



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POST ABORTO
EN MUJERES DE 19 A 40 AÑOS, DEL CENTRO MATERNO INFANTIL
JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, LIMA -
PERU 2015.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

BACH. MAYHUA TINTAYA, PILAR REBECA

**LIMA – PERÚ
2016**

Dedico este trabajo a Dios que guía mi camino, a mis padres Sebastián Mayhua Quispe y Silvia Tintaya Navarro por estar ahí cuando más lo necesito, por darme tanto amor, por enseñarme que no existe imposibles y buenas costumbres, son parte de mi formación personal y profesional.

A mis hermanos Eduardo, Michel y Yasumi que son el motor para seguir adelante.

Los amo mucho.

Agradezco a Dios por guiarme, a mis padres por su apoyo, a cada obstetra, por dedicar su valioso tiempo, a mi asesora Dra. María Caldas Herrera por aportar en mi formación profesional.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el **Objetivo:** Determinar los métodos anticonceptivos de elección post Aborto en mujeres de 19 a 40 años del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo, Lima – Perú 2015.

Material y Métodos: Se realizó un estudio Descriptivo, Retrospectivo de corte transversal. Se revisaron Historias Clínicas de 81 mujeres de 19 a 40 años que han sido sometidas a AMEU y LUI en el servicio de Gineco - Obstetricia del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, de enero a diciembre del 2015. Para identificar que métodos anticonceptivos eligieron post aborto, se realizó una lista de chequeo.

Resultados: Se obtuvo que el método anticonceptivo de elección post aborto es la píldora combinada, seguido del inyectable de progestágeno, en menor porcentaje inyectable combinado, además de preservativo masculino y por último el implante subdermico.

Conclusión: El método anticonceptivo de elección post aborto es la píldora combinada.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, postaborto, AMEU, LUI.

ABSTRACT

The present study was carried out with the **objective:** To determine the contraceptive methods of post abortion choice in women aged 19 to 40 years of the Maternal and Child Health Center José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo, Lima - Peru 2015.

Material and Methods: We performed a descriptive, cross-sectional retrospective study. Clinical Histories were reviewed of 81 women aged 19 to 40 who underwent MVA and LUI in the Gineco-Obstetrics service of the José Carlos Mariátegui Maternal and Child Center from January to December 2015. To identify which contraceptive methods chose post abortion. A checklist was made.

Results: It was obtained that the contraceptive method of post abortion choice is the combined pill, followed by the injectable of progestogen in lesser percentage injectable combined, in addition to male condom and finally the subdermal implant.

Conclusions: The contraceptive method of choice after abortion is the combined pill.

Key words: Contraceptive methods, post abortion, MVA, LUI.

ÍNDICE

Carátula.....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Resumen.....	IV
Abstract.....	V
Índice.....	VI
Introducción.....	VIII

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2 Delimitación de la Investigación.....	4
1.3 Formulación del Problema.....	5
1.4 Objetivos de la Investigación.....	5
1.5 Hipótesis y Variables de la Investigación.....	6
1.6 Justificación e Importancia de la Investigación.....	7

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	9
2.2 Bases Teóricas.....	15
2.3 Definición de Términos Básicos.....	35

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de la Investigación.....	36
3.2 Diseño de la Investigación.....	36
3.3 Población y Muestra de la Investigación.....	36
3.4 Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos.....	37

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultados.....	38
4.2 Discusión de los Resultados.....	47

Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Fuentes de Información.....	51
Anexos.....	55

INTRODUCCIÓN

El aborto es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Entre el 2010-2014 en promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos provocados en todo el mundo. El 25 % del total de embarazos acabó en aborto provocado. Aproximadamente se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo.

En nuestro país según cifras del Ministerio de Salud (MINSA), cada día se realizan mil abortos en promedio de estos el 90% son clandestinos, según un estudio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

El aborto es seguro cuando lo realizan personas con la capacitación adecuada y emplean técnicas correctas, según la federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) la técnica para el tratamiento de aborto es la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) por ser una técnica segura, eficaz y con menor complicaciones que el Legrado Uterino Instrumental (LUI) aunque pocas décadas atrás el LUI era la técnica más usada en tratamiento de aborto.

Implementando la técnica de AMEU para el tratamiento de aborto y por tener menor complicación permite que la paciente sea tratada de manera ambulatoria y tenga la opción de elegir métodos anticonceptivos.

La fertilidad retorna de manera rápida, alrededor de una semana luego de un aborto. Brindar servicios de planificación familiar y que la mujer elija un método anticonceptivo en el momento oportuno puede prevenir un embarazo no planeado subsiguiente.

Los estudios muestran que brindar servicios de planificación familiar como parte de la atención post-aborto puede aumentar el uso de anticonceptivos.

La elección de métodos anticonceptivos post aborto reducen la necesidad de recurrir a un próximo aborto, en especial, al aborto peligroso. Por otra parte refuerza el derecho de la mujer a decidir el número de hijos que desea tener y

el intervalo de los embarazos, previene la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados.

La consejería en planificación familiar es una actividad trascendental post aborto porque permite que la mujer esta sensibilizada y tome conciencia sobre su salud sexual y reproductiva debido a que la mujer piensa que no puede volver a tener un embarazo pronto y la elección de un método es innecesario. Como obstetra tenemos el compromiso de brindar una atención integral a la mujer en esta situación de su vida y sobre todo brindándoles consejería en planificación familiar post aborto.

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas, con un feto menor de 500 gramos y con una medida total de 20 cm o con una medida de la coronilla al coxis de 16,5 cm (Organización Mundial de la Salud).⁽¹⁾

En el mundo, 46 millones de mujeres presentan abortos cada año. De estas mujeres, 78 % viven en países emergentes. La Organización Mundial de la Salud y otras instituciones estiman que en América Latina 40 de cada mil mujeres en edad reproductiva, tienen abortos inseguros.⁽²⁾

En Europa la anticoncepción postaborto es una importante estrategia en la lucha contra el mayor enemigo de la mujer en edad fértil, el aborto; los métodos anticonceptivos postaborto más utilizados son el inyectable de progestágeno, inyectable combinado, implante y DIU, pero aun la anticoncepción postaborto no es considerada como parte de la política integral de salud en todos los establecimientos de salud.⁽³⁾

En Estados Unidos la planificación familiar y elección de métodos anticonceptivos post aborto son indispensable para controlar los embarazos no deseados y por consiguiente los abortos a repetición. Los métodos anticonceptivos más usados post aborto son la píldora combinada, inyectable progestágeno, inyectable combinado. ⁽³⁾

En América Latina la anticoncepción post aborto es fundamental para evitar la repetición de interrupciones del embarazo, Esto, debido a que las usuarias de servicios de salud están altamente motivadas para aceptar métodos anticonceptivos después de haber experimentado un aborto. En un estudio realizado en Colombia, la mayoría de las mujeres consideradas, manifestaron su intención de utilizar un método seguro, como el Dispositivo Intrauterino. ⁽⁴⁾

En el Perú se produce aproximadamente un millón de embarazos al año, de los cuales un tercio termina en aborto; de ello 370,000 abortos clandestinos y 630 mil nacimientos que ocurren, se considera que la mitad son resultado de un embarazo no deseado. ⁽⁵⁾

Lo que significa que hay 5 mujeres que abortan por cada 100 gestantes. De 3.8 millones mujeres sexualmente activas, cerca del 30%, 1.4 millones, están expuestas al riesgo de embarazos no deseados por falta de acceso a métodos anticonceptivos. ⁽⁵⁾

En Lima se han desarrollado servicios de atención postaborto, que consisten en dar tratamiento oportuno, brindar planificación familiar post aborto con personal capacitado para brindar una atención integral post aborto. Además, el uso de anticonceptivos en las mujeres atendidas por aborto pasó de 31% a 64%. Los métodos anticonceptivos más utilizados en los hospitales como referencia tenemos el Hospital María Auxiliadora donde lo más usado en el post aborto es el inyectable trimestral y las píldoras combinadas, mientras que el Instituto Nacional Materno Perinatal lo más usado en el post aborto son píldora combinada, inyectable progestágeno y combinado.

Actualmente la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto seguido del legrado uterino instrumental (LUI) que recomienda la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y está avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). AMEU es una técnica segura, clínicamente efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el LUI.⁽⁶⁾

El AMEU se asocia con niveles más bajos de complicaciones, como la perforación uterina, el sangrado excesivo, la infección pélvica y las lesiones cervicales que se presentan con el legrado tradicional , sin embargo el AMEU presenta limitación que solo puede realizarse hasta las 12 semanas de gestación.⁽⁶⁾

El LUI se realiza en caso de abortos incompletos menor y/o mayor de 12 semanas de gestación.

Por ser el AMEU una técnica segura y con menor complicación la mayoría de los métodos anticonceptivos se puede administrar inmediatamente después del aborto y no se debe retrasar el inicio de su uso .En caso del LUI se administra métodos anticonceptivos por el riesgo de un nuevo embarazo, Debido que las mujeres corren el riesgo de volver a quedar embarazadas casi inmediatamente luego de un post aborto.

La fertilidad retorna de manera rápida, alrededor de dos semanas luego de un aborto. Es importante buscar asesoría de planificación familiar, en el momento oportuno puede prevenir un embarazo no planeado subsiguiente.⁽⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia preconizan que mujeres que experimentan aborto deben recibir atención en anticoncepción, para que puedan quedar embarazadas en condiciones clínicas apropiadas para el desarrollo adecuado de la gestación.

El Ministerio Salud preconiza que los Métodos Anticonceptivos estén disponibles en el local en donde las mujeres reciben asistencia durante el proceso de aborto. Esta premisa tiene como base el hecho de que 75% de las mujeres reinician el proceso de ovulación hasta dos semanas después de la ocurrencia del aborto, indicando la necesidad del inicio precoz de la orientación en anticoncepción.

A pesar que la atención en anticoncepción sea un aspecto relevante de la asistencia humanizada a las mujeres en proceso de aborto, existe escasez de conocimientos sobre las prácticas anticonceptivas adoptadas por las pacientes y la falta de profesionales capacitados para la atención en métodos anticonceptivos post aborto. ⁽⁸⁾

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación temporal

La investigación se realizó en el periodo de enero a diciembre del año 2015.

1.2.2 Delimitación geográfica

La investigación se realizó en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de primer nivel de atención, cuarto nivel de complejidad y categoría I-4 perteneciente a la Red de Salud San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo.

Se encuentra ubicado Av. Primavera s/n alt. 24 de Av. José Carlos Mariátegui Urb. San Gabriel en el distrito de Villa María del Triunfo.

1.2.3 Delimitación social

La población sujeto de estudio fueron mujeres de 19 a 40 años de edad sometidas AMEU y LUI atendidas en el mencionado establecimiento de salud.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema principal

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de elección post aborto en mujeres de 19 a 40 años, del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo, Lima – Perú 2015?

1.3.2 Problemas secundarios

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de elección post AMEU en mujeres de 19 a 40 años?

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de elección post LUI en mujeres de 19 a 40 años?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar los métodos anticonceptivos de elección post aborto en mujeres de 19 a 40 años del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo, Lima – Perú 2015.

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar los métodos anticonceptivos de elección post AMEU en mujeres de 19 a 40 años.

Identificar los métodos anticonceptivos de elección post LUI en mujeres de 19 a 40 años.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis general

El presente estudio no requiere hipótesis por ser descriptivo.

1.5.2 Variables

Variable 1: Elección de Métodos Anticonceptivos Post AMEU

Variable 2: Elección de Métodos Anticonceptivos Post LUI

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Elección de Métodos Anticonceptivos Post AMEU (<12 semanas)	Método de Barrera	Preservativo Masculino
		Preservativo Femenino
	Métodos Hormonales	Píldora Combinada
		Inyectable Combinado
		Inyectable de progestágeno
		Implante Subdermico
	DIU	Liberador de cobre
Método Definitivo	Bloqueo Tubarico Bilateral	
Elección de Métodos Anticonceptivos Post LUI (>12 semanas)	Método de barrera	Preservativo Masculino
		Preservativo Femenino
	Métodos Hormonales	Píldora Combinada
		Inyectable Combinado
		Inyectable de progestágeno
		Implante Subdermico
	DIU	Liberador de Cobre
Método Definitivo	Bloqueo Tubarico Bilateral	

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El aborto es un problema de salud pública dado que en el 2010, el 21% de los embarazos a nivel mundial (44 millones) fueron interrumpidos de forma voluntaria. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es alta en las pacientes post aborto.

El aborto inseguro es el principal factor que contribuye a la morbilidad y mortalidad maternas en los países en desarrollo. A pesar de los esfuerzos realizados a nivel internacional, en 2008 murieron 47.000 mujeres por complicaciones derivadas del aborto inseguro, y el porcentaje de muertes maternas atribuidas al aborto inseguro a nivel mundial permanece invariable: 13% según la organización mundial de la salud en el 2011.

La mujer puede recuperar su fertilidad rápidamente luego de haber sufrido un aborto, apenas dos semanas después del aborto , cuando una mujer esté post aborto no contraindica ningún método anticonceptivo, así que puede usar el que elija, previa asesoría y con base a los criterios de elegibilidad de la OMS con obstetras capacitados.

Los servicios de salud pública deberán brindar consejería sobre métodos anticonceptivos, con el fin de evitar un embarazo no deseado, promoviendo a una atención de calidad, oportuna, integral y respetuosa de la decisión libre e informada. Además de tener accesibilidad a los servicios de planificación familiar que incluya una atención integral en pacientes post aborto que acudan a todos los establecimientos de salud.

Por lo expuesto anteriormente es importante este estudio porque permitirá contar con información clave e identificar las brechas existentes, en anticoncepción y para la elección de un método anticonceptivo post aborto. La misma que revertirá en la preparación de las mujeres, generando un cambio en favor de la salud sexual y reproductiva. Los resultados obtenidos servirán para que las autoridades de la institución donde se realizó el estudio puedan proponer estrategias

de salud con la finalidad que puedan adoptar medidas necesarias para una atención integral a pacientes post aborto de esta manera el incremento de usuarias de métodos anticonceptivos post aborto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Vilela Borges Ana Luiza , Monteiro Renata Luciria, Komura Hoga Luiza Akiko, Fujimori Elizabeth en el trabajo realizado en una Maternidad Pública de la Ciudad de Sao Paulo en el año 2014, con el **Objetivo:** analizar la atención en anticoncepción recibida por mujeres durante la hospitalización por aborto y sus prácticas anticonceptivas en el mes subsecuente a ese episodio. **Material y Método:** estudio longitudinal con mujeres hospitalizadas por aborto en una maternidad pública de la Ciudad de Sao Paulo. Fueron hechas entrevistas frente a frente (n=170) y después de un mes por contacto telefónico (n=147) entre mayo y diciembre de 2014. **Resultados:** las orientaciones en anticoncepción y el alta hospitalaria con método anticonceptivo prescrito fueron referidas por una proporción reducida de mujeres. Hubo tendencia de significación estadística para la prescripción de método anticonceptivo, ajustado por la edad, en el alta hospitalaria y su uso en el mes subsecuente. La mayoría de las mujeres tuvo relaciones sexuales (69,4%) con uso de método anticonceptivo (82,4%), pero sin orientación de profesional de la salud (63,1%). **Conclusión:** a pesar de la atención en anticoncepción postaborto esta fuera de las directrices establecidas por las políticas públicas, las mujeres demostraron disposición para usar métodos anticonceptivos. ⁽⁹⁾

M. Keene, Roston A, L. Keith, A. Patel en el trabajo realizado en Hospital del Condado de Cook en el año 2011, con el **Objetivo:** Comparar la selección de métodos anticonceptivos en mujeres sometidas a su primera interrupción del embarazo en comparación con las mujeres sometidas a la interrupción del embarazo de repetición en una clínica de aborto urbano. La hipótesis de que las mujeres se someten a abortos de repetición seleccionarán los anticonceptivos altamente eficaces (dispositivo intrauterino, implante subdérmico, la ligadura de trompas) con más frecuencia que los pacientes sometidos a su primer aborto. **Material y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de todas las mujeres en situación de aborto quirúrgico en el primer trimestre en John H. Stroger, Jr., el Hospital del Condado de Cook a partir del 1 de octubre de 2009 y el 31 de octubre de 2011. Se comparó la selección de métodos anticonceptivos en el período post aborto después de la recepción de asesoramiento anticonceptivo para las mujeres 7466, la estratificación de las mujeres por la historia de aborto sin previo frente a uno o más abortos. **Resultados:** De las 7466 mujeres, el 48,6% (3625) no tenía antecedentes de aborto anterior. Después de controlar por edad, raza y número de hijos vivos, las mujeres con antecedentes de aborto eran más propensas a seleccionar un método muy eficaz [odds ratio (OR) 1,19, 95% intervalo de confianza (IC) 1,06 a 1,33]. El método más elegido por las mujeres después de un aborto fue la píldora combinada pero lo más significativo es que tiene los niños que viven fue el predictor más fuerte de un método altamente eficaz con un OR de 3,17 (IC del 95%: 2,69 a 3,75). **Conclusiones:** En las mujeres que tienen un aborto en el primer trimestre, los factores más predictivos de selección de un método altamente eficaz para la anticoncepción post aborto incluyen historia de aborto anterior y que tiene los niños que viven. Este último es válido independientemente de la historia de aborto. ⁽¹⁰⁾

Borges AL, Ola Olorun F, Fujimori E, Hoga LA y Tsui AO en el trabajo realizado en el hospital de Brasil en el año 2015, con el

Objetivo: Evaluar si el uso de anticonceptivos se asocia con el acceso a los servicios de planificación familiar en el período de seis meses después del aborto, en un entorno en el que las leyes hacia el aborto son muy restrictivas. **Material y Métodos:** Este estudio de cohorte prospectivo reclutó a 147 mujeres hospitalizadas para recibir tratamiento de emergencia después de un aborto espontáneo o inducido en Brasil. Estas mujeres fueron seguidas durante seis meses (761 observaciones). Las mujeres respondieron a entrevistas telefónicas mensuales sobre el uso de anticonceptivos y la utilización de servicios de planificación familiar (medida por la utilización de la consulta médica y la recepción de asesoramiento anticonceptivo). Ecuaciones de estimación generalizadas se utilizaron para analizar el efecto de los servicios de planificación familiar y otras co-variables en el uso de anticonceptivos durante el período de seis meses después del aborto. **Resultados:** Las mujeres que informaron utilización tanto de consulta médica y asesoramiento anticonceptivo en el mismo mes tuvieron mayores probabilidades de informar sobre el uso de anticonceptivos durante el período de seis meses después del aborto, en comparación con aquellos que no utilizan estos servicios de planificación familiar [ajustada ORa = 1,93, 95% intervalo de confianza: 1.13 a 3.30]. El acceso a cualquiera de los servicios por sí solo no contribuye al uso de anticonceptivos. Edad (25-34 vs 15-24 años) también fue estadísticamente asociado con el uso de anticonceptivos. Estado de la planificación del embarazo, el deseo de tener más hijos y la educación no contribuyeron al uso de anticonceptivos. **Conclusiones:** En la configuración de aborto restrictivos, que ofrece servicios de planificación familiar en el período post aborto de seis meses contribuyen al uso de anticonceptivos, si no restringido a consejo mínimo. La consulta médica, en ausencia de asesoramiento anticonceptivo, no hace ninguna diferencia. Se recomienda la iniciación inmediata de un anticonceptivo que se adapte a la intención de embarazo de la mujer después de un aborto, así como una amplia gama de métodos

anticonceptivos, incluida la de acción prolongada métodos reversibles, incluso en contextos restrictivas leyes de aborto.⁽¹¹⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Kua Elia .En su trabajo realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2010, con el **Objetivo:** Determinar las causas de la necesidad insatisfecha en planificación familiar asociadas al embarazo no deseado, en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2010. **Material y Métodos:** Estudio transversal, correlacionar. Realizamos una entrevista semi-estructurada a 102 mujeres hospitalizadas en el Servicio 4 del Instituto Nacional Materno Perinatal. Estudiamos la dificultad en el acceso a los métodos anticonceptivos (MAC), el temor por sus efectos secundarios, la oposición de la pareja al uso de MAC, la falta de información sobre los MAC y la subestimación del riesgo de embarazo en mujeres cuyo embarazo fue no deseado por no uso de MAC. El análisis se realizó mediante Chi-cuadrado o (significativo $p < 0.05$) y OR con sus intervalos de confianza al 95%.**Resultados:** El temor por los efectos secundarios de los MAC fue la primera causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (92.2%) y su presencia fue un factor de riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y acabe teniendo un embarazo no deseado (OR: 11.1, IC 95%: 2.1 - 59.3). La subestimación del riesgo de embarazo fue la segunda causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (71.6%), mas no tuvo influencia en el embarazo no deseado. La oposición de la pareja al uso de MAC determinó la necesidad insatisfecha en un 22.5%, su presencia fue riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y tenga embarazo no deseado (OR: 6.4, IC95%: 2.3 - 18.2). La dificultad en el acceso y la falta de información no fueron estadísticamente significativas .**Conclusiones:** Las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar que determinan el embarazo no deseado son: el temor por los efectos secundarios y la oposición de la pareja. ⁽¹²⁾

Sánchez Mascaro, Arnaldo Pedro .En su trabajo realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2009, con el **Objetivo:** Evaluar la experiencia en la aplicación del modelo: manejo ambulatorio y atención integral del aborto. **Material y Métodos:** estudio clínico retrospectivo en mujeres con aborto de menos de 12 semanas.se analizó los casos de aborto atendidos en la institución, en la década 1995 a 2009. Se comparó los procedimientos efectuados, como legrado uterino instrumental y aspiración manual endouterina (AMEU), así como los diagnósticos que justificaron la intervención quirúrgica. Se evaluó las complicaciones presentadas con AMEU y legrado uterino, la consejería efectuada y los métodos de planificación familiar postaborto, aplicados como parte de la atención integral. Principales medidas de resultados. Tipo de atención quirúrgica y complicaciones del aborto, consejería postaborto y costos. **Resultados:** Entre los años 1995 y 2009, se atendió en el IEMP 58 757 casos de abortos, de los cuales 19 295 (32,8%) fueron resueltos ambulatoriamente (47,3% en el 2009). el método más usado fue la AMEU (92,1%), habiéndose comunicado pocas complicaciones (1,87%), siendo estas por AMEU insuficiente, hematómetra, endometritis postaborto y enfermedad inflamatoria pélvica. la analgesia utilizada fue el bloqueo para cervical con lidocaína o petidina endovenosa. las pacientes permanecieron en emergencia un promedio de 2 a 4 horas, siendo el costo del manejo del aborto ambulatorio ampliamente ventajoso con relación a un aborto con hospitalización. en 81,1% de los casos se hizo consejería y 50,4% salió con un método anticonceptivo. **Conclusiones:** la clásica atención del aborto con hospitalización en el IEMP ha pasado a ser atención ambulatoria integral en el servicio de emergencia. Este modelo, propuesto por el ministerio de salud, para la atención integral postaborto, ha sido validado e institucionalizado por etapas; el proyecto concluyó en el año 2009 y su aplicación es vigente, con amplias ventajas para la paciente y la institución. ⁽¹³⁾

Távora Orozco Luis, en su trabajo realizado en MINSA, ENDES y Sectores Privados en el año 2010, con el **Objetivo:** Realizar búsqueda bibliográfica sobre anticoncepción, analizar la gama de métodos anticonceptivos ofrecida por el Ministerio de Salud y sector privado, verificar el listado de anticonceptivos disponibles en el mercado, examinar la doble protección y recomendar qué nuevos métodos deben ser incluidos en la oferta. **Material y Método:** Revisión de la literatura científica, análisis de las ENDES y de los reportes del MINSA, revisión del listado de anticonceptivos en el mercado, de las ventajas y satisfacción de las usuarias con las nuevas metodologías, entrevista con funcionarios del MINSA y profesionales que entregan anticonceptivos en el sector privado y sistematización de hallazgos. **Resultados:** Existe una verdadera diversidad de métodos anticonceptivos. La planificación familiar mejora la salud y la supervivencia de las mujeres y los niños, contribuye a la sostenibilidad del medio ambiente y a la reducción de la pobreza. Los anticonceptivos son muy variados y su efectividad también es variable. La variedad contribuye a un mayor uso de métodos y mayor satisfacción de usuarios/as. La prestación del servicio de anticoncepción debe desarrollar actividades de información, orientada a los/as usuarias/os a adoptar las conductas de doble protección, que representa una excelente intervención para reducir la frecuencia de ITS/VIH y de embarazos no deseados. Las ENDES reportan que la tasa global de fecundidad no se ha reducido a pesar de los deseos de las mujeres de tener menos hijos, la tasa específica de fecundidad de las adolescentes tiene una tendencia a elevarse y el uso de anticonceptivos, si bien aumentó en los últimos años, ha sido a expensas de la abstinencia periódica. La tasa de discontinuación durante el primer año de uso es de 50% de las mujeres en edad fértil. El principal proveedor de anticonceptivos es el MINSA, que cuenta con una mezcla reducida de insumos en tanto que en el sector privado la oferta es significativamente más variada. **Conclusión:** En el Perú la tasa de fecundidad no se ha modificado sustancialmente y en gran medida se debe a las deficiencias del programa de planificación familiar que no satisface la oferta y presenta una mezcla de anticonceptivos reducida.⁽¹⁴⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

EVACUACIÓN ENDOUTERINA

La evacuación endouterina es la extracción del contenido en el útero. Existen métodos para la evacuación endouterina:

- Aspiración Manual Endouterina (AMEU)
- Legrado Uterino Instrumental (LUI)

El estado clínico de la paciente, la altura uterina y la edad gestacional de la paciente es determinante para el tipo de método a utilizar. Según la OMS, AMEU es el método recomendado de evacuación endouterina para la atención del aborto. ⁽¹⁵⁾

- ❖ En gestaciones menores de 12 semanas se realizará si es posible el AMEU por ser una técnica más segura y más rápida.
- ❖ En caso de no tener implementada esta técnica, realizar el Legrado Uterino Instrumental (LUI) bajo anestesia.
- ❖ En gestaciones mayores a 12 semanas utilizar primero Oxitocina y luego las técnicas anteriormente nombradas.
- ❖ No existe evidencia suficiente para realizar profilaxis antibiótica de rutina antes de la evacuación uterina, siempre que no existan signos infección. ⁽¹⁶⁾

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

La aspiración manual endouterina basa su mecanismo de acción en trasladar una presión negativa, generada por una fuente manual, dentro del útero a través de unas cánulas que están conectadas a la fuente de presión negativa.

Este procedimiento permite retirar los tejidos endouterinos en su totalidad y evita raspar manualmente las paredes uterinas, con riesgo menor de daño en las paredes del útero.

El AMEU utiliza un equipo portátil (jeringas con válvulas sencillas, dobles y cánulas de Karman) que no requiere del uso de electricidad, lo que permite su amplio uso en diferentes niveles del sistema de salud. Tiene las mismas ventajas de la aspiración eléctrica; sin embargo, su costo es mucho menor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la aspiración manual endouterina constituye uno de los métodos más eficaces utilizados en el tratamiento del aborto incompleto y recomienda que esté disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral.⁽¹⁷⁾

EFICACIA CLÍNICA Y SEGURIDAD

La tasa de eficacia es del 95 al 100%. Presenta pocas complicaciones sobre todo si es utilizada antes de la semana 12 de gestación. Permite reducir los riesgos de infección, lesión cervical y lesión uterina. Acorta los tiempos de hospitalización y disminuye la utilización de medicamentos anestésicos. Es un procedimiento ambulatorio.

VENTAJAS DEL AMEU:

- Su mecanismo de acción permite que el procedimiento demore menos que el LUI.
- Cuando se está bien capacitado, se tiene menos complicaciones que el LUI.
- Permite utilizar anestesia local.
- Si se utiliza sedo analgesia, se usa dosis reducida de analgésicos o sedantes, haciendo posible que el procedimiento pueda efectuarse en forma ambulatoria.
- Permite realizar el procedimiento fuera de la rigidez de una sala de operaciones. Es importante en el caso de hospitales del sector público.
- El procedimiento es un acto quirúrgico con un tiempo limitado y predecible.
- Permite obtener tejido ovular cuando es necesario para el estudio anatómico patológico o para estudios genéticos.

AMEU es lo mejor que se le puede ofrecer en la actualidad a la mujer que presenta una complicación de un aborto incompleto, siempre y cuando cuente con todas las condiciones que se requieren para hacer un procedimiento de calidad .⁽¹⁸⁾

INDICACIONES DE AMEU

- ❖ En caso de aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 12 cm.
- ❖ Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- ❖ Aborto diferido de tamaño uterino menor o igual a 12 cm.
- ❖ En caso de mola hidatiforme, independientemente del tamaño uterino.
- ❖ Embarazo anembrionado y/o huevo muerto retenido con tamaño uterino menor o igual a 12.
- ❖ Biopsia de endometrio.⁽¹⁸⁾

CONTRAINDICACIONES DE AMEU

- ❖ Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- ❖ Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor de 12 cm.
- ❖ Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

El legrado uterino es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto utilizando las conocidas legras uterinas, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada.

Hasta hace unos años solo se podía ofrecer la técnica del LUI para el tratamiento de aborto incompleto. ⁽¹⁹⁾

INDICACIONES DE LUI

Obstétricas:

- ❖ Aborto incompleto con altura uterina mayor de 12 cm o aborto incompleto complicado (hipovolemia, sepsis).
- ❖ Formas de enfermedad trofoblástica.

- ❖ Embarazo anembrionado.
- ❖ Embarazo ectópico.
- ❖ Aborto frustrado o retenido, con altura uterina igual o mayor de 12 cm. previa expulsión del producto.
- ❖ Embarazo molar con altura uterina igual o mayor de 12 cm.
- ❖ Alumbramiento incompleto
- ❖ Endometritis puerperal

Ginecológicas:

- ❖ Legrado uterino fraccionado para estudio diagnóstico de cáncer de endocervix y/o endometrio.
- ❖ Poliposis endometrial
- ❖ Hemorragia Uterina Disfuncional (hemodinámicamente inestable).⁽¹⁹⁾

CONTRAINDICACIONES DE LUI

- ❖ Cavidades uterinas irregulares
- ❖ Trombofilias

COMPLICACIONES DEL LUI

Inmediata

- ❖ Desgarro cervical.
- ❖ Perforación uterina.
- ❖ Hemorragia uterina y/o post operatoria.

Mediata

- ❖ Enfermedad Pélvica Inflamatoria post legrado uterino.
- ❖ Síndrome de Asherman.⁽²⁰⁾

ORIENTACIÓN PREVIA AL PROCEDIMIENTO DE ABORTO

Pretende estructurar una relación en la cual la mujer pueda adquirir confianza, expresar sus sentimientos, temores, dudas y prepararla para el procedimiento proporcionándole información sobre el mismo

- ❖ Saludar, presentarse y preguntar el nombre a la mujer.
- ❖ Buscar un sitio tranquilo donde pueda hablar con privacidad y explicar que la conversación será confidencial.
- ❖ Sentarse a su lado, si la mujer está acostada.
- ❖ Si la mujer está acompañada, preguntar si ella desea hablar en privado o con la participación de su acompañante.
- ❖ Preguntar cómo se siente, indagar sobre sus miedos, temores, su situación actual y escuchar atentamente la situación expuesta.
- ❖ Facilitar que la mujer considere sus propias necesidades y sentimientos dándole a conocer sus derechos sexuales y reproductivos para el ejercicio de los mismos.
- ❖ Informar sobre su responsabilidad con respecto al cuidado de su salud.
- ❖ Indagar la meta reproductiva y los métodos anticonceptivos que conoce/usa la mujer, o si desea quedar embarazada.
- ❖ Informar a la mujer a cerca de:
 - Su condición física general.
 - Los resultados de su examen físico y las pruebas de laboratorio si las tiene.
 - El tiempo necesario para el tratamiento.
 - Procedimiento(s) a ser utilizado(s), así como sus riesgos y beneficios.
 - La necesidad de referirla a otro centro si el caso lo requiere.
 - El tiempo de hospitalización estimado.
 - Hacer firmar el consentimiento de la mujer para su tratamiento. ⁽²¹⁾

ORIENTACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE ABORTO

Consiste en acompañar y brindar apoyo emocional a la mujer para el manejo conductual del dolor, facilitando así la labor del proveedor.

- ❖ En caso de contar con personal de apoyo éste deberá brindar apoyo emocional a la mujer durante todo el procedimiento y practicar ejercicios de respiración o hablando de temas interesantes para ella.
- ❖ Informar a la mujer, en todo momento, los pasos que se realizan (no brindar detalles técnicos).
- ❖ En caso de que la mujer se hubiera decidido por un método anticonceptivo, confirme su decisión.
- ❖ Una vez concluido el procedimiento informe sobre los resultados, cuidados post procedimiento, señales de alarma y sobre el método anticonceptivo elegido.⁽¹⁹⁾

ORIENTACIÓN POST-PROCEDIMIENTO DE ABORTO

Se realiza con el fin de verificar el estado emocional, indicar a la usuaria sobre los cuidados que debe tener, e informar sobre las señales de alarma y el uso de Métodos Anticonceptivos.

- Preguntar a la mujer cómo se siente.
- Brindar la siguiente información:
 - Evitar tener relaciones sexuales hasta que cese el sangrado.
 - Puede presentar dolor abdominal leve.
 - El sangrado o goteo (no mayor al de una menstruación) disminuirá progresivamente hasta los 15 días.
 - Identificación de señales de alarma: dolor abdominal intenso, sangrado abundante (mayor al de una menstruación), fiebre y/o escalofríos, malestar general y desvanecimiento.
 - No debe colocarse ningún objeto dentro de la vagina (tampones) hasta que cese el sangrado.
 - Puede quedar embarazada antes de su próxima menstruación, ya que el retorno a la fertilidad puede ocurrir entre 7 a 14 días (el retorno de la menstruación puede presentarse dentro de las 4 a 8 semanas siguientes).

- Fecha de retorno para su control.
- Verificar la comprensión de las características del método anticonceptivo elegido en caso de haber optado por alguno; asegurarle la provisión y la externación con el método.
- Informar, dónde y cómo obtener servicios y métodos anticonceptivos.
- Orientar a la mujer sobre los riesgos, en caso de desear un embarazo inmediatamente.
- Referir a la especialidad correspondiente, en caso de presentar patología concomitante a su aborto. La consejería debe ser responsabilidad de un profesional que tenga aptitudes para esto, debe haber un equipo con más de un profesional de diferentes disciplinas. ⁽²¹⁾

ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

Debido que muchas mujeres reanudan su actividad sexual poco después de tener un aborto, y dado que la fertilidad puede regresar tan pronto como a los 10 días posteriores a la conclusión de un aborto, es imperativo ofrecer a las mujeres métodos anticonceptivos eficaces cuyo uso puedan iniciar inmediatamente después de un aborto. La evidencia respalda el uso de cualquier método anticonceptivo después de un aborto sin complicaciones. ⁽²²⁾

Es importante brindar consejería en planificación familiar a mujeres que han tenido un aborto, por medio de obstetras que están capacitadas para facilitar los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables en pacientes post AMEU o LUI.

- ❖ El uso debe comenzar en el propio Hospital, el control posterior dependerá de cada método. El seguimiento post aborto debe cuidar tanto la complicaciones físicas como debe dar apoyo psicológico a la paciente y preocuparse de la continuidad en el uso de anticonceptivos.
- ❖ Informar que para efecto de la anticoncepción se debe considerar el día de la evacuación uterina como el primer día del ciclo menstrual.

- ❖ El post aborto puede ser una de las pocas oportunidades en que la mujer entra en contacto con el personal de salud.
- ❖ La anticoncepción post aborto debe incluir todos los componentes esenciales de una buena atención.
- ❖ Es necesario recordar que la ovulación puede ocurrir luego de 11 a 14 días del aborto y que el 75% de las mujeres ovulan dentro de las primeras seis semanas posteriores al aborto.
- ❖ De preferencia la orientación sobre anticoncepción debe realizarse antes y después del procedimiento.
- ❖ La mujer debe ser externada con un anticonceptivo entregado y referida al programa de Salud Sexual y Reproductiva.⁽²²⁾

PAUTAS EN ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

Es recomendable aplazar el reinicio de relaciones sexuales hasta que cese la hemorragia genital y desaparezcan los signos de infección (si los hubiere) y otras complicaciones. Las mujeres pueden quedarse embarazadas casi inmediatamente después de un aborto. A menudo la ovulación ocurre a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro luego de un aborto del segundo trimestre.⁽²²⁾

ANÁLISIS DE LAS OPCIONES ANTICONCEPTIVAS

Está demostrado que si se inicia la anticoncepción luego de un aborto se mejora la adherencia y se reduce el riesgo de embarazo no buscado. Suministro de información y asesoramiento a todas las mujeres que la ovulación puede restablecerse dentro de las 2 semanas siguientes a un aborto, por lo que existe el riesgo de que quede embarazada a menos que use un método anticonceptivo eficaz.

Si la mujer está interesada en la anticoncepción, necesita información precisa que la ayude a elegir el método anticonceptivo más apropiado para satisfacer sus necesidades.

Hay que entender que algunas mujeres prefieren hablar de las opciones de anticoncepción una vez finalizado el aborto. En última instancia, la decisión final sobre si se debe utilizar un método anticonceptivo, y en ese caso, cuál sería el método a utilizar, corresponde únicamente a la mujer. ⁽²³⁾

La aceptación por parte de una mujer de un método anticonceptivo nunca debe ser una condición previa para hacerle un aborto.

Generalmente, la mayoría de los métodos anticonceptivos se pueden iniciar inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico. El término “inicio inmediato de la anticoncepción” se refiere al día mismo del procedimiento, y el término “aborto médico” se refiere al día en que se toma la primera pastilla de un esquema de aborto médico. ⁽²⁴⁾

Métodos anticonceptivos después de un aborto: Métodos hormonales (incluyen píldoras, inyecciones, implantes) pueden iniciarse inmediatamente después de cualquier aborto, inclusive el aborto séptico.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) se pueden colocar inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre; no obstante ello, el riesgo de expulsión es levemente más elevado luego de los abortos del segundo trimestre que luego de los del primero. Nunca colocar un DIU inmediatamente después de un aborto séptico. ⁽²⁴⁾

Métodos de barrera como preservativo masculino y femenino, su uso se puede iniciar con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad deben postergarse hasta que se hayan restituido los ciclos menstruales regulares.

La esterilización quirúrgica femenina se puede realizar inmediatamente después de un aborto no complicado. Sin embargo, se debe postergar el procedimiento si el aborto está complicado con infección, hemorragia severa, traumatismo o hematómetra agudo. ⁽²⁵⁾

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST ABORTO

MÉTODOS DE BARRERA

PRESERVATIVO FEMENINO

Se trata de una vaina flexible de poliuretano autolubricado que posee dos anillos flexibles: uno interno y externo. Funciona como un reservorio para los espermatozoides eyaculados, impidiendo que entren en contacto con la vagina.

a) Tasa de Falla

- De 5 a 21 embarazos por cada 100 mujeres, en el primer año de uso.

b) Características

- Permite que la mujer pueda ejercer su propio cuidado.
- Su uso correcto reduce la transmisión de las ITS, VIH - SIDA y del HTVL1.

c) Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al látex.
- Alergia al lubricante.

PRESERVATIVO MASCULINO

Funda delgada de caucho (látex). Lubricada.

Impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

a) Tasa de falla

- De 3 a 12 embarazos por cada 100 mujeres, en el primer año de uso.

b) Características:

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.
- Pocos efectos negativos.
- Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto reduce la transmisión de las ITS, VIH - SIDA y del HTVL1.

c) Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al látex y lubricante .
- Personas con disfunciones sexuales

MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

PÍLDORAS COMBINADAS

Son aquellos que poseen una combinación de estrógeno y progestágeno.

De dosis baja de estrógeno (Con 15 a 30 mcg de etinilestradiol) el MINSA solo distribuye de 30 mcg

Supresión de la ovulación.

- Espesamiento del moco cervical, que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia el tracto reproductivo superior.

a) Tasa de falla

- De 0,1 a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el año.

b) Características

- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Disminuye el flujo menstrual y cólicos menstruales
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Disminuye la incidencia del cáncer de ovario, endometrio y patologías benignas de mamas.
- Previene los embarazos ectópicos.
- Disminuye el riesgo de contraer una enfermedad pélvica inflamatoria.
- La eficacia disminuye cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina, griseofulvina y fenitoina).
- Es posible que en mujeres con alto riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves.

c) Forma de uso

- Ingesta diaria y preferentemente a la misma hora.
- Iniciar el método:
 - El primer día del ciclo, pero puede iniciarse entre el primero y quinto día.
 - En el postaborto, entre el primero y quinto día después de la evacuación.

- En el postparto si no está amamantando a partir de la sexta semana.

d) Contraindicaciones

- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres con una hepatopatía activa.
- Mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial o accidente cerebro vascular y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.
- Mujeres con cáncer de mama o endometrio.
- Mujeres con indicación de reposo absoluto por una o más semanas.
- Mujeres con cefalea intensa asociada a visión borrosa.

INYECTABLES COMBINADOS

Ampollas que contienen en su fórmula estrógenos y progestágenos pudiendo tener la siguiente composición:

- 25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol en solución acuosa (Distribuida por el MINSa).
- 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol en solución oleosa.

a) Tasa de falla

- De 0.5 a 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

b) Características

- Acción inmediata y eficaz.
- Puede producir cambios en el patrón de sangrado menstrual, al menos en los primeros meses.
- Es posible que en mujeres con alto riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves (infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias).
- En mujeres con enfermedades crónicas se requiere una evaluación médica por personal calificado.

c) Forma de uso

Administrar en la región glútea sin realizar masaje post aplicación

- Primera ampolla:
- Aplicar entre el primer y quinto día del inicio de la menstruación.
- En el postparto aplicar a partir de la tercera semana en mujeres que no dan de lactar; en mujeres que dan de lactar después de los 6 meses
- En el postaborto aplicar entre el primer y quinto día (considerar la evacuación como el primer día del ciclo).

d) Contraindicaciones

- Mujeres con sangrado genital sin explicación.
- Mujeres con una hepatopatía activa.
- Mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.
- Mujeres con cáncer de mama o endometrio.
- Mujeres con indicación de reposo absoluto por una semana o más.
- Mujeres con cefalea intensa asociada a visión borrosa.

MÉTODOS HORMONALES DE SOLO PROGESTÁGENO

PÍLDORAS DE SOLO PROGESTÁGENO

Son aquellas que poseen sólo progestágeno.

Pastillas que contienen:

- 5 microgramos de norgestrel.
- 500 microgramos de Linestrol
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación en más de la mitad de los ciclos menstruales.

a) Tasa de falla

- De 0.3 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

b) Características

- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.

- Disminución del flujo menstrual y cólicos menstruales.
- Cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (ganancia o disminución).
- Disminuye la incidencia del cáncer de ovario, endometrio y patologías benignas de mamas.
- Previene los embarazos ectópicos.
- Disminuye el riesgo de contraer una enfermedad pélvica inflamatoria.
- La eficacia disminuye cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina y griseofulvina.
- En mujeres con enfermedades crónicas pre-existentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.

c) Forma de uso

- La píldora debe tomarse todos los días y a la misma hora.
- Entre el primer o quinto día del inicio de la menstruación.
- En mujeres que dan de lactar después de las seis semanas postparto
- En el postaborto, entre el primero y quinto día después de la evacuación.

d) Contraindicaciones

- Sangrado genital anormal sin explicación.
- Hepatopatía activa, accidentes cerebro vascular y cardiopatía aguda
- Cáncer de mamas o antecedente del mismo.
- Ingesta de medicamentos como rifampicina, griseofulvina o antiepilépticos (excepto ácido valproico).

INYECTABLE DE SOLO PROGESTÁGENO

El más usado es el acetato de medroxiprogesterona de 150 mg (Distribuidas por el MINSA).

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

a) Tasa de falla

- De 0,3 a 0,4 embarazos por cada 100 mujeres por año de uso.

b) Características

- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ayuda a prevenir el cáncer de endometrio y posiblemente el cáncer de ovario.
- Cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres: amenorrea, sangrado/goteo irregulares.
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad no es inmediato, en promedio puede demorar cuatro meses.
- Mejora la anemia.

c) Forma de uso

- Inicio:

- Administrar en la región glútea sin realizar masaje post aplicación.
- Entre el primer o quinto día del inicio de la menstruación;
- Mujeres que dan de lactar: iniciar a las seis semanas postparto
- Postaborto: entre el primero y quinto día después de la evacuación.
- La eficacia se presenta a las 24 horas del inicio.

- Sigüientes dosis:

Administrar cada tres meses, en casos especiales se puede adelantar o atrasar su aplicación hasta dos semanas.

d) Contraindicaciones

- Mujeres con un sangrado genital anormal
- Mujeres con antecedente o con cáncer de mama.
- Mujeres con hepatopatía activa.

IMPLANTE SUBDÉRMICO

Se trata de una varilla de 4 cm de largo y 2 mm de diámetro, no biodegradable, flexible; que contienen progestágenos, que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Cada implante contiene 68 mg de etonogestrel. (Distribuido por el MINSA).

- Espesamiento del moco cervical.
- Supresión de la ovulación.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

a) Tasa de falla

- De 0.05 a 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

b) Características

- Brinda protección por tres años.
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo y cólicos menstruales
- Disminuye la incidencia de las patologías benignas de mama.
- Disminuye el riesgo contra el cáncer de endometrio.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso.

c) Forma de uso

- Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual.
- En caso de iniciarse en cualquier otro momento, utilizar un método de respaldo durante los primeros 7 días. siempre que se asegure que no hay gestación.
- En el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método.
- En los primeros cinco días post aborto.

d) Contraindicaciones

- Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalué).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres que estén tomando algunos medicamentos, como rifampicina, excepto ácido valproico.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

DIU LIBERADOR DE COBRE

Son dispositivos que se insertan en la cavidad intrauterina con el fin de prevenir un embarazo. La duración de la efectividad de los dispositivos tipo TCu 380A es hasta de diez años.

- Afectan la capacidad de los espermatozoides para pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos destruyéndolos, de tal modo que raramente llegan a la trompa y son incapaces de fertilizar el óvulo.
- Interfieren en el proceso reproductivo antes que ocurra la fertilización.

a) Tasa de falla

- De 0,6 a 0,8 embarazos por 100 mujeres por año de uso.

b) Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, se recomienda la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de su inserción.
- En algunas mujeres puede incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los primeros meses de uso. Los dispositivos con Levonorgestrel no producen estas molestias.

c) Forma de uso

- Debe ser insertado por profesional capacitado.

- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe una gestación.
- Postparto inmediato hasta las 48 horas.
- Transcesárea
- Puerperio tardío a partir de la sexta semana
- En el postaborto inmediato, o en los primeros 7 días postaborto no complicado (inmediatamente después del legrado o la aspiración manual endouterina).

d) Contraindicaciones

- Sangrado genital anormal.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen preservativo.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales.
- Mujeres con infección activa del tracto genital del tipo cervicitis aguda, mucopurulenta o vaginitis severa. Insertar luego del tratamiento.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria actual o reciente (dentro de los 3 últimos meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

DIU LIBERADOR DE PROGESTÁGENO

Dispositivo de plástico en forma de T que se inserta en la cavidad uterina y libera diariamente pequeñas cantidades de levonogestrel tiene una duración de 5 años.

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.
- Cambios en el endometrio.

a) Tasa de falla

- De 0.1 a 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

b) Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo.
- Disminuyen los cólicos menstruales y los síntomas de endometriosis.
- En algunas mujeres puede producir amenorrea.
- Mejoran la anemia.
- Previenen los embarazos ectópicos.

c) Forma de uso

- Se puede insertar:
- En los primeros 5 días del ciclo menstrual
- En cualquier momento del ciclo siempre que se asegure que no hay gestación.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.
- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
- En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.

d) Contraindicaciones

- Mujeres con embarazo.
- Mujeres con sangrado genital anormal.
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales, que no usen preservativo.
- Mujeres con infección activa del tracto genital.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria actual o reciente (dentro de los 3 meses).

BLOQUEO TUBÁRIO BILATERAL (BTB)

Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio. Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo a nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.

a) Tasa de falla

De 0,2 a 0,5 embarazos por cada 100 mujeres intervenidas.

b) Características

- Alta eficacia, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual, ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere, previamente, evaluación médica y orientación/consejería adecuada.
- Es considerada irreversible.
- Debe ser realizada por personal médico capacitado.

c) Momento de la intervención:

- Dentro de las 48 horas del postparto.
- En el postaborto sin complicaciones, inmediatamente después de la evacuación.
- Durante la cesárea.^(26,27)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **ABORTO**

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas, con un feto menor de 500 gramos y con una medida de 20 cm. ⁽¹⁾

- **AMEU**

La aspiración manual endouterina es un método seguro y eficaz adecuada para el tratamiento del aborto incompleto para tamaños uterinos de hasta 12 semanas, que consiste en la evacuación del contenido del útero mediante el uso de un aspirador manual de plástico. ⁽¹⁶⁾

- **LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL**

Método de evacuación del contenido uterino mediante el uso de legras que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente esta o ha estado recientemente embarazada. ⁽²⁰⁾

- **PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. ⁽²⁶⁾

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no, temporales o definitivos. ⁽²⁶⁾

- **ANTICONCEPCIÓN**

Conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo. ⁽²⁷⁾

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo, Retrospectivo porque el inicio del estudio es posterior a los hechos estudiados y transversal porque la unidad de muestra fue tomada en una sola oportunidad.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

3.2.2 MÉTODO

Cuantitativo por qué se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 POBLACIÓN

Consta de 81 mujeres de 19 a 40 años sometidas AMEU y LUI en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.

3.3.2 MUESTRA

La muestra es censal porque toda la población fue estudiada.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICA

Se revisó las Historias Clínicas de todas las mujeres de 19 a 40 años que han sido sometidas a AMEU y LUI en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui. Para identificar que métodos anticonceptivos eligieron post AMEU y LUI, previamente se solicitó a la Dirección del Centro Materno Infantil la autorización necesaria para el levantamiento de la información. Los datos recopilados serán ingresados a una base de datos en el programa estadístico SPSS para presentar los resultados en tablas y gráficos para su posterior análisis.

3.4.2 INSTRUMENTO

Se elaboró una lista de chequeo para levantar información sobre métodos anticonceptivos de elección en pacientes post AMEU y LUI del cual se tuvo las siguientes características:

La primera parte: se refiere a los datos generales y reproductivos con 07 ítems en total. La segunda parte está relacionada para conocer los métodos anticonceptivos de elección post AMEU y LUI con 9 ítems cada uno.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 RESULTADOS.

DATOS GENERALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES DE 19 A 40 AÑOS, DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, VILLA MARIA DEL TRIUNFO, LIMA - PERU 2015.

Tabla N° 1

EDAD	N=81	%
19-29	45	56%
30-40	36	44%
Total	81	100%

En la siguiente tabla en relación a los datos generales sobre la edad de la mujeres de 19 a 40 años, se observa que el 56% se ubican en el grupo etario de 19 a 29 años, seguido de un 44% entre la edades de 30 a 40 años.

Tabla N°2

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N=81	%
Primaria completa	2	2%
Primaria incompleta	2	2%
Secundaria completa	50	62%
Secundaria incompleta	16	20%
Sup. técnico completo	4	5%
Sup. técnico incompleto	7	9%
Sup. universitario completo	0	0%
Sup. universitario incompleto	0	0%
Otros	0	0%
Total	81	100%

En la siguiente tabla en relación al grado de instrucción de las mujeres se obtiene que el 62% de las mujeres se encuentran en el nivel educacional de secundaria completa. En menor porcentaje con un 20% en el nivel educacional de secundaria incompleta, además se encuentra el 9% en el nivel educacional de superior técnico incompleto y otros mínimos porcentajes.

Tabla N°3

ESTADO CIVIL	N =81	%
Casada	7	9%
Conviviente	55	68%
Soltera	12	15%
Separada	1	1%
Otros	6	7%
Total	81	100%

En la siguiente tabla en relación al estado civil de las mujeres se obtiene que el 68% son conviviente. Cabe resaltar que el 15% de las mujeres era soltera y solo el 9% es casada y otros en mínimos porcentajes.

Tabla N°4

OCUPACION	N =81	%
Estudiante	2	2%
Trabajadora	24	30%
Oficio del hogar	52	64%
Otros	3	4%
Total	81	100%

En la siguiente tabla en relación a la ocupación de las mujeres se obtiene que el 64% se dedica al oficio del hogar. Además se obtiene que el 30% tiene como ocupación ser trabajadora, por último solo el 4% tiene como ocupación otros y tan solo el 2% es estudiante.

Tabla N°5

NUMERO DE HIJOS VIVOS	N =81	%
0	6	7%
1	20	25%
2	28	35%
3	19	23%
>4	8	10%
Total	81	100%

En la siguiente tabla en relación a los datos reproductivos se obtiene que el 35% de las mujeres tiene 2 hijos vivos, seguido de 25% con 1 hijo vivo además de 23% con 3 hijos vivos y otros mínimos porcentajes.

Tabla N°6

NUMERO DE ABORTO	N =81	%
1	54	67%
2	25	31%
3	2	2%
>4	0	0%
Total	81	100%

En la siguiente tabla en relación a los datos reproductivos se obtiene que 67% fue primer aborto para las mujeres .Cabe resaltar que 31% fue segundo aborto y por ultimo con tan solo 2% fue el tercer aborto.

Tabla N°7

CONSEJERIA DE MAC POST ABORTO	N =81	%
Si	81	100%
No	0	0%
Total	81	100%

En la siguiente tabla en relación a consejería de métodos anticonceptivos post aborto se obtiene que el 100% recibió la consejería.

Tabla N° 8

METODOS ANTICONCEPTIVOS POST AMEU	N (n=81)	%
Preservativo masculino	4	5%
Preservativo femenino	0	0%
Píldoras combinadas	33	43%
Inyectable combinado	11	14%
Inyectable de solo progestágeno	25	33%
Implante	1	1%
DIU de cobre	0	0%
Bloqueo tubarico bilateral	0	0%
Ninguno	2	3%
TOTAL	76	100%

En la siguiente tabla en relación a la elección de métodos anticonceptivos post AMEU, se obtiene que el 43% de las mujeres elige como método las píldoras combinadas .Seguido el 33% del inyectable de solo progestágeno, además de un 14% del inyectable combinado y otros mínimos porcentajes.

Tabla N° 9

METODOS ANTICONCEPTIVOS POST LUI	N (n=81)	%
Preservativo masculino	1	20%
Preservativo femenino	0	0%
Píldoras combinadas	0	0%
Inyectable combinado	0	0%
Inyectable de solo progestágeno	4	80%
Implante	0	0%
DIU de cobre	0	0%
Bloqueo tubarico bilateral	0	0%
Ninguno	0	0%
TOTAL	5	100%

En la siguiente tabla en relación a la elección de métodos anticonceptivos post LUI, se obtiene que el 80% de las mujeres elige como método el inyectable de solo progestágeno. Por otra parte cabe resaltar que el 20% de las mujeres elige como método el preservativo masculino.

EDAD EN RELACIÓN A LA ELECCIÓN DE MAC POST ABORTO

TABLA N° 1

EDAD	PILDORA COMBINADA	INYECTABLE DE PROGESTAGENO
19-29	15	18
30-40	18	11

En el siguiente grafico se observa que las mujeres de 30-40 años que eligieron inyectable de progestágeno son 11 y las que eligieron píldora combinada son 18 .Además las mujeres de 19-29 años que eligieron inyectable de progestágeno son 18 y las que eligieron píldora combinada son 15.

GRADO DE INSTRUCCIÓN EN RELACIÓN A ELECCIÓN DE MAC POST ABORTO

TABLA N° 2

GRADO DE INSTRUCCION	PILDORA COMBINADA	INYECTABLE PROGESTAGENO
Primaria Completa	0	2
Primaria Incompleta	0	2
Secundaria Completa	20	18
Secundaria Incompleta	5	8
Sup.Tecnico Completo	4	0
Sup. Técnico Incompleto	2	1
Sup.Uni. Completo	0	0
Sup.Uni Incompleto	0	0
Otros	0	0

En el siguiente grafico se observa que las mujeres con un grado de instrucción de secundaria completa son 20 la que eligieron píldora combinada, las mujeres con secundaria incompleta son 5 que eligieron píldoras combinadas, mientras que las mujeres con superior técnico

completo son 4 y por último se encuentra que las mujeres con superior técnico incompleto son 2 que eligieron píldora combinada.

Con respecto a elección de método anticonceptivo se observa que el grado de instrucción de secundaria completa son 18 mujeres que eligieron inyectable de progestágeno, las mujeres con secundaria incompleta son 8, mientras que las mujeres con primaria incompleta son 2, por último se observa que las mujeres con primaria completa son 2 y superior técnico incompleto es 1.

ESTADO CIVIL EN RELACION A ELECCION DE MAC POST ABORTO

TABLA N° 3

ESTADO CIVIL	PILDORA COMBINADA	INYECTABLE DE PROGESTAGENO
Casada	3	3
Conviviente	23	20
Soltera	4	4
Separada	1	0
Otros	3	1

En el siguiente grafico se observa que las mujeres con un estado civil de conviviente son 23 las que eligieron píldora combinada, las mujeres solteras son 4, mientras que las mujeres casadas son 3 al igual que otros, por último las mujeres separada son 1 que eligieron las píldora combinada.

Por otro lado las mujeres con un estado civil de convivientes son 20 las que eligieron el inyectable de progestágeno, las mujeres solteras son 4 , las mujeres casadas son 3 , mientras que otros son 1 que eligieron el inyectable de progestágeno.

OCUPACION EN RELACIÓN A ELECCIÓN DE MAC POST ABORTO

TABLA N° 4

OCUPACION	PILDORA COMBINADA	INYECTABLE PROGESTAGENO
Estudiante	0	1
Trabajadora	5	11
Oficio del hogar	23	20
Otros	2	0

En el siguiente grafico se observa que las mujeres con ocupación del oficio del hogar son 23 que eligieron píldora combinada, las mujeres trabajadoras son 5 y por ultimo otros son 2 que eligieron la píldora combinada.

Por otro lado las mujeres con ocupación oficio del hogar son 20 que eligieron el inyectable de progestágeno, las mujeres trabajadoras son 11 y por ultimo estudiantes son 1 que eligieron el inyectable de progestágeno.

NÚMERO DE HIJOS VIVOS EN RELACIÓN A ELECCIÓN DE MAC POST ABORTO

TABLA N° 5

N° DE HIJOS VIVOS	PILDORA COMBINADA	INYECTABLE PROGESTAGENO
0	1	3
1	9	6
2	11	13
3	7	6
>4	2	4

En el siguientes grafico se observa que las mujeres sin hijos vivos son 1 que eligieron píldora combinada, las mujeres con 1 hijo vivo son 9, las mujeres con 2 hijos vivos son 11. Las mujeres con 3 hijos vivos son 7 por ultimo las mujeres con 4 hijos vivos son 2 que eligieron píldora combinada.

Por otro lado se observa que las mujeres sin hijos vivos son 3 que eligieron inyectable progestágeno, las mujeres con 1 hijo vivo son 6, las mujeres con 2 hijos vivos son 13. Las mujeres con 3 hijos vivos son 6 por

ultimo las mujeres con 4 hijos vivos son 4 que eligieron inyectable de progestágeno.

NUMERO DE ABORTO EN RELACIÓN A ELECCIÓN DE MAC POST ABORTO

TABLA N° 6

N° DE ABORTO	PILDORA COMBINADA	INYECTABLE PROGESTAGENO
1	25	18
2	8	11
3	0	2
>4	0	0

En el siguientes grafico se obtiene que las mujeres con 1 aborto son 18 que eligieron inyectable progestágeno, las mujeres con 2 abortos son 11. Las mujeres con 3 abortos son 2, por ultimo las mujeres con 4 abortos no se encontraron.

Por otro lado se obtiene que las mujeres con 1 aborto son 25 que eligieron píldora combinada, las mujeres con 2 abortos son 8. Las mujeres con 3 y 4 abortos no se encontraron.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ELECCIÓN POST ABORTO

TABLA N° 7

METODO ANTICONCEPTIVO	AMEU	LUI
Píldora Combinada	33	0
Inyectable de Progestágeno	25	4
Inyectable Combinado	11	0
Implante Subdermico	1	0
Preservativo Masculino	4	1
Preservativo Femenino	0	0
Diu de Cobre	0	0
BTB	0	0
Ninguno	2	0

En el siguientes grafico se obtiene los métodos anticonceptivos de elección post AMEU donde las píldora combinada son de mayor elección con 33, seguido de inyectable de progestágeno con 25, además de inyectable combinado con 11, implante subdermico con 1, también los preservativos masculinos con 4 y sin ningún método de elección son 2 mujeres.

Por otro lado grafico se obtiene los métodos anticonceptivos de elección post LUI donde el inyectable de progestágeno de mayor elección con 4 y preservativo masculino con 1.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio donde se determina la elección de métodos anticonceptivos en el post aborto en mujeres de 19 a 40 años, del centro materno infantil José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo ; se encontró que el 43% (33) de las mujeres post AMEU eligió como método anticonceptivo la píldora combinada ; es decir que hay mayor demanda de las píldora combinada en el centro materno infantil ,Se desconoce el motivo por el cual las mujeres eligieron dicho método anticonceptivo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son similar al estudio realizado por M. Keene, Roston A, L. Keith, A. Patel donde se obtuvo como resultado el método anticonceptivo de elección post aborto la píldora combinada.

Se encontró que el 80% (4) de las mujeres post LUI eligió como método anticonceptivo el inyectable de solo progestágeno, es decir que a diferencia de las mujeres post AMEU hay más demanda del inyectable de solo progestágenos que la píldora anticonceptiva .El 20%(1) de las mujeres post LUI eligió como método anticonceptivo el preservativo masculino donde se evidencia que en el post LUI se elige métodos de corta duración.

Referente al número de hijos vivos se relaciona con la elección del método anticonceptivo donde se elige métodos de corta duración 76% en el post AMEU, similar al estudio realizado por M. Keene, Roston A, I. Keith, A. Patel (2011) donde a mayor número de hijos vivos se elige un método de larga duración.

Referente al número de aborto se obtiene que 67% fue primer aborto para las mujeres similar resultado al estudio realizado por M. Keene, Roston A, I. Keith, A. Patel (2011) donde de las 7466 mujeres, el 48,6% (3625) no tenía antecedentes de aborto anterior .El 31% fue segundo aborto y 2% fue el tercer aborto para las mujeres.

Referente si la mujer recibió consejería de métodos anticonceptivos post aborto se obtiene que el 100%(81) recibió la consejería antes de la elección del

método anticonceptivo. Similar al estudio realizado por Mascaro Sánchez, Pedro Arnaldo (2009) en 81,1% de los casos se hizo consejería y 50,4% salió con un método anticonceptivo.

Con respecto al estudio de Vilela Borges Ana Luiza, Monteiro Renata Luciria, Komura Hoga Luiza Akiko, Fujimori Elizabeth (2014) difiere por que las orientaciones en anticoncepción y el alta hospitalaria con método anticonceptivo prescrito fueron referidas por una proporción reducida de mujeres con uso de método anticonceptivo (82,4%), pero sin orientación de profesional de la salud (63,1%).

En relación de edad de 19-29 años con el método anticonceptivo de elección es similar tanto en la elección de píldora con inyectable de progestágeno. Sin embargo no sucede lo mismo con la edad de 30-40 años que elige más la píldora combinada que el inyectable de progestágeno.

En relación al grado de instrucción de la mujer con la elección del método anticonceptivo es similar tanto para la elección de la píldora combinada como inyectable de progestágeno debido a que tienen secundaria completa.

El estado civil de conviviente de las mujeres para elegir un método anticonceptivo es similar tanto para la elección de píldora combinada e inyectable de progestágeno, de igual manera sucede cuando las mujeres son casadas, sin embargo difiere en la elección de píldoras combinadas donde solo lo eligen las mujeres separadas.

La ocupación de las mujeres que eligieron píldora combinada es oficio del hogar en la mayoría debido al uso del método anticonceptivo.

CONCLUSIONES

Después de terminar el estudio se concluye en:

- ❖ El método anticonceptivo de elección post aborto es la píldora combinada.

- ❖ Los métodos anticonceptivos de elección post AMEU son la píldora combinada, inyectable de progestágeno, inyectable combinado.

- ❖ Los métodos anticonceptivos de elección post LUI son inyectable progestágeno y preservativo masculino.

RECOMENDACIONES

- ❖ Teniendo en cuenta que el aborto es un momento propicio para elegir un método, los obstetras deben utilizar estrategias efectivas para realizar una consejería a fin que los pacientes opten por métodos anticonceptivos de larga duración como dispositivo intrauterino, implante además de métodos definitivos en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.
- ❖ Que se realice permanente capacitación en actualizaciones de metodología anticonceptiva al personal obstetra del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui y en todas las instituciones de salud.
- ❖ Realizar más estudios retrospectivos y prospectivos en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui y en diferentes establecimientos de salud para que nos permitan tener como referencia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Neciosup Obando JE, Castro Castillo E. Estimación del índice de aborto a través del Modelo de Bongaarts Región Ancash, Perú. In *Crescendo Institucional* 2013; 7(1):32-33.
2. Gómez-Sánchez PI, Escandón I, Gaitán Duarte H. Evaluación de la Atención Integral al Pos-aborto en 13 Hospitales de Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2010; 9 (2):242-243.
3. La Planificación Reduce los Abortos .*Revista Americana* 2010.
4. Planificación Post Aborto .*Revista de salud .Enfoques* 2010
5. "Más de mil mujeres abortan diariamente en Perú" .*La Republica*. 2012 octubre 14 .*Salud*.
6. Riveros H. El Aborto en el Perú (Fecha de acceso: septiembre 2015). [Citado el 02 de Junio del 2016]. En: http://abortoenperu-metodos.blogspot.pe/2015_09_01_archive.html.
7. Quiroz Mendoza Gustavo, L. Billings Deborah, Gasman Zylbermann Nadine. Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto en México. *Gac Méd Méx*. 2007; 139(1):65.
8. Diaz Ri Carlos Alberto. Aspiración Manual Endouterina .2010. [Citado el 01 de 06 del 2016].En: <http://es.slideshare.net/gregorio74/ameu>.
9. Vilela Borges AL, Monteiro RL, Komura Hoga LA, Fujimori Elizabeth, Borges do Nascimento Chofakian C, Alves Dos Santos O. Anticoncepción postaborto: atención y prácticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.2014; 22(2):1-2 [Revista en Internet]. [Citado el 02 de 06 del 2016].En: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692014000200293&script=sci_arttext&lng=es.

10. Keene M, Roston A, Keith L, Patel A. Selección de un Método Anticonceptivo en el Período Posaborto Inmediato Hospital de Cook. Estados Unidos.2011; 91(5): 398-399.
11. Borges AL, Ola Olorun F, Fujimori E, Hoga LA y Tsui AO .El uso de anticonceptivos después de un aborto y su asociación a los servicios de planificación familiar: resultados de una estudio longitudinal.Rev Reproductive Health 2015,12-94
12. Szulik Soc Dalia, Gogna Soc Mónica, Petracci Soc Mónica, Ramos Soc Silvina, Romero Soc Mariana. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. Rev.Arg Salud Pública .2010; 50(1):32-35.
13. Ku, Elia .Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal .Rev. Peruana de Epidemiología.2010; 4(2):20- 22.
14. Mascaró Sánchez Pedro. Atención Integral Postaborto, en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Rev. Per Ginecol Obstet. 2009; 53(3):187.
15. Távara Orozco Luis. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56(2):120.
16. Vergara Sagbini Guillermo. Evacuación Endouterina.2009. [Citado el 12-13 de 06 del 2016].En: <http://docplayer.es/12050228-Evacuacion-endouterina-definicion-la-evacuacion-endouterina-es-la-extraccion-del-contenido-uterino.html>
17. Casasco Gabriela; Di Pietrantonio E. Aborto: guía de atención Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires, Argentina.2009; 27(1):36-38 [Revista en internet]. [Citado el 15 de 06 del 2016].En: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91227106.pdf>.

18. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol, Perú. Rev. Per Ginecol Obstet. 2015; 61(1):57-59. [Revista en internet]. [Citado el 15 de 06 del 2016].En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000100010&script=sci_arttext.
19. Ballinas Hernández J. “Aspiración Manual Endouterina Vs Legrado Uterino Instrumentado en pacientes con Diagnóstico de Aborto. Hospital General de Jilotepec. [Tesis para obtener el Diploma en la Especialidad de Ginecología y Obstetricia]. Toluca, México, UAEM; 2014.
20. Alarcón Nivia MA. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander, Colombia.2008; 20:151-154.
21. Galimberti Diana. Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto.2009; Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. [Citado el 16 de junio del 2016] .En: <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>
22. Ipas.El inicio de la anticoncepción después de un aborto con medicamentos inducido en el primer trimestre .2008; [Citado el 16 de junio del 2016] .En: www.ipas.org
23. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Normas de Atención Humanizada Post Aborto .Paraguay.2012.
24. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro .Norma 3.2014.
25. Baca Vargas EY, Guerrero Mendoza NM. Adhesión de método de planificación familiar en pacientes post aborto ingresadas a la sala de ARO

I del “Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello”. [Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía]. León, Nicaragua; 2010.

26. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Perú. 2016.

27. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención integral de Salud Sexual y Reproductiva: Contenido VIII: Planificación Familiar. Perú. 2004.

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POST-ABORTO

LISTA DE CHEQUEO

AMEU ()

LUI ()

I. DATOS GENERALES Y REPRODUCTIVOS

1. EDAD () Años
2. GRADO DE INSTRUCCIÓN
- () Primaria completa
 - () Primaria incompleta
 - () Secundaria completa
 - () Secundaria incompleta
 - () Superior técnica Completa
 - () Superior técnica Incompleta
 - () Superior Universitaria Completa
 - () Superior Universitaria Incompleta
 - () Ninguna
3. ESTADO CIVIL
- () Casada
 - () Conviviente
 - () Soltera
 - () Separada
 - () Otro
4. OCUPACION
- () Estudiante.
 - () Trabajadora.

() Oficio del hogar.

() Otros.

5. NUMEROS DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE ()

6. NUMERO DE ABORTO ()

7. RECIBIO CONSEJERIA SOBRE MAC () Si
ANTES DE LA ELECCION () No

II. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST AMEU (*)

1. PRESERVATIVO MASCULINO ()

2. PRESERVATIVO FEMENINO ()

3. PÍLDORAS COMBINADAS ()

4. INYECTABLE COMBINADO ()

5. INYECTABLE DE SOLO PROGESTÁGENO ()

6. IMPLANTE ()

7. DIU DE COBRE ()

8. BLOQUEO TUBARICO BILATERAL ()

9. NINGUNO ()

(*) MAC DISTRIBUIDOS POR EL MINSA AL C.M.I JOSE CARLOS MARIATEGUI

III. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST LUI (*)

1. PRESERVATIVO MASCULINO ()

2. PRESERVATIVO FEMENINO ()

3. PILDORA COMBINADA ()

4. INYECTABLE DE SOLO PROGESTÁGENO ()

5. INYECTABLE COMBINADO ()

6. IMPLANTE ()

7. DIU DE COBRE ()

8. BLOQUEO TUBARICO BILATERAL ()

9. NINGUNO ()

(*) MAC DISTRIBUIDOS POR EL MINSA AL C.M.I JOSE CARLOS MARIATEGUI

GRAFICOS

Gráfico N° 1

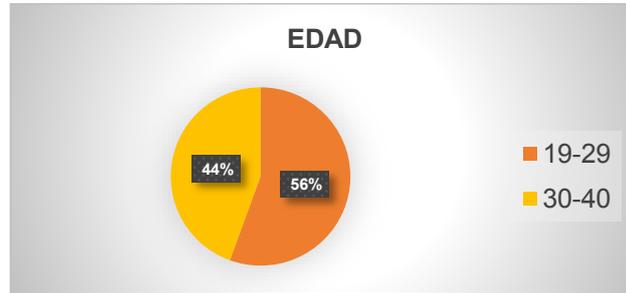


Gráfico N°2

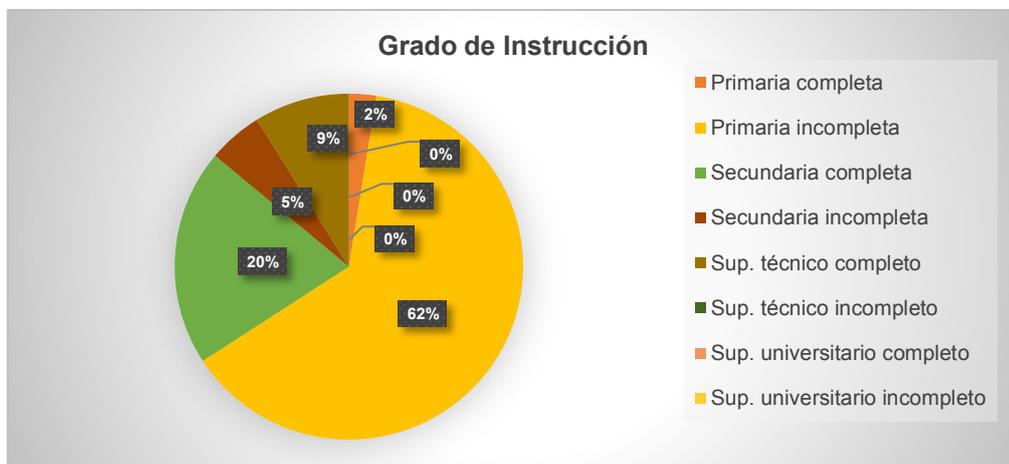


Gráfico N°3

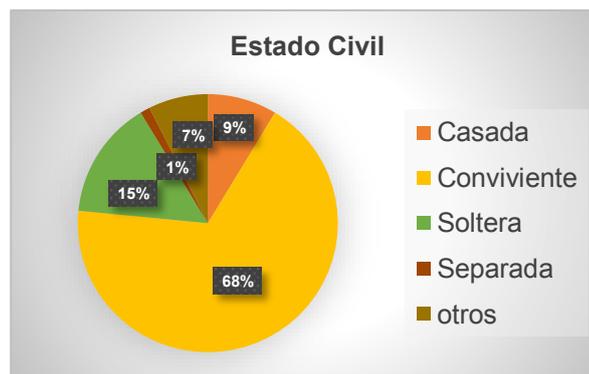


Gráfico N°4



Gráfico N°5



Gráfico N°6



Gráfico N°7



Gráfico N°8

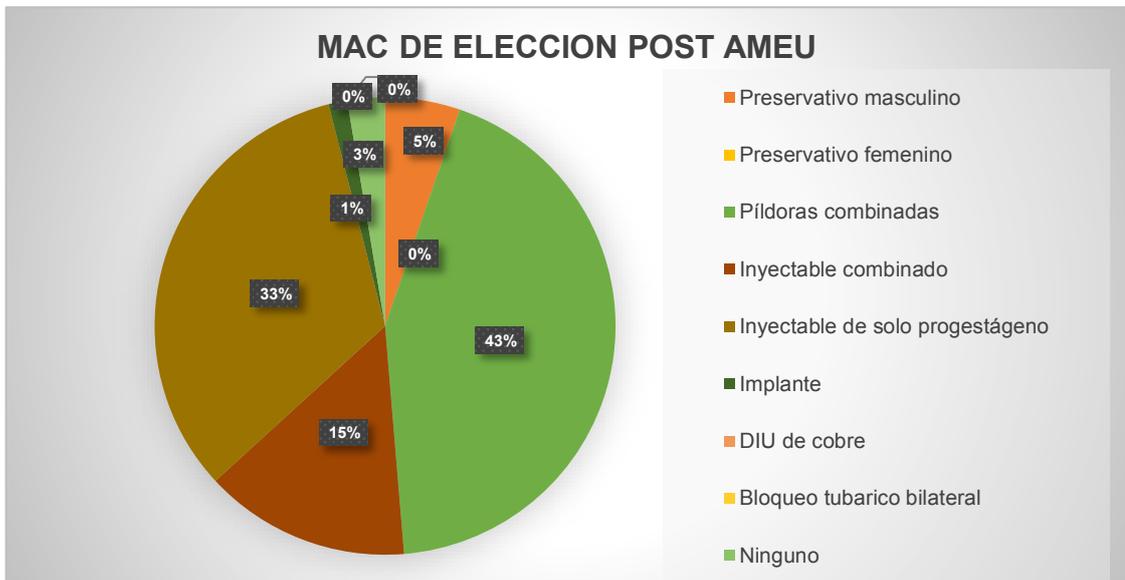
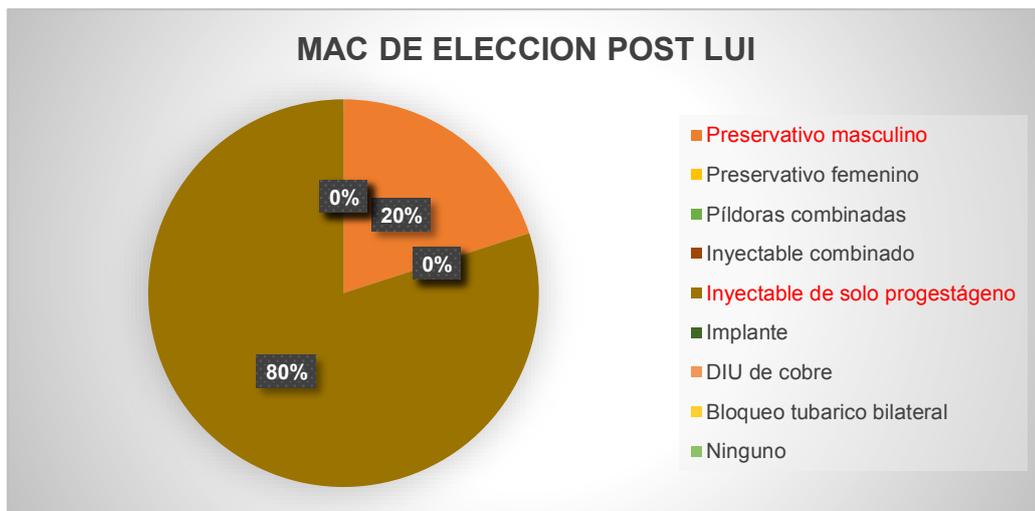


Gráfico N°9



GRAFICOS

RELACIÓN DE LA ELECCION DE MAC POST ABORTO (PILDORA COMBINADA E INYECTABLE DE PROGESTAGENO)

GRAFICO N 1

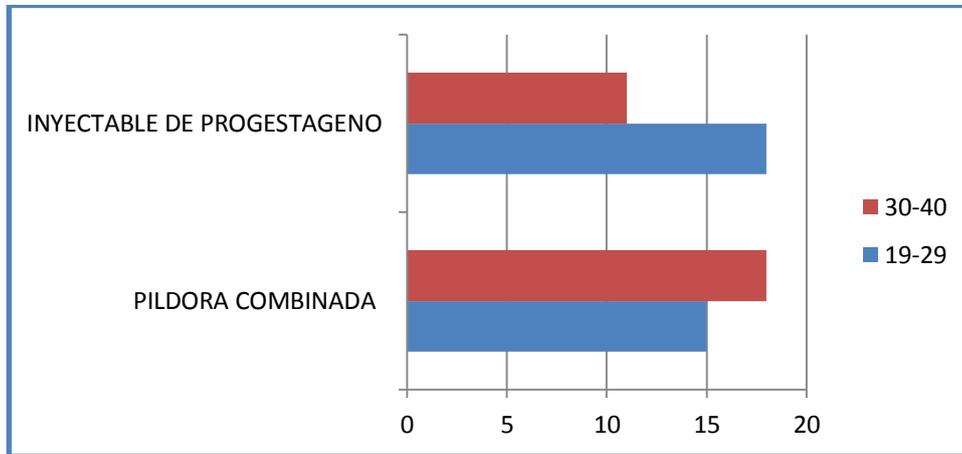


GRAFICO N 2

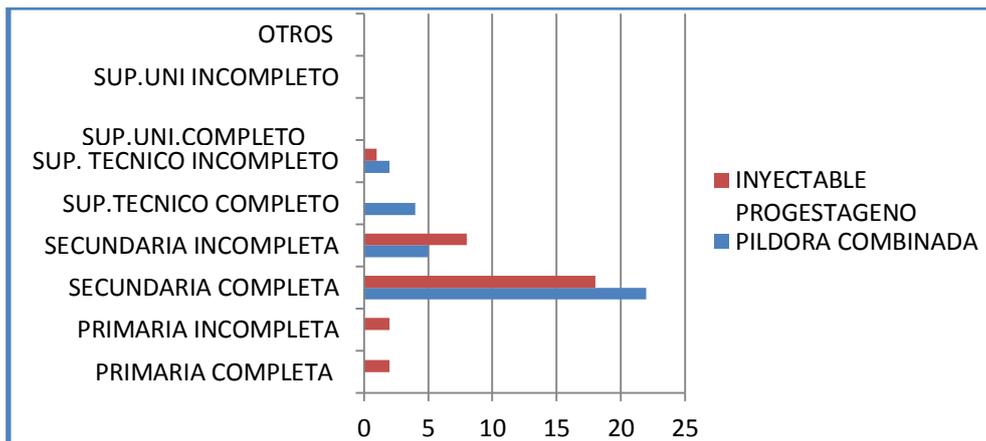


GRAFICO N 3

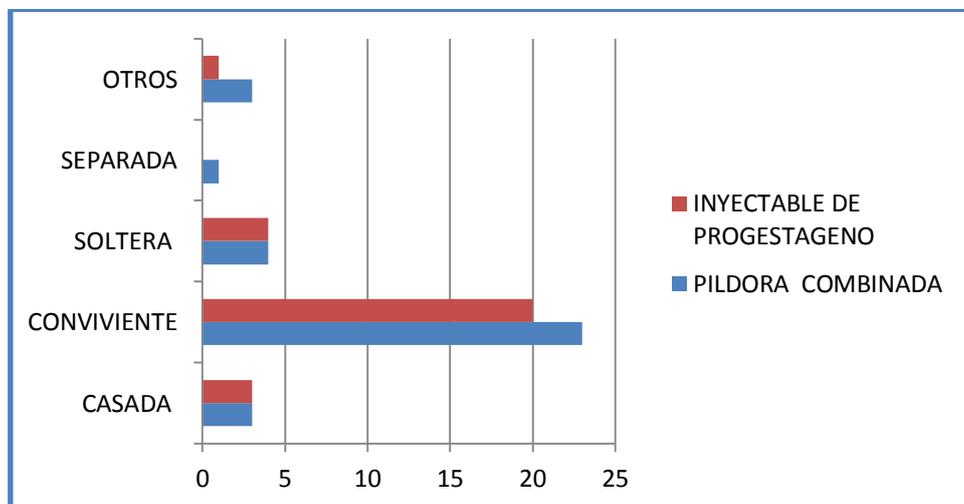


GRAFICO N 4

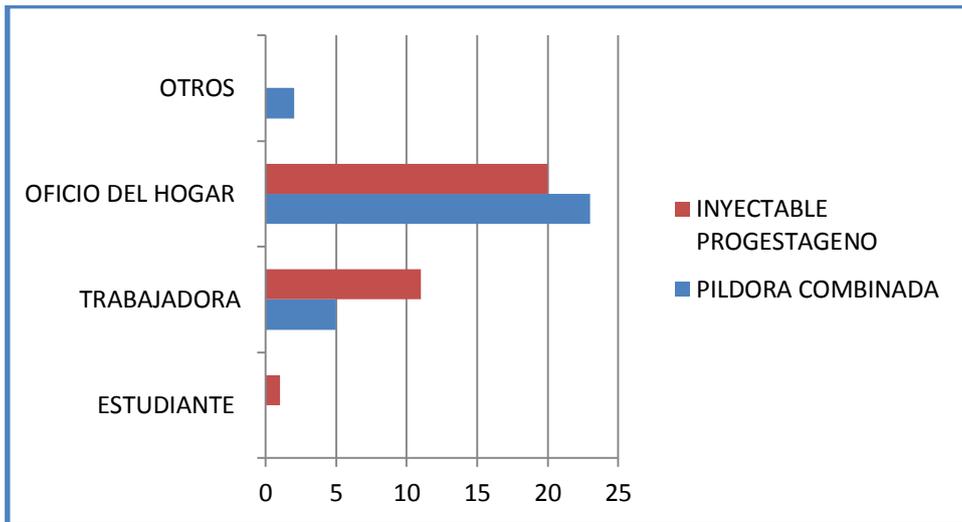


GRAFICO N 5

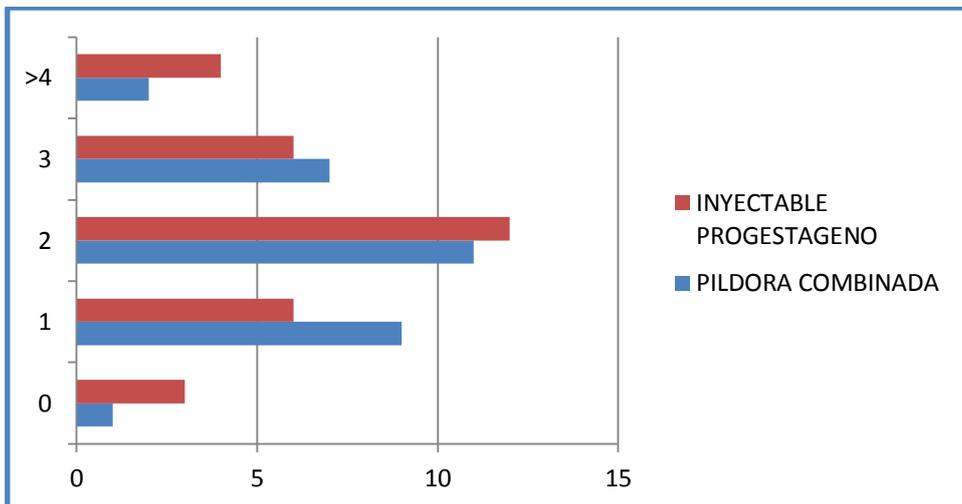
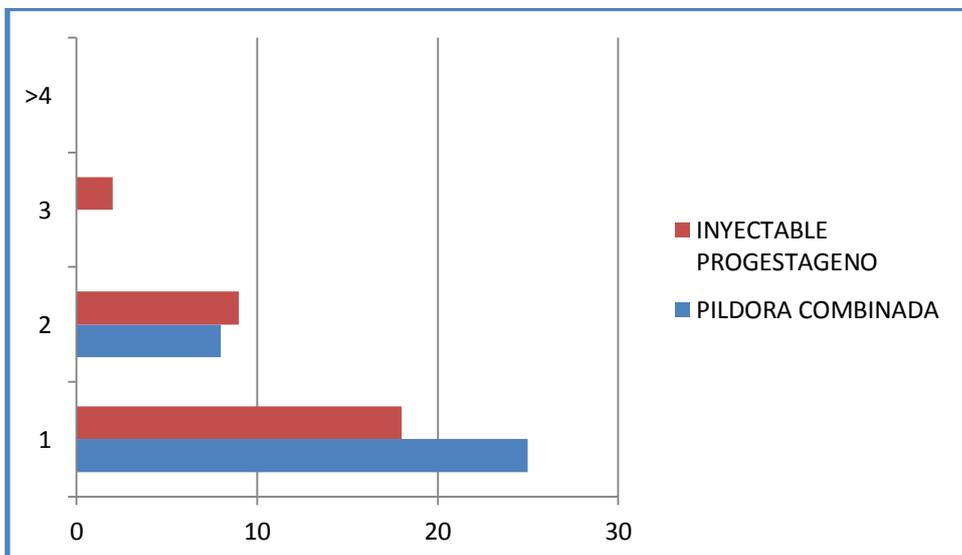


GRAFICO N 6



MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE TESIS: ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL POST ABORTO EN MUJERES DE 19 A 40 AÑOS, DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, VILLA MARIA DEL TRIUNFO, LIMA - PERU 2015.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Operacionalización de variables			Metodología
			Variables	Dimensiones	Indicadores	
<p>Problema General: ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de elección post aborto en mujeres de 19 a 40 años, del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Villa Maria del Triunfo, Lima – Perú 2015?</p> <p>Problemas Secundarios: ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de elección post AMEU en mujeres de 19 a 40 años? ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de elección post LUI en mujeres de 19 a 40 años?</p>	<p>Objetivo General: Determinar los métodos anticonceptivos de elección post aborto en mujeres de 19 a 40 años, del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo, Lima – Perú 2015.</p> <p>Objetivos Específicos: Identificar los métodos anticonceptivos de elección post AMEU en mujeres de 19 a 40 años. Identificar los métodos anticonceptivos de elección post LUI en mujeres de 19 a 40 años.</p>	<p>El presente estudio no requiere hipótesis por ser un estudio descriptivo simple.</p>	<p>Elección de Métodos Anticonceptivos Post AMEU (<12 semanas)</p> <p>Elección de Métodos Anticonceptivos Post LUI (>12 semanas)</p>	<p>Método de Barrera</p> <p>Método Hormonales</p> <p>Método no Hormonal</p> <p>Método Definitivo</p> <p>Método de Barrera</p> <p>Método Hormonales</p> <p>Método no Hormonal</p> <p>Método Definitivo</p>	<p>Preservativo Masculino</p> <p>Preservativo Femenino</p> <p>Píldoras Combinadas</p> <p>Inyectable combinado</p> <p>Inyectable de Progestágeno</p> <p>Implante</p> <p>DIU Liberador de cobre</p> <p>Bloqueo Tubarico Bilateral</p> <p>Preservativo Masculino</p> <p>Preservativo Femenino</p> <p>Píldoras Combinadas</p> <p>Inyectable Combinado</p> <p>Inyectable de progestágeno</p> <p>Implante</p> <p>DIU Liberador de cobre</p> <p>Bloqueo Tubarico Bilateral</p>	<p>Tipo de estudio: Descriptivo, Retrospectivo de corte transversal.</p> <p>Nivel: Aplicativo</p> <p>Método: Cuantitativo</p> <p>Unidad de análisis: Está constituido por cada mujer de 19 a 40 años sometida a AMEU y LUI.</p> <p>Población : Consta de 81 mujeres de 19 a 40 años del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.</p> <p>Muestra: Es censal porque será tomada toda la población de estudio.</p>

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): *Flor de María Escalante, Celis*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

Flor Escalante L

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Blanca Consuelo Franquez Salvez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

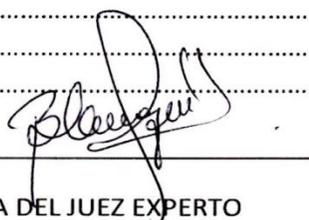
.....

.....

.....

.....

.....



 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): LUISA PARRA SILVA

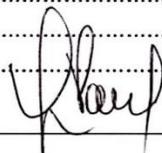
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

LUISA PARRA SILVA
 OSTEÓTRIZ
 C.O.P. 0253



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Dirección de Red
de Salud SJM - VMT

Microred de Salud
Villa María del Triunfo -
José Carlos Mariátegui

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

C.M.I. José Carlos Mariátegui

José Carlos Mariátegui, 08 de Setiembre del 2016.

OFICIO N° 563-16-J-CMI-JCM-MR-VMT-JCM-DRS-SJM-VMT-IGSS

Mg. FLOR DE MARIA ESCALANTE CELIS
Directora
Escuela Profesional de Obstetricia
Universidad Alas Peruanas

Presente. -

Asunto : APROBACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE TESIS

Ref. : OFICIO N° 2478-2016- EPO- FMHyCS- UAP

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y en atención al documento de la referencia, cuenta con la aprobación para que la bachiller **MAYHUA TINTAYA, PILAR REBECA**; efectúe la aplicación del instrumento del Proyecto de Tesis "Elección de métodos anticonceptivos en el post aborto en mujeres de 19 a 40 años del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui".

Sin otro particular, me suscribo de Usted, no sin antes renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
MICRO RED V.M.T. - J.C.M.
C.M.I. JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
DR. JAVIER MATOS CENTENO
C.M.P. 20987
MÉDICO JEFE

JLMC/erht
C.C. ARCHIVO

Av. Simón Bolívar esq.
con Jr. Mariano
Necochea S/N. San
Gabriel Alto.
Teléfono: 283-5782