificación familiar con las pacientes postaborto, en el Departamento de Gineco-obstetricia de el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" de Antigua Guatemala.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar las características socioculturales e historia ginecologica de las pacientes postaborto.

2. Analizar los conocimientos acerca de planificación familiar y métodos anticonceptivos que poseen las pacientes postaborto.

3. Crear un programa de planificación familiar dirigido a las pacientes postaborto fundamentado en los conocimientos de planificación familiar, los factores que influyen en el no uso de métodos anticonceptivos y el apoyo del personal de salud en proporcionar orientación sobre este tema.

4. Determinar los factores que limitan el acceso a los servicios de salud reproductiva, que tienen las pacientes postaborto.

MARCO TEORICO

PLANIFICACION FAMILIAR:

Es el planeamiento y el espaciamiento de la concepción de los niños de acuerdo a los deseos de la pareja , por medio del uso de algún método anticonceptivo. (24)

ABORTO:

Se llama aborto a toda interrupción espontanea o provocada del embarazo antes de la 20 semana de gestación, o con un peso del producto inferior a 500 gr. (23)

CRONOLOGIA DE LA ATENCION POSTABORTO: (11)

- 1982 Ipas inicia proyectos de capacitación en el tratamiento de las complicaciones del aborto en México.

- 1984 La Conferencia sobre Población y Desarrollo, auspiciada por la ONU y realizada en la Ciudad de México, "congela" el campo.

- 1985 Encuentro Internacional sobre la Prevención de la Mortalidad Materna, auspiciada por la OMS.

- 1986 El Grupo de Trabajo Técnico de la OMS incluye la aspiración endouterina (tanto eléctrica como manual) como una de las funciones obstétricas esenciales.

- 1987 Congreso sobre la Maternidad sin Riesgos: Congreso Internacional para mejorar la Salud de la Mujer y del Niño mediante la Planificación Familiar.

- 1990 Ipas pone en relieve la planificación familiar postaborto: Congreso de Tiflis "Desde el aborto hasta la anticoncepción".

- 1991 Ipas pone en operación la Iniciativa en Atención Postaborto (APA) como un elemento crítico de su plan estratégico inicial.

■ 1992 "Cubriendo las necesidades de las mujeres en cuanto a la planificación familiar postaborto: articulando las preguntas", Temas en el Tratamiento del Aborto.

■ 1993 Congreso sobre la Planificación Familiar Postaborto, realizado en Bellagio, Italia (Ipas, The Population Council e IPPF).

Se revoca la "Política de la Ciudad de México", el campo se "descongela " parcialmente;

Se presenta el trabajo sobre el concepto de APA a la USAID;

El consorcio para la APA es fundado por IPAS, Pathfinder International, AVSC International e IPPF;

■ 1994 "Atención postaborto: iniciativa de salud femenina" Adelantos en el tratamiento del Aborto.

La USAID anuncia que la atención postaborto es una prioridad de salud reproductiva.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo enfocó la atención hacia la necesidad mundial de más y mejores servicios de atención postaborto.

■ 1995 La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, auspiciada por la ONU y celebrada el Beijín, hace hincapié en el problema del aborto que ocurre en condiciones de riesgo, un asunto de salud pública;

El Congreso de las Agencias Donantes Internacionales titulado "Implantación de los Programas de Salud Reproductiva" resalta la Atención postaborto.

La OMS publica complicaciones del Aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento;

La investigación sobre la atención postaborto se incorpora en INOPAL, en la IO (investigación operativa) en Africa, en la IO en Asis y en Mother Care.

■ 1996 La Atención Postaborto llega a formar parte de la línea central de la comunidad de salud reproductiva y planificación familiar.

■ 1997 "Tratamiento de las complicaciones postaborto: una intervención para salvar la vida de la mujer", Population Reports.

■ 1998 Encuentro Mundial sobre la Atención Postaborto: Adelantos y Retos en la Investigación Operativa.

PRIME extiende la Atención Postaborto al nivel de atención primaria en países selectos.

DATOS ESTADISTICOS MUNDIALES:

Estadísticas internacionales reportan que las causas médicas de muerte materna en países en desarrollo son: hemorragias 25 %, causas indirectas 19 %, aborto en condiciones de riesgo 13 %, trastornos de hipertensión 12 %, parto obstruido 8 %, otras causas 8 %. (27)

El aborto es el método más practicado mundialmente para resolver embarazos no deseados y su elevada incidencia constituye un problema de salud en diferentes países. De los casi 50 millones de abortos practicados en el mundo cada año, 20 millones (el 40 %) se realizan sin control médico, un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala también que cerca del 90 % de los abortos no regulados médicamente son practicados en los países en vías de desarrollo y en un 94% de estos países, el aborto es objeto de una restricción legal y por lo tanto, no puede ser controlado sanitariamente. Cada año, unas 70,000 mujeres fallecen y millares sufren de problemas graves de salud, entre los cuales figuran las infecciones y la infertilidad y hasta una deficiencia física permanente. (25). Aproximadamente 13 % de las muertes maternas en el mundo se deben a abortos en condiciones de riesgo, aunque la cifra puede llegar hasta el 60 % en algunos países como en América Latina, Rusia y Africa. (4)

Una de cada 250 mujeres sometidas a un aborto sin control en países en vías de desarrollo corre un grave riesgo de muerte, porcentaje que desciende a una sobre 3,700 mujeres en las naciones desarrolladas. Las interrupciones de embarazos en esos países están relacionados con el deseo de tener familias menos numerosas, la necesidad de espaciar los nacimientos y con el no uso o el uso irregular de los contraceptivos. (25)

Según los estudios de Hensahw, anualmente ocurren entre 36 y 60 millones de abortos en el mundo y la mitad son inducidos. Así por ejemplo, Hungría reportó en 1987 una tasa de aborto de 38.2 por 1000 mujeres en edad fértil, en Rumania en 1982, la tasa de abortos inducidos fue de 90.9 y en la antigua Unión Sovietica en 1987, se notificaron 111.9 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil. Se calcula que 25 % de los abortos ocurren en América Latina . En 1991 la tasa estimada de abortos inducidos en Brasil fue de 36.5 por cada 1000 mujeres en edad fértil, en Colombia en 1989 fue de 33.7, en Chile, en 1990 de 45.4, en México en 1990, de 23.3 y en el Perú de 51.9 por cada 1000 mujeres en edad fértil. (6)

ESTADISTICAS DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA (28)

Guatemala con aproximadamente 9,98 millones de habitantes, con una población dividida en dos grupos étnicos, ladinos e indígenas. La población es muy joven: 45 % son menores de 15 años y solo 3 % son mayores de 60 años. Los indígenas representan el 43 % de la población del país y están distribuidos en más de 21 grupos lingüísticos y cerca del 32 % de la población habla únicamente alguna lengua maya.

La tasa de natalidad es de 37,3 por 1000 habitantes, y la tasa global de fecundidad 5.1 hijos por mujer (6.2 en las zonas rurales y 3.8 en las urbanas) : La tasa de fecundidad de la población indígena se ha mantenido estable entre 1986 y 1995 mientras que en el grupo no indígena se observó una disminución de 5.0 hijos por mujer en 1987 a 4.3 en 1995.

La tasa de alfabetización es de 71 % en hombres y de 57 % en mujeres, con una tasa general a nivel nacional de 64 %.

La tasa de mortalidad es de 7,4 por 1,000 habitantes . El 58% ocurrió en hombres y el 42 % en mujeres. En el periodo de 1990-1995 la tasa de mortalidad materna fue de 190 por 100,000 nacidos vivos. La estimación se basa en datos de la segunda encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995. La cinco primeras causas de mortalidad materna fueron las complicaciones del parto (30%), la retención placentaria (14%), la sepsis puerperal (11%) y el aborto (7%).

En 1995 se estimó que del total de mujeres en edad fértil 5 % recurren a métodos anticonceptivos tradicionales y 26% a métodos modernos como esterilización femenino (24.5 %), píldoras anticonceptivas (3.5 %), dispositivos intrauterinos (2.4%), inyecciones hormonales (2.3 %), condón (2.2 %) o esterilización masculina (1.5 %). Se estima que actualmente del total de mujeres que mantienen convivencia sexual el 69 % no utilizan ningún método anticonceptivo. Dentro del grupo indígena solamente 9.6 % de las mujeres utiliza algún método de planificación familiar. En el grupo no indígena 43.3% de las mujeres utiliza algún método.

El sector salud está conformado por instituciones del ámbito público y privado, organizaciones no gubernamentales y un importantísimo sector de medicina tradicional sobreviviente de la cultura maya, principalmente a nivel rural e indígena.

En el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt"de Antigua Guatemala las estadísticas de 1999 reportan que el número de pacientes atendidas por aborto fue de un 9.5% de los nacidos vivos atendidos en este hospital. (15)

PLANIFICACION FAMILIAR DESPUES DEL ABORTO:

Muchas mujeres entran en contacto con un proveedor de los servicios de planificación familiar sólo cuando es necesario el manejo de una pérdida (aborto incompleto o espontáneo). Es posible que esta usuaria, quienes ya han experimentado un embarazo deseado o no, sea como resultado de la no utilización de la anticoncepción o por el fracaso del método usado, necesiten entonces de una planificación eficaz.

La planificación familiar es uno de los elementos clave de la atención de calidad en el posaborto, entre otros componentes de la atención figuran el tratamiento de emergencia para el aborto con condiciones de riesgo y sus complicaciones, el cual puede reducir la mortalidad y morbilidad materna.

Adoptar el enfoque de salud reproductiva significa desarrollar acciones específicas de información y consejería dirigidas a la población en riesgo de embarazo, a las parejas previamente a la unión, durante la etapa previa al aborto como tal y posteriormente a él, con el objeto de prevenir su repetición. Deberá asegurarse la práctica de la planificación familiar con los métodos más efectivos, teniendo en cuenta que ésta, a través de la prevención de los embarazos no deseados es la forma más eficiente de evitar el evento del aborto. (18)

En Latinoamérica es el caso inicial de Chile que a mediados de la década de los años 60 introdujo el uso de anticonceptivos eficaces y redujo sus tasas de aborto notablemente. Es también el caso de México que con tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos de 63.% en 1992, ha visto reducirse la frecuencia del aborto inducido hasta una tasa total que se estima en 0.4 para 1995. (18)

Las mujeres en el postaborto deben saber que la fertilidad regresa rápidamente (al cabo de 14 días solamente) por lo consiguiente es importante que los proveedores de servicios de salud presten oportunamente servicios de planificación familiar a las pacientes en el postaborto para que puedan prevenir o espaciar un embarazo posterior no planificado. Mena Cabral funcionaria de programas de la OMS dice: "Se les debe decir que existen una variedad de métodos anticonceptivos que se ajustan a sus distintas circunstancias y necesidades". "Si el servicio de salud no proporciona esos métodos en ese

lugar, los trabajadores de salud deben informar a las mujeres donde pueden obtenerlos". (4)

Con todo, a pesar de las recomendaciones de que se ofrezca en planificación familiar a las pacientes en el postaborto, a menudo no existen servicios ni asesoramiento. Encuestas realizadas en diferentes países del mundo afirman que las mujeres que recibieron tratamiento por aborto no reciben ninguna información acerca de la planificación familiar en el lugar donde se habían sometido a este y que al darle de alta nadie le indicó que podían quedar embarazadas tan pronto como volvieran a tener relaciones sexuales.

Un estudio realizado por el grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo informó que en varios países el uso de anticonceptivos antes y después de la hospitalización por aborto o tratamiento por complicaciones del aborto estuvo así: en Brasil de un 5 % de pacientes que usaban algún método anticonceptivo subió a un 55 % después del aborto. En Chile ascendió de un 22 % a un 75 %. En Colombia fué de un 19 % a un 55 % y por último en el Salvador de un 5 % a un 39 %. (14)

PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN GUATEMALA:

En Guatemala las estadísticas de salud indican que el 61 % de las mujeres que estaban unidas no deseaban tener más hijos, pero sólo el 38 % usaban métodos anticonceptivos. El 44 % de las adolescentes menores de 19 años ya tienen al menos un hijo. Del 69 % que conoce algún método sólo el 15 % lo usa. En nuestro país las organizaciones que brinda orientación sobre planificación familiar son APROFAM y el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam). (2)

PROGRAMAS EN OTROS PAISES:

Cuando se ofrecen servicios de planificación familiar durante el período de postaborto, las mujeres suelen aprovecharlos. Es el ejemplo, en Zimbabwe, hay un programa que brinda planificación familiar a las mujeres en el postaborto en los hospitales Harare Central y Parirenyatea, donde de una tasa 46 % antes del programa ascendió a un 97 % después que éste empezara. En Egipto, cuando se agregó la planificación familiar a los servicios de postaborto del hospital , el porcentaje de mujeres que dijo que tenía planes de usar la anticoncepción pasó de un 37 % a un 62%. (4)

En la región araucana del Sur de Chile, el Hospital Regional de Temuco suspendió los servicios de planificación familiar para las mujeres en el

postaborto, porque creía que seria más eficaz en función de los costos proporcionar servicios en otro ámbito, por ejemplo, un centro local de atención de salud, sin embargo, una evaluación realizada por el Ipas reveló que ciertas pacientes en el postaborto no van a un centro de salud cuando se trata de una visita de seguimiento y por consiguiente, no obtienen servicios de planificación familiar, desde entonces el hospital ha vuelto a introducir estos servicios. (4)

SERVICIOS DE EMERGENCIA:

Charlotte Hord, del Ipas, organización con sede en los Estados Unidos, que ofrece capacitación pertinente a la atención en el postaborto, afirma: "las mujeres que tienen complicaciones relacionadas con el aborto acuden a las salas de urgencias de los hospitales y no a las clínicas de planificación familiar. En las emergencias, la atención se centra en los servicios curativos y la planificación familiar, por su parte, se considera atención preventiva, por lo cual no hay vínculos estructurados entre los servicios. La mayoría de el personal de la sala de urgencias no ha recibido capacitación en planificación familiar y carece de métodos en el lugar". Para la paciente en el postaborto, es posible que el departamento de emergencias sea el único contacto que tengan con el sistema de atención de salud, por consiguiente, el personal debe aprovechar esta oportunidad para educar a la mujeres acerca de las opciones de planificación familiar. (4)

FACTORES INFLUYENTES EN EL ACCESO A LA PLANIFICACION FAMILIAR:

Hay muchos factores que pueden perjudicar el acceso a la planificación familiar. Entre ellos figuran: la falta de tiempo y capacitación del personal, la información errónea entre los proveedores acerca de cuáles métodos anticonceptivos pueden usar sin riesgo las mujeres en el postaborto, la capacitación de los proveedores centrada en técnicas clínicas y no en el asesoramiento en planificación familiar, las actitudes punitivas de los proveedores hacia las pacientes de postaborto, la falta de comprensión de las perspectivas y necesidades de las mujeres, la falta de reconocimiento de la prevalencia de abortos en condiciones de riesgo y de la necesidad de planificación familiar y la preocupación que sienten los proveedores de servicios de aborto de que la planificación familiar podría limitar sus ingresos a la larga.

Además las políticas que restringen el uso de la planificación familiar a ciertos grupos puede constituir una barrera. Por ejemplo ; las adolescentes y las mujeres solteras representan un gran número de pacientes que necesitan

servicios de postaborto en algunos hospitales públicos, pero las políticas o los tabúes culturales pueden bloquear el obtener información acerca de los servicios de planificación familiar.

Del mismo modo, las mujeres que han tenido un aborto tal vez no estén dispuestas a recibir asesoramiento, pero pueden estar más interesadas en la recuperación, el regreso a sus hogares o en impedir que sus familiares o las autoridades legales sepan la causa de su hospitalización. En un estudio de AVSC realizado con pacientes en el postaborto en tres clínicas de Colombia, los investigadores observaron que con frecuencia las mujeres estaban demasiado angustiadas para recibir mensajes de planificación familiar, "Aunque haya interés por parte del proveedor y se disponga de métodos de planificación familiar, muchas mujeres están demasiado nerviosas, preocupadas o distraídas antes del procedimiento quirúrgico" dice Andrea Eschen de AVSC. (4,14)

La mujeres pobres, especialmente las viven en zonas rurales y en las comunidades urbanas marginales suelen quedar embarazadas y recurrir al aborto ilegal más a menudo que las mujeres de clase media. (14)

Las conversaciones acerca de la planificación familiar a menudo dependen del interés individual del proveedor y su conocimiento relativo en la anticoncepción. Las pacientes están poco dispuestas a iniciar las conversaciones, algunas no están de acuerdo con el uso de los métodos y otras no tienen dinero para pagar los servicios de planificación familiar o muchas veces no saben cómo obtenerlos cuando regresen a sus comunidades. (4)

Otro conjunto de razones explica por qué muchas mujeres que preferirían evitar el embarazo no practican la anticoncepción; entre estas están: 1. Dificultad en el acceso a las suministros y servicios de planificación familiar y calidad de éstos, 2.Preocupaciones por la salud en relación con los anticonceptivos y los efectos secundarios, 3. Falta de información, 4.Oposición del marido, la familia y la comunidad, 5. Subestimación del riesgo de embarazo, 5.Grado de escolaridad de la pareja, 6. Religión. (21)

ORIENTACION Y CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR A LA PACIENTE POSTABORTO:

Aun cuando con frecuencia se le practica en forma inadecuada, la orientación es una parte vital de los servicios de planificación familiar, que ayuda a las usuarias a hacer una elección informada de sus opciones reproductivas, incluidos el embarazo y el uso de los anticonceptivos. Si la usuaria decide utilizar la planificación familiar, la orientación debe además

ayudar a seleccionar un método con el que se sienta satisfecha y preparada para que lo use con eficacia.

La orientación consiste en una conversación entre dos personas para compartir información. La buena orientación se concentra en las necesidades y en la situación de la usuria. Para que sea eficaz , la orientación tiene que basarse en el establecimiento de una relación de confianza y respeto entre la usuaria y el orientador para poder responder las preguntas e inquietudes que puedan salir en la conversación.

Al prestar servicios a las usuarias es importante recordar que ellas tienen el derecho a decidir si practicar o no la planificación familiar y la libertad de escoger el método a utilizar . (5)

La información y el asesoramiento son cruciales cuando se proporcionan servicios de planificación familiar a las pacientes en el postaborto. Sin embargo los proveedores deben iniciar el proceso de asesoramiento preguntado a la mujer cuales son sus necesidades y objetivos y no ofreciéndole una lista de opciones anticonceptivas.

Los proveedores pueden usar árboles de decisiones, flujogramas que contienen una serie de preguntas para las clientas, con instrucciones para las medidas que el proveedor puede adoptar basándose en las respuestas de las clientas. En un gráfico de árbol de decisiones, a las clientas se les pregunta primero si quieren volver a quedar embarazadas pronto , si estaban usando un método anticonceptivo cuando quedaron embarazadas. A las que estaban usando un método anticonceptivo y quieren seguir usándolo, se les pide que repitan las instrucciones del uso correcto y se les dá la oportunidad de hacer preguntas. A las que quieren un nuevo método, o a las que no están usando la anticoncepción, se les dá un asesoramiento sobre los servicios de planificación familiar.

El asesoramiento para las mujeres en el postaborto deben incluir información acerca de las complicaciones que requieren volver donde un proveedor de atención de la salud, por ejemplo, fiebre, escalofríos , dolor abdominal o retortijones, dolor de espalda, sangrado abundante o prolongado , flujo vaginal maloliente o retraso (seis semanas o más) de la menstruación. Los proveedores también deben ayudar a la clienta a evaluar sus riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual y los riesgos que corre su compañero.

Cuenta la doctora Emma Ottolenghi, consultora del Population Council que en Guatemala, cuando las mujeres regresaban al cabo de tres a cinco días

del aborto, les preguntaban cómo se sentían y contestaban que se sentían bien, y agrega que luego les preguntaban si tenían flujo vaginal no usual y contestaban que si, que era normal. Les preguntaban si tenían algún dolor y contestaban que si, pero que eso también era normal, lo cual no es normal y esa es una parte en la que debemos centrarnos en el asesoramiento.

Aunque todas las mujeres en el postaborto deben entender que la fertilidad regresa rápidamente no debe pedírseles que tomen una decisión acerca de métodos de larga duración, permanentes o que dependan del proveedor, si están con dolor, bajo estrés o simplemente no están preparadas, el Ipas recomienda ofrecer métodos temporales a estas mujeres, por ejemplo condones, y hacer arreglos para que ellas consideren después otras opciones. Los trabajadores de salud deben decir a todas las mujeres donde pueden obtener anticonceptivos. (4)

Se debe estar seguro de que cada mujer esté enterada sobre los tres factores clave relacionados a la planificación familiar postaborto: 1. Ella puede quedar embarazada inmediatamente, 2. Ella puede retrasar o evitar otro embarazo si usa un método anticonceptivo, 3. Como puede obtener ayuda para comenzar a utilizar un método anticonceptivo. 2

Se debe capacitar al personal de la sala de obstetricia y ginecología en la prestación de servicios y de asesoramiento en planificación familiar y animarlo a integrar la planificación familiar en su atención rutinaria.

Interacción entre la mujer y el personal de salud. (2)

Este elemento comprende todas las interacciones entre la mujer y el personal de salud cuando ella procura y recibe servicios de atención postaborto. Todo profesional de salud puede ayudar en las siguientes formas:

- creando un ambiente de confianza entre el personal de salud y la mujer
- manteniendo la orientación privada y la información confidencial
- respetando el derecho de la mujer a tomar decisiones informadas sobre su salud y su fertilidad
- mostrando interés por la situación, los sentimientos y la experiencia de la mujer.

COMO ABORDAR LA NECESIDAD DE LA PLANIFICACION FAMILIAR POSTABORTO: (21, 10)

1. **Aumentar al máximo el acceso a servicios de buena calidad**: el mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar y la

obtención y el uso más fácil de métodos anticonceptivos ayudan a la necesidad de planificación de muchas mujeres.

2. **Dar mayor importancia a la comunicación**: muchas mujeres nunca han probado la anticoncepción porque no la conocen bastante, mientras otras han interrumpido el uso porque no recibían orientación adecuada acerca de los efectos secundarios. En uno y otro caso, los programas pueden ayudar a superar estos obstáculos mediante la orientación, otros canales interpersonales y la comunicación por los medios de difusión pública.
3. **Dirigirse a los hombres tanto como a las mujeres**: es fundamental alentar la comunicación entre los cónyuges y hacer participar más a los hombres en la planificación familiar postaborto. Si bien la mayoría de las parejas están de acuerdo en lo que concierne a la reproducción, los maridos que se oponen a la anticoncepción o que se preocupan acerca de sus efectos secundarios suelen impedir que sus esposas la practiquen.
4. **Equipos, suministros y medicamentos**: La disponibilidad de suministros, medicamentos y anticonceptivos esenciales y apropiados es central a la provisión de una atención a la salud reproductiva que sea segura, eficaz e integral. El equipo, los suministros y los anticonceptivos deben estar disponibles en cada nivel del sistema, conforme a la atención prestada y en cantidades suficientes, incluir sistemas adecuados de transporte e incluir suministros para cubrir el manejo de dolor , infecciones, ETS y pruebas de embarazo.

INTEGRANDO LOS SERVICIOS DE ATENCION POSTABORTO: (12)

La reducción de la tasa de mortalidad materna relacionada con el aborto, depende de que los servicios de atención postaborto sean integrados en todo el sistema de salud, desde el puesto de salud rural más básico hasta la unidad más sofisticada de atención terciaria. Debe establecerse una cadena coordinada de referencia y prestación de servicios para proveer acceso, 24 horas al día a cuidados que salven la vida de la mujer. Cada lugar de prestación de servicios al cual acuden las mujeres para recibir tratamiento, necesita funcionar en dicha cadena y cada profesional de salud al cual acuden las mujeres para ser atendidas necesita, como mínimo poder evaluar la necesidad de la mujer de recibir cuidados y ayudarla a encontrar servicios que le salven la vida.

Nivel comunitario

Los promotores de salud comunitarios, quienes suelen trabajar sin acceso a las unidades médicas, ofrecen educación en salud y prestan servicios básicos de salud a los miembros de sus propias comunidades. Estos suelen ser los primeros en ser contactados por una mujer con aborto espontáneo o que desee interrumpir un embarazo no deseado. El primer contacto es fundamental. Un

contacto positivo con un profesional de salud, que pueda determinar si la mujer necesita recibir atención y quién puede ayudar, proporcionando referencia o transporte, podría reducir de manera apreciable el tiempo que transcurre entre el momento en que la mujer procura atención y el momento en que la recibe. El reducir los retrasos puede ser una forma de salvar vidas.

Los promotores de salud comunitarios también pueden desempeñar un papel importante en reducir las consecuencias del aborto en condiciones de riesgo. Para lograr este objetivo, ellos deben educar a la comunidad en cuanto a los riesgos que conlleva interrumpir un embarazo no deseado en condiciones inadecuadas y deben ayudar a los individuos a encontrar servicios de salud reprodutiva y de planificación familiar que pueden usar eficazmente para evitar embarazos no deseados.

A este nivel se debe promover el uso de anticonceptivos y educar sobre la fertilidad y reproducción. Proveer píldoras anticonceptivas, condones y espermicidas a las personas que así lo deseen. Referir si la mujer desea un método anticonceptivo clínico. Dar seguimiento a los servicios de planificación familiar.

Nivel de atención primaria

Las unidades de atención primaria, incluso los puestos de primeros auxilios, los puestos de enfermería, los dispensarios y los puestos y centros de salud, constituyen el nivel más básico del sistema de salud formal. Cuando hay escasez de recursos humanos, el nivel de atención primaria puede contribuir a la atención postaborto proporcionando evaluación, tratamiento y estabilización de urgencia. Cuando se dispone de personal capacitado y de equipo en el nivel de atención primaria, se puede proveer una gama más amplia de servicios de atención urgente al aborto, incluso servicios de evacuación endouterina. Cuando la unidad de atención primaria no puede cubrir las necesidades de salud de la mujer, ella debe ser transferida a una unidad de referencia primaria.

A este nivel se debe promover el uso de anticonceptivos y educar sobre la fertilidad y la reproducción. Proveer métodos no clínicos, DIU, anticonceptivos inyectables, implantes subdérmicos. Evaluar y tratar efectos secundarios. Referir en caso de esterilización. Capacitar, supervisar y abastecer a los promotores de servicios comunitarios.

Nivel de referencia primaria

El nivel de referencia primaria está capacitado para prestar servicios especializados porque dispone de personal más habilitado, equipo, medicamentos y servicios urgentes de respaldo. Las unidades de referencia

primaria son hospitales de distrito. Las unidades en este nivel deben disponer de personal capacitado y equipo necesarios para efectuar procedimientos quirúrgicos y médicos para salvar la vida de la paciente, excepto los más complicados.

Además de los servicios que brindan los dos niveles anteriores aquí se debe proveer todos los métodos anticonceptivos.

Niveles de atención secundaria y terciaria

Las unidades de atención secundaria son hospitales regionales de servicio completo que prestan servicios tanto a pacientes internos como ambulatorios. Los hospitales docentes y los hospitales nacionales especializados constituyen el nivel de atención terciaria. Estas unidades deben esta equipadas y tener los recursos humanos necesarios para manejar referencias 24 horas al día. Se deben brindar todos los servicios disponibles de planificación familiar. (12)

PASOS PARA INTEGRAR LA ATENCION POSTABOROTO EN EL NIVEL DE ATENCION PRIMARIA . (16)

La autora Ann Leonard y colaboradores, de Ipas, han creado un conjunto de seis pasos que pueden tomarse en cuanta para comenzar a agregar los elementos de la atención postaborto a un servicio establecido de atención primaria.

1. **Investigar cómo el aborto afecta a la comunidad.**

- A dónde acuden las mujeres para recibir tratamiento?
- Cuáles son sus complicaciones?
- Cuáles son los retrasos en el proceso de procurar y recibir atención?
- Hay transporte disponible para las mujeres referidas a otros servicios?
- Preferirían las mujeres usar servicios más cercanos a sus hogares?
- En la opinión de las mujeres, los profesionales de la comunidad, qué es necesario ?

2. **Agregar los componentes lógicos de las actividades de atención postaborto a los servicios y sistemas establecidos.**

- Los obstetrices pueden ser capacitadas en atención postaborto.
- Los prestadores de servicios de planificación familiar pueden ser capacitados para ofrecer planificación familiar postaborto.
- Los profesionales de salud que insertan los DIU o asisten en los partos pueden aprender a usar la aspiración manual endouterina.
- Los protocolos para las emergencias obstétricas o para referencia y transporte pueden expandirse para incluir la atención postaborto.

- Los programas de información, educación y orientación (IEO) o programas de extensión a la comunidad puede tratar el problema del aborto que ocurre en condiciones de riesgo.
- El personal de salud puede informarse y comenzar a referir a sus clientes a los servicios comunitarios.

3. **Incrementar el apoyo de la comunidad**

- Promover los servicios y crear conciencia en torno a éstos.
- Ayudar a la comunidad a entender cómo el embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo afectan a la comunidad.
- Movilizar los recursos comunitarios, para ofrecer transporte a los clientes.
- Informar a los profesionales de salud con respecto al aborto en condiciones de riesgo para que ellos puedan explicar los servicios de atención postaborto y de salud reproductiva a sus contactos en la comunidad.

4. **Mejorar la salud reproductiva y materna en general.**

- Preguntar a las mujeres acerca de los servicios de planificación familiar y de salud materna que usan y si tienen problemas con los métodos de planificación familiar disponibles.
- Mejorar los servicios de planificación familiar, la información, la calidad y el acceso.
- Mejorar la educación de los adolescentes, hombres y mujeres con respecto a la sexualidad y el género.
- Aumentar la disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos en la comunidad, incluso los condones y la anticoncepción de emergencia.

5. **Vincular el sistema de salud y los servicios comunitarios de salud reproductiva.**

- Averiguar cuáles son los recursos comunitarios disponibles, en cuestiones de salud reproductiva.
- Hacer arreglos para poder referir a las clientes y mantener un sistema de referencia que funcione.
- Mejorar el flujo de información sobre los casos que son referidos .
- Asegurarse de que todos los miembros del personal de salud estén enterados sobre los recursos comunitarios y sobre cómo referir a las clientes.
- Instar a los profesionales de salud en la comunidad a referir a las mujeres para que obtengan los servicios.

6. **Evaluar la calidad de los servicios de atención postaborto .**

- Desempeño técnico
- Trato y comunicación entre la cliente y el personal de salud.

- Información y orientación
- Tecnologías apropiadas
- Equipo, suministros , medicamentos.

METODOS ANTICONCEPTIVOS (5,7,1,3,9,19,22)

METODOS NATURALES

Abstinencia periódica:

Método que se basa en evitar relaciones sexuales durante el período fértil, este se puede reconocer mediante la observación, el registro y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con el ciclo menstrual. Entre estos métodos figuran el método del calendario (ritmo), método del moco cervical (ovulación) y el método de la temperatura basal corporal.

Efectividad: cerca de 15 a 20 embarazos ocurren en un año por cada 100 mujeres que usan este método (por mujeres que están debidamente informadas).

Prevención del VIH y ETS: ninguna.

Disponibilidad: Puede ser usado por parejas que conocen el bien ciclo menstrual de la mujer.

Ventajas: No produce efectos colaterales, las parejas pueden compartir las responsabilidades de la planificación familiar, no implica gastos, la fertilidad regresa de inmediato.

Desventajas: Requiere del compromiso de ambos compañeros, necesita de una observación cuidadosa y del registro de los cambios, las parejas se deben abstener al acto sexual durante un período considerable cada mes, puede ser difícil detectar el período fértil en mujeres cercanas a la menarquia o menopausia, o con ciclos irregulares.

Método del retiro (coito interrumpido):

Método en el que el acto sexual se interrumpe y el pene se extrae de la vagina antes de la eyaculación.

Efectividad: es de baja eficacia, porque el esperma puede producirse antes de eyacular y entrar en el cérvix.

Prevención del VIH y ETS: Ninguna. El VIH ha sido encontrado en el semen producido antes de la eyaculación.

Disponibilidad: Disponibles para todos los hombres.

Ventajas: útil si no hay otro método disponible, no tienen efectos médicos secundarios, la fertilidad regresa de inmediato, el uso puede mejorar la comunicación en la pareja.

Desventajas: El hombre necesita estar pendiente de su eficacia en el momento de las relaciones sexuales, se puede dificultar al retirar antes de eyacular.

METODOS DE BARRERA

El Condón:

Es una funda de látex que se coloca desenrrollándolo sobre el pene erecto antes del coito. El hombre eyacula dentro del condón. El condón es más efectivo en la prevención del embarazo cuando se usa con un espermicida. En algunos casos los condones están previamente lubricados, si no lo están, deben lubricarse a base de agua. Impiden a los espermatozoides el acceso al tracto reproductor femenino.

Efectividad: aproximadamente 12 embarazos por cada 100 parejas que usan este método.

Prevención del VIH y ETS: muy efectivo. El VIH y otros agentes infecciosos no pueden atravesarlo.

Disponibilidad: ampliamente disponible en la mayoría de los países, en clubes nocturnos, tiendas y clínicas.

Ventajas: en raras ocasiones produce efectos colaterales (algunas personas reportan irritación por el látex). Solo se usa para coito vaginal y/o anal. Algunas personas deciden usarlo en relaciones orales.

Desventajas: es necesario aprender a usarlo, puede romperse si no se usa correctamente o está caducado o cuando hay mucha fricción .

Control de calidad y vida útil: la exposición prolongada a la luz del sol, temperaturas arriba de los 40 grados centígrados, humedad, chispas, luz fluorescente o el contacto con aceites minerales o vegetales hace que los condones se deterioren rápidamente. Deben almacenarse en un lugar seco y fresco, si durante una inspección para verificar la calidad, el condón está pegajoso o frágil éste no puede utilizarse. Su vida útil es de 3 a 5 años.

El Condón femenino:

Es una funda suave de poliuretano que cubre el interior de la vagina. Similar al condón masculino. Puede ser usado con una espermicida. Evita que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

Efectividad: muy efectivo si usa adecuada y consistentemente.

Prevención del VIH y ETS: muy efectivo. El VIH y otras infecciones no pueden atravesarlo.

Disponibilidad: es difícil de conseguir, es caro.

Ventajas: no produce efectos colaterales. Se usa solo durante las relaciones sexuales. Algunas mujeres pueden usar sin que el hombre se de cuenta.

Desventajas: es muy difícil conseguirlo en la mayoría de los países. Puede ser difícil colocarlo.

Control de calidad y vida útil: la exposición prolongada a la luz del sol, temperaturas arriba de los 40 grados centígrados, humedad, chispas, luz fluorescente o el contacto con aceites minerales o vegetales hace que los condones se deterioren rápidamente. Deben almacenarse en un lugar seco y fresco.

El Diafragma y Capuchón Cervical:

El capuchón cervical que se coloca sobre el cérvix de la mujer para impedir que entre el esperma del hombre , se requiere que un trabajador de la salud lo mida. Debe ser colocado en la vagina antes de las relaciones sexuales y dejado allí por lo menos seis horas y no más de 24 después de que el coito haya terminado. Debe lavarse antes de usarlo nuevamente. Debe ser usado con espermicidas.

Efectividad: cerca de 18 embarazos ocurren de cada 100 mujeres que usan este método después de un año de uso.

Prevención del VIH y ETS: no protege contra el VIH, puede proteger contra algunas ETS, como las verrugas genitales.

Disponibilidad: no está disponible en muchos países.

Ventajas: sólo se usa durante las relaciones sexuales. Puede usarse durante años. No es necesario acudir a un trabajador de la salud después de ser medido inicialmente.

Desventajas: para su medida inicial se requiere de un trabajador de la salud capacitado. Algunas mujeres informan dificultad de colocarlo y retirarlo. Se necesita volver a medirse cada dos años, después del embarazo o si la mujer pierde o aumenta de peso.

Control de calidad y vida útil: el diagrafma debe estar limpio, sin perforaciones ni fisuras. Si hay perforaciones o fisuras (aunque éstas sean muy pequeñas) serán visibles cuando se mire el diafragma contra una luz. Su vida útil es variable.

Los Espermicidas:

Son sustancias químicas elaboradas para matar los espermatozoides en la vagina e impedir que el esperma entre en el cérvix. Existen diversas presentaciones: espuma, película vaginal, crema, gel y tabletas vaginales. Debe ser usados con métodos de barrera (condones, diafragma y capuchón cervical). Los espermicidas causan la ruptura de la membrana celular de los espermatozoides, lo cual afecta la movilidad de los mismos y su capacidad de fecundar el óvulo.

Efectividad: cerca de 21 embarazos ocurren en un año por cada 100 mujeres que usan este método.

Prevención del VIH y ETS: no existen pruebas de que den protección contra VIH. Pueden proporcionar cierta protección contra infecciones producidas por bacterias.

Disponibilidad: ampliamente disponibles.

Ventajas: sólo se usan durante las relaciones sexuales, no es necesaria la ayuda de un trabajador de la salud.

Desventajas: algunas personas pueden ser alérgicas a ellos.

Control de calidad y vida útil: el envase de espuma no debe estar expuesto al calor extremo o a fluctuaciones en la temperatura o la humedad y debe ser almacenado de manera vertical a temperaturas que no excedan los 49 º C. la vida útil de la espuma o jalea espermicida es de 3 años. Las tabletas no deben estar rotas o faltantes, ni de diferente color o que tengan perforaciones en el aluminio, no deben estar blandas o desmoronarse, su vida útil es de 5 años.

PILDORAS ANTICONCEPTIVAS:

La píldora contiene hormonas que detienen la ovulación y regulan el ciclo menstrual. El método es altamente efectivo si la mujer que lo toma recuerda tomar su píldora a la misma hora todos los días.

Efectividad: aproximadamente de 2 a 3 embarazos ocurren en un año de 100 mujeres que usan este método.

Prevención del VIH y ETS: ninguna

Disponibilidad: se encuentra en la mayoría de las clínicas de planificación familiar.

Ventajas: no es necesario prepararse para usarla, puede ayudar a otros métodos.

Desventajas: requiere que un trabajador de la salud la administre, produce ciertos efectos colaterales como gastrointestinales. La mayoría de los antibióticos disminuyen la efectividad del control de la píldora.

Contraindicaciones: no pueden ser usados por pacientes mayores de 40 años y que fumen.

Control de calidad y vida útil: la primera indicación de deterioro de este producto es una disminución en la dureza de la píldora, si la píldora se desmorona cuando se presiona a través el alumnio es de mala calidad. Es importante que el empaque estéril de aluminio para cada píldora esté sellado, que los paquetes estén completos y que las píldoras sean del color correcto. Se deben almacenar a temperatura ambiente (15-30ºC) en condiciones secas. Su vida útil es de cinco años a partir de la fecha de fabricación.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

El inyectable más conocido es la DepoProvera. La inyección debe administrarse cada tres meses en una clínica o centro de salud. Evita la ovulación y espesa el moco cervical.

Efectividad: ocurre un embarazo de cada 100 mujeres que usan este método en un año.

Prevención del VIH y ETS: ninguna.

Disponibilidad: ampliamente disponible en algunos países.

Ventajas: se usa independientemente del coito, puede ser usado sin que el hombre lo sepa.

Desventajas: pueden causar períodos irregulares, requiere de acceso a trabajadores de salud capacitados cada tres meses. En caso de efectos colaterales no puede suspenderse su efecto.

Control de calidad y vida útil: los inyectable permanecerán estables y eficaces hasta la fecha de vencimiento si se almacenan a una temperatura controlada (15-30ºC) , no deben refrigerarse. Su vida útil es de 5 años.

IMPLANTES HORMONALES

Conocidos como Norplant, son seis tubos pequeños que se insertan debajo de la piel del antebrazo de la mujer. Los tubos lentamente liberan una hormona que evita la ovulación. Deben ser colocados y retirados por un trabajador de la salud capacitado. Su efectividad se prolonga hasta cinco años.

Efectividad: ocurre 1 embarazo por cada 100 mujeres que usan este método en un año.

Prevención del VIH y ETS: ninguna

Disponibilidad: en algunos países ampliamente disponible.

Ventajas: se usa independientemente del coito, puede ser usado sin que el hombre lo sepa. Larga duración.

Desventajas: pueden causar periodos irregulares, deben ser colocados y retirados mediante cirugía por trabajador capacitado.

Control de calidad y vía útil: los implantes están empacados en una bolsa estéril sellada, si el sello que asegura la esterilidad del producto está roto o

faltan algunas de las cápsulas no puede utilizarse el producto, deben protegerse del calor excesivo, la luz indirecta y la humedad. Tiene una vida útil de 5 años a partir de la fecha de fabricación, siempre y cuando el empaque no esté dañado. Una vez insertados tienen una vía adicional de cinco años de eficacia.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El dispositivo intrauterino es un pequeño artefacto hecho principalmente de material plástico que se inserta en el útero. Alguno de los DIU disponibles actualmente son : la T de cobre, Tcu 38OA, el 7 de cobre, el multiload y la T de progesterona (Progestasert). No se conoce el mecanismo exacto mediante el cual el DIU previene el embarazo, puede afectar al espermatozoide, ovarios, óvulo o la fertilización. Sólo el DIU liberador de progestina cambia el recubrimiento del endometrio. No interfiere con el coito. Debe reemplazarse antes de cumplirse el décimo año después de haber sido insertado. Las mejores candidatas son la mujeres que han tenido al menos un hijo, las que desean un método que requiera el mínimo de cuidados .

Contraindicaciones: en las infecciones pélvicas activas, recientes o recurrentes (incluyendo principalmente la gonorrea), si tiene historia de embarazo ectopico o si la paciente se encuentra embarazada , o quien tiene más de una pareja sexual.

Efectividad: cerca de 2 a 3 embarazos ocurren por cada 100 mujeres que usan este método en un año.

Prevención de VIH y ETS: ninguna, incrementa el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.

Disponibilidad: esta disponible en la mayoría de las clínicas de planificación familia, a menudo para mujeres que ya han tenido hijos.

Ventajas: se usa independientemente del coito, no requiere cuidados.

Desventajas: algunas mujeres informan menstruación muy abundante, dolor. Se requiere de un trabajador de salud capacitado para colocarlo o retirarlo.

Control de calidad y vida útil: teniendo en cuenta que los DIU están hechos de plástico y cobre, deben estar protegidos del calor o la luz solar directa, no deben haber fisuras en el empaque estéril. Su vida útil es de 7 años.

ESTERILIZACION FEMENENINA

Consiste en cortar o bloquear las Trompas de Falopio para prevenir que el óvulo y el espermatozoide se unan.

Efectividad: excelente

Prevención de VIH y ETS: ninguna.

Disponibilidad: Disponible en clínicas especializadas, debe ser efectuada por médicos capacitados.

Ventajas: se usa independientemente del coito.
Desventajas: requiere de una intervención quirúrgica con anestesia general. No es reversible.

ESTERILIZACION MASCULINA

También llamada vasectomía. Consiste en cortar los conductos deferentes en los hombres para impedir que haya espermatozoides en el semen.
Efectividad: excelente.
Prevención de VIH y ETS: ninguna.
Disponibilidad: sólo en clínicas especializadas.
Ventajas: se usa independientemente del coito.
Desventajas: requiere de intervención quirúrgica, es irreversible.

ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA

Debe ser usada por la mujer después de tener relaciones sexuales no protegidas. Existe bajo las presentaciones de píldoras o de DIU. Las píldoras deben tomarse dentro de las 2 horas después de tener relaciones sexuales sin protección. El DIU puede ser colocado cinco días después de un contacto sexual.
Efectividad: excelente cuando se usa dentro del tiempo marcado.
Prevención de VIH y ETS: ninguna
Ventajas: es una opción importante después de accidentes sexuales.
Desventajas: Cada método debe ser administrado por un trabajador de la salud capacitado.

ORGANIZACION Y CREACION DEL PROGRAMA

El programa debe comprender las diversas razones para la necesidad insatisfecha basándose en investigaciones cualitativas y datos de encuentas , analizando los resultados e identificando los subgrupos de alta prioridad, para un alcance mejor y para diseñar y suministrar información de servicios para satisfacer las necesidades específicas de cada subgrupo .(21,10)

El individuo que actúa como organizador para la creación del programa de planificación familiar debe actuar con orden siguiendo los pasos a continuación: (20)

1. Planeación: es la definición de lo que tiene que hacer el grupo organizado para alcanzar los objetivos. Abarca desde la fijación de los objetivos, la identificación de las actividades a desempeñar para lograrlos, la programación y la elaboración de presupuestos.
2. Organización: consiste en combinar recursos de manera ordenada y funcional en un conjunto estructurado; en acomodar estos recursos en forma sistemática para lograr una acción armoniosa y unificada.
3. Implementación: es el movimiento hacia la acción y todas las demás actividades del administrador para iniciar y continuar las acciones previstas en la planeación y la organización, las cuales le permitirán alcanzar las metas.
4. Control y evaluación: consiste en el seguimiento de lo que se vaya efectuando para comprobar que los acontecimientos ocurran conforme a los

planes. Se evalua la actuación y los resultados se corrigen las desviaciones para mejores resultados. (29)

Qué incluye la planeación? Planear para el futuro permite que se pueda analizar en detalle la organización o programa, para que se puedan lograr los objetivos, se deben responder a las siguientes preguntas:

1. Qué quiere lograr la organización?
2. En qué situación se encuentra la organización en este momento?
3. En que situación pretende estar la organización dentro de un determinado tiempo?
4. Cómo se logrará esto?
5. Cómo financiará la organización este programa?

Establecimiento de la misión o los propósitos:

El primer paso en la preparación del plan, consiste en establecer o revisar el propósito o misión de la organización. Esto incluye generalmente los objetivos generales , el tipo de organización, sus propósitos y valores.

Análisis del contexto:

Este paso consiste en analizar el contexto y la manera como se relaciona con los objetivos de la organización tal y como fueron definidos. Un análisis del medio ambiente incluye el estudio de cuatro áreas que pueden afectar la operación de los planes de la organización, como son cultura, política, economía y salud.

Establecimiento de objetivos generales:

Estos pueden establecerse en base a las metas finales del programa.

Selección de estrategias para alcanzar los objetivos:

Las estrategias definen la manera como la organización decide alcanzar sus objetivos generales. En el desarrollo de las estrategias, deben considerarse todas las opciones posibles y seleccionar una o más para cada objetivo general.

Establecimiento de objetivos específicos:

Toda estrategia establece uno o más objetivos específicos, estos plantean resultados por anticipado en términos de usuarios o clientes de un programa.

Selección de actividades para cada objetivo especifico:

Para alcanzar un objetivo especifico, es necesario determinar cuáles actividades se llevaran a cabo, quién las realizará y cuándo se efectuarán.

PREPARACION PARA LA PLANEACION DEL TRABAJO

La planeación es un proceso que tiene lugar en varios niveles dentro de la organización. Durante el proceso, el administrador identificará las actividades especificas que se llevarán a cabo dentro de los diferentes niveles funcionales (regiones, clínicas, comunidades, aldeas) en un periodo determinado.

El proceso que se sigue en todos los planes es el mismo independientemente de que sea para una clínica especifica o para un miembro del equipo de trabajo, se necesita pensar con detalle en todas las actividades que se requieren para alcanzar los objetivos. Para ello es de gran ayuda considerar las siguientes preguntas:

- qué actividades necesitan realizarse para alcanzar los objetivos específicos del programa?
- quién las realizará?
- cuándo se llevarán a cabo?
- qué recursos se necesitarán?

Análisis y discusión de las actividades: el personal de todos los niveles de la organización debe contar con planes de trabajo. Hay que tomar en cuenta que el proceso de planeación es tan importante como el plan final. Este proceso da la oportunidad de participar a las personas que realizan el trabajo, y lo más importante, les permite generar preguntas concernientes a las prioridades del programa, la distribución del tiempo del personal, la asignación interna y las oportunidades de coordinación con otras organizaciones.

El resultado de este proceso es un plan de actividades y tareas a ejecutarse en un periodo determinado y que han sido desarrolladas y aceptadas por las personas que se encargan de llevarlas a cabo.

Cómo hacer para iniciar el proceso de planeación del trabajo: el administrador debe empezar por contestar las siguientes preguntas:

- cuáles son las actividades más importantes ?
- en qué orden deben realizarse estas actividades?
- qué tan detallada necesita ser la descripción de las actividades en el plan de trabajo?
- cuenta el personal con la capacitación y tiempo necesarios para realizar satisfactoriamente su trabajo?
- cuánto costará realizar esta actividades?

Cómo utilizar los planes de trabajo para hacer el seguimiento del programa:

Los planes de trabajo están fuertemente ligados a otros aspectos de la ejecución del programa, tales como el seguimiento y la evaluación. Si se determina cuáles actividades dentro del programa son las más importantes, el administrador sabrá a cuales dar seguimiento.

Cómo hacer para desarrollar y organizar las actividades:

Se deben contestar las siguientes preguntas:

- **Cuál** es la actividad?
- **Quién** es (quienes son) responsable(s) de llevar a cabo la actividad?
- **Cómo** : Qué recursos son necesarios?
- **Cuándo** se inicia y termina la actividad (en fechas)?
- **Dónde** se llevará a cabo la actividad?

Cuando se desarrollan las actividades para el programa u organización:

- fundamentar las actividades en los objetivos establecidos
- establecer claramente la actividad
- indicar cuando se llevará a cabo la actividad
- asignar responsabilidades al personal apropiado
- asegurarse de que los recursos necesarios están disponibles

Cómo diseñar y planear un programa de capacitación

Un programa de planificación familiar tendrá diferentes necesidades de personal y por consiguiente distintos requerimientos de capacitación dentro de sus niveles. Al inicio de un programa, la capacitación se centrará en los siguientes aspectos: habilidades clínicas, consejería para las personas que ofrecen servicios de planificación familiar, técnicas de comunicación para dar información y educación a los futuros clientes y una capacitación básica en el desarrollo y ejecución de sistema de apoyo administrativo.

El administrador debe tener un conocimiento adecuado para:

- determinar la necesidad de capacitación de un empleado
- establecer los requerimientos de la capacitación
- preparar un programa de capacitación
- escribir una propuesta para solicitar fondos para capacitación del personal
- evaluar el programa de capacitación
- hacer seguimiento cuando termine el programa de capacitación.

Evaluación de necesidades de capacitación:

La capacitación es necesaria sólo cuando un empleado carece del conocimiento que se requiere para que realice su trabajo actual o uno nuevo como consecuencia de un ascenso o transferencia. Para determinar la cantidad y

el tipo de capacitación que se requiere, debe evaluarse la situación actual, decidir las habilidades que se requieren y establecer los conocimientos que le hacer falta al personal.

Etapas en la preparación de un programa de capacitación:

Estas comprenden componentes educativos, administrativos y clínicos:

- Establecer objetivos generales del curso
- Desarrollar un plan general de capacitación
- Delimitar objetivos específicos para cada sesión de capacitación
- Determinara la metodología , técnicas y enfoque de la capacitación
- Desarrollar planes de sesiones de capacitación
- Determinar los requerimientos de recursos
- Desarrollar el presupuesto para actividades de capacitación
- Preparar la propuesta del programa de capacitación

Métodos tradicionales de capacitación: (20)

Los conocimientos también pueden impartirse mediante métodos tradicionales tales como: charlas, lecturas, proyección de películas o un caso real. Con los métodos tradicionales la retención de la información se mejora mediante ejercicios repetitivos, ejercicios escritos, y discusiones.

Para cada sesión un plan de capacitación debe incluir:

- Titulo de la sesión
- Tiempo asignado
- Descripción del contenido
- Objetivos específicos de la sesión
- Presentación del contenido que se va a cubrir
- Materiales a utilizar
- Métodos y técnicas de capacitación y tiempo requerido para cada uno
- Procedimiento de evaluación.

ANTIGUA GUATEMALA (29)

El departamento de Sacatepequez y particularmente su cabecera, la ciudad de La Antigua Guatemala constituye uno de los principales centros turísticos del país. Desde el punto de vista cultural, deben destacarse dos aspectos importantes de atracción turística: los monumentos coloniales y lo referente a la cultura popular tradicional (folclore).

La Antigua Guatemala es uno de los municipios con mayor riqueza en cuanto a la cultura popular tradicional, debe recordarse que esta es una cultura mestiza en la cual se fusionan los elementos de las culturas indígenas prehispanica y de la cultura española.

Historia: aunque fue reconocido Sacatepequez como departamento hasta en 1839, la historia se remonta desde tiempo atrás cuando el territorio que pertenecía al reino cakchiquel antes de la conquista por los españoles.

Pedro de Alvarado fundó la capital del Reyno de Guatemala el 25 de Julio de 1525 en Iximché, a la que llamó Santiago en honor al Apóstol. Los kaqchiqueles se sublevaron contra las autoridades en 1526, entonces la capital fue trasladada al Valle de Almolonga el 22 de noviembre de 1527. Esta ciudad

fue destruida entre el 10 y 11 de septiembre de 1541 por un torrente de agua que bajó del Volcán de Agua, arrastrando peñascos, piedras y árboles. En este desastre murió la gobernadora doña Beatriz de la Cueva.

El 10 de marzo de 1543 la cuidad se asentó en el Valle de Panchoy o Panqän(en el sitio en donde se encuentra la ciudad de La Antigua Guatemala). El vocablo Panqän significa " en lo amarillo" debido al color del terreno o la abundancia de las caléndulas, chilcas y otras flores de ese color.

La ciudad de Santiago fue fundada siguiendo el trazo que hiciera el ingeniero Juan Francisco Antelen, dicha ciudad permaneció en este valle hasta el 29 de julio de 1773 fecha en que fue destruida por los terremotos de Santa Marta y se trasladó al Valle de La Virgen o de la Ermita en donde se encuentra actualmente la ciudad de Guatemala.

Población: con aproximadamente 112,345 habitantes, donde la mayor parte de la población es ladina (65%). Actualmente hay muchos habitantes extranjeros no se tiene la cantidad exacta.

Geografía: cuenta con tres imponentes volcanes: el de Agua, el de Fuego y el de Acatenango llamado también Pekul por los aztecas. Sus suelos son bastante fértiles para la agricultura y la mayor parte son planos.

Clima: templado.

Idiomas: se habla español y kaqchikel.

Altitud: 1,530 sobre el nivel del mar.

Fuente de ingresos e industria: su principal fuente de ingresos además del turismo es la agricultura, destaca el cultivo de zanahoria , café y manzana, la producción de flores. Entre las industrias están la confección de telas típicas, tenerías, elaboración de azúcar, panela, cerámica y orfebrería.

Hechos históricos:

- la introducción de la primera imprenta en 1660
- la fundación de la Universidad de San Carlos en 1676
- la publicación de periódicos como la Gazeta de Goathemala en 1729
- la inauguración de la tercera catedral de Santiago de Guatemala en 1689
- fue declarada Monumentos nacional el 30 de marzo de 1944

- el 12 de octubre de 1948 el congreso de la República la proclamó Ciudad Emérita
- el 25 de septiembre de 1958 fue capital de la República por 24 horas
- en 1965 fue declarada Ciudad Monumento de las Américas por la VIII Asamblea Panamericano de Geografía e Historia

Fiesta titular: el 15 de agosto en honor a la Virgen de la Asunción, 8 de diciembre en honor a la inmaculada Concepción y el 25 de julio en conmemoración de Santiago Apóstol.

METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Descriptivo, prospectivo.

Sujeto de estudio:

Pacientes postaborto que se encontraron hospitalizadas en el Departamento de Gineco-obstetricia de el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" de Antigua Guatemala, durante el periodo de mayo a junio del 2000.

Muestra de estudio:

Se trabajó con una muestra aproximadamente de 89 pacientes postaborto, que son un 20 % del promedio de pacientes atendidas en los tres últimos años. Fue una muestra tipo no probabilística, secuencial.

Criterios de inclusión:

Se tomó la muestra con todas las pacientes postaborto que se encontraron hospitalizadas en el departamento de Gineco-obstetricia de el Hospital Nacional "Pedro de Bathancourt" de Antigua Guatemala.

Criterios de exclusión:

No se tomó a las pacientes que no estuvieran hospitalizadas o que lo estaban con otro diagnostico que no fuera postaborto.

Descripción del área de trabajo:

El estudio se realizó en el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" de Antigua Guatemala, que se encuentra en la Aldea San Felipe de Jesús, distante a 3 kilómetros de la ciudad de Antigua Guatemala, el cual cuenta entre su organización con el departamento de Gineco-obstetricia, ubicado en el 2do. nivel del edificio hospitalario, con un total de 57 camas divididas en las unidades de ginecología, postparto, complicaciones prenatales y séptico. El departamento cuenta con 11 médicos especialistas, 12 enfermeras auxiliares, una jefe de servicio, una subjefe y 23 médicos externos de la Universidad de San Carlos .

El departamento de trabajo social se encuentra ubicado en el primer nivel junto a la consulta externa, donde laboran 5 trabajadoras sociales.

En las unidades de complicaciones prenatales y séptico se hizo la recolección de datos y con la ayuda de trabajadoras sociales, personal de enfermería y médicos externos se implementó el programa de planificación familiar en pacientes postaborto.

Instrumento de recolección de datos:

Se utilizó un cuestionario que contiene 16 preguntas que determinaron los conocimientos sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y los factores que influyen en el no uso de métodos anticonceptivos que tienen las pacientes postaborto (ver anexos).

Ejecución de la investigación:

El estudio se realizó en un período de cuatro meses y medio (marzo a julio) partiendo desde la planificación del mismo hasta el informe final .

Primero se determinaron los conocimientos que tienen las pacientes sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y los factores que influyen en el no uso de métodos anticonceptivos en el postaborto a través de una boleta de recolección de datos, esa base de datos fue analizada y se creó un programa de planificación familiar, por último fue implementado.

Por los objetivos planteados en este estudio se subdivide el tema en dos grandes áreas: los conocimientos de las pacientes postaborto y la creación e implementación del programa de planificación familiar en las pacientes postaborto.

La organización del proceso de trabajo que se ejecutó en la elaboración del módulo se desarrolló en cuatro etapas:

1. Protocolo de investigación
2. Análisis y diagnóstico de la información
3. Creación del programa de planificación familiar
4. Implementación del programa de planificación familiar

Protocolo de investigación:

En esta etapa mediante la revisión bibliográfica se desarrolló el marco teórico, la metodología del proyecto y la determinación del análisis estadístico a seguir.

Análisis y diagnóstico de la información:

a. se utilizó una boleta de recolección de datos que contenía 15 preguntas sobre los temas ya citados y se hizo un tiraje de 90 fotocopias para la recopilación de datos.
b. previo a pasar el test a la paciente en estudio, se le explicó la finalidad de este.
c. se realizó la recolección de datos entrevistando a las pacientes postaborto en el período que se encontraba hospitalizada en las unidades de encamamiento de complicaciones prenatales y séptico .
d. se hizo el análisis de la información obtenida de las boletas de recolección de datos y se presenta en forma sistemática utilizando la estadística descriptiva.

Creación del Programa de Planificación Familiar

Esta sección del trabajo incluyó el análisis de la información recabada, la cual fue la base para crear el programa de planificación familiar a la paciente postaborto, según las necesidades, cultura, lenguaje, grado de escolaridad y conocimientos que dichas pacientes tenían, el cual lleva los siguientes apartados: Objetivos, Justificación y los contenidos programaticos.

Se realizaron planes de clases para la capacitación del personal así como folletos informativos.

Implementación del Programa de Planificación Familiar

Aquí se contempló el montaje y la implementación del programa creado, en la que se realizaron actividades como las siguientes:

a. Obtención del material didáctico: salón de clase, retroproyector, proyector de slides, material audiovisual, carteles ilustrativos, folletos informativos, trifoliares.

b. Capacitación del personal de enfermería, trabajadores sociales y médicos externos.

- Se dieron pláticas en las cuales en forma separada se capacitó acerca de 1. Métodos anticonceptivos, 2. Planificación familiar, 3. Orientación y consejería a la paciente postaborto, 4. El Aborto.
- Cada charla se hizo en un tiempo de 30 a 45 minutos por medio de carteles ilustrativos, proyección de slides y/o folletos informativos.
- Cada plática se realizó en forma dinámica y participativa con cada grupo asistente, en las cuales se tuvo un espacio para realizar preguntas y responder dudas.

c. Información y consejería a la paciente postaborto:

- Con la ayuda del personal de enfermería y médicos externos, a la paciente postaborto en el período hospitalario, se le dió información individual conforme a sus inquietudes acerca de la planificación familiar.
- Se le proporcionó a la paciente postaborto material informativo sobre planificación familiar (folletos y /o trifoliares).
- Se le dió una cita posterior a la consulta externa de Gineco-obstetricia para realizar su examen físico de rutina y resolver algunas preguntas acerca de su salud y el método anticonceptivo que estaba utilizando o utilizaría si ese era su deseo.
- Si era necesario se le dió una cita posterior con la trabajadora social para continuar con el seguimiento de cada caso en particular y poder resolver así sus nuevas dudas.

d. Encargados del programa en el futuro:

El programa se quedó a cargo del jefe del Departamento de Gineco-obstetricia, así como del personal que en este labora, redactando una carta en la que se dará seguimiento al programa ya establecido.

Plan de análisis:

Se analizó la información de las boletas de recolección de datos presentándola en forma sistemática utilizando la estadística descriptiva.

Consideraciones éticas:

Para el estudio se realizaron preguntas a las pacientes postaborto por medio de una boleta de recolección de datos, acerca de los conocimientos sobre planificación familiar , los resultados fueron manejados con discreción y sirvieron para la creación del programa de planificación familiar para la paciente postaborto.

Recursos:

Materiales físicos:

- Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" de Antigua Guatemala.
- Departamento de Gineco-Obstetricia, unidades de Complicaciones Prenatales y Séptico.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca de el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (I.N.C.A.P.)
- Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca de APROFAM.
- Computadora, programa de computo Word Office 9, Excel, Internet, EPi Info versión 6.4
- Materiales de escritorio y papelería

Humanos:

- Pacientes postaborto
- Investigador
- Personal de enfermería, trabajadores sociales y estudiantes de medicina.
- Médico asesor del trabajo de tesis
- Médico revisor del trabajo de tesis
- Personal del Centro de Investigación de Ciencias de la Salud de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Económicos:

■ Fotocopias	Q. 100.00
■ Uso de internet	Q. 100.00
■ Materiales de computación	Q. 250.00
■ Transporte y movilización	Q. 300.00
■ Impresión de tesis	Q. 800.00
Total	Q.1,550.00

CONCLUSIONES

1. La mayor cantidad de pacientes postaborto tienen antecedentes de un aborto previo, el grupo de pacientes estudiado esta representado por mujeres en edad fértil, la mayoría indígenas, amas de casa, con vida sexual activa, en edad reproductiva, sin un trabajo formal, eminentemente católica y que ha cursado solamente los grados primarios de escolaridad o son analfabetas.

2. Después de los resultados obtenidos se puede afirmar que el término planificación familiar es desconocido para muchas mujeres, así como a pesar de que un elevado porcentaje conocen algún método anticonceptivo es menor el número de quienes los utilizan.

3. La falta de orientación adecuada sobre planificación familiar a la pareja influye en la poca demanda hacia este servicio y la falta de aceptación principalmente del sexo masculino a los métodos anticonceptivos deja una parte de la pareja inactiva para la toma de decisiones.

4. Los efectos secundarios por el uso de anticonceptivos son tomados muchas veces como un rechazo para no continuar con los esquemas de tratamiento.

5. El deseo de recibir una orientación en planificación familiar después del aborto fue aceptada por la mayoría de las pacientes.

6. Entre los factores que limitan el acceso a los servicios de salud reproductiva se encuentran la accesibilidad geográfica, de horario y de transporte.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Dar orientación y consejería sobre Planificación Familiar a las Pacientes Postaborto, en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Antigua Guatemala " Pedro de Bethancourt".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Informar sobre Planificación Familiar , Métodos anticonceptivos y dar consejería a las Pacientes Postaborto.

2. Resolver las dudas que las pacientes tengan sobre anticoncepción.

3. Referir a las pacientes postaborto a las unidades de Consulta Externa , Trabajo Social y/o puestos de Salud en caso sea necesario.

PROGRAMA DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN LA PACIENTE POSTABORTO

En base a la información recopilada anteriormente se presenta definición del Programa de Planificación Familiar para la paciente postaborto, que se realizará en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

Debe ser manejado de una manera integral tomando en cuenta 4 grandes aspectos: Sociocultural, Demográficos, Conocimientos sobre planificación familiar y Fuentes de Suministros.

SOCIOCULTURALES:

La situación de la mujer para la aceptación y uso de métodos anticonceptivos se vé influenciada por aspectos como: grados bajos de escolaridad, ocupaciones no remuneradas, decisiones vedadas a elegir su derecho reproductivo por parte de la familia y del espeso, con lo que se debe impartir desde una educación familiar, social e institucional para que ellas como personas individuales tomen una decisión correcta sobre su salud reproductiva.

Se informará de los diferentes métodos para planificar en una forma sencilla, clara y concisa para la mejor comprensión de la paciente.

La actitud de los diferentes grupos religiosos ante las políticas de los anticonceptivos en general evidencian que hay más aceptación en la religión católica y menos en la religión protestante, aspecto que se tendrá en cuenta al dar educación sobre planificación familiar respetando las creencias religiosas.

A pesar de la existencia de patrones culturales arraigados en la raza indígena, nuestra población mayoritariamente aceptó recibir en un momento determinado información sobre métodos de planificación familiar después del aborto, esto no necesariamente implica la aceptación de su uso, por lo que se debe de considerar este factor al orientar a la paciente.

Las pacientes postaborto en su mayoría son adultas jóvenes, con pareja formal y que ha tenido de 1 a 3 embarazos y/o partos, por lo tanto el programa debe proporcionar una gama de opciones en planificación para los diferentes deseos de este grupo en particular.

DEMOGRAFICOS:

Tomando en cuenta que a través de los anos la población que asiste al hospital nacional de Antigua ha ido aumentado, se debe evaluar el servicio para que cada día se pueda atender a una mayor cantidad de personas eficazmente no sólo en el ámbito de métodos de planificación familiar sino también de salud en general.

Por nuestra alta tasa de fecundidad guatemalteca, los programas de planificación familiar deben de proporcionar información ampliar para las pacientes a través de los diferentes niveles de atención (hospitales, centro y puestos de salud) para en un mediano plazo disminuir la tasa de fecundidad y sus consecuencias en morbi-mortalidad materno-infantil.

En el departamento de Sacatepequez el transporte y la accesibilidad a los servicios de salud es buena, este dato es importante para tomarlo en cuenta en estrategias de salud más amplias. En este programa se contempla unicamente la accesibilidad al hospital nacional de Antigua la cual es muy buena.

CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Haciendo un análisis general sobre los conocimientos que las pacientes tenían sobre el tema, se debe de educar a la paciente desde que significa planificación familiar, que son los métodos anticonceptivos, para que sirven, cuales existen y como se utilizan. Para luego orientar adecuadamente pueda elegir junto a su pareja una forma de llevar su reproducción con responsabilidad.

Según la información recabada hubo dos grandes grupos para la decisión en que hacer para no volver a quedar embarazadas pronto de nuevo (ignorar que hacer y usar algún método anticonceptivo) con lo cual es de gran importancia ofrecer consejería sobre planificación familiar.

Se debe aprovechar que las píldoras anticonceptivas, los inyectables, el preservativo y la esterilización femenina son los métodos más conocidos dentro de la población femenina, por lo tanto se debe de hacer énfasis en esos métodos anticonceptivos.

Al dar orientación se deberá hacer una historia completa en busca de efectos secundarios del uso de anticonceptivos y de complicaciones del aborto, para evaluar el método anticonceptivo más indicado para cada paciente.

En la orientación y consejería sobre planificación familiar debe ser completa para que la pareja tome una decisión fundamentada.

Se darán capacitaciones al personal médico y paramédico del departamento de gineco-obstetricia y trabajo social para que como entes colaboradores del programa tengan conocimientos, actitudes y destrezas para realizar labores dirigidas en una misma dirección.

FUENTES DE SUMINISTROS:

El programa se llevará a cabo con la ayuda del departamento de gineco-obstetricia y los suministros proporcionados por AVSC (volante informativos, trifoliares y carpetas ilustrativas).

Con respecto a los métodos anticonceptivos se harán las gestiones necesarias para que a mediano plazo se proporcionen los mismos en la farmacia estatal.

Se presentan a continuación los planes de clase para las capacitaciones del personal médico y paramédico, así como el protocolo de manejo para la paciente postaborto.

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA LA PACIENTE POSTABORTO

1. Se capacitó al personal médico y paramédico con respecto a Planificación Familiar, Orientación y Consejería para la paciente postaborto.

2. Se informó a las pacientes postaborto sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, brindando orientación en la estancia hospitalaria.

3. El personal médico y paramédico debidamente capacitado, resolvió las dudas que la paciente postaborto tenía sobre planificación familiar.

4. Al ser necesario se refirió a las pacientes postaborto a las unidades de consulta externa, trabajo social y/o puestos de salud para dar seguimiento a cada caso en particular.

CONCLUSIONES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA LA PACIENTE POSTABORTO

1. Se creó el Programa de Planificación Familiar dirigido a la Paciente Postaborto basado en los datos obtenidos sobre los conocimientos de planificación familiar y métodos anticonceptivos que tenían las pacientes.

2. Se implementó al Programa de Planificación familiar para las pacientes postaborto en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

3. Se trabajó el programa de una manera integral involucrando al personal médico y paramédico de las diferentes áreas del departamento de gineco-obstetricia y trabajo social para la atención de la paciente postaborto.

4. A través de la capacitación recibida el personal médico y paramédico estuvo en la capacidad de brindar orientación y consejería a las pacientes postaborto sobre planificación familiar.

5. El programa fue bien recibido por la población guatemalteca, aceptando en la mayoría de los casos la orientación brindada.

RECOMENDACIONES

1. Evaluar el funcionamiento del Programa de Planificación Familiar cada año por parte de las autoridades del Hospital de Antigua Guatemala.

2. Que el personal médico y paramédico mantenga una capacitación constante sobre planificación familiar.

3. Aprovechar los medios de comunicación local (televisión, prensa y radio) para difundir la información sobre Planificación familiar y Métodos anticonceptivos, tomando en cuenta aspectos culturales e idiosincrasia de nuestra población.

4. Capacitar a promotores y guardianes de la salud sobre los conocimientos en Programas de Planificación Familiar para las Pacientes postaborto.

5. Continuar con la realización de Programas para la educación y atención reproductiva en pareja por el Ministerio de Salud.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, prospectivo, el cual fue realizado en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, tuvo como objetivo principal Implementar un Programa de Planificación Familiar para la Paciente Postaborto.

El Programa tuvo el fin de dar orientación y consejería a la paciente postaborto sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, involucrando al personal médico y paramédico del hospital mencionado después de haber sido capacitados.

Se trabajó con una muestra de 89 pacientes postaborto, a quienes por medio de una boleta de recolección de datos, se determinaron los conocimientos que poseían las mismas sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y

los factores en el no uso de los mismos. Posteriormente se analizó la información y en base a ésta se creó el programa citado para luego ser implementado en el departamento de Gineco-obstetricia.

Los datos recopilados evidencian que se trata de un grupo de mujeres jóvenes en etapa reproductiva, la mayoría indígenas, católicas y que mantienen una relación de pareja formal, con inició de vida sexual a temprana edad. A pesar de que el 62% de las pacientes conocen de los métodos anticonceptivos de este sólo la mitad los han utilizado siendo el preservativo y la píldora los más utilizados.

En relación al número de embarazos la mayor parte lo ha estado de 1 a 3 veces, datos que coinciden con el número de partos registrados. De las 89 pacientes, 78 han tenido un aborto.

El 86% de las pacientes no deseaban un embarazo pronto, sin embargo el 45% de estas ignoraban que harían para no resultar embarazadas. El 95% de las pacientes aceptó recibir orientación sobre planificación familiar después del aborto.

Se brindó orientación y consejería a la paciente postaborto en su estancia hospitalaria.

En conclusión es necesario seguir educando a nuestra población sobre los planes de anticoncepción para su salud reproductora en pareja y así evitar embarazos no planificados o de riesgo para la mujer.

BIBLIOGRAFIA

1. Acción en SIDA. Métodos anticonceptivos. Boletín internacional sobre prevención y atención de SIDA, Oct 1997- Marzo 1998; Número 34/35: 14-15p

2. Arguedas, Edwin. Madres adolescentes. El Periodico. Año 2000, Marzo. Número 1200: 8p

3. AVSC International. Asesoramiento para el uso de métodos anticonceptivos. Consejería en planificación familiar. New York, 1995.
   E-mail: http://www.fhi.org/sp/fpfaqsp/fqasp.3html

4. Barnett, Barbara. Planificación familiar después del Aborto, 1997.
   E-mail: http://www.fhi.org/sp/network/sv17-4/ns

5. Blumenthal, Paul D., McIntosh, Noel. Guía de Bolsillo para los proveedores de servicios de planificación familiar, 1995 JHPIEGO Corporation. 1-3, 61-71p

6. Cabezas García, Evelio., et al. Perfil sociodemografico del aborto inducido. Salud Pública México 1998; 40: 265-271p
E-mail: http://agel.insp.mx/salud/40/403-7.html

7. FAQ. Métodos de Planificación Familiar Naturales. 1995.
E-mail: http://www.fhi.org/sp/fpfaqsp/fpfqsp.12.html

8. Farfan B., Oswaldo Dr., et al. Información y consejería en planificación familiar postaborto. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología (REVCOG), 1997, Mayo-Agosto. Vol 7 (2): 46-51p

9. Gardner, R. y Blackburn, R. Gente en movimiento: Nuevo foco de interés de la salud reproductiva. Population Reports, 1996, Nov; 24 (3). Serie J, Número 45. 26p

10. Greenslade, Forrest., et al. Calidad de atención. Adelantos en la Salud de la Mujer. Ipas, 1998. Vol 1 (2).

11. Greenslade, Forrest., et al. Cronología de la atención postaborto. Adelantos en la Salud de la Mujer. Ipas, 1998. Vol 1 (2)

12. Greenslade, Forrest., et al. Integrando los servicios de Atención Postaborto. Adelantos en la Salud de la Mujer. Ipas, 1998. Vol 1 (2)

13. Greenslade, Forrest., et al. Servicios de Atención postaborto a integrar según el Nivel del Sistema de Prestación de Servicios. Adelantos en la salud de la mujer. Ipas, 1998. Vol 1 (2)

14. Grupo Parlamentario interamericano sobre Población y Desarrollo. La Planificación Familiar y la Salud Materno Infantil. 1995. 5-8p

15. Hospital Nacional "Pedro de Bentancourt" de Antigua Guatemala. Estadística General. Departamento de Gineco-Obstetricia. 1999.

16. Leonard, Ann. Pasos gerenciales para integrar la atención postaborto en el nivel de atención primaria. Adelantos en la Salud de la Mujer. Ipas, 1998. Vol 1 (2)

17. Lu, Ricky. The goal of JHPIEGO´s postabortion care. JHPIEGO, 1995. E-mail: http://rlu- jhpiego.org

18. OMS. Acciones en el Sector Salud. 1997. E- mail: http:// www.alter.org.pc/POBDES/T10102.hm

19. OMS. Métodos anticonceptivos. E-mail: http://www.fhi.org/sp/oms.134

20. Rizo, Alberto., et al. Manual del Administrador de Planificación Familiar. Técnicas para mejorar la gestión de Programas. Management Sciences for Health Pathfinder International. Filipinas, 1997. 258-260p

21. Robey, Bryant., et al. Cómo atender la necesidad insatisfecha: Nuevas estrategias. Population Report, 1996 Sept; 24 (1). Serie J, Número 43. 1-3, 11-15p

22. Robey, Bryant. Métodos de Planificación Familiar: Nueva Orientación. Population Reports, 1996, Oct; 24 (2). Serie J, Número 44. 48p

23. Schwarcz, Ricardo Leopold. Obstetricia. Editorial El Ateneo , 5ta edición. 1995. 175p

24. Tomas C., Taber´s Cyclopedic Medical Dictionary. 13 ed. Philadelphia, 1987. F.A. Davi Company.

25. Vasquez, Luis. Rol de la OMS sobre el aborto. OMS, Ginebra, 1999. E-mail: http://www.readysoft.es/mail/rolenfermeria/3099.html

26. Vernon, Ricardo., et al. Resultados de investigación para mejorar los servicios de planificación familiar. 1998. Population Council / INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperativa Técnica en Planificación Familiar y Salud reproductiva para América Latina y El Caribe). 225p

27. Winkler, Judith y Leonard, Ann. Incrementar el acceso de la mujer a la Atención postaborto de alta calidad. Adelantos en la Salud de la Mujer. Ipas, 1998. Vol 1 (2)

28. Zapata, Juan Francisco, et al. La Salud en las Américas. OPS, Publicación científica, Edición 1998. Vol II, No.569

29. Zarazúa, Otoniel. Conozcamos Guatemala. Prensa Libre. 1999, septiembre No. 21.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE MEDICINA, TRABAJO DE TESIS.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:
EDAD:_____ PROCEDENCIA: _____ ETNIA: _____
PARIDAD: G:____ P: ___ Ab:___ HV:___ HM: ___ ESTADO CIVIL: _____
OCUPACION: _____ INICIO DE LA VIDA SEXUAL: _____
GRADO DE ESCOLARIDAD: _____ RELIGION: _____

1. Sabe usted que significa "la planificación familiar": SI NO

2. Recibió del personal de salud del hospital orientación sobre planificación familiar después de éste aborto: SI NO

3. Realizó usted alguna pregunta sobre planificación familiar: SI NO

4. Desea quedar embarazada pronto de nuevo: SI NO

5. Si su respuesta anterior fue negativa , Qué va a hacer al respecto?:
   - No tener relaciones sexuales _____
   - Usar algún método anticonceptivo _____
   - No sabe que va a hacer _____

6.Conoce los métodos anticonceptivos: SI NO

7. Si su respuesta anterior fue afirmativa, Cuáles conoce?:
   - Píldoras _____ - Preservativo _____-T de cóbre _____ - Depropovera _____
   - Op. de mujer_____ -Op. de hombre _____ -Eyaculación fuera de vagina _____

8. Ha usado métodos anticonceptivos: SI NO Cuál: _____

9. Si su respuesta anterior fue negativa, Por qué no ha usado?
   - Influencia de su esposo al no dejarla _____ -No los conoce_____
   - Influencia de religión_____ - Falta de acceso_____
   - Por temor _____ - Otros_____

10. Hubo algún problema al usar algún método anticonceptivo:
SI NO Cuál, especifique: _____

11. Sabe usted que puede quedar embarazada inmediatamente después de éste aborto:
SI NO

12. Sabe usted que puede retrasar o evitar otro embarazo si usa un método anticonceptivo:
SI NO

13. Le gustaría ser orientada sobre planificación familiar después de éste aborto: SI NO
14. Existe un puesto de salud, clínica privada u hospital cerca de su casa: SI NO

15. El acceso al servicio de salud es fácil: SI NO

16. Si su respeta anterior fue NO, qué factores limitan el acceso a los servicios de salud :
   - Distancia_____ - Transporte_____ -Horario de atención_____
   - Lenguaje_____ - Desconocimiento de ubicación - Preferencia por otros servicios

GLOSARIO

APROFAM: Asociación Pro-Bienestar de la Familia Guatemalteca.

AVSC: Asociation Voluntary Surgical Contraception.

Celsam: Centro Latinoamericano Salud y Mujer.

FPAI: Family Planning Association of India.

INOPAL: Investigación Operativa y Cooperativa Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y El Caribe.

IPPF: International Planned Parenthood Federation.

JHPIEGO corporation: An affilate of Johns Hopkins University Education and Training in Reproductive Health.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

USAID: The United States Agency for International Development (Agencia Internacional para el Desarrollo).

TEMA: ORIENTACION Y CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR **Cuarta Capacitación**

CONTENIDO	OBJETIVOS	PARTICIPAN	METODO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION
1.Consejeria en Planificación familiar	Analizar la diferencia psicologica entre una mujer postparto normal y una mujer postaborto.	Médicos externos Personal de enfermeria Trabajadoras sociales	Exposición oral	Carpeta ilustrativa	5min	Claridad y pertinencia del expositor
2.Guia para el proveedor de salud.	Proporcionar una guia a los proveedores de salud, para que las pacientes postaborto hagan una elección informada sobre sus opciones reproductivas.	Médicos externos Personal de enfermeria Trabajadoras sociales	Exposición oral	Carpeta ilustrativa	15min.	Claridad y comprensión del expositor
3.Métodos Anticonceptivos	Aprender a analizar cual es el método anticonceptivo conveniente para cada paciente en particular.	Médicos externos Personal de enfermeria Trabajadoras sociales	Actividad interactvia	Carpeta ilustrativa	15min	Resolución de un caso clinico de una paciente post aborto.
4.Proveedores de salud reproductiva.	Orientar al proveedor de la salud sobre el papel como protagonista de la salud reproductiva de la paciente postaborto.	Médicos externos Personal de enfermeria Trabajadoras sociales	Clase oral dinamizada	Carpeta ilustrativa	10min	Pregunta directa al auditorio

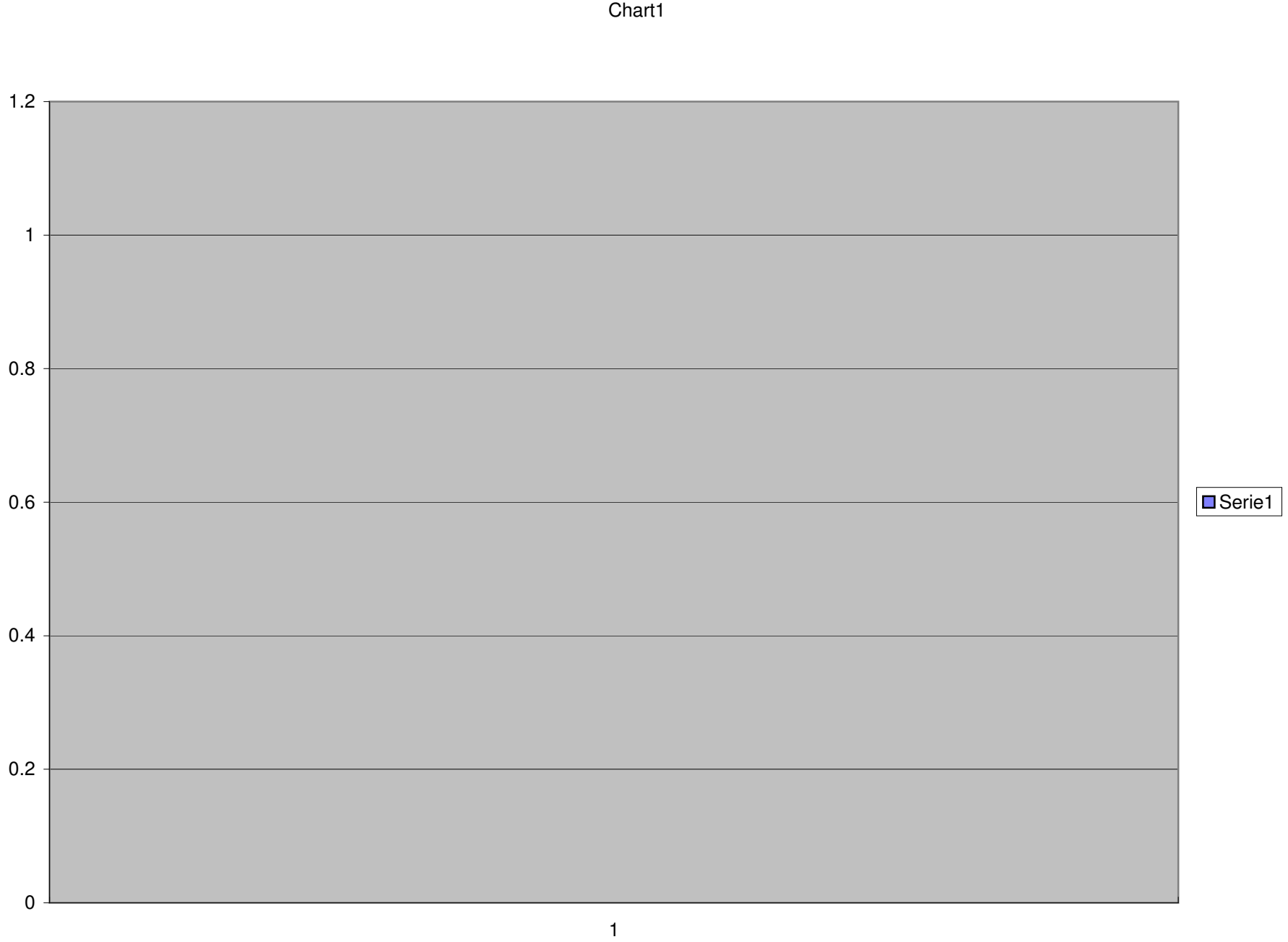
Chart1
1.2
1
0.8
0.6
0.4
0.2
0
1
Serie1

TEMA: PLANIFICACION FAMILIAR **Tercera Capacitación**

CONTEIDO	OBJETIVOS	PARTICIPAN	METODO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION
1.Planificación Familiar	Definir que es Planificación Familiar	Médicos externos Personal de enfermeria Trabajadoras sociales	Exposición oral	Carpeta ilustrativa	5min.	Pregunta directa a el auditorio
2.Morbilidad y Mortalidad materna y Planificación Familiar	Presentar las estadisticas mundiales y guatemaltecas de morbi-mortalidad materna asi como de programas de planificación familiar.	Médicos externos Personal de enfermeria Trabajadoras sociales	Exposición oral.	Carpeta ilustrativa	10min	Claridad y comprensión del expositor.
3.Acceso a los servicios de Planificación Familiar	Analizar los factores influyentes en el acceso a los servicios de planificación familiar y como poder ayudar a resolverlos.	Médicos externos Personal de enfermeria Trabajadoras sociales	Actividad interactiva	Carpeta ilustrativa	15min.	Pregunta directa al auditorio
4.Factores que influyen en el no uso de métodos anticonceptivos	Determinar la influen-socio-cultural sobre el no uso de métodos anticonceptivos.	Médicos externos Personal de enfermeria Trabajadoras sociales	Actividad interactiva	Carpeta ilustrativa	10min	Pregunta directa al auditorio

CONTENIDO	OBJETIVOS	PARTICIPAN	METODO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION
4.Métodos Anticonceptivos.	Determinar las areas para abastecerse de suministros anticonceptivos (puestos de salud, farmacias y/o clínicas)	Médicos externos Personal de enfermeria. Trabajadoras sociales.	Clase oral dinamizada	Proyector de slides Apuntador Folletos ilustrativos.	5min	Pregunta directa al expositor.

TEMA: METODOS ANTICONCEPTIVOS **Segunda Capacitación**

CONTENIDO	OBJETIVOS	PARTICIPAN	METODO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION
1.Métodos Anticoncep-tivos.	Definir que son los métodos anticonceptivos	Médicos externos Personal de enfermeria. Trabajadoras sociales.	Clase oral dinamizada	Proyector de slides Apuntador Folletos ilus-trativos.	5min.	Pregunta directa a los participantes
2.Métodos Anticoncepti-vos.	Enumerar los direfen-tes métodos anticoncep-tivos que existen y la forma de su uso.	Médicos externos Personal de enfermeria. Trabajadoras sociales.	Actividad interactiva	Proyector de slides Apuntador Folletos ilus-trativos.	15min.	Por medio de los folletos ilustrativos los participantes deberán identifi-car cada uno de los métodos an--ticonceptivos.
3.Métodos Anticoncep-tivos.	Determinar la efectivi-dad, ventajas y desven-tajas de los métodos anticonceptivos.	Médicos externos Personal de enfermeria. Trabajadoras sociales.	Exposición oral	Proyector de slides Apuntador Folletos ilus-trativos.	15min	Claridad y pertinencia del expositor.

PLANES DE CLASE

TEMA: EL ABORTO **Primera Capacitación**

CONTENIDO	OBJETIVOS	PARTICIPAN	METODO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACION
1.El Aborto	Definir y diagnosticar el aborto.	Médicos externos Personal de enfermería. Trabajadoras sociales.	Actividad interactiva	Proyector de acetatos Apuntador	10min.	Pregunta directa al auditorio
2. Antecedentés históricos en la Atención Postaborto	Reseña histórica en la atención postaborto a nivel mundial y nacional.	Médicos externos Personal de enfermería. Trabajadoras sociales.	Exposición oral	Proyector de acetatos Apuntador	5min.	Claridad y pertinencia del expositor.
3.Planificación Familiar	Informar sobre los Programas de Planificación Familiar para la paciente postaborto que existen en Guatemala y en algunos países del mundo	Médicos externos Personal de enfermería. Trabajadoras sociales.	Expositiva	Proyector de acetatos Apuntador	15 min.	Pregunta directa al auditorio Claridad y pertinencia del expositor

DEFINICION DE VARIABLES

Variable	Definiciòn Conceptual	Definiciòn Operacional	Escala de Mediciòn	Unidad de medida
Edad	Tiempo cronològico vivido por una persona desde su nacimiento.	Se anotarà en la boleta la edad referida por la paciente.	Nominal	Años
Procedencia	Es el punto de origen o partida antes de llegar al servicio de salud.	Se anotarà en la boleta la procedencia referida por la paciente.	Nominal	San Lucas Sac, San Felipe, Ciudad Vieja, etc.
Etnia	Grupo natural de individuos con caracteres propios determinados por una misma cultura y lengua.	Se anotarà en la boleta por observaciòn la etnia.	Nominal	Ladina, indigena
Estado Civil	Estado legal que ubica a una persona en su relaciòn de pareja.	Se anotarà en la boleta el estado civil referido por la paciente.	Nominal	soltera,casada, unida.
Ocupaciòn	Se comprenderà el empleo, oficio o cargo que desempeña una persona.	Se anotarà en la boleta la ocupaciòn referida por la paciente.	Nominal	ama de casa,trabajadora industrial, trabajadora administrativa, vendedora.
Grado de Escolaridad	Nivel de estudios que posea una persona.	Se anotarà en la boleta el grado de escolaridad que la paciente refiera.	Nominal	Primaria, bàsicos secundaria, universitario.
Religiòn	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, que relacionan al hombre con lo sagrado.	Se anotarà en la boleta la religiòn referida por la paciente.	Nominal	catòlica, evangelica mormona, testigo de Jehova, ninguna

Gestas	Se menciona como el nùmero de veces que la paciente ha estado embarazada.	Se anotarà en la boleta el nùmero de embarazos referidos por la paciente.	Numèrica	0,1,2,3,4…etc.
Partos	Se considera como parto la culminaciòn del embarazo por via vaginal o abdominal con un producto viable.	Se anotarà en la boleta el nùmero de partos referidos por la paciente.	Numèrica	0,1,2,3,4…etc.
Abortos	Se considera a la expulsiòn del producto de la gestaciòn, antes de la 20 semana o que pese menos de 500 grs.	Se anotarà en la boleta el nùmero de abortos referidos por la paciente.	Numèrica	0,1,2,3,….etc.
Hijos vivos	Ser humano producto de la procreaciòn en pareja que tiene vida.	Se anotarà en la boleta el nùmero de hijos vivos referidos por la paciente.	Numèrica	0,1,2,3,4… etc.
Hijos muertos	Ser humano producto de la procreaciòn en pareja sin vida.	Se anotarà en la boleta el nùmero de hijos muertos referidos por la paciente.	Numèrica	0,1,2,3,4…etc.
Incio de la vida sexual	Se comprende como el inicio de relaciones sexuales	Se anotarà la edad en la que se iniciò a tener relaciones sexuales referida por la paciente.	Numèrica	Edad en años
Mètodos anticonceptivos	Es el conjunto de tècnicas encaminadas a espaciar o evitar los embarazos, de una forma planificada.	Se anotaràn los conocimientos, la utilizaciòn o no de algùn mètodo anticonceptivo y en caso positivo se anotarà cual, segùn lo	Nominal	Pildora, Preservativo Implantes, DepoProvera, eyaculaciòn interrumpida, T de co-

		referido por la paciente.		bre, operaciòn.

Planificaciòn Familiar	El planeamiento y el espaceamiento de la concepciòn del niño de acuerdo a los deseos de la pareja por medio de la pràctica de un mètodo anticonceptivo.	Se anotarà el deseo de ser orientada sobre planficaciòn familiar.	Nominal	SI , NO
Conocimiento	Razón de entendimiento sobre un tema en particular.	Se anotará en la boleta de información los conocimientos de la paciente sobre el tema.	Nomimal	Planificación familiar métodos anticonceptivos, factores influyentes.
Factores influyentes	Causa que ejerce una persona o cosa sobre otra.	Se anotará la información referida por la paciente en la boleta de recolección de datos.	Nominal	Familiares, esposo, amistades, educación, religión, cultura
Servicios de Salud	Se entenderà el establecimiento donde se presta atenciòn mèdica por un proveedor de salud.	Se anotarà si existe un servicio de salud cerca del hogar de la paciente.	Nominal	Puesto de salud, centro de salud, clinica privada, hospital nacional.

CUADRO No. 30
EL ACCESO AL SERVICIO DE SALUD ES FACIL ?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Si	78	87.6%
No	11	12.4%
Total	89	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 31
SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE NEGATIVA, QUE FACTORES LIMITAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUI

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Distancia	8	72%
Transporte	2	18%
Horario	1	10%
Total	11	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis cuadros 29,30,31: En esta área geográfica del país la mayoría de las comunidades cuentan con un servio de salud cercano, además de que la accesibilidad a los mismos es buena En las áreas en que la accesibilidad es difícil, la limitante mayor es la distancia. Se debe aprovechar esta ventaja para involucrar aún más a estos servicios de salud en la divulgación e información sobre métodos de planificación familiar.

D ?

a.

CUADRO No. 26
SABE USTED QUE PUEDE QUEDAR EMBARAZADA INMEDIATAMENTE DESPUES DE ESTE ABORTO ?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Si	54	61%
No	35	39%
Total	89	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Analisis: La tercera parte del grupo en estudio ignora que puede volver a quedar embarazadas casi inmediatamente despuès de un aborto, ello obliga a una educación en salud reproductiva desde lo más simple a lo más complejo.

CUADRO No. 27
SABE USTED QUE PUEDE RETRASAR O EVITAR OTRO EMBARAZO SI USA UN METODO ANTICONCEPTIVO ?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Si	52	58%
No	37	42%
Total	89	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Analisis: A pesar de que las pacientes en su mayoria refieron conocer los metodos anticonceptivos, más de la mitad desconocen para que sirven, entonces la educación en planificación familiar debe tomar en cuenta que la población necesita conocer mejor los métodos anticonceptivos y así tomar una decisión informada.

CUADRO No. 28
LE GUSTARIA SER ORIENTADA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR DESPUES DE ÉSTE ABORTO ?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Si	85	95%
No	4	5%
Total	89	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Analisis: El deseo de recibir orientación sobre planificación familiar después del aborto, es de aprovechar, ya que la paciente después de haber sufrido un desequilibrio emocional y fisico, necesita ser orientada e informada sobre su salud reproductiva.

CUADRO No. 29
EXISTE UN PUESTO DE SALUD, CLINICA PRIVADA U HOSPITAL CERCA DE SU CASA ?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Si	78	87.6%
No	11	12.4%
Total	89	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 24
HUBO ALGUN PROBLEMA AL UTILIZAR ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Si	19	65%
No	10	35%
Total	29	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 25
SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA CUAL PROBLEMA FUE ?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Irritación	5	26%
Molestias gastricas	4	21%
Cefalea	4	21%
Quedó embarazada	2	10%
Mareos	1	5%
Amenorrea	1	5%
Subió de peso	1	5%
Adelgazamiento	1	5%
Total	19	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Analisis: Más de la mitad de las pacientes que han utilizado algún método anticonceptivo manifestaron haber tenido algú problema con los mismos, las molestias referidas son los efectos secundarios normales producidos por los anticonceptivos principalmente los hormonales, por lo que al educar adecuadamente se orientaria a las usuarias y se evitaría así el abandono de los mismos.

in

CUADRO No. 21
HA USADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Si	29	32.6%
No	60	67.4%
Total	89	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 22
CUAL METODO ANTICONCEPTIVO HA USADO?

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje
Preservativo	11	38%
Píldora anticonceptiva	8	28%
Anticonceptivo inyectable	6	21%
Método del ritmo	2	7%
Eyaculación interrumpida	2	7%
Total	29	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Analisis: Nuevamente a pesar que las pacientes conocen de los métodos anticonceptivos, la minoria los usan, los más utilizados son compuestos hormonales y la tercera parte han usado preservativo, método que además de evitar el embarazo previene las enfermedades de transmisión sexual.

CUADRO No. 23
POR QUE NO HA USADO METODOS ANTICONCEPTIVOS

Respuesta	No. Pacientes	Porcentaje*
No los conoce a plenitud	31	52%
Por temor	22	36%
Influencia de esposo	9	15%
Influencia de religión	2	3%
Otros	7	12%

Fuente: Boleta de recolección de datos.
* Cada porcentaje está basado sobre las 60 pacientes que no ha usado métodos anticonceptivos.

Analisis: La mayor limitante al uso de métodos anticonceptivos sigue siendo el desconocimiento acerca de los mismos y la falta de participación del hombre en los programas de planificación familiar, todo lo anterior simpre influido por aspectos socioculturales aún dificiles de cambiar.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MES																					
	MARZO					ABRIL				MAYO				JUNIO					JULIO			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3
Selecciòn de tema	****																					
Aprobaciòn de tema		****																				
Elaboraciòn de protocolo			**********																			
Aprobaciòn de protocolo											****											
Trabajo de campo												**********										
Analisis de resultados																**********						
Elaboraciòn de informe final																		**********				
Entrega y Aprobaciòn de informe final																						****

PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA PACIENTE POSTABORTO

Cuadro Clìnico	Precauciones	Recomendaciones
Ninguna complicaciòn despuès de un aborto incompleto espontàneo o provocado durante el primer trimestre	Recomendar la abstinencia sexual hasta cuando cese el sangrado y utlizar un mètodo eficaz una vez se reanude la actividad sexual.	**Planificaciòn familiar natural:** no se recomendaria antes de que se normalice el ciclo menstrual. **Se recomiendan todos los mètodos:** Esterilizaciòn femenina o masculina Implantes de Levo-norgestrel, Anticonceptivos orales Inyectables, DIU, Condòn (masculino y femenino) Espumas, jaleas o tabletas espermicidas.
Diagnostico confirmado o presuntivo de infecciòn. Indicios de aborto provocado en condiciones inseguras y sèpticas o sintomas de sepsis o infecciòn.	**Esterilizaciòn femenina**: no practicar el procedimiento antes e descartar o curar por completo la infecciòn (aprox.3 meses) **DIU:** no isertarlo antes de descartar o curar por completo la infecciòn (aprox 3 m.) **Diafragma, capuchòn cervical, esponja**: no utilizarlos antes de descartar o curar por completo la infecciòn.	**Implantes de Levo-norgestrel:** iniciarlos sin demora **Inyectables:** inciarlos sin demora. **Anticonceptivos orales:** iniciarlos de inmediato. **Condòn (masculino o femenino):** utilizarlo una vez se reanuda la actividad sexual. **Espumas, jaleas o tabletas espermicidas**: pueden utilizarse una vez se reanuda la actividad sexual.
Trauma del tracto genital (perforaciòn uterina, Trauma vaginal o cervical severo, Quemaduras con sustancias quìmicas).	**Esterilizaciòn femenina**: no practicarla antes de que cicatrice el trauma severo. **DIU:** no isertarlo antes de que cicatrice el trauma severo. **Diafragma, capuchòn cervical, esponja**: no utilizarlos antes de que cicatrice el trauma vaginal o cervical **Espumas, jaleas o tabletas espermicidas**: no utilizarlas antes de que cicatrice el trauma vaginal o cervical.	**Implantes de Levo-norgestrel:** iniciarlos sin demora. **Inyectables:** inciarlos sin demora. Anticonceptivos orales: iniciarlos de inmediato. **Condòn (masculino o femenino):** utilizarlo una vez se reanuda la actividad sexual. **Diafragma, capuchòn cervical, esponja:** pueden utilizarse si la perforaciòn uterina no presenta complicaciones.Utilizarse al reanudar la actividad sexual. **Espumas, jaleas o tabletas espermicidas:** pueden utilizarse si la perforaciòn uterina no presenta complicaciones.Utilizarse al reanudar la actividad sexual.
Hemorragia o Anemia	**Esterilizaciòn femenina:** no practica el pro-	**DIU que libera progestina:** puede utilizarse en pre-

Severa	cedimiento antes de detener la hemorra-	sencia de anemia severa (disminuye la pèrdida de
	gia o curar la anemia. **Implantes de NORPLANT:** no se recomiendan antes de curar la anemia severa. Inyectables: no se recomiendan antes de curar la anemia severa. **DIU:** (inerte o de cobre): no se recomienda antes de detener la hemorragia y curar la nemia severa. **Diafragma, capuchòn cervical y esponja:** no utilizarlos antes de detener la hemorragia.	sangre). **Anticonceptivos orales:** iniciarlos de inmediato (convenientes cuando la hemoglobina està baja) **Diafragma, capuchòn cervical y esponja:** pueden utilizarse en presencia de anemia severa. **Condòn (masculino o femenino):** utilizarlo una vez se reanuda la actividad sexual. **Espumas, jaleas o tabletas espermicidas:** pueden utilizarse una vez se reanuda la actividad sexual.
Aborto de segundo trimestre	**Esterilizaciòn femenina:** se recomienda postponer el procedimiento de cuatro a seis semanas para que ocurra la involuciòn uterina; si esto no es posible, utilizar la tècnica de minilaparotomia. **DIU:**debido al tamano del ùtero, se requiere de la habilidad de un profesional capacitado para colocar el dispositivo correctamente en el fondo uterino, si ello no es posible postponer la inserciòn por seis semanas. **Diafragma, capuchòn cervical y esponja:** no utilizarlos antes de que cese el sangrado y la involuciòn uterina se haya logrado por completo (cuatro a seis semanas). Los antecedentes o manifestaciones actuales de hipercoagulabilidad tal como se observa en los casos de aborto diferido son una contraindicaciòn para el uso de	**Implantes de Levo-norgestrel:** inciarlos sin demora. **Inyectables:** iniciarlos sin demora. **Anticonceptivos orales: i**niciarlos sin demora. **Condòn (masculina o femenino):** utilizarlo una vez se reanuda la actividad sexual. **Espumas, jaleas o tabletas espermicidas:** pueden utilizarse una vez se reanuda la actividad sexual. La hipercoagulabilidad del embarazo no constituye un argumento clìnico significativo hasta el tercer trimestre.

	anticonceptivos orales que contienen estròg enos y para la esterilizaciòn femenina.	

Si La Mujer	Aspectos que se deben considerar	Recomendaciones
No desea un embarazo pronto.	El aborto inducido, ya sea legal o clandestino de que la mujer no desea un embarazo. Utilizar criterios de selecciòn adecuados, acorde con las contraindicaciones de cada considerado.	Considerar todos los métodos. Apoyar a la muer para que tome una decisión informada.
Se encuentra tensionada, adolorida o no està preparada para tomar una decisiòn a largo plazo.	La tensiòn y dolor son factores que impiden tomar una decisiòn informada y voluntaria. Es posible que el tratamiento de las complicaciones no sea el momento màs adecuado para que una mujer tome una decisiòn a largo plazo o permanente.	No recomendar el uso de mètodos permanentes de larga duraciòn o que dependen del provedor de servicios. Considerar mètodos temporales. Informar sobre donde obtener mètodos de larga duraciòn.
Estaba utilizando un mètodo anticonceptivo cuando quedò embarazada; o habia suspendido el uso de un mètodo.	La falla, la no aceptaciòn y el mal uso del mètodo o la falta de acceso a los suministros pueden haber sido la causa del embarazo no deseado. Es posible que estos factores aùn persistan.	Evaluar el motivo de la falla del mètodo y los obstaculos existentes para practicar eficazmente la anticoncepciòn. Apoyar a la mujer para que elija un mètodo que sea capaz de utilizar eficazmente. Asegurar que ella sabe: usar el mètodo, donde obtener servicios de seguimiento y nuevos suministros, suspender el uso y cambiar el mètodo.
Tiene un compañero no esta dispuesto a usar el condòn o se	No recomendar a la mujer mètodos que no sea capaz de utilizar.	Si la muer lo desea, incluir al compañero en la consejeria. En caso de que ella se encuentre expuesta a contraer

opondrà al uso de cualquier otro mètodo		enfermedades de transmisiòn sexual, informarle acerca de los mètodos que ofrecen alguna protecciòn.

		Proteger la reserva de la mujer, incluso si no ha conversado con su pareja.
Desea un embarazo pronto	No tratar de persuadirla para que acepte un mètodo.	Suministrar informaciòn a la mujer o remitirla a servicios de salud reproductiva.