
FEDERACION CENTROAMERICANA DE
SOCIEDADES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



**DEMANDA INSATISFECHA EN ANTICONCEPCION EN PACIENTES CON PERDIDA
GESTACIONAL TEMPRANA, EN HOSPITALES ESCUELA, DE LA REGION
CENTROAMERICANA.
ENERO A DICIEMBRE DEL 2015.**

Dr. José Douglas Jarquín.
Coordinador de COMIN-FECASOG

Dr. Cesar A. Reyes M.
Sub-Coordinador COMIN-FECAOG
Área GINECOLOGIA

Dr. Rubén David Lucas Mazariegos
Delegado Guatemala
Dr. Edward Herrera
Delegado El Salvador
Dra. Sobeyda López
Delegada Honduras
Dra. Indiana Talavera
Delegada de Nicaragua
Dra. Angélica Vargas Campos
Delegada Costa Rica
Dr. Alfredo Beitia Samudio.
Delegado Panamá.

Enero 2016

INDICE

I – INTRODUCCION.....	1
II – ANTECEDENTES.....	2
III – JUSTIFICACION.....	3
IV – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
V – OBJETIVOS.....	4
VI – MARCO TEORICO.....	5
VII – METODOLOGIA.....	7
VIII – RESULTADOS E INTERPRETACION.....	9
IX – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	20
X– BIBLIOGRAFIA.....	22

I- INTRODUCCION

Las tasas de fecundidad en la región Centroamericana son variables de acuerdo al país que la reporta y al año en que se efectuó el estudio o reporte.

Los datos de la tasa y el índice de natalidad reportados para 2012 son respectivamente:

País	Tasa de natalidad por 1000 nacimientos	Hijos por mujer
Guatemala	26	3.844
Honduras	25	3.05
Nicaragua	19	2.541
Panamá	19	2.493
El Salvador	17	2.209
Costa Rica	16	1.81

Fuente: Banco Mundial, 2012

En general estas tasas, son altas en relación al porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utiliza métodos modernos de planificación familiar lo cual pone manifiesto que el uso de estos, sigue siendo bajo. Diversos estudios demuestran que este dato varía de acuerdo a factores Sociodemográficos como la Raza, escolaridad, cultural, barreras Médicas, condición económica, edad, facilidad al acceso a la atención de salud, conocimiento sobre el tema y otros.

Refiriéndonos a la conceptualización, se define como Demanda Insatisfecha o Necesidad Insatisfecha en Planificación Familiar a mujeres que preferirían evitar un embarazo y, sin embargo, no utilizan ningún método de planificación familiar, en salud dicen que estas mujeres tienen una "necesidad insatisfecha" de planificación familiar.¹

La necesidad insatisfecha de planificación familiar puede llevar a embarazos no deseados que ponen en peligro a las mujeres, a sus familias y a la sociedad. En los países menos desarrollados, cerca de una cuarta parte de los embarazos son no deseados; es decir que no se desean o son extemporáneos (inoportunos)

Una de las consecuencias más graves de un embarazo no deseado es un aborto inseguro, se estima que en las regiones menos desarrolladas tienen lugar unos 18 millones de abortos clandestinos cada año, lo que, a su vez, contribuye a elevar la tasa de mortalidad y de lesiones maternas. Además, los nacimientos no deseados ponen en peligro la salud¹. Con el presente estudio pretendemos determinar cuál es la frecuencia de mujeres Con Demanda insatisfecha en Planificación Familiar, quienes son atendidas en los Hospitales involucrados en el estudio en La región Centro Americana presentado un cuadro de perdida gestacional temprana y sus características, así poder, como Federación Centro Americana de Ginecología Y Obstetricia hacer una propuesta para el abordaje de este grupo específico.

II- ANTECEDENTES

Varios estudios revelan que, además del acceso físico a los

servicios, hay toda una gama de factores que impiden a las mujeres utilizar la planificación familiar.

Una mayor comprensión y utilización de los datos que existen sobre esta necesidad insatisfecha permitiría a legisladores y directores de proyectos fortalecer los programas de planificación familiar. Sin embargo, para ello es preciso tomar en consideración las características tanto de las mujeres como de las parejas que tienen esta necesidad insatisfecha y trabajar para eliminar los obstáculos que les impiden escoger y utilizar un método de planificación familiar ²

A nivel centroamericano existen estudios bien definidos en Nicaragua en 2006 y en Guatemala en 2008.

El estudio nicaragüense mostro un descenso en la demanda insatisfecha disminuyó para las mujeres sexualmente activas en relación a los resultados encontrados previamente pero la demanda insatisfecha sigue siendo mayor en el componente para limitar en relación al de espaciar embarazos. Así mismo los resultados sugieren que las mujeres del área rural están más expuestas al riesgo de la demanda insatisfecha que las del área urbana, y que ésta es mayor en las mujeres que desean espaciar los nacimientos que las que los quieren limitar. La demanda insatisfecha para limitar es creciente a medida que aumenta la paridad. Hay pocas diferencias en la demanda insatisfecha por condición laboral y por el estado conyugal de estas mujeres.³

En el caso del estudio realizado en Guatemala se concluye que las mujeres perciben limitaciones en el acceso y disponibilidad de los servicios, que podrían influir en la decisión de uso de métodos. Estas limitaciones están relacionadas a distancia, horarios de los servicios y a la calidez de la atención.

La mayoría de las mujeres tienen información sobre la existencia de los métodos modernos. Este conocimiento consiste en aspectos de uso y duración. Sin embargo, persiste una gran desinformación alrededor y temores a los efectos secundarios percibidos como dañinos.

Las mujeres con necesidad insatisfecha expresan una gran necesidad por conocer y aclarar sus dudas sobre los efectos secundarios de los métodos.⁴

III- JUSTIFICACION

A pesar de que las tasas de fecundidad han disminuido, a nivel mundial muchas mujeres siguen teniendo más hijos de los que desean tener.

Se estima que en 1990, 44% de las mujeres casadas que vivían con su marido estuvieron en riesgo de un embarazo no deseado, la tasa fue de 54% para las mujeres solteras o para las mujeres que no vivían con su marido ⁵

Según la OMS en 2009 el porcentaje de mujeres fértiles y sexualmente activas que notificaron que no utilizaban ningún método anticonceptivo fue de 16.9 para honduras, 8.9 para el salvador, 14.6 para Nicaragua y no aparecen datos para el resto de centro américa.⁶

Los embarazos no planificados siguen siendo entonces un problema y resultan de una necesidad insatisfecha en anticoncepción. Estos embarazos no deseados aumentan el riesgo de que las mujeres recurran a el aborto inseguro lo que contribuye a elevar las tasas de morbilidad materna.

Diversos estudios han demostrado una amplia gama de factores que impiden a las mujeres acceder a los servicios de anticoncepción.

Entre estos figuran los problemas de acceso a los servicios, conocimientos y actitudes en relación a los métodos, y los aspectos culturales que marcan el comportamiento de diferentes grupos poblacionales.

A continuación desglosamos algunos de los problemas identificados

1. Mitos sobre los métodos de Planificación Familiar y los efectos secundarios que éstos tendrán sobre los cuerpos de las mujeres.
2. Desaprobación de la pareja para que la mujer utilice métodos de Planificación Familiar, falta de empoderamiento de las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos.
3. Falta de educación preconcepcional por la que pocas mujeres en nuestra región realmente planifican sus embarazos
4. Falta de conocimiento sobre los métodos de Planificación Familiar de los proveedores de servicios de salud, lo que resulta en una inadecuada consejería y reducción en las usuarias de los métodos.
5. Creencia de la población de que con relaciones sexuales casuales, mujeres lactando o en la perimenopausia no se producen embarazos.
6. Por costo y difícil acceso a los métodos.
7. Por estigma social y familiar hacia mujeres que no se encuentran en unión estable o casadas, principalmente adolescentes.
8. Por creencias religiosas tanto de la población como de los proveedores de los servicios de salud.

El grupo COMIN FECASOG considera de gran importancia conocer las causales que en nuestra región impiden a nuestras mujeres acceder a los métodos anticonceptivos seguros y modernos, y que esta información podamos compartirla con las autoridades de salud para establecer las estrategias correctivas a esta demanda insatisfecha.

IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles son las causales de la demanda insatisfecha de Anticoncepción y sus consecuencias en pacientes, que consultaron con PERDIDA GESTACIONAL TEMPRANA, a los hospitales escuela en la región Centro americana de ENERO A DICIEMBRE DEL 2015.

V- OBJETIVOS:

A. Objetivo general :

Determinar las causas de demanda insatisfecha de Anticoncepción y consecuencias en pacientes, que consultaron con PERDIDA GESTACIONAL TEMPRANA, a los hospitales escuela en la región

Centro americana de ENERO A DICIEMBRE DEL 2015

B. Objetivos específicos:

1. Identificar las causas de demanda insatisfecha en anticoncepción de las pacientes en estudio
 - a. Experiencia en los servicios.
 - i. Acceso Distancia, horario, disponibilidad, consejería, calidez
 - b. Conocimiento , actitudes y Experiencia previas
 - c. Cultural
2. Relacionar las causas de demanda insatisfecha de anticoncepción con las características sociodemográficas y gineco obstétricas de las pacientes en estudio
3. Describir la forma de resolución de la perdida gestacional de las pacientes en estudio

VI- MARCO TEORICO

La planificación familiar, incluyendo el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas, resulta esencial para lograr el bienestar, la autonomía, la salud y el desarrollo de las mujeres. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La anticoncepción permite espaciar los embarazos, lo cual disminuye la mortalidad materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos inseguros.

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva; brindando además la oportunidad de que las mujeres terminen su educación.

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A nivel de América Latina, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012, pasando de 64% a 67%. Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo⁷.

Los motivos por los cuales la demanda insatisfecha de planificación familiar puede verse afectada son los siguientes:

- poca variedad de métodos;
- acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros;
- temor a los efectos colaterales;
- oposición por razones culturales o religiosas;
- servicios de mala calidad;
- barreras de género ⁷.

En América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas representan un 22%. En los países menos desarrollados, cerca de una cuarta parte de los

embarazos son no deseados. Una de las consecuencias más graves de un embarazo no deseado es un aborto inseguro: se estima que en las regiones menos desarrolladas tienen lugar unos 18 millones de abortos clandestinos cada año, lo que, a su vez, contribuye a elevar la tasa de mortalidad y de lesiones maternas (8). En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Sistema Informático Perinatal (SIP) reporta un 25% de embarazos no planeados entre septiembre 2013 y diciembre 2014.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establecen, en su objetivo número 5, que se debe mejorar la salud materna a través de dos metas: reducir la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva (9). Para alcanzar ambas metas es imprescindible reducir la necesidad insatisfecha de planificación familiar. Más aún, la disminución de esta necesidad insatisfecha permitiría alcanzar básicamente todos los ODM, facilitando erradicar la pobreza extrema, lograr la enseñanza universal, promover la igualdad de género, reducir la mortalidad infantil, combatir el VIH/SIDA y combatir la sostenibilidad del medio ambiente.

Debido al aumento en el uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos en todo el mundo ha disminuido de 160 embarazos cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 134 embarazos cada 1000 mujeres en 2008. Las tasas de embarazos deseados y no deseados han caído, respectivamente, de 91 y 69 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 79 y 55 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 2008 (10). Sin embargo sigue siendo alta la incidencia de embarazos no deseados, sobre todo en países en vías de desarrollo.

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo temprano y se define como la pérdida de un embarazo clínicamente reconocido antes de la semana 20. La incidencia de aborto espontáneo es del 8 al 20 %. Si se consideraran las pérdidas antes de la implantación, aproximadamente el 50% de los ovocitos fertilizados no culminan con el nacimiento de un niño vivo (11). El Sistema Estadístico en Salud (SES) del ISSS reporta un 7% de abortos para el 2014.

La OMS recomienda que, antes de retirarse del centro de salud después del procedimiento de aborto quirúrgico o de la administración de comprimidos para el aborto, todas las mujeres deben recibir información sobre anticoncepción y, si lo desean, el método anticonceptivo que hayan elegido o una derivación para este tipo de servicios. Además indica que no se requieren visitas de seguimiento de rutina después de un aborto quirúrgico sin complicaciones o de un aborto médico (10). Además, después de un aborto, la menstruación regularmente retorna a las seis semanas, lo que indica que ocurre ovulación de tres a cuatro semanas posterior al manejo médico o procedimiento quirúrgico.

Por lo anterior, una mujer con necesidad insatisfecha de planificación familiar que presenta un aborto espontáneo puede quedar embarazada nuevamente el siguiente ciclo si no opta por un método anticonceptivo o éste no es ofrecido

por los proveedores. Las razones por las que ella pueda no aceptar el método incluyen todas aquellas que se relacionan a las causas de demanda insatisfecha de planificación familiar.
VII-METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, analítico

A. POBLACION :

Total de Mujeres que asistieron por pérdida gestacional temprana a los hospitales incluidos en el estudio.

B. LUGAR: TODOS LOS HOSPITALES ESCUELAS RECONOCIDOS POR COMITÉ DE ACREDITACION DE FECASOG – ACOG (CAFA)

Siendo los siguientes:

1. Guatemala

1.1 Hospital General San Juan de Dios.

1.2 Hospital Roosevelt.

2- Honduras

2.1- Hospital Materno Infantil.

3- El Salvador.

3.3- Hospital Materno Infantil 1º de Mayo.

4- Nicaragua:

4.1- Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque.

4.2- Hospital Oscar Danilo Rosales, León.

5- Costa Rica:

5.1- Hospital México CCSS.

5.2- Hospital de las Mujeres

6. Panamá:

6.1 Hospital Santo Tomas.

C. MANEJO ESTADISTICO:

Se utilizaran, tablas de frecuencia y de 2 x 2, producto de la tabulación estadística.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Todas las mujeres que asistieron a los establecimientos con Pérdida Gestacional temprana.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Embarazo ectópico.

Paciente que No acepte participar.

F. PLAN DE ACCION:

PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL ESTUDIO.

Para la recopilación de la información se elaboró una BOLETA en la que cada delegado o participante en la investigación introdujo la información solicitada, y luego descargo en una BASE DE DATOS en el formato de Acces, para su tabulación y análisis con apoyo de estadístico.

Cada delegado de país hablo con personal clave en las instituciones participantes quienes, pasaron a ser miembros de la investigación, los que detectaron todas las pacientes a quienes se le lleno la boleta de recopilación de la información, previo al llenado del consentimiento informado, durante el periodo de Enero a Diciembre 2015 . Cada

delegado definió la frecuencia de la recolección de las boletas en su respectiva institución, las que ingreso personalmente a la base de datos de su país y posteriormente envió al subcoordinador, cada mes, quien las ingreso a la base de datos general.

G. PLAN DE ANALISIS:

Una vez finalizado el periodo de estudio se analizaron los resultados tabulados en la base de datos, para hacer el respectivo análisis de cada una de las variables y poder obtener conclusiones y recomendaciones y verificar el logro del objetivo general, propósito y el producto de la investigación.

VIII- RESULTADOS E INTERPRETACION:

A continuación se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a la información obtenida en la boleta de recopilación de la información diseñada de acuerdo a los objetivos. Hay que hacer notar que se obtuvo una población participante en el estudio de 670 mujeres que consultaron con los criterios de inclusión definidos.

Tabla No. 1 Edad

Rango de edad	Número de casos	Porcentaje %
14 a 19 años	110	16.4
20 a 25 años	198	29.3
26 a 31 años	195	29.0
32 a 37 años	115	17.1
38 a 43 años	47	07.0
44 a 49 años	4	00.5
50 o mas	1	00.2
Total:	670	100.0

Fuente: boleta de recopilación de datos

INTERPRETACION: La mayoría de mujeres son edad joven comprendida en los rangos de 20 a 31 años siendo levemente mayor la cantidad en las menores de 25 años.

Tabla No. 2 Estado Civil

Estado civil	Número de casos	Porcentaje %
Casada	171	25.5
Soltera	163	24.3
Unión libre	336	50.2
Total	670	100.0

INTERPRETACION: El estado civil altamente predominante es la unión libre.

Tabla No. 3 Nivel Educativo

Nivel educativo	Número de casos	Porcentaje %
Analfabeta	22	3.2
Primaria	183	27.3
Secundaria	315	47.0
Técnico	62	9.2
Universitario	88	13.1
Total	670	100.0

INTERPRETACION: La mayoría de las pacientes encuestadas cuentan con nivel educativo secundario.

Tabla No. 4 Área de Residencia

Área de residencia	Número de Casos	Porcentaje %
Rural	134	20
Urbana	536	80
total	670	100.0

INTERPRETACION: la mayoría de las pacientes que acuden a los centros hospitalarios de tercer nivel son pacientes que se encuentran en el área urbana accesible a dicho centro.

Tabla No. 5 Ocupación

Ocupación	Número de casos	Porcentaje %
Ama de casa	348	52.1
Obrera	62	09.2
Estudiante	168	25.1
Profesional	36	05.3
Técnica	56	08.3
Total	670	100.0

INTERPRETACION: la gran mayoría de las pacientes encuestadas no ejercen ninguna actividad laboral remunerada.

Tabla No. 6 Edad de Inicio de Relaciones Sexuales

Edad de inicio	Número de casos	Porcentaje %
7 a 13	17	2.5
14 a 19	545	81.3
20 a 25	102	15.2
26 a 31	6	0.9
Total	670	100.0

INTERPRETACION: la gran mayoría de pacientes están iniciando su vida sexual en edades por debajo de los 19 años encontrando un pequeño porcentaje aún por debajo de los 13 años.

Tabla No. 7

Antecedentes obstétricos de las pacientes de la investigación "DEMANDA INSATISFECHA EN ANTICONCEPCION EN PACIENTES CON PERDIDA GESTACIONAL TEMPRANA, EN HOSPITALES ESCUELA, DE LA REGION CENTROAMERICANA"

	0-5	%	6-10	%	11 O MAS	%	TOTAL
GESTAS	635	94,71	28	4,23	6	1,06	670
PARTOS	666	99,47	4	0,53	0	0,00	670
HIJOS NAC VIVOS	639	95,41	31	4,59	0	0,00	670

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos. 2015

INTERPRETACION: El mayor porcentaje de entrevistadas tuvieron un antecedente de 0-5 gestas y nacidos vivos. Muy pocas fueron mujeres con alta paridad

Tabla No. 8

Edad de inicio del primer embarazo de las pacientes de la investigación "DEMANDA INSATISFECHA EN ANTICONCEPCION EN PACIENTES CON PERDIDA GESTACIONAL TEMPRANA, EN HOSPITALES ESCUELA, DE LA REGION CENTROAMERICANA"

EDAD INICIO DEL 1er EMBARAZO	No CASOS	Porcentaje %
8-13	4	0,53
14-19	308	46,03
20-25	255	38,10
26-31	89	13,23
32-37	12	1,76
38-43	2	0,35
44-49	4	0,53
TOTAL	670	100

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos. 2015

INTERPRETACION: Existe un porcentaje importante del 46,56% de mujeres que se embarazaron antes de los 20 años, lo cual debe hacernos reforzar los esfuerzos de los servicios de planificación familiar a este grupo atareo.

Tabla No. 9

Semanas de Edad Gestacional de la pérdida actual de las pacientes de la investigación "DEMANDA INSATISFECHA EN ANTICONCEPCION EN PACIENTES CON PERDIDA GESTACIONAL TEMPRANA, EN HOSPITALES ESCUELA, DE LA REGION CENTROAMERICANA"

EDAD GESTACIONAL	No CASOS	Porcentaje %
4-8	72	10,76
9-13	267	39,86
14-18	331	49,38
TOTAL	670	100

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos. 2015

INTERPRETACION: La mayor parte de las pérdidas de dieron arriba de las 9 semanas y es particularmente importante arriba de las 14 semanas, periodo en el cual disminuyen las causas genéticas y aumentan las causas infecciosas o metabólicas

Tabla No. 10

Periodo intergenesico de las pacientes de la investigación "DEMANDA INSATISFECHA EN ANTICONCEPCION EN PACIENTES CON PERDIDA GESTACIONAL TEMPRANA, EN HOSPITALES ESCUELA, DE LA REGION CENTROAMERICANA"

Periodo Intergenesico	No CASOS	Porcentaje %
1-6 meses	213	31,75
7-11 meses	46	6,88
12-16 meses	57	8,47
> 16 meses	354	52,91
TOTAL	670	100

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos. 2015

INTERPRETACION: Si bien la mayor parte de pacientes tuvo un periodo intergenesico mayor de 16 meses, llama la atención que un 31.75% tuvieron un periodo menor de 6 meses por lo que es muy importante reforzar la consejería post parto.

Tabla No. 11 Uso de anticoncepción previa al embarazo

Uso de Anticoncepción	casos	Porcentaje
SI	400	59,7%
NO	270	40,3%
Total	670	100,0%

Fuente: boleta de recopilación de información 20015.

INTERPRETACION: El 60% de las pacientes encuestadas utilizaron algún método de anticoncepción previa al embarazo.

Tabla No. 12

Cual fue el último método de planificación que uso antes de este embarazo

Metodo	casos	Porcentaje %
Pastillas	168	25.00
Inyeccion Mensual	140	20.91
Inyeccion Trimensual	132	19.71
Condon Masculino	106	15.87
DIU	66	9.86
Coito Interruptus	24	3.61
Ritmo	23	3.37
Inyeccion Bimensual	5	0.72
Norplant	3	0.48
Condoon Femenino	2	0.24
Esterilización Femenina	2	0.24
Total	670	100

Fuente: Boleta de recopilación de la información 2015.

INTERPRETACION; El método de elección utilizado por las pacientes en este estudio fueron los acos. Aunque al combinar los métodos inyectables ocuparían el segundo lugar.

Tabla No. 13

Cual fue la razón principal por la que dejo de usar el método de anticoncepción.

causa de abandono de método	Casos	Porcentaje %
Descuido	197	29.37
Para Embarazarse	170	25.34
Le fallo el Metodo	102	15.25
Efectos colaterales	98	14.57
No Vida Sexual.	39	5.83
Compañero se opuso	33	4.93
Miedo a efectos secundarios	15	2.24
Recomendacion Medica	12	1.79
No tuvo Dinero	5	0.67
total	670	100.00

Fuente: boleta de recopilación de la información 2015.

INTERPRETACION: el motivo primordial por lo que la paciente deje el método antes del embarazo actual fue por descuido en un 29% y un 15% porque le fallo el método usado.

Tabla No. 14 Método de finalización de la pérdida actual.

Método	casos	Porcentaje %
AMEU	449	66.97
LIU	73	10.83
Combinado	71	10.65
Misoprostol	41	6.14
Sin Intervencion	36	5.42
Total	670	100

Fuente: Boleta de recopilación de la información 2015.

INTERPRETACION: El AMEU fue el método de tratamiento más usado en un 69% para la finalización de la pérdida gestacional temprana.

Tabla No. 15 Complicación en la pérdida actual

N21Complicaciones	casos	Porcentaje %
Ninguna	598	89.19
Sangrado	61	9.16
Infeccion	7	1.10
Perforacion	4	0.55
Total	670	100

Fuente: boleta de recopilación de la información 2015.

INTERPRETACION: en el 85% de los casos de las pacientes de este estudio nose presentaron complicaciones.

Tabla No. 16 Accesibilidad a los Servicios de Anticoncepción

Conoce un lugar de información	No de Casos	Porcentaje %
SI	619	92.4
NO	51	7.6
Total	670	100.0

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos 2015

INTERPRETACION: EL 92% de las pacientes conoce un lugar de información sobre anticoncepción, el 8% no conoce

Tabla No. 17

Tiempo utilizado para acudir a los servicios de salud.

TIEMPO UTILIZADO EN LLEGAR A LA UNIDAD DE SALUD	No de Casos	%
MENOS 1 HORA	454	67.7
1 HORA	136	20.2
MAS DE 1 HORA	80	12.1
Total	670	100.0

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos 2015

INTERPRETACION: El 68% de las encuestadas tardan menos de una hora en llegar a la unidad de salud; el 20% una hora y el 12% más de una hora.

Tabla No. 18

Horario de atención de los Servicios de Anticoncepción

ADECUADO HORARIO DE ATENCION	No de Casos	%
SI	575	85.8
NO	9.5	14.2
Total	670	100.0

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos 2015

INTERPRETACION: El 86% de las encuestadas opina que el horario de atención es adecuado.

Tabla No. 19

Consejería en los Servicios de Anticoncepción

RECIBIO CONSEJERIA	No de Casos	%
SI	565	84.3
NO	105	15.7
Total	670	100.0

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos 2015

INTERPRETACION: El 84% de las encuestadas refiere haber recibido consejería en métodos anticonceptivos.

Tabla No. 20

Amabilidad y respeto en la consejería de Anticoncepción

AMABILIDAD Y RESPETO EN LA CONSEJERIA	No de Casos	%
SI	497	74.2
NO	173	25.8
Total	670	100.0

Fuente: Boleta de Recopilación de Datos. 2015

INTERPRETACION: El 74% de las encuestadas reportan haber sido tratadas con amabilidad y respeto. Un 26% no se sintió igualmente tratado.

Tabla No. 21

Número y Porcentaje de pacientes que refirieron entender la consejería en anticoncepción

Entendieron	No de Casos	%
NO	110	16.5%
SI	560	83.5%
Total	670	100.0%

Fuente: Boletas de recopilación de datos 2015

INTERPRETACION: Un 83.5% reporta que entendieron la consejería y solo un 16.5% no la entendieron

Tabla No. 22

Número y Porcentaje de pacientes que refirieron tener conocimiento sobre anticoncepción

conocimiento	No de Casos	%
NO	55	8.2%
SI	615	91.8%
Total	670	100.0%

Fuente: Boletas de recopilación de datos 2015

INTERPRETACION: Un 91.8% refiere tener conocimiento de sobre anticoncepcion y solo un 8.2% refiere no tener conocimiento

Tabla No. 23

Número y Porcentaje de pacientes que reportaron su actitud hacia los anticonceptivos

ACTITUD	No de Casos	%
BUENA	560	83.6%
MALA	110	16.4%
Total	670	100.0%

Fuente: Boletas de recopilación de datos 2015

INTERPRETACION: un 83.6% reportaron buena actitud hacia los anticonceptivos y solo un 16.4% mala actitud

Tabla No. 24

EXPERIENCIA PREVIA EN ANTICONCEPCIÓN

Experiencia previa en Anticoncepción	Frecuencia (N)	Porcentaje (100%)
Buena	413	61.7
Mala	257	38.3
Total	670	100

Fuente: Boletas de recopilación de datos 2015

INTERPRETACION: Se observó que hubo Buena experiencia previa de anticoncepción en un 61 % (413) de las pacientes encuestadas, y una mala experiencia que motivó dejar el método en un 38 %(257) de las pacientes encuestadas.

Tabla No. 25

INFLUENCIA DE LA CULTURA EN NO UTILIZAR ANTICONCEPCIÓN

Influencia de la Cultura en la Anticoncepción	Frecuencia (N)	Porcentaje (100%)
Mitos	114	17
Influencias Religiosas	20	3
Prejuicios Morales	54	8
Oposición de la Pareja	241	36
Oposición de la Familia	241	36
Total	670	100

Fuente: Boletas de recopilación de datos 2015

INTERPRETACION: Observamos que la influencia cultural en que las pacientes dejaron el método anticonceptivo en el grupo de mujeres estudiada, la mayoría fue por oposición de la pareja y también de la familia en un 72% sumando ambas. Parece indicar que la influencia familiar podría considerarse una barrera importante para el uso de anticoncepción. Los mitos correspondieron al 17 %.

IX- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La mayoría de pacientes estudiadas estaban en el rango de 20-31años, y un grupo importante su primer embarazo antes de los 20 años con inicio de vida sexual temprano, no múltiparas, en unión libre, con un nivel de escolaridad adecuado.

2. Las perdida gestacional se presentaron en su mayoría después de las 9 semanas, con un periodo intergenesico mayor de 16 meses, en un grupo importante ese periodo fue menor de 6 meses.

3. El tratamiento más utilizado para resolver la perdida gestacional fue el AMEU (aspiración manual endouterina) y en su mayoría no se presentaron complicaciones.

4. Es relevante que la mayoría utilizo un método anticonceptivo antes del presente embarazo y fueron los anticonceptivos orales los más utilizados. La mayoría deo de planificar y se embarazo por descuido y un tercio lo suspendió para planificar un embarazo.

5. La experiencia previa a este embarazo con los métodos utilizados fue buena en la mayoría de pacientes sin embargo un grupo opino que no tuvo una buena experiencia motivo por lo que suspendió el método. La oposición e influencia de la familia y la pareja fue manifestada en la mayoría de las pacientes que suspendió el método anticonceptivo

6. La mayoría de las pacientes tienen un sitio accesible y conoce un lugar donde recibir información sobre anticoncepción, con un horario de atención que las pacientes manifestaron ser adecuado, la mayoría recibieron consejería sobre anticoncepción con amabilidad y respeto.

7. Las pacientes en su mayoría entendieron la consejería y conocen la existencia de otros métodos anticonceptivos diferentes a los actualmente utilizados y la actitud ante el uso de los métodos fue buena en la mayoría de los pacientes quienes consideran pueden brindarle beneficio a su salud.

8. Los datos manifestados en esté estudio reflejan datos de demanda insatisfecha dado que no quieren quedar embarazada pero lo hacen.

Por lo anterior se recomienda:

1. Informar a la población de forma más activa que el inicio de vida sexual temprana es un riesgo para un embarazo no deseado y una perdida gestacional.

2. Que se continúe ofertando la Consejería oportuna, veraz, técnica, científica, completa sin prejuicios haciendo especial énfasis en la Anticoncepción post. evento obstétrico como una forma de evitar el embarazo subsecuente sobre todo en adolescentes y mujeres con riesgo reproductivo.
3. Ampliar la cobertura de la información sobre anticoncepción a la población general y con énfasis a la pareja para que participe activamente con una actitud positiva.
4. Profundizar e incidir en las causas por las cuales las pacientes a pesar de no desear un embarazo lo hicieron.

X- BIBLIOGRAFIA.

- (1) Ashford, L. Necesidad insatisfecha de planificación familiar: Enfoques recientes e implicaciones programáticas. Boletín normativo. [Internet] Washington: Population Reference Bureau Measure. 2003. [Citado 14 Nov 2014] Disponible en: http://www.prb.org/pdf/unmetneed_spanish.pdf
- (2) Castillo Castellón, BS. Factores determinantes de demanda insatisfecha de anticoncepción en Nicaragua. 2001. [Tesis en Internet] Costa Rica: Sistema de Estudios de Posgrado Maestría Profesional en Población y Salud. 2006. [Citado 14 Nov 2014] Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/personal/pdf/bcastillo.pdf>
- (3) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala. Fondo de Población de las Naciones Unidas. USAID. Iniciativa de Políticas en Salud. Estudio "Opiniones de las usuarias de servicios públicos de salud con necesidad insatisfecha de planificación familiar". [Monografía en Internet] Guatemala: UNFPA. 2008. [Citado 14 Nov 2014] Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/PlanificacionFamiliar/OtrasPublicaciones/INFORME%20ESTUDIO%20DE%20OPINIONES.pdf>
- (4) Jiménez MA. Aliaga L. Rodríguez Vignoli J. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva. [Monografía en Internet] Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL/ UNFPA, 2011. [Citado 14 Nov 2014] Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/carmen.desalinas.ISSS/Mis%20documentos/Downloads/S1001054_es.pdf
- (5) Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2009. [Monografía en Internet] Ginebra: OMS. 2009. [Citado 14 Nov 2014] Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf
- (6) Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. No. 351. [Internet] [Lugar desconocido] OMS. c2016. [Citado 14 Nov 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- (7) Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna. [Internet] [Lugar desconocido] OMS. C2016. [Citado 14 Nov 2014] Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/
- (8) Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª. Ed. [Monografía en Internet] Ginebra: OMS. 2012 [Citado 14 Nov 2014] Disponible en: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1
- (9) Up ToDate. Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. [Base de Datos en Internet] Philadelphia: Wolters Kluwer. 2015. [Citado 14 Nov 2014] Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/spontaneous-abortion-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>