

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN- León**



Informe Final de investigación para optar al título de:

“Doctor en Medicina y Cirugía”

Adhesión de método de planificación familiar en pacientes post aborto ingresadas a la sala de ARO I del “Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello”. Octubre 2008- Abril 2009.

Autoras:

**Bra. Ericka Yesenia Baca Vargas.
Bra. Nancy María Guerrero Mendoza.**

Tutora:

Dra. María Dolores Benavidez¹.

Asesor:

Dr. Juan Almendárez².

León, Nicaragua 2009

¹ Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Gineco-Obstetricia. Profesora titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – León.

² Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – León.



DEDICATORIA

A Nuestro Padre Celestial por habernos dado la vida y fortaleza para culminar nuestro trabajo.

A nuestros padres por brindarnos su apoyo incondicional.

A Fernando por ser el pilar de nuestra existencia y la visión de un futuro mejor.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos profundamente por todo el apoyo brindado a:

- Nuestros tutores por su orientación profesional
- A las pacientes que ingresaron al servicio de ARO I y participaron en nuestro estudio.



OPINIÓN DEL CATEDRÁTICO GUÍA

La Planificación Familiar es una herramienta que tiene una importancia capital para que la pareja pueda establecer el número de hijos que desea, así como el intervalo entre cada uno de los nacimientos y/o cuando ya no desean procreación.

Es aquí donde el personal de salud a través de su atención vertebral hacia la paciente, proporciona ese conocimiento y la atención de la paciente (pareja) sobre los eventos obstétricos futuros.

Sabiendo que a través de esta herramienta (planificación familiar) estamos interviniendo sobre la morbilidad materna de un país.

Esperamos que el presente trabajo investigativo sirva de retroalimentación para el personal de salud y futuras investigaciones.



RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal aplicado a la evaluación de servicios o programas. Se evaluaron tres unidades de análisis: Historia clínica post aborto (APA), mujeres atendidas en ARO I por aborto y personal de enfermería del servicio ARO I.

Los datos obtenidos a través de la hoja fueron procesados por el programa Epi- Info 3.5.1 para Windows. Se estimó frecuencia de sus variables y la prevalencia de la adhesión a métodos de forma global y específica por variables socio-demográficas.

Se revisaron 300 expedientes de los cuales 174 cumplieron con los criterios de inclusión para la realización de este trabajo. El grado de adhesión de métodos de planificación familiar de las pacientes fue de un 90%, la edad predominante es de 20 a 29 años con 91 pacientes (52.3%); El diagnóstico de ingreso que se presentó con mayor frecuencia fue el Aborto Incompleto no Complicado con 134 (77%). Las 174 pacientes recibieron consejería para 100%.

De estas pacientes 88 escogieron el método inyectable (40.5%). El programa de planificación familiar está a cargo 1 enfermera la cual garantiza consejería y aplicación de los métodos a las pacientes egresadas por los 5 días de la semana porque los fines de semanas los encargados de brindarla es el personal médico y enfermeras de turno.

Por los resultados encontrados recomendamos:

Continuar los esfuerzos de promover la planificación familiar post aborto a través de una buena consejería y el acceso real a los métodos modernos en las diferentes salas de la unidad.

Disponibilidad de los métodos anticonceptivos en las áreas de atención, durante los turnos nocturnos y en fines de semana, con el objetivo de que las pacientes egresen con método y una referencia adecuada al programa de planificación familiar de la unidad de salud más cercana a su vivienda.

Garantizar las condiciones mínimas de privacidad para brindar consejería y orientación de forma adecuada.



INDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	2
Objetivos.....	3
Marco teórico.....	4-19
Diseño metodológico.....	20-24
Resultados	25-29
Discusión de Resultados.....	30-32
Conclusiones.....	33
Recomendaciones.....	34
Bibliografía.....	35
Anexos.....	36



Introducción

La ovulación suele reanudarse en la tercera semana siguiente al aborto, está claro por tanto que la mujer que desee retrasar o evitar un embarazo (posterior al sufrimiento de un aborto), deberá recurrir sin demora a medios anticonceptivos.

La planificación familiar post aborto es la racionalización voluntaria y consciente que hace la mujer de sus decisiones sobre el espaciamiento del nuevo embarazo después de un aborto en función del bienestar presente y futuro de la familia. ⁽¹⁾

El diagnóstico de situación de la atención post aborto en las unidades de salud del MINSA en Nicaragua, representa un primer paso importante para identificar acciones que permitan aumentar el acceso a los servicios de Atención Post Aborto de alta calidad. ⁽²⁾

Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” y que dicha información y la consejería le ayude a la mujer a tomar decisiones y expresar sus inquietudes, y brinda información sobre todos los aspectos de su atención además de dónde y cómo encontrar una atención en salud reproductiva comprensiva que le provea cuidado de acuerdo a sus necesidades individuales. Acceso a métodos anticonceptivos en el post aborto tiene el objetivo de ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados o lograr el espaciamiento de sus hijos. ⁽³⁾

Por tanto con nuestro estudio se pretende crear pautas para lograr un cumplimiento del 100% en iniciación del método de planificación familiar, la vinculación de los proveedores de servicios para que se arbitre un amplio conjunto de medidas que vayan no sólo en función de mejorar los elementos de la atención integral de la salud reproductiva, sino también, beneficiar a las mujeres que acuden a solicitar atención post aborto como al departamento de Gineco-Obstetricia de satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.



Planteamiento del problema.

¿En qué medida el servicio de gineco obstetricia identifica y atiende las necesidades en planificación familiar que tienen las pacientes post aborto ingresadas en la sala de ARO I del H.E.O.D.R.A.?

¿Qué características de la mujer y de los servicios influyen en su adhesión a un método de planificación familiar?



Objetivos

Objetivo general:

Determinar el grado de adhesión a los métodos de planificación familiar en pacientes post abortos ingresadas en sala de ARO I del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

Objetivos específicos.

- 1) Identificar el grado de adhesión a los métodos de acuerdo a las características sociodemográficas de las pacientes post abortos ingresados en sala de ARO I.
- 2) Identificar los métodos de planificación familiar utilizados en pacientes post aborto.
- 3) Identificar algunas condiciones que limitan o facilitan la adhesión de las mujeres post abortos a un método de planificación familiar.



Marco teórico.

¿Qué es el ABORTO? Es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión de feto antes de las 22 semanas de gestación o con un peso inferior a 500grs. cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno.

CLASIFICACIÓN

Espontáneo: Es el aborto producido por causas patológicas o accidentales, independientes de la voluntad de la madre o de un tercero.

Provocado: Este tipo de aborto encuentra su origen en un hecho del hombre; producto de una intervención.

Aborto Completo o Incompleto: En el aborto completo el huevo sale integro del interior de la mujer; en el segundo quedan restos o partes del feto en el interior.

Aborto Habitual: Cuando se producen tres o más abortos espontáneos consecutivos, debidos a enfermedades, alteraciones hormonales, incompatibilidad de la sangre entre madre y feto, problemas al útero u otras causas.

Aborto Ampollar: Es una variedad del aborto Tubario que se produce en la ampolla del oviducto.

Aborto Frustrado: Es la retención del huevo muerto en el útero, por más de dos meses.

Aborto Inevitable: Aquel en el que hay ruptura de las membranas o se produce la muerte del embrión.

Embarazo anembrionico: Es un óvulo que es fertilizado y que luego de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional pero sin desarrollarse el embrión en su interior.



Mola Hidatiforme: Es una masa tumoral formada por tejido de la placenta o de las membranas. Una mola hidatiforme se desarrolla a partir de células que quedan después de un aborto espontáneo o de un embarazo completo, pero en la mayoría de los casos lo hace a partir de un óvulo fecundado, el cual se desarrolla como un tumor anómalo independiente (embarazo molar). Sólo en muy raras ocasiones, la placenta puede desarrollarse anormalmente si el feto es normal. ⁽⁴⁾

Restablecimiento rápido de la fecundidad

Las mujeres pueden quedarse embarazadas casi inmediatamente después de un aborto. La planificación familiar plantea pues un problema inmediato.

Las investigaciones sobre los niveles hormonales en el embarazo y la ovulación muestran que las hormonas gravídicas desaparecen rápidamente y que el ciclo de producción hormonal que pone en marcha la ovulación se restablece rápidamente tras un aborto. El 75% de las mujeres que ovulan en el curso de las seis semanas siguientes al aborto. A menudo la ovulación sobreviene a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro tras un aborto del segundo trimestre. ⁽⁵⁾

Concretamente, tras una terminación del embarazo en el primer trimestre, los niveles estrogénicos y progesterogénicos descienden a los pocos días del aborto hasta las cifras pre-gravídicas, también otros niveles hormonales se equilibran muy pronto tras el aborto: la respuesta del ovario a la hormona folículo estimulante (FSH) se produce a los 4-9 días, mientras que la gonadotropina coriónica humana (HCG) es algo más lenta, desapareciendo en un plazo de 38 días. Estos reajustes hacen que la ovulación se produzca ya a las 2-3 semanas de la terminación. ⁽⁵⁾

Planificación Familiar.

La planificación familiar post-aborto y los servicios de salud reproductivos son servicios adicionales a los que las mujeres necesitan tener acceso cuando reciben el tratamiento de un aborto. Es esencial que las necesidades de salud reproductivas de las mujeres



sean identificadas al momento del tratamiento del aborto a través del dialogo y consejería, procurando siempre otorgarles el servicio directamente o por medio de una referencia, según sea conveniente.

Este tratamiento debería:

- Ser otorgado dentro del ámbito del marco conceptual de la calidad de la atención para la planificación familiar.
- Hacerse disponible y no limitado por barreras políticas o administrativas.^(1,3,6)

Principios Generales para la Selección del Método Anticonceptivo:

La selección del método anticonceptivo depende de las características y necesidades de la usuaria:

- Usuaria desea espaciar los embarazos.
- Usuaria que presenta factores de riesgo reproductivo.
- Usuaria con condición especial: joven adolescentes, anticoncepción de emergencia, post parto y en la peri menopausia.
- Usuaria que desea evitar embarazo utilizando un método anticonceptivo.⁽⁵⁾

CONSEJERIA.

La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y la usuaria potencia y activo.

Este proceso incluye motivación, información y promoción. Se debe de dirigir a resolver las necesidades individuales de la usuaria, aclarar dudas y cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería ACCEDA:

1. **Atender** a la persona usuaria
2. **Conversar** ,consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria



3. **Comunicar** a la persona usuaria cuales son los métodos anticonceptivos disponibles
4. **Encaminar** a la usuaria hacia la elección del método más apropiado.
5. **Describir** cómo utilizar el método.
6. **Acordar** con la usuaria la fecha de visita de seguimiento. ⁽⁵⁾

Atención post-aborto:

El término atención post-aborto se refiere a una medida para reducir la morbilidad materna relacionado con el aborto realizado bajo condiciones de riesgo.

Independientemente de las restricciones éticas, morales o legales que una sociedad imponga sobre el aborto, es indispensable que las mujeres que han tenido un aborto - especialmente en condiciones de riesgo- tengan acceso a una atención post-aborto de alta calidad, que conste de los siguientes elementos:

Servicios de urgencias para la atención del aborto incompleto y las complicaciones relativas con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad. Todos los sistemas de salud ofrecen algún nivel de servicios de urgencias para el tratamiento del aborto, puesto que de 5 - 15 % de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. ⁽⁷⁾

La atención de emergencia también es necesaria para las mujeres que presentan complicaciones del aborto realizado en condiciones de riesgo, especialmente en países donde el aborto inducido está estrictamente restringido. Para aumentar la disponibilidad de estos servicios en todo el sistema de salud, se requiere descentralizar servicios y mejorar la calidad y la gama de cobertura en todos los niveles. Estas actividades deben estar respaldadas por el establecimiento de protocolos claros para la prestación de servicios y una capacitación integral y sistemática. ⁽⁷⁾

Planificación familiar post-aborto para evitar el embarazo no deseado. La falla de la comunidad internacional en ayudar adecuadamente a las mujeres a evitar embarazos indeseados es un factor importante en el problema mundial del aborto realizado en



condiciones de riesgo. De igual forma, el aborto es un indicador fundamental de una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos seguros y eficaces. En la mayoría de los sistemas de salud, las mujeres atendidas por complicaciones del aborto raramente egresan de la institución habiendo recibido consejería o servicios para evitar futuros embarazos no deseados. Hay un número de obstáculos que impiden la prestación de servicios de planificación familiar a las mujeres que han tenido un aborto, lo cual aumenta el riesgo de repetidos embarazos no deseados. ⁽⁷⁾

Vínculos entre los servicios de urgencias para la atención del aborto y los servicios integrales de salud reproductiva para mejorar la salud general de la mujer.

En los países donde el aborto inducido es fuertemente restringido, una de las formas más directas para disminuir el sufrimiento y la muerte ocasionados por el aborto realizado en condiciones de riesgo se basa en los concentrar los recursos humanos y financieros y disponibles en actividades para mejorar los tres elementos de atención mencionados anteriormente. ⁽⁷⁾

Criterios médicos de elegibilidad para iniciar el uso de anticonceptivos, compilados por la OMS

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado criterios médicos de elegibilidad para el uso seguro de diversos métodos anticonceptivos. Respecto a cada método anticonceptivo, las condiciones médicas se clasifican en cuatro categorías basándose en los riesgos y los beneficios asociados con el uso de ese método por parte de las mujeres que tienen dichas condiciones médicas.

Los criterios de elegibilidad de la OMS emplean las siguientes cuatro categorías para clasificar las condiciones médicas:

- Categoría 1: Respecto a las mujeres que tienen estas condiciones, el método no plantea ningún riesgo y puede ser usado sin restricciones.



- Categoría 2: Respecto a las mujeres que tienen estas condiciones, los beneficios del uso del método generalmente contrarrestan ampliamente los riesgos teóricos o comprobados. Las mujeres que tienen estas condiciones generalmente pueden usar el método, pero es posible que en algunos casos sea apropiado que el proveedor monitoree la condición de la mujer.
- Categoría 3: Respecto a las mujeres que tienen estas condiciones, los riesgos del método generalmente contrarrestan ampliamente los beneficios. Las mujeres que tienen estas condiciones generalmente no deben usar el método. Sin embargo, si no se dispone de opciones anticonceptivas mejores o aceptables, el proveedor de atención de salud puede considerar que el método es apropiado, según la gravedad de la condición. En tales casos, es esencial que el proveedor monitoree la condición de la mujer.
- Categoría 4: Respecto a las mujeres que tienen estas condiciones, el método presenta un riesgo inaceptable para la salud y no debe usarse.

En algunos casos, una condición en particular se asigna a una categoría cuando se trata del inicio de uso del método y a otra cuando se trata de la continuación del uso. En otras palabras, en ciertas condiciones, la categoría depende de si la mujer que tiene la condición desea comenzar a usar el método anticonceptivo, o de si la mujer que ya está usando ese método desarrolla la condición. ⁽⁸⁾

Sistema simplificado en 2 categorías

Cuando no se dispone de un médico o una enfermera para tomar decisiones clínicas, el sistema de clasificación de 4 categorías puede simplificarse a un sistema de 2 categorías, como se muestra en la siguiente tabla.

Categoría de la OMS	Con decisión clínica	Con decisión clínica limitada
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia.	Se puede



2	Generalmente se puede usar el método.	usar el método.
3	Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables.	No se debe usar el método.
4	No se debe usar el método.	

NOTA: ver tabla en anexo 1, las condiciones/afecciones bajo las categorías 3 y 4 están sombreadas para indicar que no se debe proveer el método en lugares donde la decisión clínica es limitada.

Categorías de la OMS para la esterilización femenina y la vasectomía

Ninguna condición médica descarta la opción de someterse a una esterilización femenina o a una vasectomía. Algunas condiciones/afecciones requieren que se aplaze el procedimiento o que se efectué con precaución o bajo ciertas condiciones. En las reuniones de grupos científicos organizadas por la OMS, se clasificaron las condiciones médicas que afectan el desempeño de los procedimientos de esterilización femenina y vasectomía bajo las cuatro categorías a continuación.

Aceptar Ninguna razón médica impide efectuar el procedimiento en un ámbito rutinario.

Precaver El procedimiento puede efectuarse en un ámbito rutinario, pero se debe tomar **medidas adicionales de preparación y precaución.**

Postergar **Aplazar el procedimiento.** La afección debe tratarse y resolverse antes de efectuar el procedimiento. Proveer métodos temporales.

Refiera **Referir al cliente** a un centro donde un cirujano y personal con experiencia pueden efectuar el procedimiento. El local debe estar equipado para



anestesia general y otros tipos de apoyo médico. Proveer métodos temporales. (La OMS denominada a esta categoría Especial.)

NOTA: ver tabla en anexo 1, las condiciones/afecciones para las cuales se debe "Aplazar" o "Referir" están sombreadas. ^(8,10)

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

1. PRESERVATIVO.

i) De intestino: Se pueden utilizar varias veces; son caros y difíciles de adquirir.
Uso muy minoritario

ii) De látex: Se desechan tras su utilización.

iii) No lubricados:

(1) Del glande: es un pequeño capuchón que se coloca en el extremo del pene.
Desaconsejados por la posibilidad de que se pierdan en el vagina y porque pueden originar para-fimosis.

(2) Con reservorio: poseen en su extremidad ciega una bolsa para recoger el eyaculado.

(3) Sin reservorio: sus dimensiones estándar son 175 mm. por 49 mm.

iv) Lubricados: Mediante una sustancia que facilita su colocación. Con crema espermicida incorporada.

EFICACIA: Entre un 8 y un 28% (Índice de Pearl). Su eficacia aumenta si se utiliza asociado a espermicidas. El uso conjunto con el Diafragma aumenta la eficacia de ambos métodos. Es importante comprobar la fecha de caducidad, en el momento de adquirirlos.



VENTAJAS: Es inocuo, de fácil aplicación. No requiere control médico. Por el momento, es el único método contraceptivo transitorio masculino. Sirve como protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

UTILIZACIÓN: Colocación inmediata antes del coito. Retirada inmediata a la eyaculación, antes de que desaparezca la erección.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Los mismos que se detallan al hablar del diafragma.

2. MÉTODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIÓDICA.

Método Ogino-Knaus: Registrar las fechas de las 12 últimas menstruaciones, continuando este control habitualmente mientras se utiliza este método. En el caso de que únicamente se tenga un registro de 8 ciclos se añadirán dos imaginarios de 23 y 33 días cada uno. El período fértil es el comprendido entre los días 18 y 11 antes de la fecha probable de la próxima regla. Primer día fértil: restar 18 del número de días que haya tenido el ciclo más corto. Último día fértil: restar 11 del número de días del ciclo más largo. Porcentaje de fracasos: más de un 14%. ^(12,13)

Método de la Temperatura Basal: Su fundamento es que al producirse la ovulación la temperatura aumenta entre 2-4 décimas. Se trata de evitar toda relación sexual entre el comienzo del ciclo y el tercer día después de la elevación de la temperatura. Porcentaje de fracasos: 1 - 4%. En la práctica el índice es mucho más elevado. Medición de la temperatura: Tomarse la temperatura diariamente en el ano o en la vagina, por la mañana, sin moverse, y tras un período de descanso de por lo menos 6 horas. Anotar si tiene tos, gripe, etc. Señalar los días de la menstruación o de cualquier otra metrorragia. ⁽⁹⁾

Métodos combinados: Se basan en la utilización conjunta de ambos métodos.

VENTAJAS: Son inocuos.



INCONVENIENTES: Porcentaje alto de fracasos, ya que no hay seguridad absoluta de que no se produzca una ovulación fuera del plazo estimado. No se pueden aplicar en circunstancias que alteren el ciclo. Limitan los contactos sexuales a unas fechas preestablecidas. Dificultad en la realización de los cálculos. En el método de la Temperatura Basal, dificultad en la interpretación de la curva, así como la dependencia del termómetro. ⁽⁹⁾

CONDICIONES: Seguir con rigor todas las indicaciones. Cooperación en la abstinencia de los dos miembros de la pareja. Tener un registro completo de las fechas de los últimos doce ciclos. ⁽⁹⁾

CONTRAINDICACIONES: Si el ciclo más largo de un año fue superior a 10 días con respecto al más corto. Ante circunstancias que puedan alterar el ciclo, tales como: esfuerzos físicos, emociones, enfermedades, parto reciente, etc. ⁽⁹⁾

OTROS SISTEMAS: Al registro de la Temperatura Basal se suman los cambios en el moco cervical: Después de la menstruación hay un número variable de días sin secreción vaginal. Luego hay un aumento de secreción turbia. Después se hace clara, viscosa y lubricante, que dura 1 o 2 días, que es lo que se denomina "síntoma máximo de moco", y que es el aviso de la ovulación. ⁽⁹⁾

Tras la ovulación la secreción se hace espesa, pegajosa y opaca. Cuando se utiliza este método, hay que practicar abstinencia sexual a partir del comienzo de los síntomas de moco hasta el tercer día consecutivo de temperatura elevada. ⁽⁹⁾

Eficacia: No existe aún valoración de su eficacia.

3. CONTRACEPCIÓN HORMONAL:

Actualmente, el campo de la terapia anovulatoria se ha limitado a las píldoras combinadas, dejando los demás tipos para casos especiales, que, generalmente, superan la asistencia primaria. ⁽⁹⁾



COMBINADA: Ciclos de 21 días de estrógeno y gestágenos combinados, con 1 semana de descanso. Se consideran también dentro de este grupo los Trifásicos.

SECUENCIAL: Actualmente en total desuso, por su menor eficacia.

GESTÁGENO: Como único componente durante 21, 22 o 23 días.

CONTINUA: Estrógenos más gestágenos sin interrumpir la toma de pastillas, sólo aparecen 4 o 5 reglas al año. Estas dos últimas variedades también están prácticamente en desuso.

DOSIS MENSUAL: Compuestas por asociaciones de estrógenos más gestágenos. I.M. entre el 7º y 10º día del ciclo. Su eficacia es algo menor (1-1,2), y tiene el inconveniente de que produce más trastornos del ciclo menstrual. Su utilización se debe limitar a pacientes que no siguen bien las indicaciones de las píldoras combinadas, o bien las rechazan.

ORAL: Se toma el día 25 del ciclo.

DOSIS TRIMESTRAL: Únicamente gestágenos.

Mecanismo de acción:

Inhibición de la FSH y sobre todo de la LH, cuya carga preovulatoria desaparece.

Alteración de la motilidad de la trompa, provocando un transporte rápido del óvulo a la cavidad uterina.

Modificación del endometrio con tendencia a la atrofia (variable según el preparado), dificultando la nidación del huevo.

Modificación del moco cervical, que se hace impermeable a los espermatozoides. Estas dos últimas acciones son debidas al progestágeno de síntesis.



Eficacia: Índice de Pearl de 0,7 / 100.

Efectos secundarios:

La valoración de los riesgos de la contracepción hormonal se debe de realizar, siempre, en relación con los que conlleva el embarazo y el parto, puesto que, en definitiva, es lo que se pretende evitar.

El riesgo mayor se da en mujeres de más de 35 años, consumidoras de píldoras y que son fumadoras. Sin embargo el riesgo no ha sido demostrado con píldoras de < 30 mcgr. Factores que favorecen los fenómenos tromboembólicos: Es necesario comentar que no existe ningún método analítico que sirva para determinar la probabilidad que tiene una paciente de padecer estos problemas. ⁽⁹⁾

Post-aborto: esperar la aparición de la primera regla para iniciar la toma de anovulatorios. También se puede empezar a tomarlos el 1er día tras al aborto, útil sobre todo en aquéllos casos que se sospeche la reanudación rápida de relaciones sexuales. ⁽⁹⁾

Contraindicaciones de los anovulatorios:

ABSOLUTAS:

- ✓ Accidentes tromboembólicos.
- ✓ Coronariopatías.
- ✓ Accidentes vasculares cerebrales.
- ✓ Accidentes vasculares oculares
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Nefropatías.
- ✓ Cardiopatías arrítmicas
- ✓ Hiperlipidemias.
- ✓ Colestasis, Ictericia gravídica (por déficit enzimático), Síndrome de Rotor, de Dubin Johnson.
- ✓ Cáncer hormono-dependiente.
- ✓ Adenoma hipofisario (de prolactina, sobre todo).



- ✓ Enfermedades psiquiátricas.

RELATIVAS:

- ✓ Diabetes no insulino-dependiente.
- ✓ Diabetes insulino-dependiente.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Varices.
- ✓ Distrofia ovárica.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Antecedentes vasculares familiares.
- ✓ Depresión.
- ✓ Porfiria.
- ✓ Mastopatías benignas.
- ✓ Intervenciones quirúrgicas (es necesario interrumpir la medicación 6 semanas antes).

Precauciones: En las mujeres jóvenes, sin hijos, que presenten desde la pubertad irregularidades menstruales, principalmente del tipo de oligomenorrea, en principio no se aconseja la administración de anovulatorios sin un previo estudio de su etiología ya que, en muchas ocasiones, se debe a una alteración de la función hipotalámica que no conviene inhibir con los anovulatorios, ya que se pueden provocar amenorreas secundarias. ⁽⁹⁾

4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (D.I.U.)

DE PLÁSTICO O POLIETILENO: Su mecanismo de acción se basa fundamentalmente en un fenómeno local o mecánico.

METÁLICOS (COBRE): Son los que más se están utilizando actualmente. Están fabricados en polietileno y tienen en su parte vertical una fina espiral de cobre. Parece que su mecanismo de acción es un efecto químico local. Tienen una duración estimada de 2 y de 5 años, según las marcas.



Los más utilizados son:

Nova T (duración de 5 años)

T 200 (duración de 2 años).

Multiload 250 (duración 2 años).

Multiload 375 (duración 5 años).

FARMACOLÓGICOS: Son simples tubos huecos, de plástico, que contienen en su interior hormonas (Progesterona), que se van eliminando en el interior del útero. Tienen la ventaja de que disminuyen las complicaciones hemorrágicas de los D.I.U. Su duración es de 1 año.

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES.

HEMORRAGIAS: Más frecuentes en los primeros ciclos y que en ocasiones obligan a retirar el D.I.U.

DOLOR: Normalmente se produce en las primeras horas, tras su colocación y suele ceder con analgésicos suaves.

AUMENTO DEL FLUJO: Debido a la irritación local que producen los hilos guía del D.I.U.

PERFORACIÓN UTERINA: Es poco frecuente, y suele suceder durante la colocación del D.I.U., o más raramente, cuando se produce a su extracción. Se acompaña de un dolor intenso.

ANEXITIS: Para prevenirla, es importante, al colocar el D.I.U., descartar enfermedades venéreas. Aunque el dispositivo solo favorece la vehiculización de la infección no su aparición.⁽⁹⁾

EMBARAZO EXTRAUTERINO: No sería el D.I.U. la causa directa, sino que al haber mayor frecuencia de anexitis, puede haber como consecuencia un mayor índice de embarazos extrauterinos (los datos son controvertidos en la actualidad).



CONTRAINDICACIONES.

ABSOLUTAS:

- ✓ Embarazo.
- ✓ Fibromas múltiples.
- ✓ Alergia al cobre, enfermedad de Wilson.
- ✓ Malformaciones uterinas.
- ✓ Enfermedad pélvica inflamatoria. Pelvi-peritonitis.
- ✓ Carcinoma de útero.

Metrorragias sin diagnosticar.

RELATIVAS:

- ✓ Valvulopatías.
- ✓ Mujer con más de un compañero sexual.

EFICACIA. Índice de Pearl: 2 a 3% (promedio 2,4%). El riesgo de embarazo va decreciendo con el tiempo, dependiendo de la vida media del dispositivo. Las expulsiones del D.I.U. se estiman en un 10%, de las cuales el 50% tienen lugar en los tres primeros meses, por lo que se aconseja utilizar otro método anticonceptivo asociado, durante estos meses. ⁽⁹⁾

5. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DEFINITIVOS

ESTERILIZACIÓN FEMENINA LIGADURA DE TROMPAS: Este procedimiento requiere anestesia general y hospitalización, por lo que resulta más caro que la vasectomía, siendo su mortalidad más elevada, aunque esta eventualidad es muy poco frecuente.

Técnicas: Por vía abdominal: Mediante laparotomía, deja una cicatriz de un tamaño que oscila entre 2 y 10 cm. Requiere una hospitalización de 24 a 48 horas.

Por vía vaginal: Requiere un ingreso de 24 horas.



Mediante laparoscopia: Necesita también anestesia general y un período de hospitalización de 24 horas.

Complicaciones:

- ❖ Infección.
- ❖ Malestar post-operatorio.
- ❖ Hemorragia.
- ❖ Las propias de la anestesia general.
- ❖ Perforación intestinal, en las ligaduras practicadas con laparoscopia.

Efectos secundarios: No afecta a nivel hormonal ni sexual a la mujer. Es necesario explicar a la paciente que las trompas cumplen un papel mecánico, de transporte del huevo al útero, y que su ligadura solo interrumpe esa función. Los ciclos se mantienen iguales y no hay adelantamiento de la menopausia.

Eficacia: Prácticamente de un 100%, salvo error quirúrgico o re-anastomosis posterior (excepcional).

Reversibilidad: En principio, es conveniente insistir en la irreversibilidad de la intervención, a la hora de que la paciente tome la decisión. Existen posibilidades de re-anastomosis, con unos resultados muy variables. ⁽⁹⁾



Diseño metodológico.

Tipo de Estudio: El presente estudio es descriptivo de corte transversal aplicado en la evaluación de servicios o programas.

Unidad de Análisis: Para efectos de este estudio se evaluaron tres unidades de análisis: Historia clínica post aborto, mujeres atendidas en ARO I por aborto y personal de enfermería del servicio ARO I.

Población de estudio: Todas las pacientes ingresadas a la sala de ARO I por aborto; para la evaluación del servicio a partir de la información que se genera en diversas fuentes. Para este caso esa información la obtuvimos:

1. De los expedientes de las mujeres atendidas por aborto entre octubre 2008-abril 2009 en el servicio de ARO I del HEODRA,
2. De mujeres atendidas por aborto durante el mes de Abril del 2,009.
3. El personal de enfermería que atiende en el servicio de ARO I.

Se excluyeron del estudio los expedientes de mujeres cuya información resulto incompleta para los objetivos del estudio.

Instrumento de recolección de datos:

Para cumplir con el objetivo 1 y 2 se aplicó el cuestionario (APA). Este instrumento fue diseñado por el CLAP y ajustado a nuestras necesidades para ser llenadas en los servicios hospitalarios de la atención del aborto.

Para cumplir con el objetivo 3, se observaron al menos 2 sesiones de consejería, se realizo entrevista al personal que da servicio de consejería en este tema para conocer su entrenamiento y la existencia de métodos y se hizo entrevistas a mujeres atendidas en el mes de Abril del 2,009 para conocer la exhaustividad en la información recibida en la consejería.



Estos instrumentos serán validados para detectar si la información que se requiere se encuentra en la documentación de las pacientes y si la información colectada será suficiente para alcanzar los objetivos establecidos. Posteriormente se harán correcciones necesarias al instrumento.

Procedimientos para la recolección de la información:

- Se solicitó autorización a las autoridades hospitalarias para acceder a la información solicitada. Solicitando expedientes en dicha sala y en estadística del Hospital.
- Se obtuvo la información necesaria mediante revisión de la hoja de APA.
- Se visitó el servicio de ARO I y se entrevistó a las mujeres atendidas por abortos previa explicación de los objetivos y solicitud de participación en el mismo.
- Si aceptó su participación se procedió a realizársele la entrevista y registrarla en el instrumento diseñado.
- Se aprovecho la visita para observar los procedimientos de consejería y entrevistar al personal encargado de dar las consejerías.

Plan de análisis:

Los datos obtenidos a través de la hoja se procesaron en una computadora con el programa Epi- Info 3.5.1 para Windows. Se estimó frecuencia de sus variables y la prevalencia de la adhesión a métodos de forma global.

Los resultados se plasmaron en cuadros y gráficos.



Operalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	VALORES
Edad	Tiempo en años que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Edad en años expresada por la persona.	<20 años 20-29 años 30-39 años 40 y más.
Estado civil	Situación conyugal de las personas ante la sociedad.	Estado civil de las personas	Soltera Casada Acompañada Otros.
Procedencia	Origen de donde proceden las personas.	Dirección de donde habitan las personas	Rural Urbana.
Escolaridad	Años de estudio realizados por la mujer encuestada	Años de estudio	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario.
Antecedentes patológicos	Todas las enfermedades que padezca la paciente.	HTA Diabetes I.T.S Alergias Otras.	Si No.
Gesta	Cantidad de embarazo que ha tenido la paciente.	El número de embarazo	1, 2,3, o más.



VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	VALORES
Partos	Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión del producto	Números de partos.	1, 2,3, o más.
Aborto	Es la muerte y expulsión de feto antes de las 22 semanas de gestación o con un peso inferior a 500grs.	Número de embarazo que ha perdido.	1, 2,3, o más.
Cesárea	Interrupción del embarazo por vía abdominal.	Número de cesárea.	1, 2,3.
Diagnóstico	Identificación de un proceso o enfermedad mediante la evolución específica de signos y síntomas.	Examen realizado por el médico.	Aborto incompleto no complicado. Aborto incomp. Infectado. Aborto incomp. / hemorragia Anembrionico Mola hidatiforme.
Consejería	Asesoramiento de cualquier problema.	Anticoncepción	Si No
Método Anticonceptivo	Cualquier acción, dispositivo o medicamento que evita la fecundación o embarazo viable.	Barrera Hormonales Quirúrgicos	Si No



VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	VALORES
Condiciones hospitalarias que facilitan o limitan la adhesión al uso de métodos anticonceptivos.	Son los esfuerzos institucionales relacionados con el proceso de promoción, selección, entrega y uso de los métodos anticonceptivos	Referencia de la paciente, referencia del personal de enfermería y observación	Valoración de las actividades de información y comunicación Elección de un método anticonceptivo Provisión institucional del método elegido.

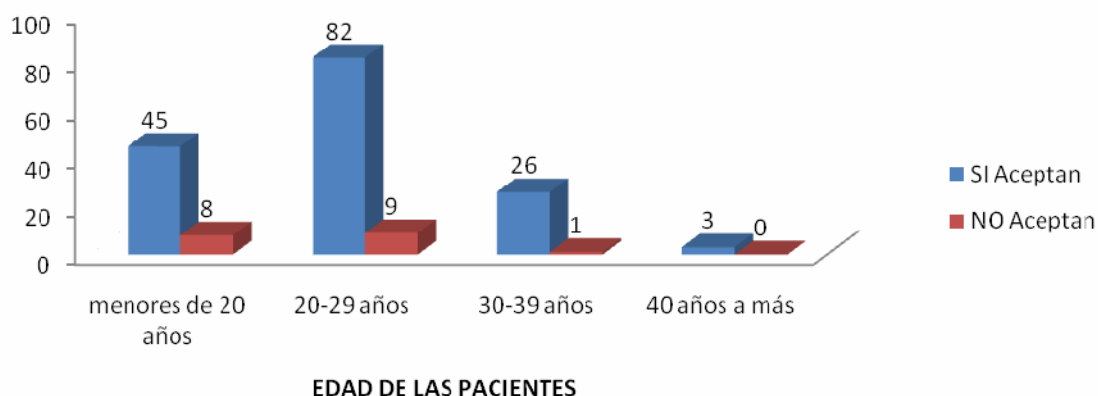


Resultados

Se revisaron 300 expedientes de los cuales 174 cumplieron con los criterios de inclusión para la realización de este trabajo. De los cuales 18 pacientes no aceptaron métodos anticonceptivos (10.3%), quedando 156 pacientes para ser evaluadas.

Se evaluaron los datos socio-demográficos de las pacientes: donde la edad predominante es de 20 a 29 años con 91 pacientes (52.3%); de estas pacientes 9 no aceptaron métodos de planificación familiar (5.1%) y 82 con (47.1%) que aceptaron, seguido de las menores de 20 años con 53 pacientes (30.5%), con 8 pacientes (4.5%) que no aceptaron métodos y 45 pacientes (25.8%) y así como 27 pacientes de 30 a 39 años (15.5%) donde 1 pacientes (0.5%) no planifico y 3 pacientes de más de 40 años (1.7%). (Vea gráfico 1)

Gráfico 1. Adhesión de Métodos Anticonceptivos según edad de las pacientes ingresadas en la sala de ARO I por Aborto. HEODRA 2008-2009.



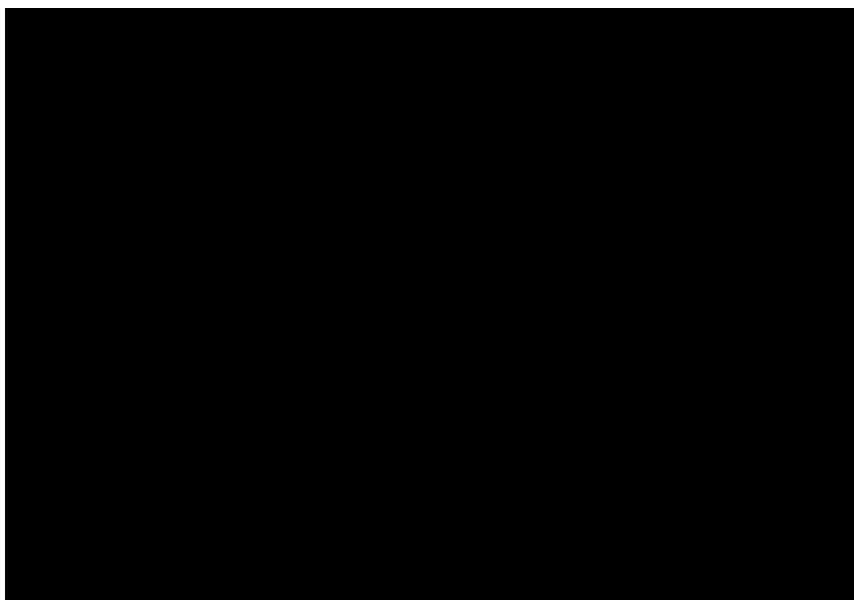
Con respecto al estado civil predominó la unión estable en 110 pacientes (63.2%), de estas 100 pacientes aceptaron métodos con (57.5%) y 10 (5.7%) de pacientes no aceptaron, seguido de las casadas con 39 pacientes (22.5%), eligieron un método de planificación y 2 pacientes (1.1%) no lo hicieron, las solteras con 14 (6%) aceptaron



métodos y 8 pacientes no lo hicieron (3.5%) y otros con 3 (1.7%). Así como la procedencia más predominante es la urbana con 108 (62.1%) de estas 18 pacientes (10.3%) no escogieron planificar; la rural con 66 pacientes (37.9%).

En lo que corresponde a la escolaridad la mayoría de las pacientes ha cursado la secundaria con 71 pacientes (40.8%); seguido de la primaria con 56 pacientes (32%), así se encontraron 18 pacientes que cursaron la universidad (10.3%), seguido de las pacientes analfabetas con 9 (5.2%) y técnico con 1 pacientes (0.5%). Para un total de 156 pacientes con métodos de planificación familiar. (Vea anexo, cuadro 1).

Con respecto a los antecedentes patológicos encontramos 3 pacientes presentan Hipertensión Arterial (1.7%), Diabetes Mellitus 1 (0.6%); Alergia 2 pacientes (1.1%); con respecto a ITS 2 pacientes (1.1%), infertilidad 1 paciente (0.6%). (Vea grafico 2).

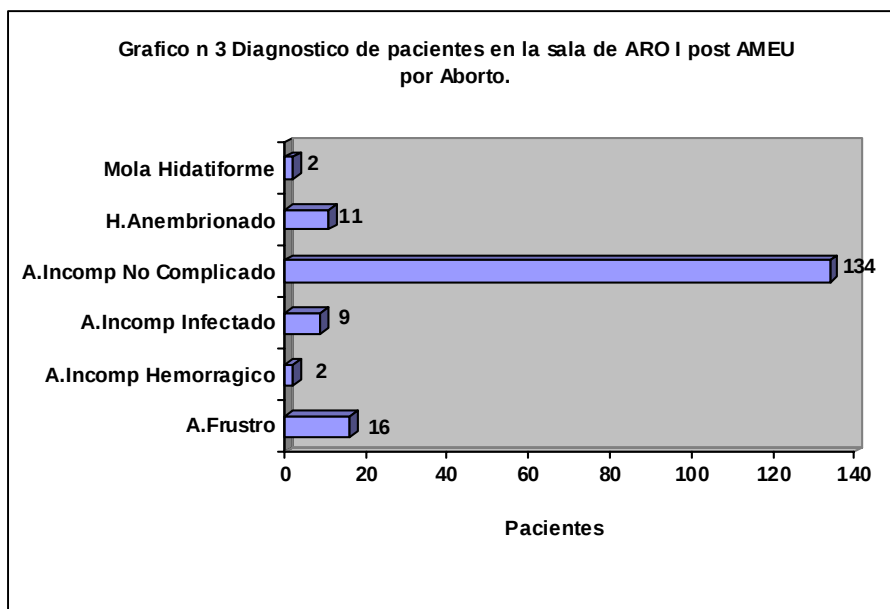


Dentro de los Antecedentes Obstétricos se encontraron que 61 de las pacientes eran primigestas (35.1%), 34 bigetas (19.6%), 26 trigestas (14.9%); 30 multíparas (17.3%) y 5 grandes multíparas (3%). En lo que corresponde a los partos 69 pacientes no habían presentado ninguno (39.6%), 37 pacientes ya habían presentado un parto (21.3%); 26 pacientes tenían 3 partos anteriores (15%) y 26 más de 3 partos (15%).

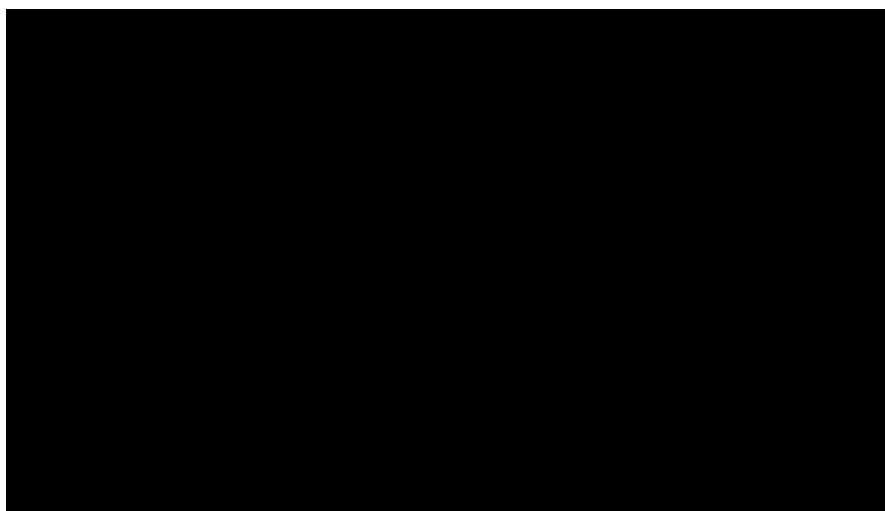
En lo que corresponde a Abortos 21 pacientes habían presentado un aborto anterior (12.1%), 2 abortos anteriores 6 pacientes (3.4%) y 4 abortos anteriores una paciente (0.6%); 146 presentaron por primera vez un aborto (83.9%). Con respecto a cesáreas 3 pacientes presentaron 1 cesárea anterior (81.7%), 1 paciente presento 2 cesáreas anteriores (0.6%). (Ver anexo, cuadro 2)



El diagnóstico de ingreso que se presento con mayor frecuencia fue el Aborto Incompleto no Complicado con 134 (77%), seguido del Aborto Frustrado con 16 pacientes (9.2%), Huevo Anembrionico en 11 pacientes (6.3%), seguido de Aborto Incompleto Infectado con 9 pacientes (5.2%); el Aborto Incompleto Hemorrágico y Mola Hidatiforme se presento en 2 pacientes respectivamente para un 1.1% cada uno. (Ver gráfico 3).



Las 174 pacientes recibieron consejería para 100%. De estas pacientes 58 escogieron el método inyectable mensual (Mesigyna) 33.3%, seguido de la Depoprovera con 30 pacientes (17.2%), 29 pacientes prefirieron utilizar la píldora (16.7%), 20 escogieron el preservativo (11.5%); el DIU fue preferido por 16 pacientes (9.2%); 3 pacientes se decidieron por la abstinencia periódica (1.7%); 18 pacientes no aceptaron ningún método anticonceptivo para un 10.3%. (Ver gráfico 4).





Encuesta a pacientes:

Se realizo entrevistas a 25 pacientes que egresaban del servicio de ARO uno post AMEU post aborto.

La mayor parte de ellas se encontraban entre los 20 a 29 años. La mayoría de las pacientes han cursado Secundaria y se encontraban con estado civil acompañadas y eran del área Urbana.

22 recibieron orientación en métodos de planificación familiar para un 88%. Cuando se les pregunto de quien habían recibido orientación la mayoría refirió que fue de médicos con un total de 11 pacientes (50%), seguido de enfermeras con 8 pacientes (36%) y 3 recibieron orientación de parte de estudiantes (14%).

Se refirió a Centro de Salud para recibir su método de planificación familiar a 5 pacientes (20%). Así también cuando se les pregunto si se les proporciono el método elegido 20 pacientes dijeron que si (80 %).

Dentro de los Métodos de Planificación Familiar proporcionados: a 9 de las pacientes se les brindo Inyectables (41%), 6 se les aplico DIU (27%), 5 pacientes se les dio píldoras (23%) y preservativo a 2 pacientes (9%).

Cuando se les pregunto porque no se les brindo su método de planificación familiar escogido, 3 de las pacientes (12%), respondieron que el Hospital no contaba con su método.

Entrevista al personal

El personal de salud encargado de brindar la consejería en planificación es una licenciada de enfermería de 21 años de experiencia ha recibido preparación por medio de talleres y seminarios, normas de planificación familiar y licenciatura en materno



infantil. Sus medios didácticos para brindarla son rotafolio y normas, protocolos de planificación.

Cuadro 3. Factores que facilitan o limitan la adhesión de métodos de planificación familiar en pacientes ingresadas a ARO I con diagnóstico de aborto 2008-2009.

Factores que limitan la adhesión de métodos de planificación familiar.	Factores que facilitan la adhesión de métodos de planificación familiar.
✓ Poca privacidad en el momento de la consejería. ✓ Poco personal de salud durante los turnos y fines de semana. ✓ No todo el personal está capacitado para brindar la consejería. ✓ El hospital no brinda métodos que algunas pacientes usaron anteriormente. ✓ No está la pareja de la paciente en el momento de la consejería.	✓ Conocimiento previo de los métodos anticonceptivos para su continuidad. ✓ Personal de enfermería capacitado. ✓ El hospital cuenta con la mayoría de los métodos anticonceptivos brindados por el Minsa.



Discusión de resultados

Sobre la adhesión:

El grado de adhesión de las pacientes fue del 89.7% considerándolo excelente ya que se pudo atender a todas las mujeres que mostraron interés en usar métodos anticonceptivos al momento de su egreso en comparación a estudio realizado en 1996-1999 por **Molina Mercado Gloria** que dio como resultado de un 69.9% de aceptación de métodos.⁽¹¹⁾

Según estudios realizados demuestran que las mujeres están mucho más dispuestas en utilizar un método anticonceptivo después de un aborto, debido a que el aborto en sí mismo es un trauma que lesiona la salud y los valores humanos y sociales de las mujeres y la planificación llega a ser una opción importante para esperar el momento propicio de otro embarazo.

Esto justifica que el Ministerio de salud haya considerado la promoción del uso de métodos anticonceptivos post aborto y le de seguimiento mediante sus indicadores establecidos en normas y protocolos de planificación familiar (MINSA 2008).⁽¹²⁾

Las características demográficas de las mujeres atendidas por aborto, coinciden en cuanto la edad a muchos estudios, debido a que entre 20-29 años (52.3 %) las mujeres son más reproductivas, dándose en este grupo la mayor cantidad de embarazos y por tanto mayor cantidad de complicaciones. La Encuesta nicaragüense demográfica y salud (ENDESA 2006/07) reconoce que la mayor necesidad de servicios de planificación familiar se encuentra entre estas edades.⁽¹³⁾

Otras características socio demográficas como: que la mayoría tengan un nivel de educación media facilitan una mejor comprensión de la información suministrada en la consejería acerca de la importancia de utilización de métodos. Por otro lado, la procedencia del área urbana facilita la continuidad del uso del método en las mujeres debido a su cercanía con el proveedor principal en las unidades de atención primaria.



La unión estable que tiene la mayoría también es un elemento demográfico que hace necesario el espaciamiento de un nuevo embarazo.⁽¹⁴⁾

Dentro de los métodos anticonceptivos elegidos por las pacientes se encontraron en primer lugar los inyectables (Mesigyna ,Depoprovera), seguidos de gestágenos orales y preservativos observando diferencia con respecto al estudio realizado por Molina, Mercado (1996-1999), donde los métodos elegidos fueron gestágenos orales, DIU, esterilización quirúrgica.⁽¹¹⁾ Los métodos con mayor demanda son inyectables, píldoras y métodos permanentes (esterilización quirúrgica) se ha mantenido alrededor del 25 % desde 1998, mientras que la inyección ha tenido un incremento del 1% en 1993 al 23% en la actualidad. Esta elección tiene que ver con la conveniencia de las mujeres debido a que su aplicación es por períodos más largos, la memoria no le dificulta el uso adecuado y es más cómoda una inyección que tomar diariamente la pastilla.⁽¹³⁾

Factores que facilitan la adhesión:

El programa de planificación familiar está a cargo 1 enfermera la cual garantiza consejería y aplicación de los métodos a las pacientes egresadas por los 5 días de la semana donde el H.E.O.D.R.A cuenta con la mayoría de los métodos anticonceptivos brindados por el MINSA.

Además la mayoría de las pacientes egresadas del servicio de ARO I tenían conocimientos previos sobre métodos anticonceptivos ya que mantenían contacto con su centro de salud lo que garantiza la continuidad de utilización de los métodos brindados por el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

Factores que limitan la adhesión:

Los fines de semanas los encargados de brindar la consejería es el personal médico y enfermeras de turno el cual es un factor limitante para garantizar consejería adecuada a cada paciente ya que no todo el personal está debidamente capacitado.



Otro factor limitante fue que algunos de los métodos elegidos por las pacientes no los proporciona la institución ya que ellas lo obtienen por medio del sector privado (Farmacias) con un costo mayor.

En el momento de brindar la consejería existe poca privacidad al orientar a la paciente y no se acompaña en muchas ocasiones de su pareja ocasionando un poco de temor de las pacientes en el momento de elegir su método.



Conclusión

El grado de adhesión de métodos de planificación familiar de las pacientes fue de un 89.7%, lo que se puede considerar como excelente. Lo que refleja la eficiencia de la consejería brindada por un personal capacitado y motivado.

Los métodos de planificación familiar más solicitados por las pacientes fueron en primer lugar los anticonceptivos hormonales inyectados (Mesigyna, Depoprovera), Gestágenos orales y Preservativos.

Dentro de las condiciones que facilitan la adhesión de métodos de planificación familiar encontramos:

- El conocimiento previo de las pacientes sobre los métodos.
- El abastecimiento de métodos de planificación familiar por el Hospital H.E.O.D.R.A.
- La existencia del personal de enfermería capacitado para brindar la consejería.

Dentro de las condiciones que limitan están:

- Poco personal encargado de la consejería primordialmente en fines de semana.
- No todos los métodos utilizados con anterioridad por las pacientes son proporcionados por el Hospital.
- Poca privacidad
- No está la pareja de la paciente en el momento de la consulta.

El hecho de que uno o más miembros del departamento de Gineco- Obstetricia se encargaran de realizar actividades de orientación a estas mujeres nos muestra la preocupación que existe en dicho departamento por egresar a la mayor parte de sus pacientes con un método de planificación familiar para espaciar el intervalo intergénésico.



Recomendaciones

Fortalecer el programa de planificación familiar post aborto a través de:

1. Mayor disponibilidad de personal capacitado y dispuesto a brindar información y consejería en anticoncepción en todos los momentos de la atención.
2. Disponibilidad de los métodos anticonceptivos en las áreas de atención, durante los turnos nocturnos y en fines de semana, con el objetivo de que las pacientes egresen con su método.
3. Garantizar las condiciones mínimas de privacidad para brindar consejería y orientación de forma adecuada.
4. Integrar durante la consejería a la paciente a su pareja para generar compromiso de ambos para su continuidad.



Bibliografía

1. **IPAS** - Adelantos en el Tratamiento del Aborto. Publicación Científica. Volumen 5,1996.
2. **Ministerio de Salud de Nicaragua**. Norma de atención al aborto. Dirección general de atención médica. Dirección materno-infantil. Nicaragua. 1989.
3. **IPAS**. Atención Post-aborto en América Latina. Publicación Científica, Volumen No 3, 1998.
4. **Schwarcz, Ricardo L.** et.al. Obstetricia. 5ª ed. Washington, D.C:OPS/OMS (PALTEX); 1995.
5. **Ministerio de Salud de Nicaragua**. Dirección de Atención Integral a la Mujer. Manual de Salud Reproductiva, Mayo 2008.
6. **IPAS** - Recursos Técnicos para la atención post-aborto, Volumen No 4, 2002.
7. **Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**. Facultad de Ciencias Medicas, Guía de consulta sobre anticoncepción. 1 ed, Managua: El Amanecer,1996
8. www.infoforhealth.org/pr/prs/sj44/sj44who.shtml - 102k **Criterios médicos de elegibilidad** de la **OMS** para iniciar el uso de **métodos anticonceptivos.1994**.
9. **Marhler H.** "Simposio latinoamericano, de planificación familiar"1995.
10. **IPAS**. Un diagnostico nacional de la atención post aborto, Nicaragua 2003.
11. **Molina Mercado Gloria** Atención de necesidades en Planificación Familiar en mujeres post aborto – HEODRA.1996-1999 León, Nicaragua UNAN Facultad Ciencias Medicas.
12. **Organización Mundial de la Salud** - Prevención del Aborto en Condiciones de Riesgo-1998.
13. **Ministerio de Salud de Nicaragua**. Sistema de información estadística. Encuesta Nicaragüense Demográfica y Salud (ENDESA 2006/07).
14. **Medina Tomasita** – Amador Misael. Calidad de la Atención del Aborto en Hospital Bertha Calderón Roque. Octubre – Diciembre 1999.
15. **Rizo A.** "Simposio Latinoamericano de planificación familiar" México 1994 pág. 40.



ANEXOS



Criterios médicos de elegibilidad para iniciar el uso de anticonceptivos, compilados por la OMS

Por favor refiérase a lo siguiente para identificar cada método:

Anticonceptivos orales Combinados	AOCs	Condomes	Con
Píldoras sólo de progestágeno	POCs	DIU TCu-380 ^a	DIUs
DMPA/NET EN	DMPA	Espermicidas	Espe
Implantes <i>Norplant</i>	IN	Diafragmas, Capuchones cervicales	Dia
Esterilización femenina	EF	Métodos del conocimiento de la fertilidad	MCF
Vasectomía	Vas	Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)	MELA

CONDICIÓN	AOCs	POCs	DMPA	IN	EF	Vas	Con	DUI	Espe	Dia/CC	MCF	MELA
Embarazada	4	4	4	4	Aplazar	--	1	4	1	1	--	--
Edad												
Menos de 16 años	1	2	2	2	Aceptar ^a	-- ^a	1	2	1	1	1 ^{b,c}	1
De 16 a 19 años	1	1	1	1	Aceptar ^a	-- ^a	1	2	1	1	1	1
De 20 a 39 años	1	1	1	1	Aceptar ^a	-- ^a	1	2	1	1	1	1
40 años o más	2	1	1	1	Aceptar ^a	-- ^a	1	1	1	1	1 ^{b,c}	1
Fumadora												
Menos de 35 años de edad	2	1	1	1	Aceptar ^a	-- ^a	1	1	1	1	1	1
35 años de edad o más												
y fuma con moderación (20 cigarrillos o menos al día)	3	1	1	1	Aceptar ^a	-- ^a	1	1	1	1	1	1
y fuma mucho (más de 20 cigarrillos al día)	4	1	1	1	Aceptar ^a	-- ^a	1	1	1	1	1	1
Hipertensión												
Leve (140/90 a 159/99)	2/3 ^d	1	2	1	Precaver	--	1	1	1	1	1	1
Moderada (160/100 a 179/109)	3/4 ^e	1	2	1	Refiera	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1
Grave (más de 180+/110) ^g	4	2	3	2	Refiera	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^h
Antecedentes de hipertensión cuando no se puede evaluar la presión sanguínea	3	2	2	2	Precaver	--	1	1	1	1	1	1
Diabetes												
Antecedentes de niveles elevados de glicemia sanguínea durante el embarazo	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Diabetes sin enfermedad vascular												
No tratada con insulina	2	2	2	2	Precaver	Precaver	1	1	1	1	1	1
Tratada con insulina	2	2	2	2	Precaver	Precaver	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1
Diabetes con enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años	3/4 ⁱ	2	3	2	Refiera	Precaver	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^h



CONDICIÓN	AOCs	POCs	DMPA	IN	EF	Vas	Con	DUI	Espe	Dia/CC	MCF	MELA
Trastorno tromboembólicos ⁱ												
Trastorno tromboembólicos actual	4	1	1	1	Aplazar	--	1	1	1	1	1	1 ^{h,k}
Antecedentes de trastorno tromboembólicos	4	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Cardiopatía isquémica ^l												
Cardiopatía isquémica actual	4	2	3	2	Aplazar	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^{h,k}
Antecedentes de cardiopatía isquémica	4	2	3	2	Precaver	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1
Cardiopatía valvular												
Sin complicaciones	2	1	1	1	Precaver	--	1	1	1	1	1	1
Con complicaciones ^m	4	1	1	1	Refiera	--	1 ^f	2	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^{h,k}
Venas varicosas	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Tromboflebitis superficial ⁿ	2	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Cirugía principal												
Con inmovilización prolongada o cirugía en las piernas	4	1	1	1	Aplazar	--	1	1	1	1	1	1 ^{h,k}
Sin inmovilización prolongada	2	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Derrame (antecedentes de accidente cerebrovascular)	4	2	3	2	Precaver	--	1	1	1	1	1	1
Cefalea (Dolores de cabeza												
Leves	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Intensos :												
Recurrentes, incluso migrañas sin síntomas neurológicos focales ^o	2	1	2	2	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1 ^h
Recurrentes, incluso migrañas con síntomas neurológicos focales ^o	4	2	2	2	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1 ^h
Patrones de sangrado vaginal												
Irregulares sin sangrado intenso	1	2	2	2	Aceptar	--	1	1	1	1	1 ^p	--
Irregulares con sangrado intenso o prolongado (incluso los regulares>	1	2	2	2	Aceptar	--	1	2 ^q	1	1	1 ^p	--
Irregulares con sangrado intenso o prolongado inexplicable	3	3	4	4	Aplazar	--	1	4	1	1	1 ^p	--
Cáncer de mama												
Actual	4	3	4	4	Precaver	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^{h,k}
Pasado, sin evidencia de enfermedad en los últimos 5 años	3	3	3	3	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Nódulos en los senos (no diagnosticado)	2	2	2	2	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Enfermedad benigna en los senos	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Antecedentes de cáncer de mama en la familia	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Cáncer cervical (esperando tratamiento)	2	2	2	2	Aplazar	--	1 ^f	4	2 ^f	1 ^{f,r}	1 ^{b,f}	1 ^h
Lesiones cervicales no cancerosas (neoplasia intraepitelial cervical)	2	2	2	2	Aceptar	--	1	1	1	1 ^r	1 ^b	1
Cáncer endometrial u ovárico	1	1	1	1	Aplazar	--	1 ^f	4	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^h
Tumores ováricos benignos (entre ellos los quistes)	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)												
Antecedentes de EPI (sin riesgo actual de contraer ETS)												
Quedó embarazada desde la EPI	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
No ha quedado embarazada desde la EPI	1	1	1	1	Precaver	--	1	2	1	1	1	1
EPI actual o en los últimos 3 meses ^s	1	1	1	1	Aplazar	--	1	4	1	1	1 ^{b,t}	1
Enfermedades de transmisión sexual (ETS) ^u												
ETS actual (incluso la cervicitis purulenta) ^v	1	1	1	1	Aplazar	Aplazar	1	4	1	1	1 ^b	1



CONDICIÓN	AOCs	POCs	DMPA	IN	EF	Vas	Con	DUI	Espe	Dia/CC	MCF	MELA
ETS en los últimos 3 meses (ningún síntoma persiste después del tratamiento)	1	1	1	1	Aceptar	--	1	4	1	1	1 ^{b,t}	1
Vaginitis sin cervicitis purulenta ^{v,w}	1	1	1	1	Aceptar	--	1	2 ^w	1	1	1	1
Aumento en el riesgo de contraer ETS ^x	1	1	1	1	Aceptar	--	1	3	1	1	1	1
Infección del tracto urinario	--	--	--	--	--	--	--	--	1 ^y	1 ^y	1	--
Infección por VIH/SIDA ^u												
Infectado por el VIH	1	1	1	1	Aceptar	Aceptar	1 ^f	3 ^z	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^{aa}
Alto riesgo de infección por el VIH ^x	1	1	1	1	Aceptar	Aceptar	1	3	2 ^{ab}	1	1	1 ^{aa}
SIDA	1	1	1	1	Refiera	Refiera	1 ^f	3 ^z	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^{aa}
Enfermedad vesicular												
Enfermedad actual	3	1	1	1	Aplazar	--	1	1	1	1	1	1
Tratada con medicamentos	3	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Sin síntomas o tratada quirúrgicamente	2	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Antecedentes de Colestasis												
Relacionada con el embarazo	2	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Relacionada con el uso previo de anticonceptivos orales combinados	3	2	2	2	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Hepatitis viral												
Enfermedad activa	4	3	3	3	Aplazar	--	1	1	1	1	1	1 ^h
Portador	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Cirrosis hepática												
Leve (compensada)	3	2	2	2	Precaver	--	1	1	1	1	1	1
Grave (descompensada)	4	3	3	3	Refiera	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^{b,f,t}	1 ^{h,k}
Tumores hepática												
Benignos	4	3	3	3	Precaver	--	1	1	1	1	1 ^{b,t}	1
Malignos	4	3	3	3	Precaver	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^{b,f,t}	1 ^{h,k}
Fibromas uterinos	1	1	1	1	Precaver	--	1	2 ^{ac}	1	1	1	1
Antecedentes de embarazo ectópico	1	2	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Obesidad	1	1	1	1	Precaver	--	1	1	1	1 ^{ad}	1	1
Glándula tiroides												
Bocio simple	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Hipertiroidismo	1	1	1	1	Refiera	--	1	1	1	1	1 ^{b,t}	1
Hipotiroidismo	1	1	1	1	Precaver	--	1	1	1	1	1 ^{b,t}	1 ^h
Talasemia (anemia heredada)	2	1	1	1	Precaver	--	1	2	1	1	1	1
Enfermedad del trofoblasto												
Benigna	1	1	1	1	Aceptar	--	1	3	1	1	1	1
Maligna	1	1	1	1	Aplazar	--	1 ^f	4	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^h
Drepanocitosis	2	1	1	1	Precaver	Aceptar	1 ^f	2	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1
Trastornos en la coagulación sanguínea	--	--	--	--	Refiera	Refiera	--	--	--	--	--	--
Anemia por deficiencia de hierro												
Hemoglobina 7 g/dl-10 g/dl	1	1	1	1	Precaver	--	1	2	1	1	1	1
Hemoglobina menos 7 g/dl	1	1	1	1	Aplazar	--	1	2	1	1	1	1
Epilepsia	1	1	1	1	Precaver	--	1	1	1	1	1	1 ^h



CONDICIÓN	AOCs	POCs	DMPA	IN	EF	Vas	Con	DUI	Espe	Dia/CC	MCF	MELA
Esquistosomiasis												
Sin complicaciones	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Con fibrosis hepática	1	1	1	1	Precaver	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^{b,f,t}	1 ^h
Con fibrosis hepática	4	3	3	3	Refiera	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^{b,f,t}	1 ^h
Paludismo	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	1
Interacciones con medicamentos												
Tomando los antibióticos (rifampicina) o griseofulvina)	3	3	2	3	Precaver	--	1	1	1	1	1	--
Tomando otros antibióticos ^{ae}	1	1	1	1	Aceptar	--	1	1	1	1	1	--
Tomando anticonvulsivantes para la epilepsia, exceptuando el ácido valproico ^{af}	3	3	2	3	Precaver	--	1	1	1	1	1	--
Alergia al látex	--	--	--	--	--	--	3 ^{ag}	--	1	3	--	--
Uso de otros medicamentos												
Medicamentos que alteran el estado emocional, terapia con litio, antidepresivos tricíclicos, o terapias ansiolíticas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1 ^{b,t}	ah
Paridad												
Nulípara (nunca ha parido)	1	1	1	1	Aceptar ^{ai}	Aceptar ^{ai}	1	2	1	1	1	--
Primípara/múltipara	1	1	1	1	Aceptar	Aceptar	1	1	1	2	1	1
Dismenorrea grave (dolor durante la menstruación)	1	1	1	1	Aceptar	--	1	2	1	1	1	-- ^{aj}
Tuberculosis												
No pélvica	1	1	1	1	Aceptar	--	1 ^f	1	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^{ak}
Pélvica	1	1	1	1	Refiera	--	1 ^f	4	1 ^f	1 ^f	1 ^f	1 ^{ak}
Endometriosis	1	1	1	1	Refiera	--	1	2	1	1	1	1
Anormalidades anatómicas												
Cavidad uterina distorsionada	--	--	--	--	--	--	--	4 ^{al}	--	-- ^{am}	--	--
Otras anomalías que no distorsionan la cavidad uterina y no interfieren con la inserción del DIU ^{an}	--	--	--	--	--	--	--	2	--	--	--	--
Antecedentes de síndrome de shock tóxico	--	--	--	--	--	--	1	--	1	3	--	--
Lactancia												
Menos de 6 semanas después del parto	4	3	3	3	Aceptar	--	1	--	1	--	1 ^b	1
De 6 semanas a 6 meses después del parto (lactancia completa o casi completa)	3	1	1	1	Aceptar	--	1	--	1	1	1 ^b	1
6 meses o más después del parto	2	1	1	1	Aceptar	--	1	--	1	1	1 ^b	--
Posparto (mujeres no lactantes)												
Menos de 21 días después del parto	3	1	1	1	*	**	1	+	1	--	1 ^b	--
21 días o más después del parto	1	1	1	1	*	**	1	+	1	-- ^{ao}	1 ^b	--
Postaborto												
Primer trimestre	1	1	1	1	--	--	1	1	1	1	1 ^b	--
Segundo trimestre	1	1	1	1	--	--	1	2	1	1 ^{ap}	1 ^b	--
Después de un aborto séptico ^{aq}	1	1	1	1	--	--	1	4	1	1	1 ^b	--

-- La OMS no indica la condición para este método; no afecta la elegibilidad para usar el método



- A La esterilización es apropiada para mujeres y hombres de cualquier edad, pero sólo si están seguros de que no desearán hijos en el futuro.
- B Esta condición puede afectar la función ovárica o cambiar los signos y síntomas de fertilidad o dificultar el aprendizaje y uso de los métodos.
- C Poco después de la menarquía (edad al tener el primer sangrado menstrual) y a medida que se acerca la menopausia, puede ser que los ciclos menstruales sean irregulares.
- D Categoría 2 en la cual la presión sanguínea se puede monitorear periódicamente. De otra manera, categoría 3.
- E Categoría 3 en la cual la presión sanguínea se puede monitorear periódicamente. De otra manera, categoría 4.
- F Puede ser que un aumento en las tasas de fracaso típicas expongan a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo peligroso no previsto.
- G Con o sin enfermedad vascular.
- H Es posible que no se recomiende la lactancia cuando se usan estos medicamentos para tratar esta afección.
- I Categoría 3 ó 4, según la gravedad de la afección.
- J Enfermedad circulatoria debida a los coágulos sanguíneos.
- K El MELA no surte ningún efecto en esta afección, pero es posible que la afección descarte la posibilidad de lactar.
- L Cardiopatía debido a obstrucción arterial.
- M Hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación arterial, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda o está tomando medicamentos anticoagulantes.
- N Inflamación de una vena justo debajo de la piel.
- O Síntomas neurológicos focales visión borrosa, pérdida temporal de la visión, ve luces intermitentes o líneas en zigzag o tiene dificultad en hablar o moverse.
- P Puede ser que esta afección dificulte o imposibilite el uso eficaz del método de calendario.
- Q Categoría 3 si la usuaria es anémica. Además, el sangrado demasiado intenso puede indicar una afección general grave.
- R No se recomienda el capuchón cervical.
- s Incluso la endometritis (inflamación del revestimiento uterino) después del parto o del aborto.
- t La afección no afecta los patrones de sangrado vaginal; puede usarse el método de calendario.
- u Siempre se recomiendan los métodos de barrera, especialmente el condón, para la prevención de las ETS, incluso el VIH/SIDA.
- v Cervicitis purulenta = un flujo parecido al pus que proviene del orificio cervical.
- w En áreas en que la incidencia de ETS es alta, puede ser que la vaginitis indique una ETS.
- x Por ejemplo, actualmente tiene o tendrá más de una pareja sexual o una pareja que tiene más de una pareja.
- y Cuando se usan los diafragmas y espermicidas, es posible que la usuaria corra mayor riesgo de contraer una infección del tracto urinario.
- z En el caso del DIU, infección por VIH o cualquier otra afección médica o medicamento que dificulte que el cuerpo pueda combatir la infección.



- aa En las áreas en que la enfermedad infecciosa es la causa principal de la muerte del recién nacido, se debe aconsejar a las mujeres infectadas por el VIH que lacten. En otras áreas, si se cuenta con alternativas a la lactancia que sean asequibles, las mujeres que están infectadas por el VIH no deben lactar.
- ab Puede ser que una dosis alta del espermicida nonoxinol-9 cause abrasiones vaginales, las cuales pueden incrementar el riesgo de contraer una infección por VIH.
- ac Fibromas uterinos que distorsionan la cavidad uterina; de otra manera categoría 1.
- ad Es posible que la obesidad extrema dificulte la colocación del diafragma o capuchón.
- ae Antibióticos además de la rifampicina y griseofulvina.
- af Barbituratos, fenitoína, carbamacepina, primidona.
- ag La alergia al látex no es un problema cuando se usa el condón plástico, si está disponible.
- ah A fin de proteger la salud del infante, no se recomienda la lactancia.
- ai La orientación requiere cuidado especial para asegurar que ocurra una elección informada.
- aj La menstruación indica la necesidad de usar otro método anticonceptivo.
- ak La decisión de lactar debe tomar en cuenta los riesgos y beneficios al recién nacido.
- al Cualquier anomalía que distorsione la cavidad uterina de manera que imposibilite la inserción adecuada del DIU.
- am No puede usarse el diafragma durante ciertos casos de prolapso; el capuchón no es aceptable para las usuarias con anatomía cervical extensamente distorsionada.
- an Incluso los fibromas uterinos, la estenosis cervical o las laceraciones cervicales.
- ao Puede iniciarse el uso del diafragma seis semanas después del parto.
- aq Es decir, inmediatamente después de un aborto con infección del tracto genital.

*** Otras afecciones relacionadas con la esterilización femenina:**

Afecciones que requieren retraso: infección de la piel abdominal, bronquitis aguda o neumonía; cirugía de emergencia; cirugía para una afección infecciosa; infección sistémica o gastroenteritis grave.

Afecciones que requieren referencia a un centro especial: asma crónica, bronquitis, enfisema o infección pulmonar; cirugía uterina previa o infección previa; pared abdominal o hernia umbilical.

Afecciones que requieren precaución: hernia diafragmática; enfermedad renal; cirugía electiva; caso grave de deficiencias alimenticias. *Afección sin requisitos especiales:* una cesárea.

Condiciones/afecciones de esterilización posparto que requieren retraso: de 7 días a 42 días después del parto; preeclampsia/eclampsia grave; ruptura prolongada de las membranas (24 horas o más); hemorragia grave; fiebre durante o justo después del parto; sepsis; trauma grave al tracto genital (ruptura cervical o vaginal en el momento del parto); ruptura o perforación uterina.

Condiciones/afecciones de esterilización posparto sin requisitos especiales: menos de 7 días después del parto; más de 42 días después del parto; preeclampsia leve.

Afecciones de esterilización postaborto que requieren retraso: desde los 7 días después del parto hasta que se complete la involución uterina (generalmente, unos 42 días después del posparto); sepsis o fiebre grave; hemorragia grave; trauma intenso al tracto genital; perforación uterina; hematometra agudo (exceso de sangre en el útero).

**** Otras afecciones adicionales relacionadas con la vasectomía:**

Afecciones que requieren retraso: infección de la piel escrotal; ETS activa; balanitis; epididimitis u orquitis; infección sistémica o gastroenteritis intensa; filariasis o elefantiasis; masa intraescrotal.

Afección que requiere referencia a un centro especial: hernia inguinal.



Afecciones que requieren precaución: cirugía o lesión previa al escroto; varicocele grande; hidrocele grande; criptorquidia. (En algunas circunstancias, puede ser que la criptorquidia requiera referencia).

+ Otras afecciones adicionales relacionadas con el DIU Tcu-380A, inserción posparto (mujer lactante o no lactante):

Afección que representa un riesgo inaceptable a la salud (OMS 4): sepsis puerperal (infección del tracto genital durante los primeros 42 días después del parto).

Condición que requiere que el médico o la enfermera determine clínicamente si la cliente puede usar un DIU en forma segura (OMS 3): 48 horas a 4 semanas posparto.

Condición para la cual las ventajas del uso del DIU generalmente pesan más que los riesgos teóricos o comprobados (OMS 2): menos de 48 horas después del parto.

Condición que no requiere ninguna restricción: Más de 4 semanas después del parto.

++ Otras condiciones adicionales relacionadas con el MELA:

Condiciones que representan un riesgo inaceptable a la salud del recién nacido: uso de reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, cortisona, bromocriptina, medicamentos radiactivos, litio o anticoagulantes. *Afecciones en las que el MELA no surte ningún efecto, pero es posible que la afección prohíba la lactancia:* pezones sensibles, mastitis (inflamación de la glándula mamaria); deformidad congénita de la boca, quijada o paladar del recién nacido; el recién nacido es pequeño para su edad, parto prematuro o s



HISTORIA CLINICA POST ABORTO				Historia Clínica			
Uni Adm ESTABL				EDAD en años			
APELLIDOS Y NOMBRES				Instrucción		Estado Civil	
Domicilio Uni Geo				Ata. Fim. Ses. Ter. Uda.		Sol. Cas. Conv. Otr.	
Cédula							
ANTECEDENTES				Obstétricos			
Médicos				Abortos			
Tuberculosis ☐ Hipert. Art. ☐ Diabetes ☐ Infertilidad ☐ Alergias ☐ Faltas MAC ☐				Gestaciones ☐ Partos ☐ Cesáreas ☐			
				Nacidos vivos ☐ Nacidos muertos ☐			
				Fin Embarazo Anterior			
				Parto ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Molar ☐ No aplica ☐			
ADMISION				FUR			
Referida ☐ Tiempo de Traslado (de casa al Establec.)				Día Mes Año			
Día Mes Año Hora Min				EG			
SINTOMATOLOGIA				Tamaño de enfermedad			
Sangrado ☐ Dolores ☐ Fiebre ☐ Desmayos ☐ Otros ☐				Hrs			
EXAMEN CLINICO				TEMP			
PA FC FR							
CONCIENCIA				PIEL			
Lúcida ☐ Soporosa ☐ Excitada ☐ Coma ☐				Normal ☐ Pálida ☐ Equimótica ☐ Petequias ☐ Ictérica ☐			
TÓRAX				ABDOMEN			
Normal ☐				Normal ☐ Visceromeg ☐ Rebote ☐ Distend ☐ Peristaltis ☐			
MAMAS				OTROS HALLAZGOS			
Normal ☐							
CV							
Normal ☐							
EXAMEN GINECOLOGICO				POSICION			
UTERO (tamaño) cm.				Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐			
G. EXTER Normal ☐				AVF ☐ Media ☐ Rvf ☐			
VAGINA Normal ☐				Escasos ☐ Regular ☐ Abundante ☐			
CUELLO Cerrado ☐				CULDOCENTESIS Si ☐ No ☐			
EXAMENES AUXILIARES				RPR/VDRL ECOGRAFIA			
Hb ☐ Grú ☐ Grupo Sang ☐ Rth ☐ Leucocitos ☐ Segment ☐ % ☐				Si ☐ No ☐			
DIAGNOSTICO				Complicaciones al Ingreso			
Aborto Incomp. No Complicado ☐ Aborto Incomp. Infectado ☐ Aborto Incomp. c/ hemorragia ☐				Aborto Frustro ☐ Aborto Terapéutico ☐ Huevo Anembrionado ☐ Mola Hidatiforme ☐			
				Código			
				CIE10			
PROCEDIMIENTO				Medico Responsable (firma y sello)			
Día Mes Año Hora Min							
Ambiente				Tópico ☐ S. Partos ☐ Sala procedimientos ☐ SOP ☐			
Categoría				GO ☐ Residente ☐ Médico General ☐ Int. Medicina ☐ Otros ☐			
Técnica				Analg/Anest			
AMEU ☐ LUI ☐ Histerectomía ☐ Ninguno ☐				BPC ☐ Sedcanalg. ☐ BPC+Sedcanalg. ☐			
AMEU + LUI ☐ Asp. Eléct. ☐				Regional ☐ Gral ☐			
Hallazgos				Envío muestra a Patología			
Histerom ☐ Restos ☐ Escasos ☐ Regular ☐ Abundante ☐ Mal Olor ☐				Si ☐ No ☐			
Observaciones				Complicaciones Intraoperatorias			
				Quirúrgicas ☐ Lac. Cervical ☐ Perf. Uterina ☐ Otras ☐			
				Anestésicas ☐ Resp. Adv. ☐ Convulsión ☐ Pare ☐ Otras ☐			
				Medico Responsable (firma y sello)			
POST OPERATORIO				Referida			
Hrs P.O. 1 2 3 4				NO ☐ SI ☐			
PA				Psicología ☐			
FC				Adolescente ☐			
T ^a				Medicina ☐			
Saturado				ITS ☐			
Dolor				Infertilidad ☐			
				Otro Establec. ☐			
ALTA				Inicio Método Anticoncep.			
Día Mes Año Hora Min				NO ☐ SI ☐			
Condición				Abet. Periódica ☐ Condón ☐			
Sana ☐ Con Patología ☐ Fallecida ☐				Tabl. Vaginal ☐ DIU ☐			
				Píldora ☐ Inyectable ☐			
				AQV Femenino ☐ AQV Masculino ☐			
Medicamentos Prescritos				Medico Responsable (firma y sello)			
1. Analgésicos 2. Antibióticos 3. Otros							
Observaciones							
CONTROL EN CONSULTA EXTERNA				Evolución			
Favorable ☐ Desfavorable ☐							
Día Mes Año				CIE10			
Complicaciones							
Reingreso NO ☐ SI ☐							



Ficha de la paciente.

I. Datos generales

Número de expediente: _____ Estado civil _____
Edad: _____ años Procedencia _____
Escolaridad: _____

II. Ha escuchado o aprendido sobre métodos de planificación familiar?

1.-Si () 2.-No () Donde: Centro de salud ()
Hospital ()
Medico privado ()
Radio ()
Otros ()

III. Después de su ingreso en el hospital recibió orientación sobre métodos de planificación familiar.

1.-Si () 2.-No ()

IV. Quien le brindo la consejería sobre la elección del método de planificación familiar.

1.-Médicos () 2.-Enfermeras ()
3.-Estudiantes () 4.-Otros ()

V. Métodos de planificación familiar proporcionado por el Hospital.

1.-Pastillas () 2.-inyectables ()
3.-DIU () 4.-Condomes ()
5.-Esterilización quirúrgica femenina () 6.-Otros ()

VI. Le fue proporcionado el método de planificación familiar que usted eligió.

1.-Si () 2.-No ()

VII. Si el Hospital no le proporciona ningún método cual fue la razón.

1.-No se dispone del método elegido ()
2.-No hay tiempo para aplicarlo ()
3.-Razones médicas ()

VIII. Fue referida la paciente a otro centro asistencial para recibir su método de planificación familiar.

1.-Si () 2.-No ()

IX. Quedo satisfecha sobre las condiciones brindada por el profesional de salud y centro asistencial en la elección de su método.

1.-Si () 2.-No ()



Entrevista al personal de salud

Las siguientes preguntas tienen el objetivo de saber como se esta brindando la consejería sobre métodos de planificación familiar a pacientes ingresadas en la sala de ARO I con diagnostico de aborto. Le agradecemos de antemano su colaboración.

¿Cuántos años tiene brindando consejería a las pacientes sobre métodos de planificación familiar?

¿Ha recibido algún tipo de preparación para dar consejería sobre planificación familiar?
¿Dónde?

¿Cuenta con suficiente información y materiales didácticos adecuados para dar consejería a las pacientes?

¿Ha tenido algún inconveniente para realizar su trabajo de consejera? ¿Cuáles?

¿Cree usted que se necesita más personal para brindar consejería a las pacientes?



Cuadro 1. Características sociales de acuerdo a la Adhesión del método de planificación de las mujeres ingresadas en la sala de ARO I por aborto. Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, Octubre del 2,008 a Abril del 2,009.

VARIABLE	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
	SI		NO	
	#	%	#	%
Estado civil				
Casada	39	22.5	2	1.1
Unión estable	100	10	57.5	5.7
Solteras	14	8	6	3.5
Otros	3	1.7	-	-
Procedencia				
Rural	66	37	-	-
Urbana	90	51.8	18	10.3
Escolaridad				
Analfabeta	9	5.2	-	-
Primaria	56	32	7	4
Secundaria	71	40.8	8	4.6
Técnico	1	0.5	1	0.5
Universitaria	18	10.3	2	1.1
Sin datos	1	0.5	-	-
Total	156	89.7	18	10.3



Cuadro 2. Antecedentes obstétricos de acuerdo a la Adhesión del método de planificación de las mujeres ingresadas en la sala de ARO I por aborto. Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, Octubre del 2,008 a Abril del 2,009.

VARIABLE	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN			
	SI		NO	
	#	%	#	%
Gesta				
Pg	61	35.1	9	5.1
Bg	34	19.6	5	2.8
Tg	26	14.9	2	1.1
Mg	30	17.3	2	1.1
Gm	5	3	-	-
Partos				
0	69	39.6	9	5.2
1	37	21.3	5	2.8
2	26	15	2	1.1
3 a más	26	15	-	-
Cesárea				
1	3	1.7	-	-
2	1	0.6	-	-
Abortos				
0	146	83.9	-	-



Adhesión de métodos de planificación familiar en mujeres post aborto.

1	21	12.1	-	-
2	6	3.4	-	-
4	1	0.6	-	-
Total	156	89.7	18	10.3