



La planificación familiar, una estrategia para la reducción de la mortalidad materna y perinatal

John Jairo Zuleta Tobón

Médico y Cirujano, Especialista en Ginecobstetricia, Magíster en Epidemiología con énfasis en epidemiología clínica, docente de Ginecobstetricia en la Universidad de Antioquia, coordinador de la investigación poblacional de la mortalidad perinatal que adelanta Nacer, Salud Sexual y Reproductiva - Centro Asociado al CLAP/SMR-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Anticoncepción y mortalidad materna

**Años 2004 a 2006 en Antioquia:
160 muertes**

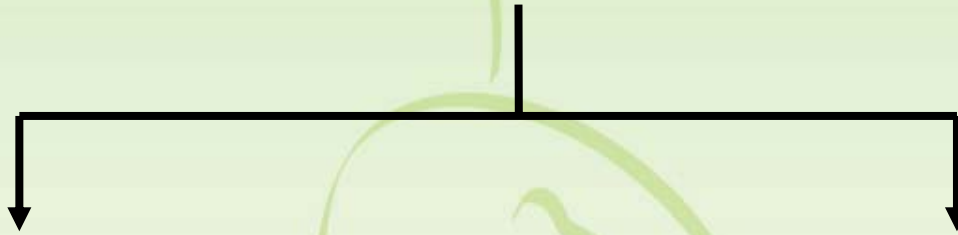
Embarazo planeado: 47 (29,4%)

**29 (18,1%) no reconocieron el
riesgo de embarazarse**

**15 (9,4%) tenían una actitud negativa
hacia la planificación familiar**

Anticoncepción y morbilidad obstétrica severa

122 mujeres



No identificó el riesgo de embarazarse: 14 (11,5%)

Actitud negativa a la anticoncepción: 10 (8,2%)

¿Cómo reduce la mortalidad materna y perinatal?

Reducción de:

Número total de embarazos

Número de nacimientos de alta paridad

Número de partos en mujeres jóvenes y añosas

Número de embarazos en mujeres con condiciones médicas asociadas

Número de abortos

Embarazos con periodos intergenésicos muy cortos

Componentes para un programa de anticoncepción exitoso

Acceso

- Horario
- Entrenamiento
- Alternativas
- Recursos de la mujer

Continuidad

- Facilidad de uso
- Habilidad del paciente
- Disponibilidad
- Acompañamiento

Consentimiento

- Elección adecuada
- Influencia sociocultural
- Percepción de la atención

Consejería

- Manejar expectativas
- Empatía
- Efectos adversos



Acceso

158 mujeres 10-50 años



Planifican



Si: 101

No: 57



Debería planificar



Sí: 36 (66,7%)

No: 18 (33,3%)

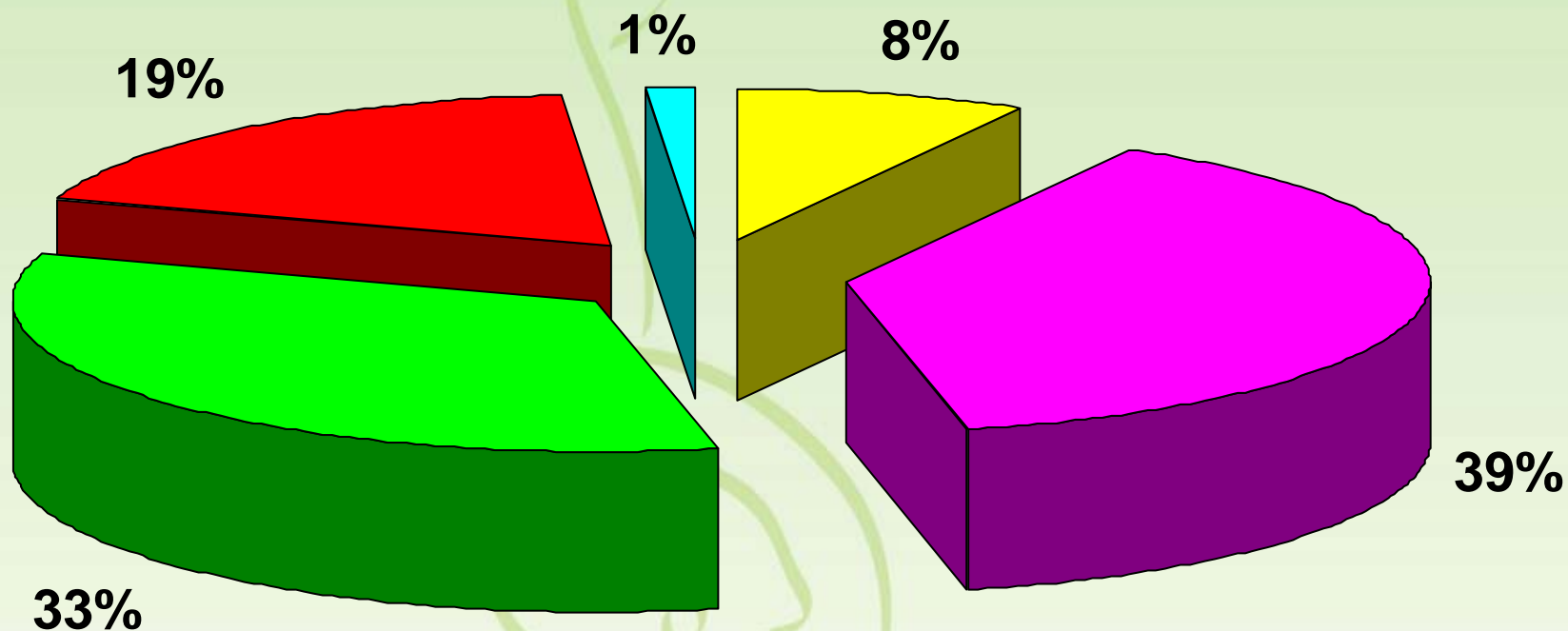


**Han asistido a consulta de planificación:
87 (55,1%)**

Presentación del método en la consulta

	N (%)
Anticonceptivos orales	69 (79,3%)
Parenterales	67 (77,0%)
Métodos de barrera	69 (79,3%)
T de cobre	59 (67,8%)
Implante subdérmico	5 (5,7%)
Endoceptivo	1 (1,1%)
Anticoncepción de emergencia	39 (44,8%)
Efectos adversos	77 (88,5%)

Fuentes de abastecimiento del método



■ EPS/ARS

■ Sector público

■ Privado

■ Profamilia

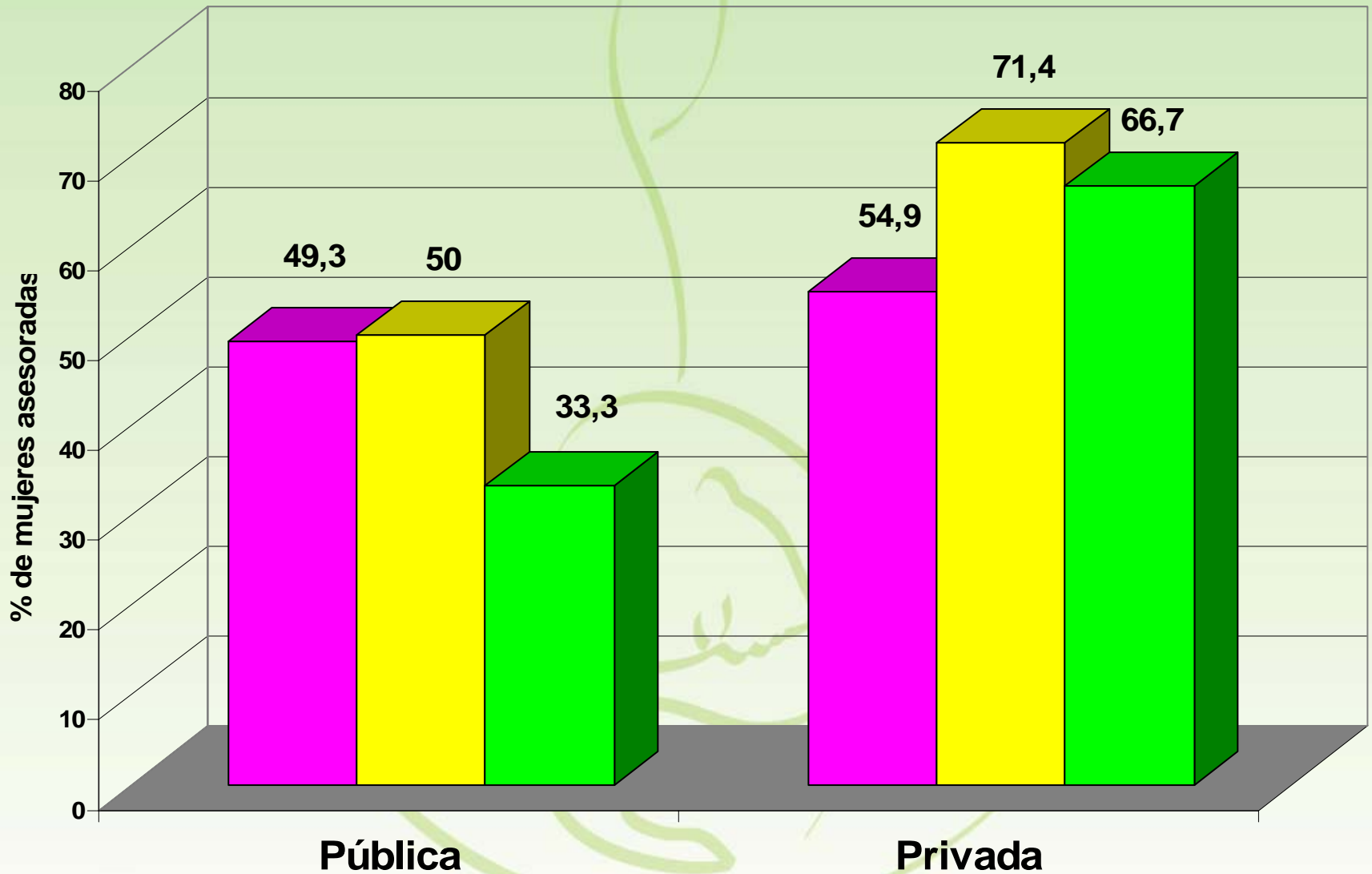
■ Otro/no sabe

Conocimiento de los métodos

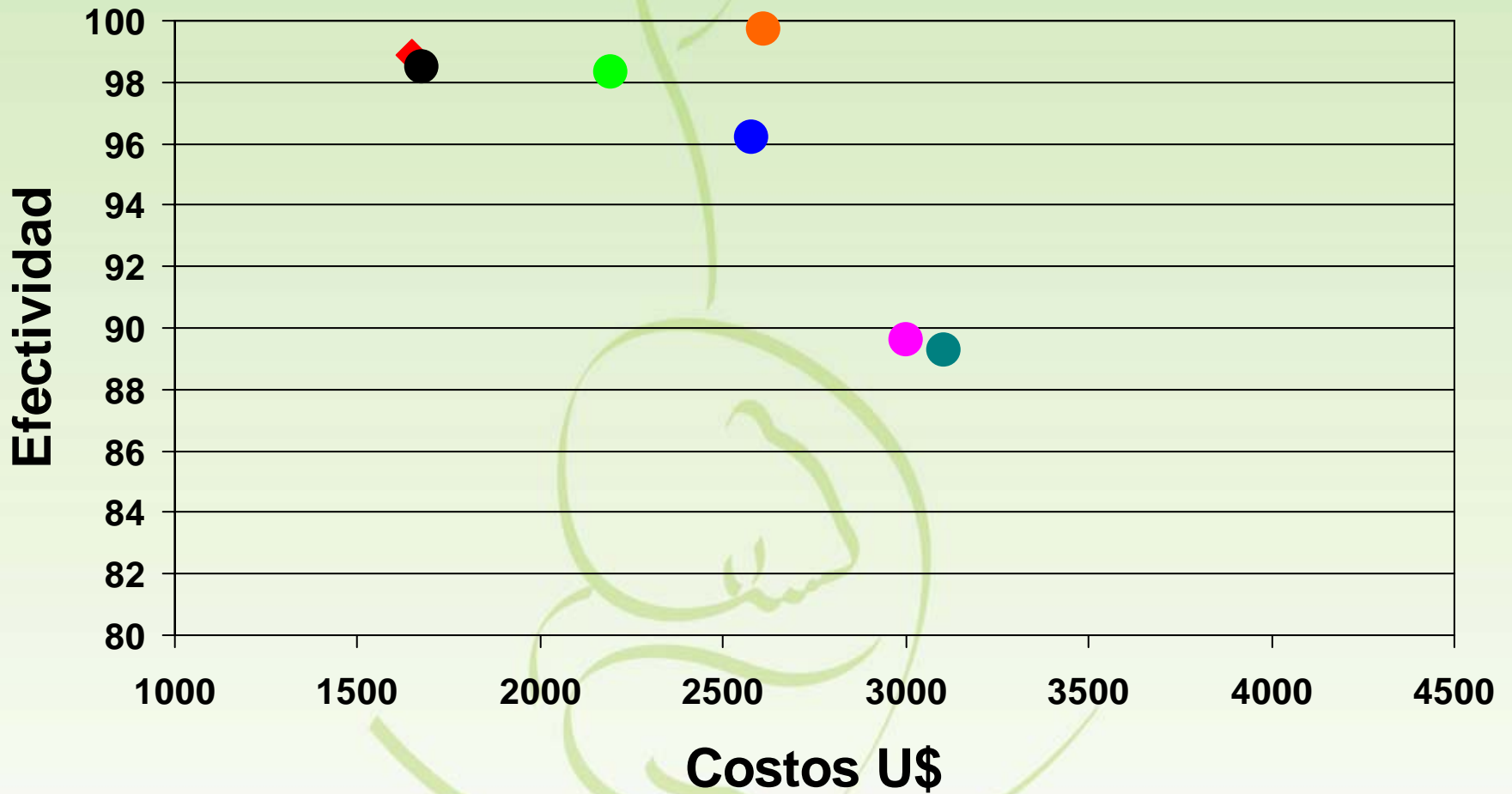
	Actualmente unidas (%)	Nunca VSA (%)
Esterilización femenina	98,2	92,0
Esterilización masculina	84,1	72,6
Píldora	98,9	95,4
DIU	96,9	79,7
Parenterales	98,5	89,7
Implantes	77,7	46,9
Condón	99,1	97,6
Anticoncepción de emergencia	35,3	41,9
Promedio de métodos conocidos	10,2	8,3

END 2005

Asesoría en planificación durante el CP



Costo efectividad a 5 años



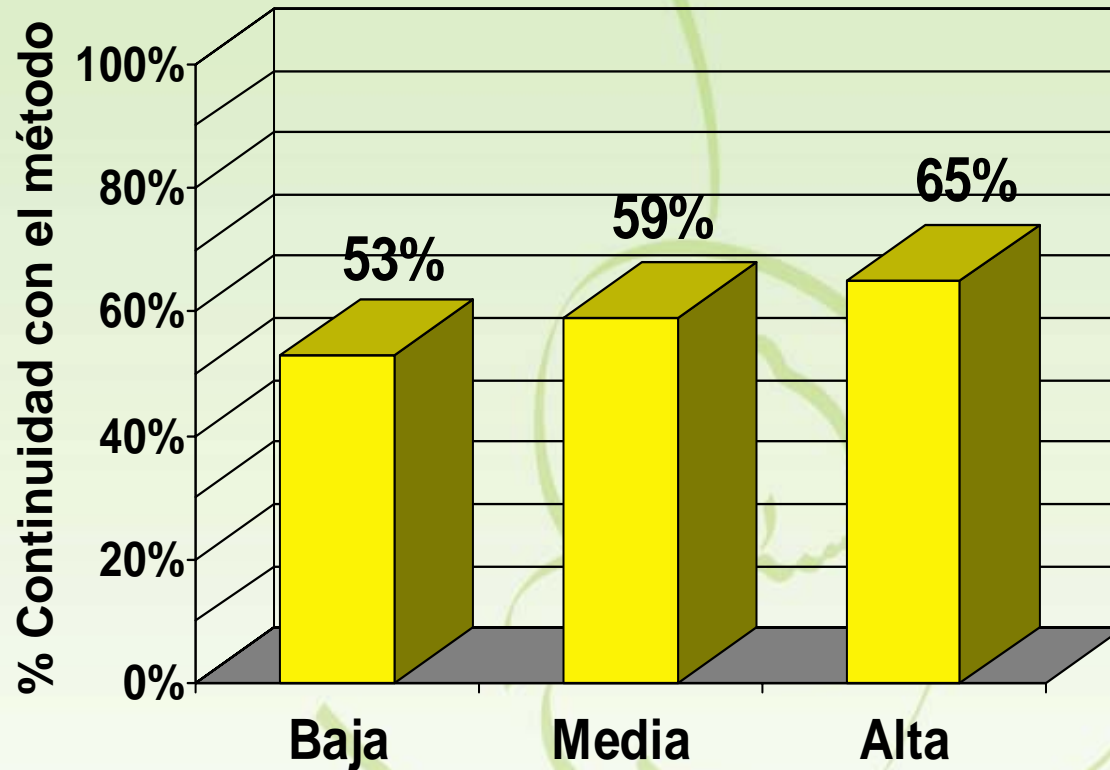
◆ LNG DIU ● TCu DIU ● DEPO ● TUBECTOMIA ● ACO ● ESPERMICIDA ● CONDON



Consentimiento



Adherencia según la percepción de la calidad de la atención

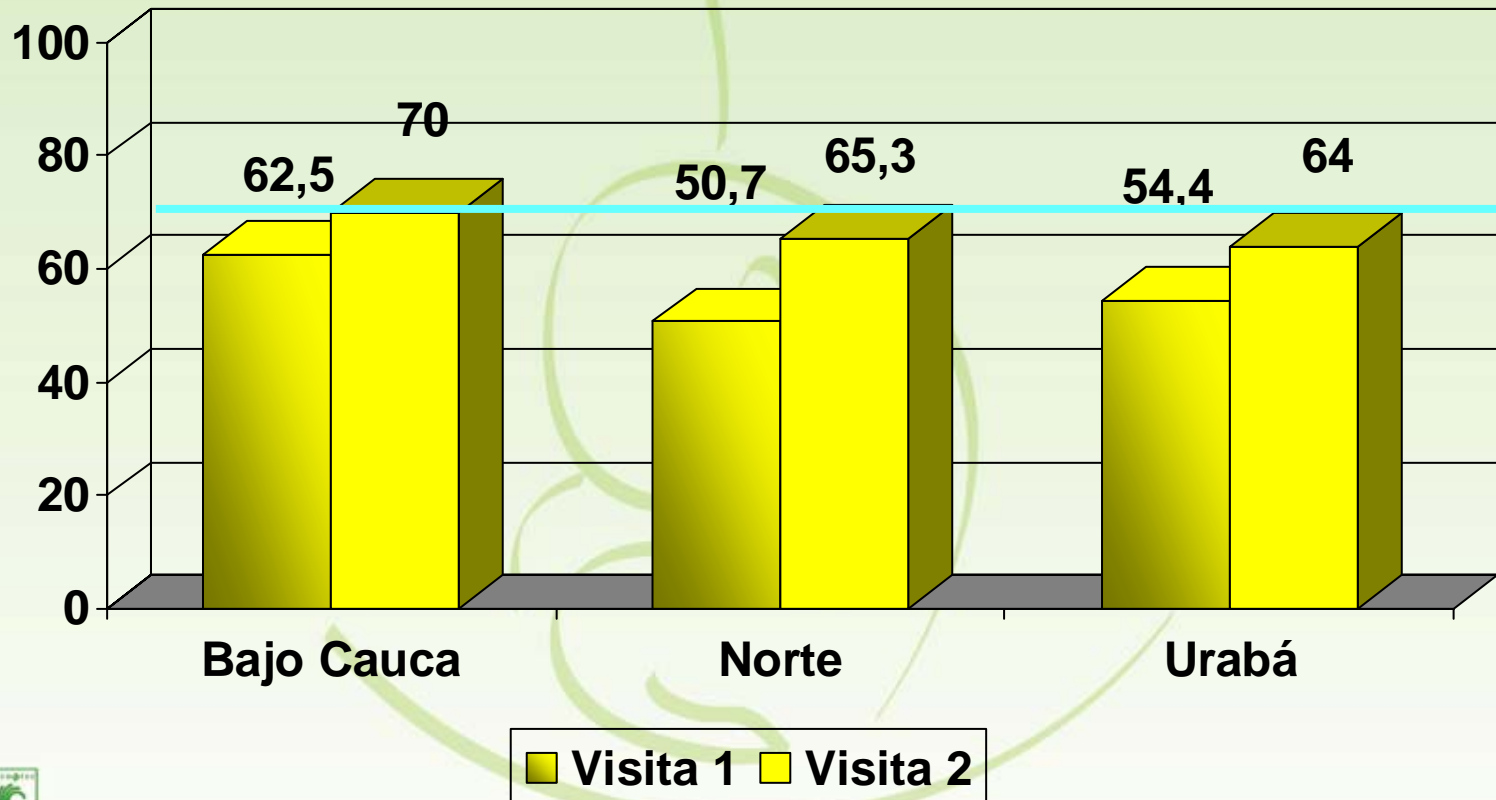


Filipinas
1.728 familias
16 meses

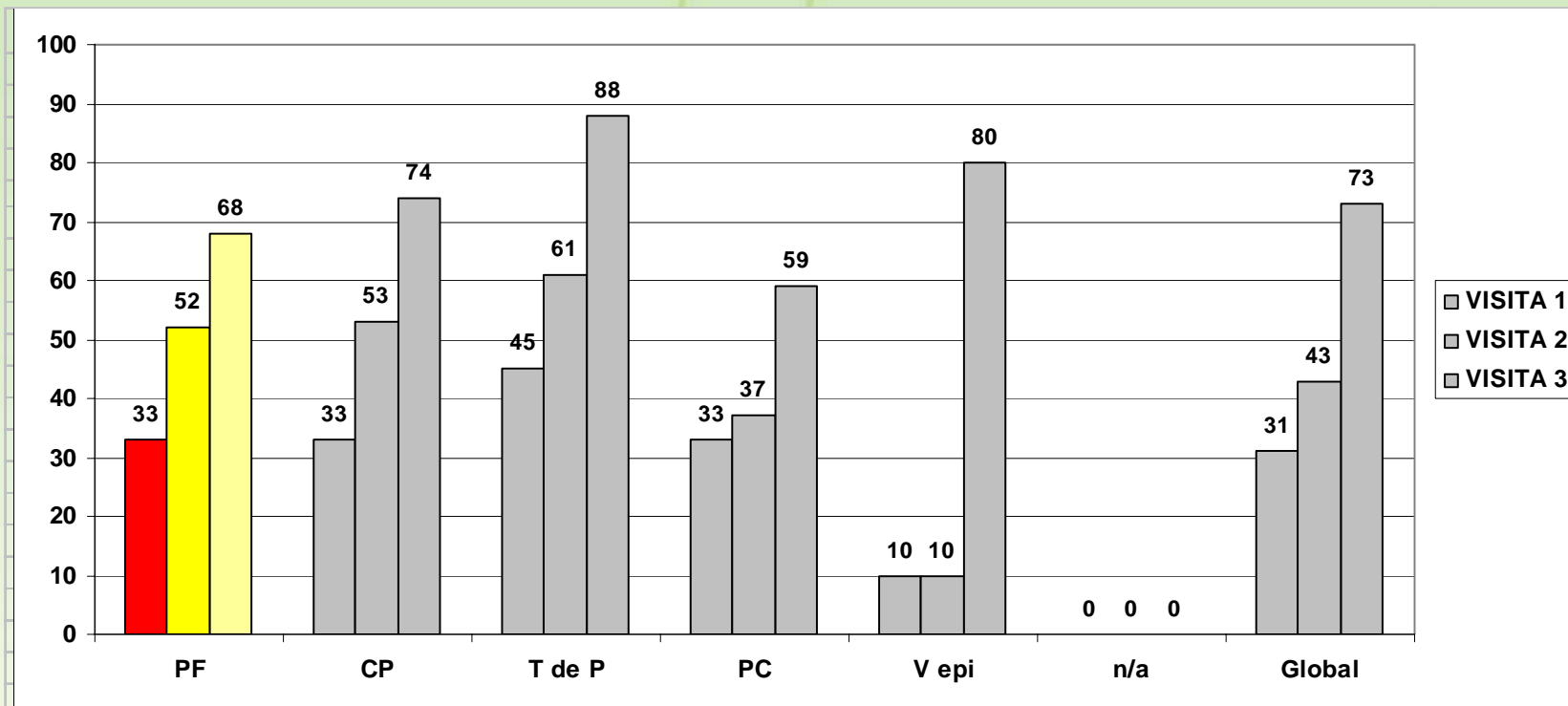
Evaluación de la calidad

SISTEMA DE CLASIFICACION Y SEGUIMIENTO DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CONVENIO MATERNIDAD SEGURA: SECRETARIA DE SALUD DE ANTIOQUIAN-UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, FACULTAD DE MEDICINA, CENTRO ASOCIADO AL CLAP - OPS - OMS				
CLASE	CALIFICACION CUANTITATIVA	NIVEL DE DESEMPEÑO	PLAZO (EN MESES) PARA LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO	
			PRIMER SEGUIMIENTO	SEGUNDO SEGUIMIENTO
A	Puntaje 90 - 100	OPTIMO	3	7
B	Habilitado y 70 - 89	ADECUADO	2	6
C	Habilitado y 50 - 69	ACEPTABLE	2	6
D	HABILITADO Y < 50	DEFICIENTE	2	6

Calidad en la atención en las actividades de planificación familiar



Seguimiento a una institución



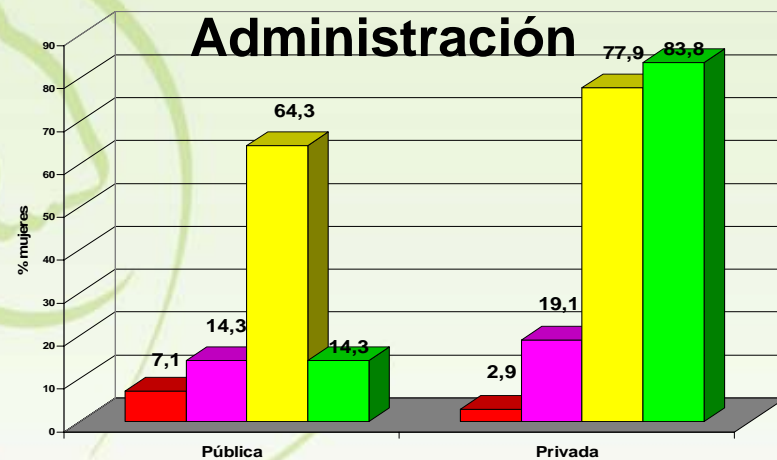
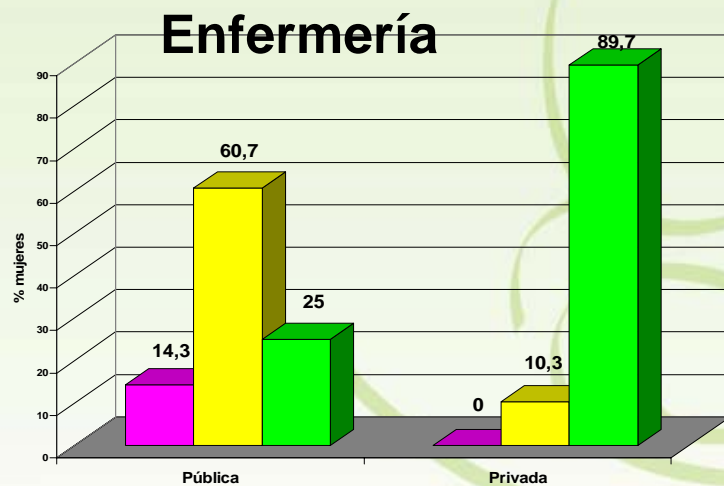
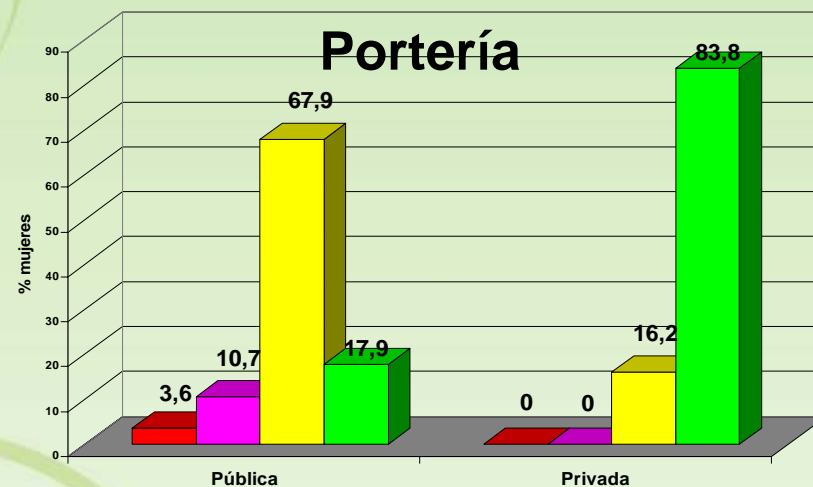
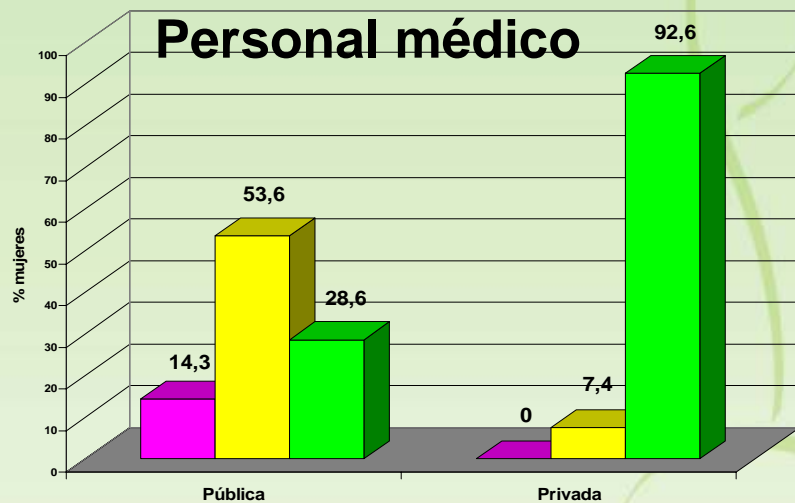
CAPITULOS	PF	CP	T de P	PC	V epi	n/a	Global
VISITA 1	33	33	45	33	10	0	31
VISITA 2	52	53	61	37	10	0	43
VISITA 3	68	74	88	59	80	0	73

NOTA. Capítulos: I Planificación Familiar, II Control Prenatal, III Trabajo de parto, parto y posparto, IV Participación Social, V Vigilancia Epidemiológica, VI Plan MANA. Los Capítulos que están en cero no aplican para la IPS, pero no se afecta el percent

Nombre del Auditor:

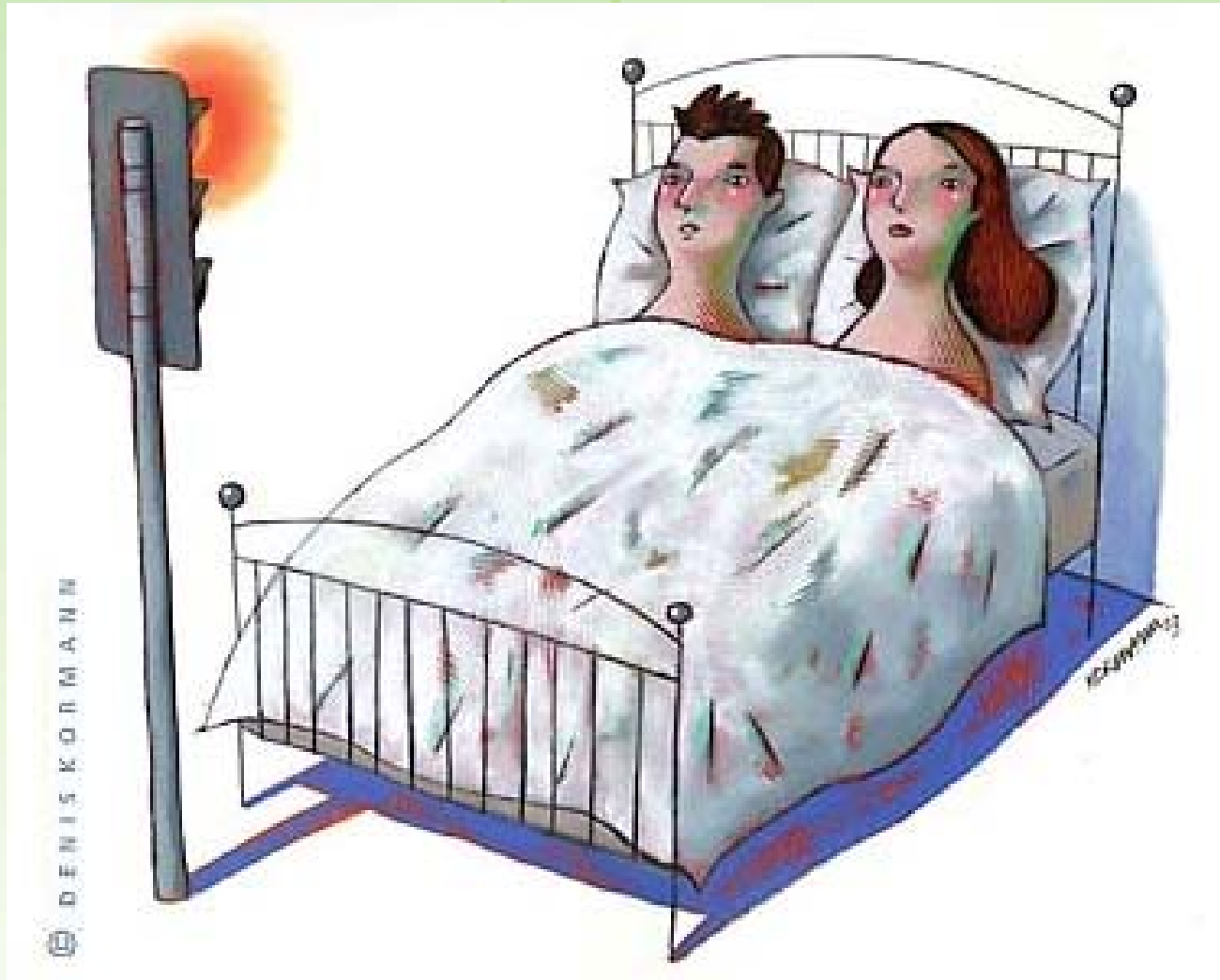
Responsable del Proceso Auditado:

Percepción de calidad de la atención. Medellín



Malo **Aceptable** **Bueno** **Excelente**

Encuestas CLAP Medellín



Continuidad

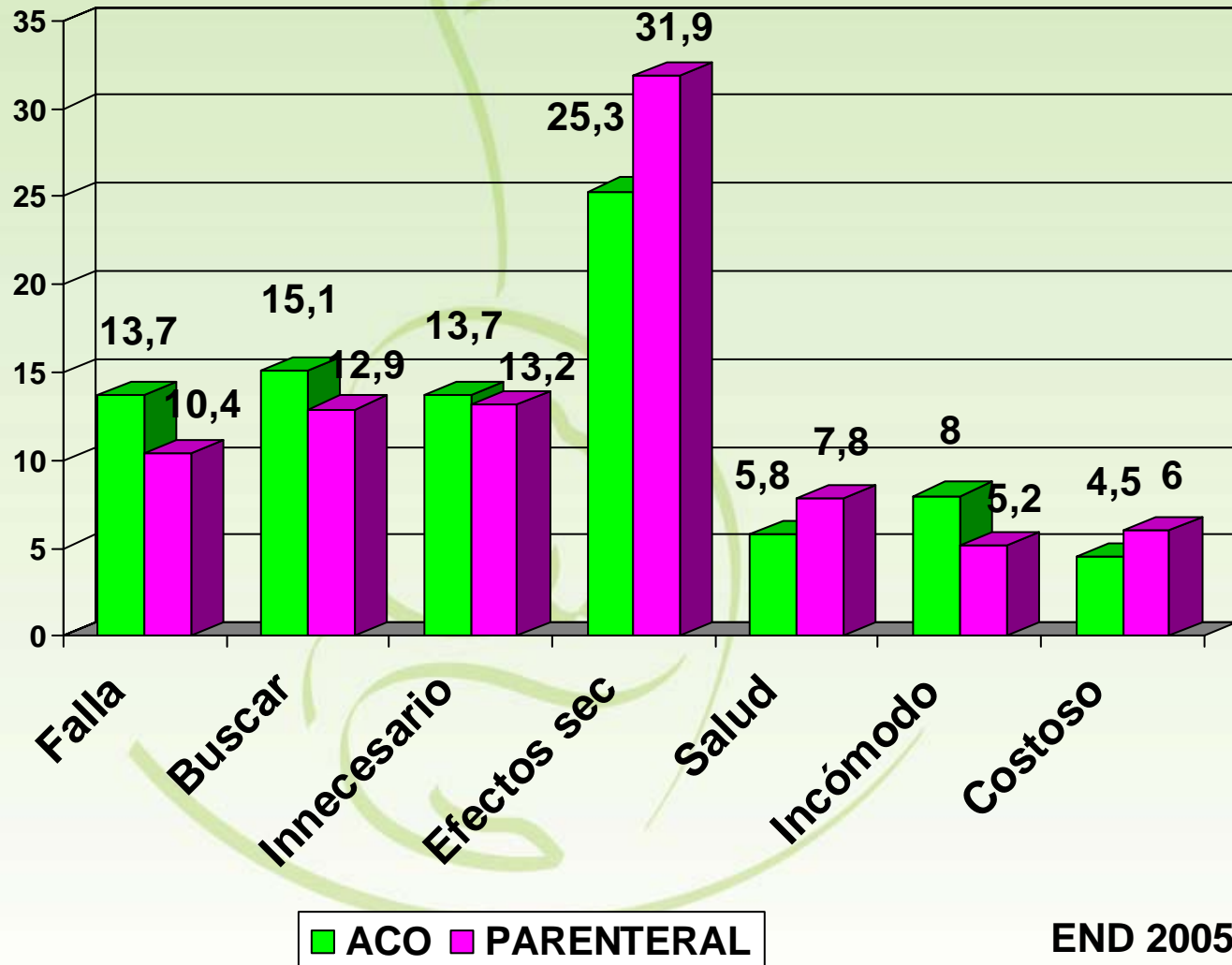
¿Qué pasa al suspender el método?

42% suspenden sin consultar

19% suspenden sin seleccionar otro método

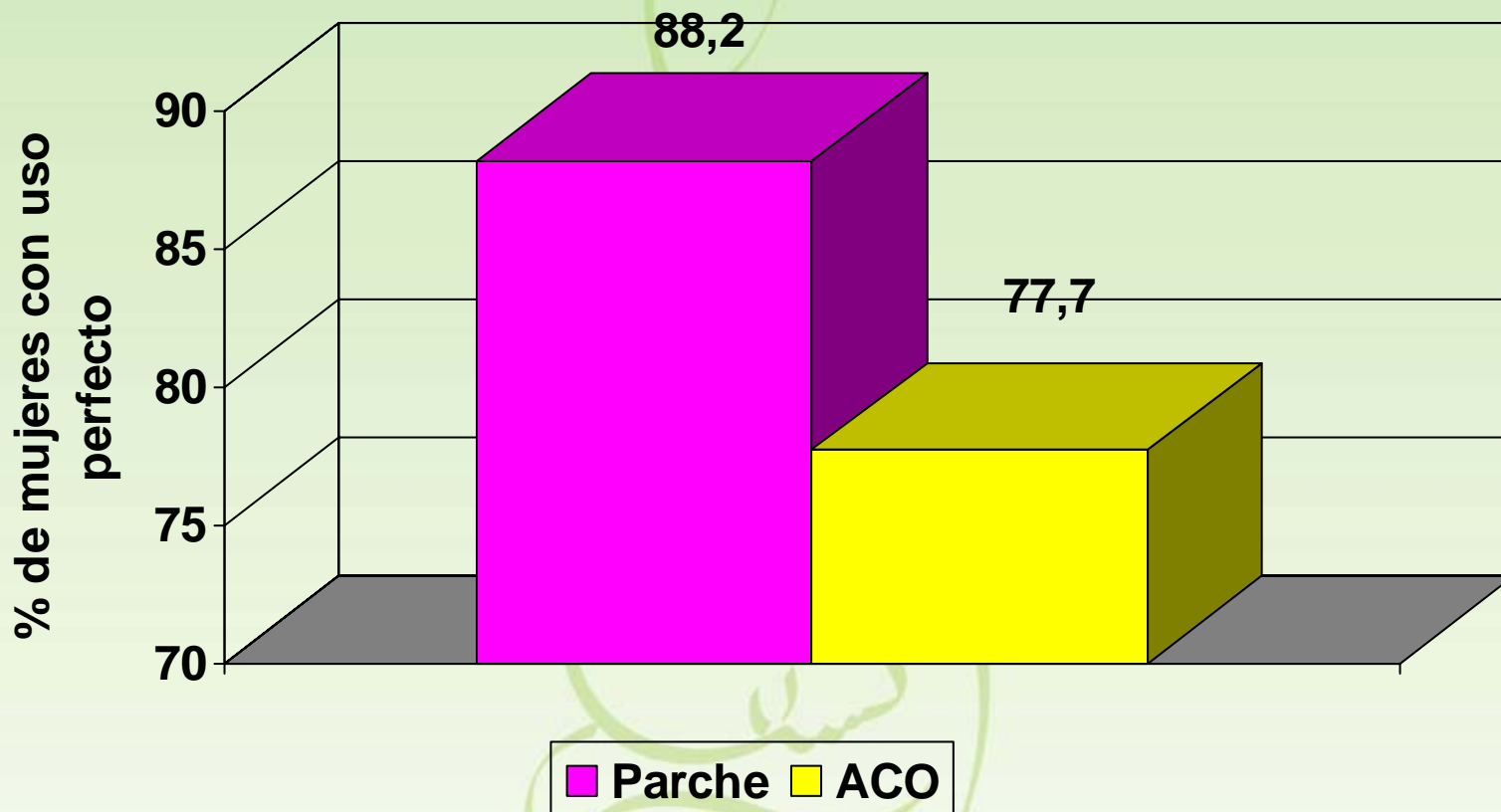
69% seleccionan un método menos efectivo

Motivos de discontinuación



END 2005

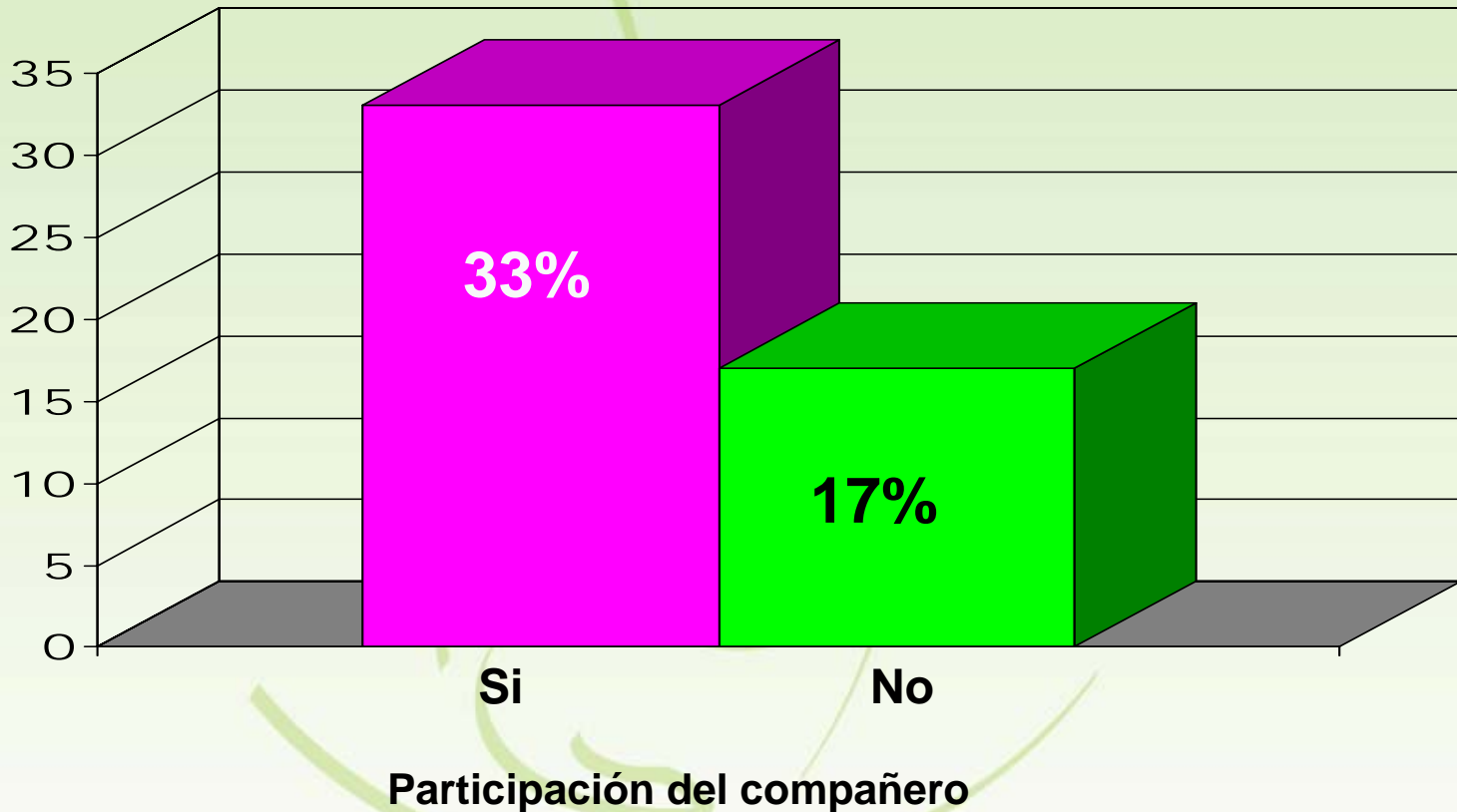
Cumplimiento según el método



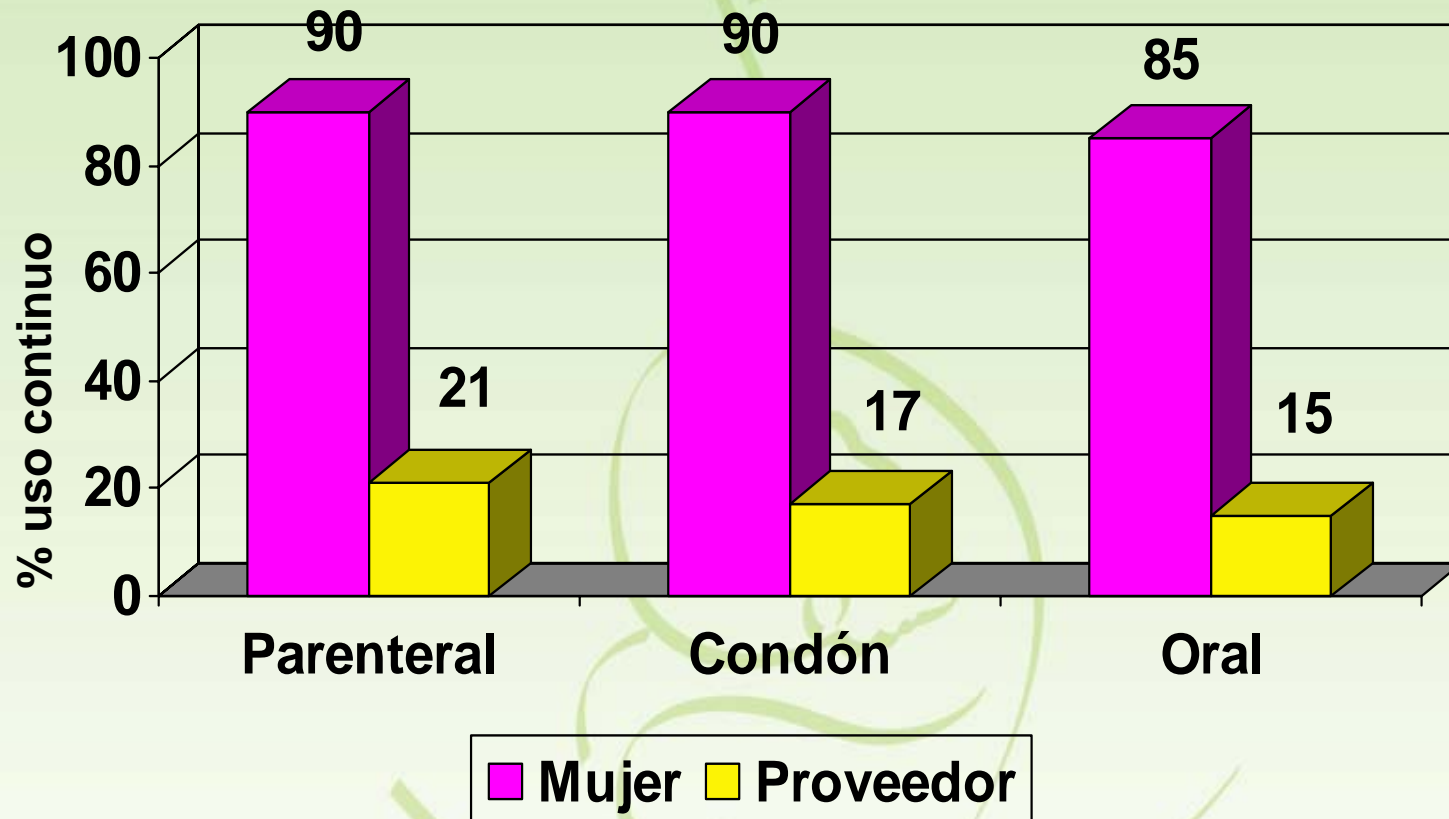
**Disminución de 10% en el cumplimiento (efectividad)
incrementa en 10% los embarazos**

Adherencia con la inclusión del compañero

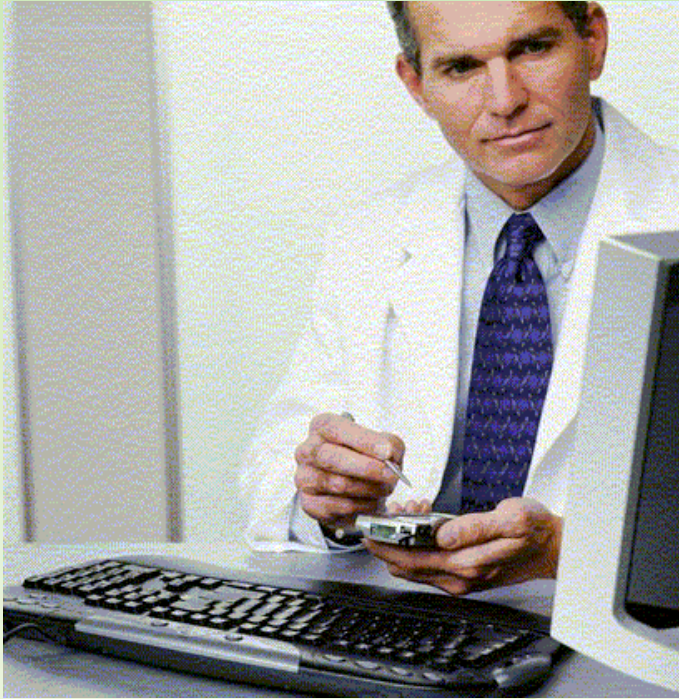
% parejas que continúan después de un año



Adherencia según quien seleccione el método



Pariani S, et al. Stud Fam Plann. 1991 Nov-Dec;22(6):384-90
Barnett B. Network. 1998 Fall;19(1):14-8

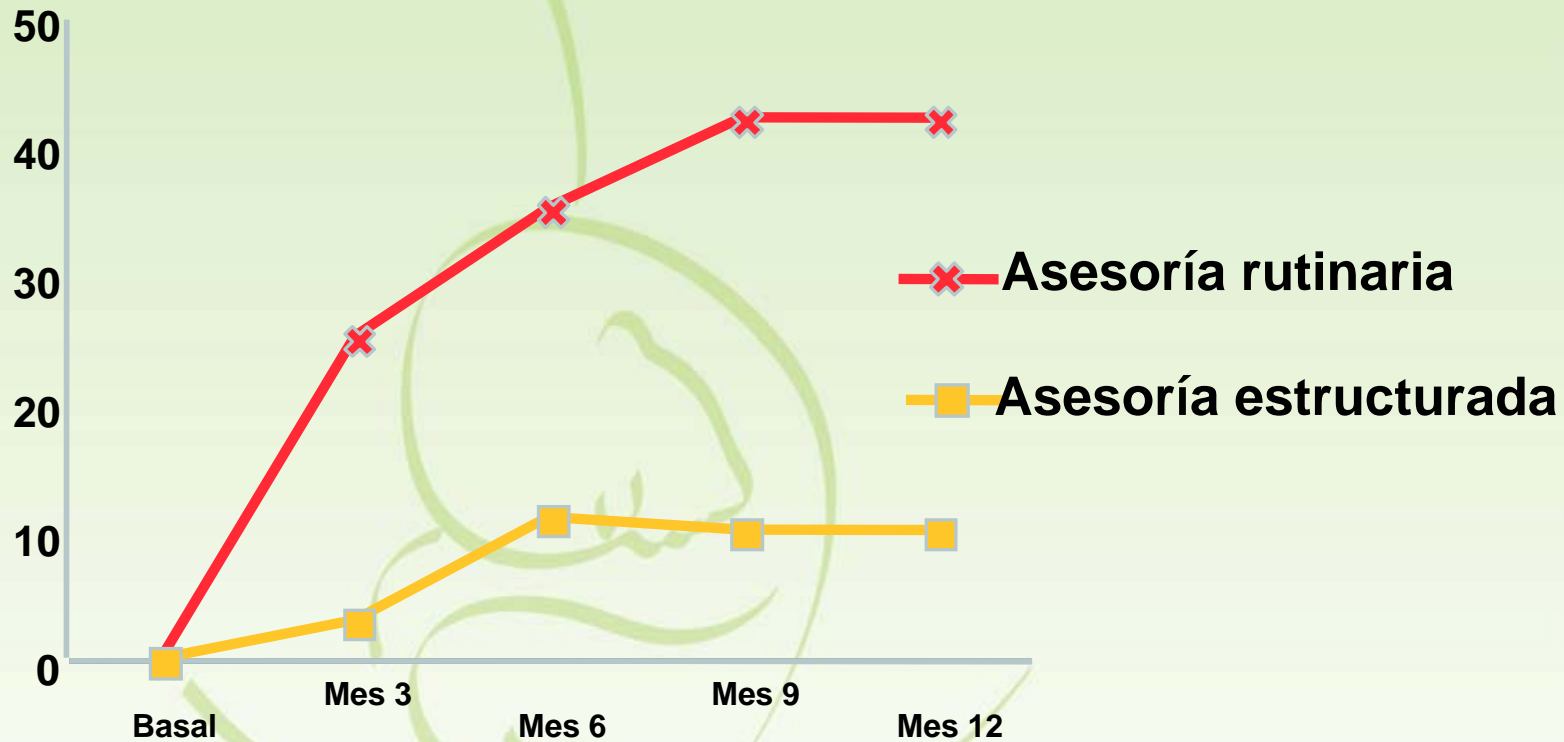


Asesoría



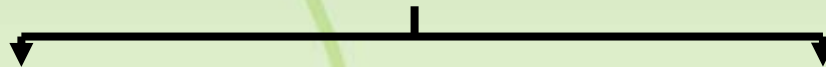
Asesoría en efectos secundarios

Porcentaje de usuarias que suspenden



Información sobre el método

Posibles efectos secundarios:



**Mujeres sin educación:
16,9%**

**Mujeres con educación
superior: 45,9%**

**Qué hacer en caso de tener efectos
secundarios:**

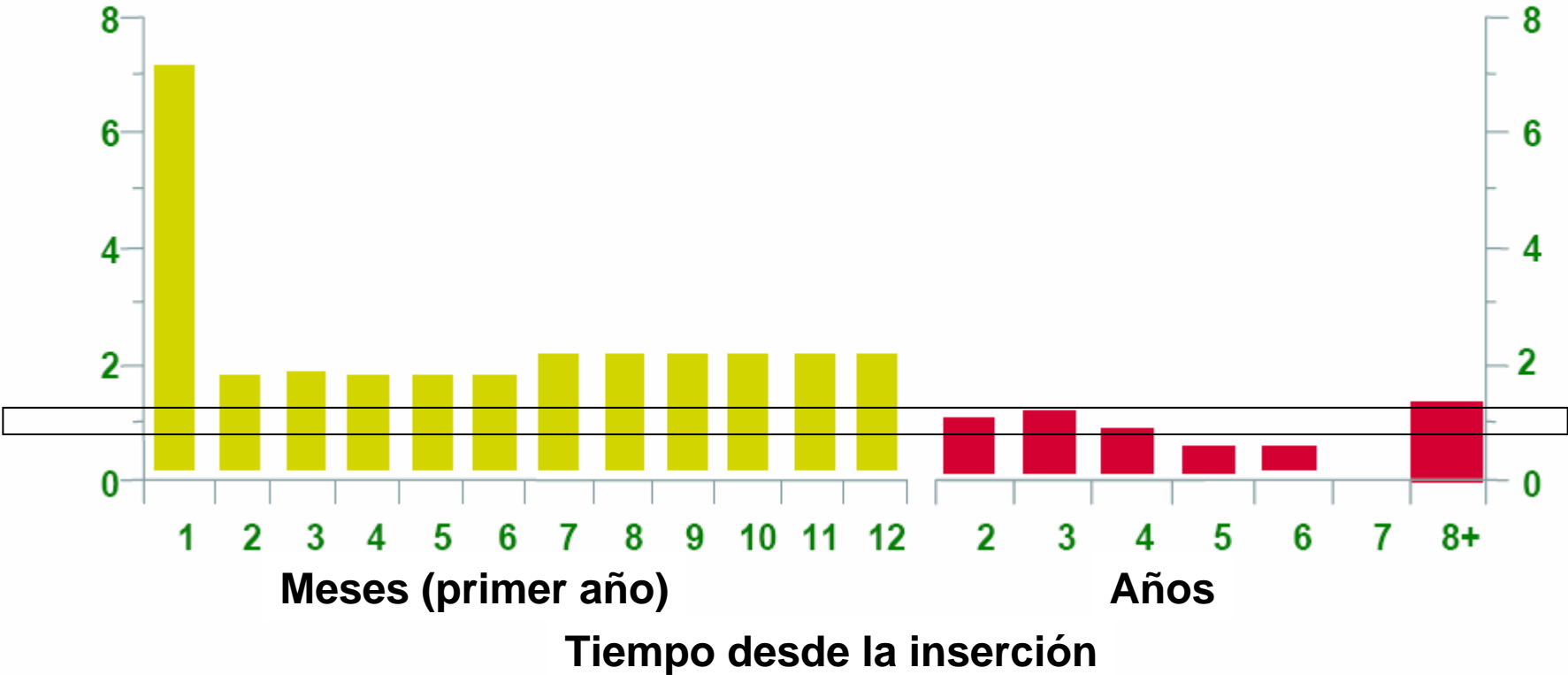


**Mujeres sin educación:
13,1 %**

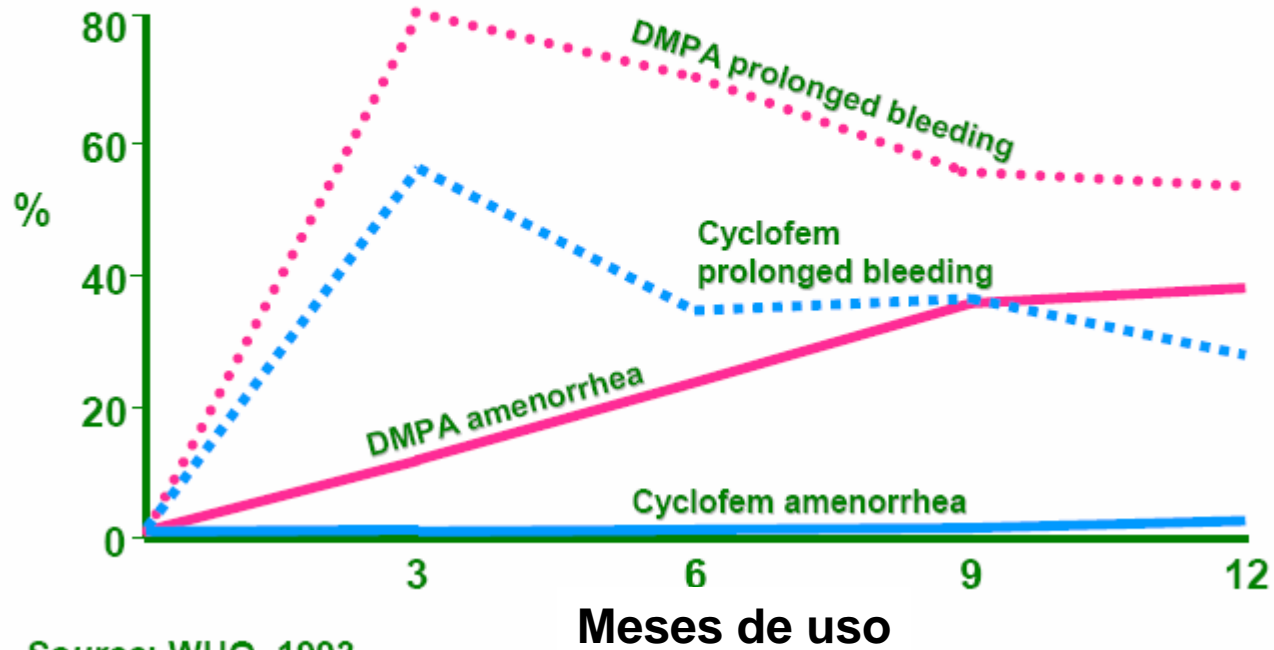
**Mujeres con educación
superior: 37,2%**

DIU y EPI

Tasa de EPI (por 1.000 mujeres año)

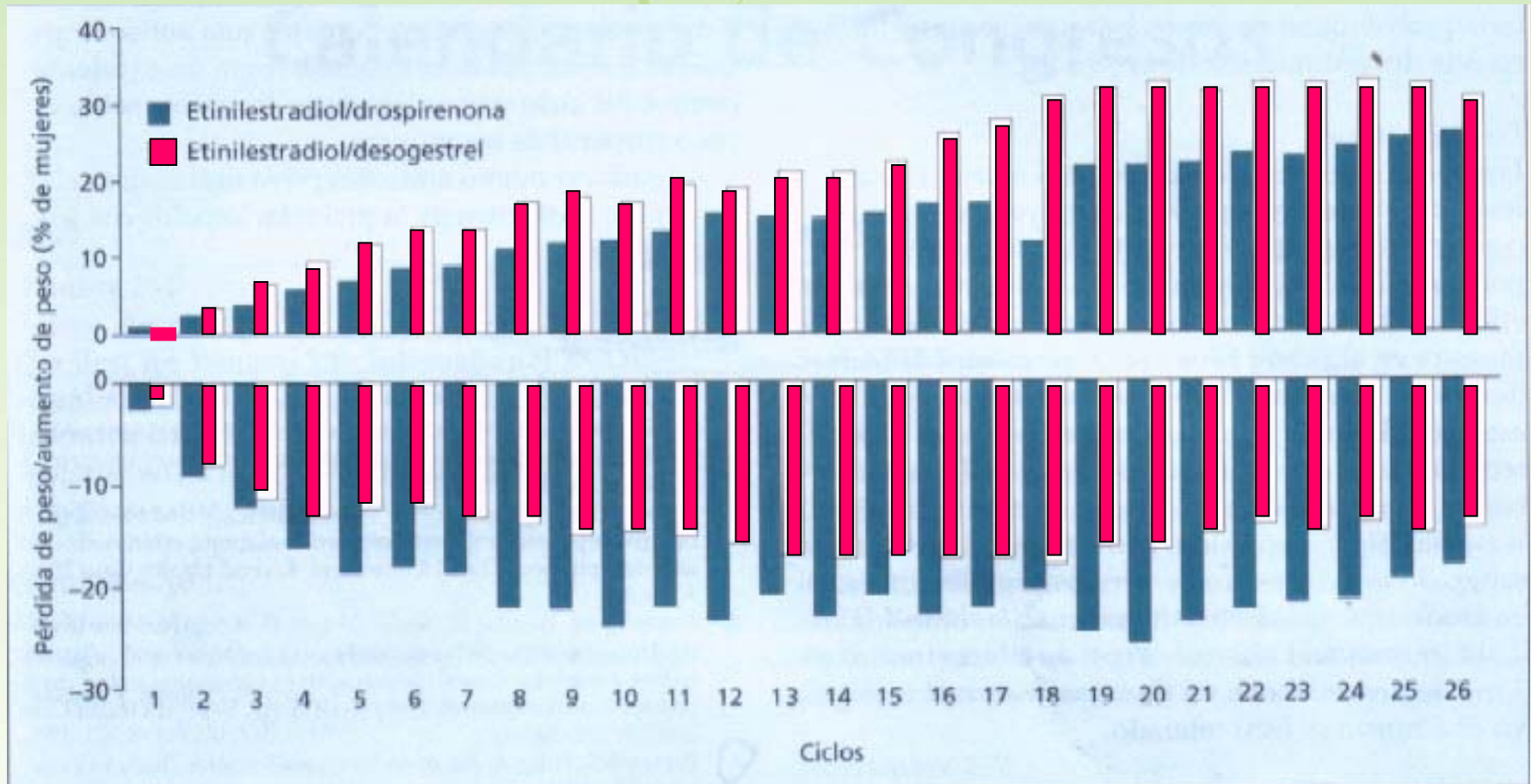


Cambios en el ciclo menstrual con los inyectables



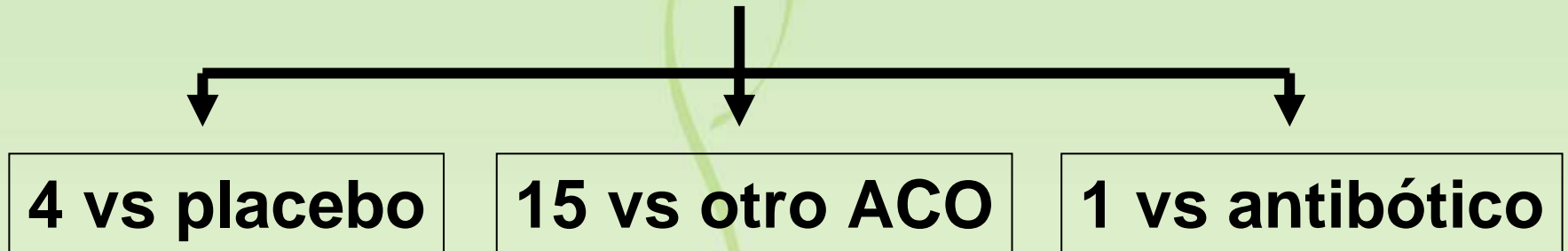
Source: WHO, 1993.

Ganancia de peso



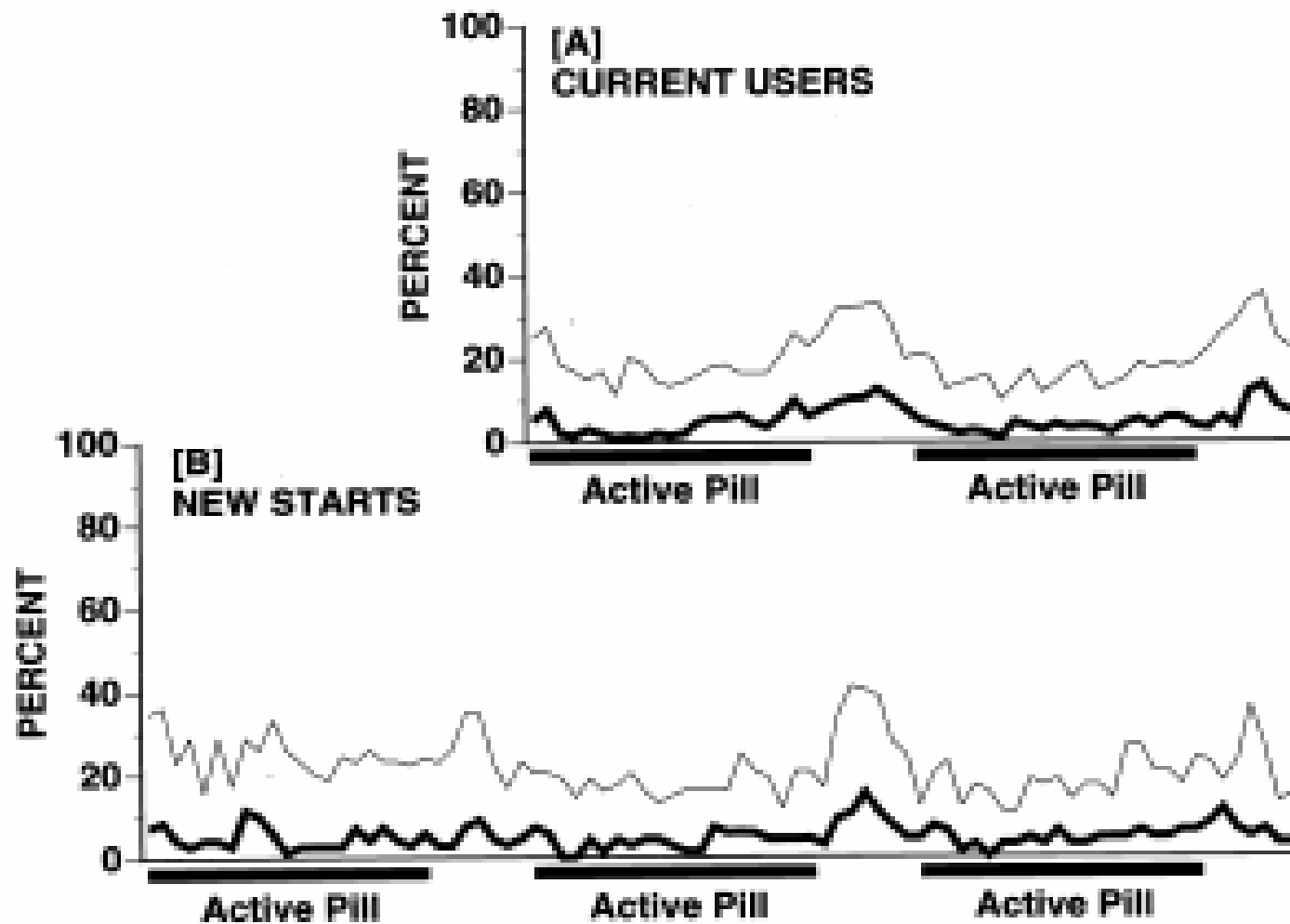
Pérdida de peso

Acné



**Todos los ACOS sirven.
Mínimas diferencias entre ellos.
Limitada información para considerar
alguno como mejor (CMD, CP) !**

**Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD004425
Arowojolu AO, Gallo MF, Grimes DA, Garner SE.**





Barreras médicas

Prácticas derivadas al menos parcialmente del raciocinio médico que resulta en un obstáculo científicamente injustificable o una negativa de la anticoncepción

**Restricciones de
elegibilidad**

Contraindicaciones

Sesgos personales

Barreras médicas

Inadecuada experiencia y entrenamiento

Ideas erróneas de la práctica clínica

Rango limitado de opciones anticonceptivas

Deficiencias en la capacidad de comunicar

Percepción de los médicos de lo adecuado de su entrenamiento en anticoncepción

Método	Médico de familia (n=30)	Ob/Gin (n=25)
Anticoncepción oral	100%	100%
A. inyectable	100%	100%
A. emergencia	60%	100%
Aplicación/retiro de implantes	40%	86%
Inserción/retiro DIU	30%	76%

Barreras en el proceso

Requisitos innecesarios para iniciar el método

- Menstruación
- Semanas posparto o posaborto

Procedimientos innecesarios

- Citología
- Examen de mama
- Examen pélvico
- Exámenes de laboratorio

Seguimientos inapropiados

- Provisiones para pocos meses
- Citas médicas para administrarlos

Barreras en las mujeres

Piensan que no están en riesgo de embarazo
Dificultades para la obtención del método
Tienen problemas con los métodos
Mitos y falsas creencias
Ambivalencia respecto al embarazo
Presión de la pareja
Planean no tener relaciones

Razones para no usar métodos anticonceptivos

	Edad		Residencia	
	15-29	30-49	Urbana	Rural
Problemas de salud	6,4	4,6	4,1	6,7
Efectos colaterales	11,5	1,6	2,0	3,2
Oposición esposo	6,0	0,8	0,1	1,4
Interfiere con el organismo	2,2	1,5	1,5	1,4



naC(er)

Salud Sexual y Reproductiva
Centro Asociado al CLAP/SMR – OPS/OMS
Universidad de Antioquia