

Centro de Investigación Epidemiológica en
Salud Reproductiva y Sexual (CIESAR)

Disponibilidad y calidad de la atención postaborto en Guatemala



**Disponibilidad y calidad de la atención
postaborto en Guatemala**

MAYOR INFORMACIÓN:

Dr. Edgar Kestler

**Centro de Investigación Epidemiológica en
Salud Reproductiva y Sexual (CIESAR)**

1ª. Avenida 10-50, Zona 1

Hospital General San Juan de Dios, Sótano

Teléfono: (502) 230-1494 / 221-2391

Fax: (502) 221-2392

Dirección electrónica: ciesar@concyt.gob.gt

Dra. Linda Valencia

Unidad de Provisión de Servicios del Nivel III (UPS III)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

9ª. Avenida 14-65, Zona 1, Oficina 305

Teléfono: (502) 253-0042

Dirección electrónica: ana95@amigo.net.gt

CONTENIDO

Siglas y abreviaturas

5

Introducción

7

I.	Antecedentes de la atención postaborto en Guatemala	/ 8
II.	Marco conceptual para determinar la disponibilidad y calidad de la atención postaborto	/ 9
III.	Metodología	/ 12
IV.	Resultados	/ 15
V.	Situación de la calidad de atención postaborto según elementos críticos evaluados en la red nacional hospitalaria de Guatemala	/ 19
	Conclusiones	/ 21
	Referencias	/ 23

Guía de supervisión Atención postaborto

	Elemento: Tratamiento	/ 27
	Elemento: Consejería	/ 37
	Elemento: Anticoncepción y Planificación Familiar	/ 41
	Elemento: Vínculos con otros servicio de salud reproductiva	/ 45
	Elemento: Comunidad	/ 47

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AB	Aborto
AMEU	Aspiración manual endouterina
APA	Atención postaborto
AOC	Anticonceptivos orales combinados
AQV	Anticoncepción quirúrgica voluntaria
CIESAR	Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
DIU	Dispositivo intrauterino
DMPA	Acetato de medroxiprogesterona de depósito (Depo-provera®)
EPS-EM	Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas
IEC	Información, educación y comunicación
IPPF/RHO	Internacional Planned Parenthood Federation, Región del Hemisferio Occidental
LIU	Legrado instrumental uterino
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OTB	Oclusión tubárica bilateral
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
SR	Salud reproductiva
UPS III	Unidad de Provisión de Servicios del Nivel III
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala

INTRODUCCIÓN

Desde la década de los años sesenta las altas tasas de mortalidad materna han sido motivo de interés y preocupación en el mundo. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año ocurren cientos de miles de muertes maternas y el número va en aumento; además, se calcula que el aborto en condiciones de riesgo es la causa responsable de 10 a 60% de estas muertes, para un total aproximado de 80 mil defunciones por año. De tal manera que desde hace 40 años las organizaciones internacionales, como la OMS,⁴ reconocen que el aborto es un problema de salud pública y la Asamblea Mundial de la Salud sugiere que los programas de salud reproductiva deben incluir en sus objetivos mejorar la atención post-aborto.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)¹⁷ de 1994 se aprobó el concepto de atención postaborto como una estrategia eficaz para enfrentar el riesgo para la salud que entraña el aborto en condiciones de riesgo. Desde 1991, IPAS¹² introdujo un concepto de atención postaborto centrado en aspectos de atención clínica; recientemente, en el año 2002 el Post-abortion Care Consortium (Consortio de Atención Postaborto)¹⁵ expandió este concepto a cinco elementos fundamentales que comprenden el tratamiento oportuno de la mujer a través de la aspiración manual endouterina; el apoyo, orientación y consejería a la mujer; la planificación familiar postaborto; la vinculación con otros servicios de salud reproductiva y la necesidad de integrar a la comunidad en la búsqueda de soluciones para esta problemática.

A pesar de las acciones emprendidas en los últimos años, Guatemala continúa teniendo altas tasas de mortalidad materna. De acuerdo con los hallaz-

gos de la línea basal de mortalidad materna para el año 2000,¹¹ realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), se encontró una razón de 153 por 100,000 nacidos vivos. Por otra parte, este mismo estudio determinó que 10% de las muertes maternas son por causa del aborto. Además, es ampliamente conocido el problema que representa para los hospitales nacionales la admisión de las pacientes con aborto incompleto, el que muchas veces corresponde a la segunda causa de ingreso hospitalario y consume de 40 a 60% de los recursos asignados a los hospitales.

Para hacer frente a estos desafíos, desde 1996 el MSPAS, por medio del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), y con la colaboración del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR) puso en marcha un programa dirigido a mejorar la calidad de la atención en el postaborto, con la asistencia financiera de la Internacional Planned Parenthood Federation, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) y la Fundación Erik E. y Edith H. Bergstrom.

El efecto esperado, a mediano y largo plazo, con la introducción y fortalecimiento de un exitoso programa de atención postaborto es la disminución de los casos de aborto incompleto, en la medida que más mujeres utilicen métodos de planificación familiar de manera más efectiva. Por lo tanto, la mejor forma de medir un programa de atención postaborto radica en determinar el aumento en la disponibilidad y en la calidad de estos servicios.¹ En la presente publicación se aborda la evolución de la disponibilidad y calidad de los servicios de la atención postaborto con el propósito de evaluar los alcances del programa en los últimos años, para así formular acciones factibles encaminadas a mejorar la atención postaborto en Guatemala.

I.

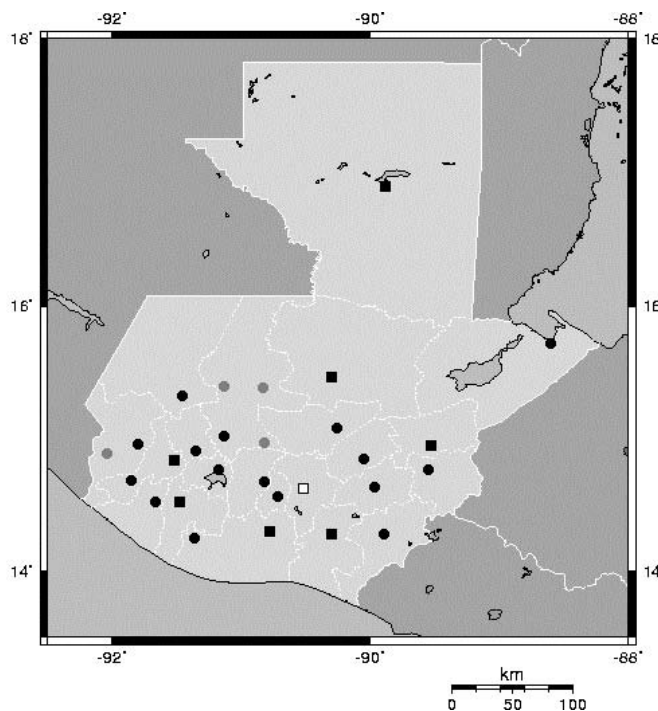
ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN POSTABORTO EN GUATEMALA

El primer paso para la introducción del concepto de la atención postaborto en Guatemala fue la capacitación por parte del CIESAR¹⁶ de los dos hospitales de referencia del país, el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt, ambos localizados en la ciudad de Guatemala; ambos son también las instituciones líderes en la atención de salud del país. Esta actividad permitió sentar las bases para acreditar a los primeros hospitales capacitadores en la atención del postaborto que también incluye la capacitación en la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU). Dado que estos dos hospitales, son hospitales-escuela en ambos hospitales continuamente se capacita a personal de pre y postgrado en el concepto de APA.

Posteriormente, entre 2000 y 2002, siguiendo el concepto de capacitar-capacitadores, se capacitó a equipos de capacitadores de los diferentes hospitales regionales, de área y distritales en el Hospital General San Juan de Dios. Esta capacitación se realizó durante una semana en el concepto de APA, que incluía la técnica de AMEU, consejería y anticoncepción postaborto. Estos equipos, integrados por un médico general o ginecólogo y obstetra, una enfermera profesional o auxiliar de enfermería y un profesional en trabajo social, fueron responsables de posteriormente replicar el concepto de APA en sus respectivos hospitales.

En total se capacitó a 26 equipos de replicación en 21 departamentos del país, a los que corresponden la totalidad de los siete hospitales regionales, 15 (88%) de los 17 hospitales de área y 4 (40%) de los 10 hospitales distritales. En algunos departamentos, dada su extensión geográfica y el número de hospitales, se capacitó a más de un equipo. La Figura 1 muestra la distribución de los hospitales capacitados en todo el

Figura 1
RED HOSPITALARIA DE GUATEMALA
QUE PROPORCIONA ATENCIÓN POSTABORTO
(2000-2002)



- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| □ Hospitales de referencia | ● Hospitales de área | ● Hospitales de distrito |
| Hospital General San Juan de Dios | Guastatoya | Salamá |
| Hospital Roosevelt | Antigua | Puerto Barrios |
| | Guatemala | Chiquimula |
| | Chimaltenango | Jalapa |
| | Tiquisate | Jutiapa |
| ■ Hospitales regionales | Sololá | |
| Escuintla | Totonicapán | |
| Cuilapa | Coatepeque | |
| Quetzaltenango | Retalhuleu | |
| Mazatenango | San Marcos | |
| Cobán | Huehuetenango | |
| San Benito | Santa Cruz del Quiché | |
| Zacapa | | |

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema de Información Gerencial en Salud. Red de Servicios de Salud. Guatemala: MSPAS, 2000 (CD-ROM).

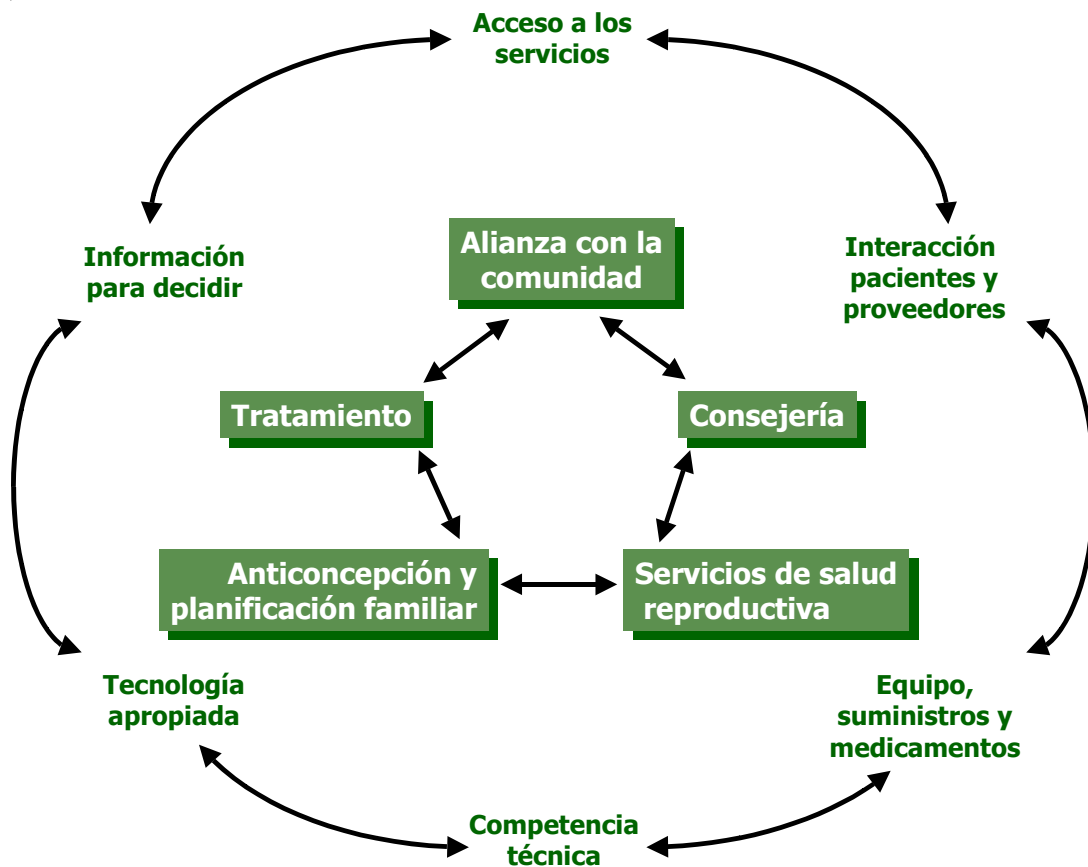
país de acuerdo con el tipo de hospital (referencia, regional, de área y distrital).

II. MARCO CONCEPTUAL PARA DETERMINAR LA DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN POSTABORTO

La atención postaborto es un concepto de salud pública¹⁵ que trasciende el ámbito de la provisión de un servicio propiamente dicho. Es una estrategia amplia que está conformada por cinco elementos esenciales. La Figura 2 detalla estos elementos.

El primero de los elementos esenciales se refiere a la formación de alianzas entre la comunidad y los proveedores de servicios; que incluye, pero no se limita a prevenir embarazos no deseados y abortos practicados en condiciones de riesgo, movilizar

Figura 2
MARCO CONCEPTUAL PARA DETERMINAR LA DISPONIBILIDAD
Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN POSTABORTO



Adaptado de Postabortion Care Consortium, referencia 4; y Leonard y Winkler, referencia 18.

recursos para ayudar a que las mujeres reciban atención apropiada y el tratamiento oportuno para las complicaciones del aborto, así como asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas y necesidades de la comunidad en materia de salud reproductiva. El segundo elemento es el tratamiento del aborto incompleto, por medio de la técnica de AMEU o por legrado instrumental uterino (LIU), que abarca también los abortos de alto riesgo y las complicaciones que potencialmente son una amenaza para la vida de la paciente. El tercer elemento corresponde a la consejería que está dirigida a identificar y responder a las necesidades de salud emocionales y físicas, así como a otras preocupaciones de las mujeres. El cuarto elemento es la prestación de servicios de anticoncepción y planificación familiar para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o a practicar el espaciamiento de embarazos. Finalmente, el quinto elemento esencial se refiere a la vinculación de servicios de salud reproductiva, de preferencia proporcionados en el mismo servicio, o referir a otros servicios accesibles dentro de la red de atención de salud.

Sin embargo, estos cinco elementos esenciales en la atención del postaborto necesitan ser analizados para determinar la calidad de la atención postaborto que se ofrece, por esta razón la Figura 1 incluye los dos conceptos mencionados anteriormente, ya que estos están muy relacionados en la evaluación de cualquier programa de atención postaborto. Creel y colaboradores⁵ hacen énfasis en la calidad de la atención con un enfoque centrado en el cliente como un elemento clave en la prestación de servicios de salud reproductiva por tratarse del derecho humano fundamental. Desde la década de los años noventa, Bruce³ sentó las bases de los criterios de calidad para la prestación de servicios de planificación familiar que posteriormente se adaptaron para la evaluación de los servicios de APA. PRIME e IPAS desarrollaron un marco conceptual de la calidad de la atención para el manejo del aborto incompleto¹³ que hace referencia a la prestación de servicios con seguridad, efectividad y conveniencia para la población objetivo. Este

marco conceptual es la base para evaluar los aspectos relacionados con la atención postaborto y el cual se describe esquemáticamente en la Figura 1 y en donde los elementos de calidad de la atención postaborto, para cada uno de los pilares de los programas de APA, evalúa la prestación de servicios de atención postaborto a través de tecnologías médicas seguras y efectivas que sean aceptables para las pacientes y los proveedores. En el ámbito centroamericano hay evidencia que apoya a la técnica de AMEU como igual o más efectiva que el LIU para el tratamiento del aborto incompleto.⁶ La competencia técnica con la que el personal de los servicios de salud ejecuta las actividades relacionadas con la atención postaborto es un elemento fundamental para la calidad con que se proporcionan los servicios. Para lograr y mantener niveles adecuados de competencia técnica es necesario capacitar a todo el personal de atención de salud en los aspectos pertinentes de la atención postaborto de acuerdo con sus funciones. También es importante el estricto apego a los protocolos de manejo y de referencia y respuesta, así como el cumplimiento de los estándares de prevención de infecciones. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala^{10,9} incluye dentro de sus protocolos de salud reproductiva la aspiración manual endouterina para el tratamiento del aborto incompleto de menos de 13 semanas.

Otro aspecto importante de la competencia técnica es establecer mecanismos para la revisión periódica de las complicaciones y muertes maternas relacionadas con el aborto incompleto. La interacción entre las pacientes y los proveedores se refiere a la conducta que deberá regir todos los contactos entre las pacientes y los proveedores de atención postaborto. Se deberá caracterizar por el respeto y apoyo a la situación de las pacientes mientras brindan tratamiento a sus problemas de salud. Asimismo, la actitud de los proveedores deberá estar libre de prejuicios de manera que se genere un ambiente de confianza donde se respete el derecho de confidencialidad y a su capacidad para tomar decisiones libres e informadas. Es importante que todas las mujeres tratadas por aborto

incompleto reciban información veraz sobre su problema de salud, tratamiento y necesidades de cuidados especiales. Además, deberá conocer los signos de alarma de las posibles complicaciones y cómo obtener ayuda adecuada. Es de vital importancia hacerles saber que el rápido retorno de la ovulación puede conducir a un embarazo no deseado; hacer de su conocimiento la disponibilidad de métodos anticonceptivos o de planificación familiar para limitar o espaciar futuros embarazos, así como la posibilidad de seguimiento adecuado en términos de atención, suministros e información relacionados con el método de regulación de la fertilidad elegido. Al momento de brindar la atención postaborto se deberá identificar otros problemas médicos o de salud reproductiva, que de preferencia deberán tratarse en el mismo servicio u hospital o por referencia, según el nivel de atención, así como ofrecer bajo consejería los diferentes métodos de planificación familiar disponibles en el servicio. Finalmente la prestación de servicios de calidad requiere que los servicios cuenten con el equipo y los suministros necesarios de acuerdo con el nivel de atención. Para contar en todo momento con estos insumos es necesario establecer mecanismos gerenciales para el mantenimiento adecuado del equipo, inventarios, reabastecimiento y almacenaje de suministros y medicamentos. El fortalecimiento de cada uno de los elementos del marco conceptual de la calidad de la atención postaborto ayudan a incrementar la disponibilidad y el acceso de las mujeres a los servicios. Sin embargo, también es necesario tomar en cuenta factores adicionales que puedan afectar el acceso; para esto es necesario hacer del conocimiento de las mujeres la disponibilidad de estos servicios.

En general, el propósito de evaluar un programa de atención postaborto de acuerdo con la unión de este marco conceptual busca resaltar los logros alcanzados e identificar áreas específicas que muestran fortalezas o debilidades. Asimismo, la aplicación de este enfoque mixto permite identificar factores particulares de políticas, infraestructura, gestión o logística que afectan el acceso

de las mujeres a un servicio de alta calidad para el tratamiento del aborto incompleto.

1. DETERMINACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ATENCIÓN POSTABORTO

De acuerdo con Bertrand y Escudero¹ el aumento del uso de los servicios de atención postaborto es un indicador ambiguo; a corto plazo puede ser el reflejo de una mejora en la disponibilidad y calidad de los servicios. Por otra parte, también puede deberse al aumento de la práctica de abortos en condiciones de riesgo en la comunidad.

De tal manera que un programa amplio de atención postaborto, inicialmente al abordar la causa del problema, puede empezar a disminuir la proporción de abortos inducidos de manera que las mujeres empiecen a utilizar de manera más efectiva los métodos de planificación familiar. Sin embargo, la mejor manera de medir un programa efectivo de atención postaborto es por medio del aumento de la disponibilidad y calidad de los servicios. Se han desarrollado^{1,2,14,18} y aplicado^{4,8,19} conceptos básicos para determinar la disponibilidad de servicios y evaluar la calidad de los mismos.

2. INDICADORES DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ATENCIÓN POSTABORTO

- a) ***Número y porcentaje de instalaciones de salud que proporcionan atención postaborto.*** El número y porcentaje de instalaciones de salud que proporcionan servicios de APA mide el grado de disponibilidad de los servicios de atención postaborto en una región o país determinado. Además, es posible desagregar este indicador por tipo de instalación (como hospital de referencia, regional o de área) y loca-

lización geográfica. Por otra parte, la integración de la información proporcionada por este indicador y el número de mujeres en edad pre-productiva puede ayudar a determinar si el número y tipo de hospitales son suficientes para la población que tiene en el área de influencia.

- b) **Número y porcentaje de personal de salud capacitado en atención postaborto.** El número y porcentaje de personal de salud que proporcionan capacitación en APA mide el grado en que los proveedores están capacitados para prestar este servicio y a la vez es un indicador de la disponibilidad de estos servicios. Además, es posible desagregar este indicador por el tipo de personal: como obstetras, médicos generales, enfermeras, etc.
- c) **Número de ingresos hospitalarios por complicaciones relacionadas con el aborto.** Corresponde al total de ingresos hospitalarios por complicaciones relacionadas con el aborto espontáneo o provocado durante el período de referencia (generalmente un año calendario). Las fuentes de información para recolectar este indicador son múltiples y pueden incluir, entre otras, los servicios de estadística, el departamento de ginecología y obstetricia, el servicio de emergencia y la sala de operaciones.

Este indicador es muy útil para detectar las complicaciones inmediatas como hemorragia, infección local o sistémica, daños del tracto genital u órganos internos y reacciones tóxicas o químicas por aborto inducido. Sin embargo, no puede detectar las secuelas a largo plazo derivadas de las complicaciones del aborto incompleto como la incapacidad física, dolor crónico, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad secundaria y el aumento de la tasa de embarazos ectópicos.

Las aplicaciones de este indicador son de gran utilidad para los gerentes ya que les ayuda a darle seguimiento a la carga de casos, programar los recursos necesarios para proporcionar una atención postaborto efectiva y ayuda a determinar el costo del aborto incompleto. Asimismo, la desagregación de este indicador, como el grupo de edad, grupo étnico o la edad gestacional, permite determinar segmentos específicos de mujeres más vulnerables.

El objetivo de la presente publicación es presentar los resultados sobre la disponibilidad de los servicios de APA en la red hospitalaria de la República de Guatemala y cómo a estos servicios se les puede evaluar la calidad con el propósito de identificar factores problemáticos sobre la política, infraestructura, y acceso del programa.

III. METODOLOGÍA

De enero a marzo de 2003 se realizó un diagnóstico sobre la situación de la atención postaborto en la red nacional de hospitales de Guatemala. Abarcar todos los hospitales permitió tener por primera vez un diagnóstico de la red hospitalaria del país sobre los avances en el programa de APA. La ejecución del diagnóstico fue coordinada entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –por medio

de la Unidad de Previsión de Servicios del Nivel III (UPSIII) y el Programa Nacional de Salud Reproductiva–, la Universidad San Carlos de Guatemala (USAC) –a través de la Fase IV de la Facultad de Ciencias Médicas– y el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva.

Para hacer el presente diagnóstico se adaptaron y modificaron los instrumentos desarrollados en

una reunión inter-agencial a finales de 2002 en Ciudad de Guatemala (anexos). Previo a su utilización se validaron estos instrumentos en dos hospitales departamentales. Cada uno de estos instrumentos evalúa los cinco elementos fundamentales de la atención postaborto: el tratamiento quirúrgico utilizado para la limpieza de los restos uterinos; aspectos sobre consejería; aspectos sobre planificación familiar postaborto; los vínculos existentes en el hospital con otros servicios de salud sexual y reproductiva; y, finalmente, la relación de los hospitales con la comunidad.

Los instrumentos de recolección de datos se completaron por medio de la revisión de diferentes fuentes de información. Por una parte, se entrevistó al director de cada uno de los hospitales participantes, así como al médico y a la consejera previamente capacitado en atención postaborto. Se realizaron entrevistas de salida a las pacientes que fueron tratadas por aborto incompleto, además de observación de procedimientos de AMEU y de interacción entre proveedores y pacientes durante la consejería. Finalmente, se revisaron los libros de registro, historias clínicas y documentos oficiales de estadísticas de los hospitales.

Para la recolección de la información se capacitó a profesionales del último año rural del Ejercicio Profesional Supervisado de Especialidades Médicas (EPS-EM) de la especialidad de ginecología y obstetricia, para conocer y familiarizarse con los instrumentos a ser utilizados. Durante un período de seis semanas, los EPS-EM completaron los instrumentos en 26 hospitales. Una especialista en ginecología y obstetricia contratada por CIESAR, con el apoyo financiero de la IPPF/RHO y la Fundación William y Flora Hewlett, completó los instrumentos de los 10 hospitales restantes, lo que hace un total de 36 hospitales evaluados.

Una vez completos los cuestionarios, éstos se enviaron –por correo o personalmente– a la sede de CIESAR en la Ciudad de Guatemala para su grabación en un programa de cómputo; se recibió la totalidad de los cuestionarios que se incluyen en

esta publicación. Personal especializado revisó el buen llenado de cada uno de los formularios e identificó variables que no hubieran sido llenadas, las cuales se consultaron al profesional responsable. Se desarrolló un programa en lenguaje de EPINFO Versión 6 para la grabación de los datos, los cuales fueron ingresados dos veces para controlar incongruencias lógicas y de rango. Una vez completada la fase de limpieza de los datos, se realizó el análisis respectivo.

En este informe se presentan dos tipos de resultados, el primero se refiere a un análisis descriptivo cuantitativo de la evolución de la disponibilidad de servicios de APA en la red hospitalaria. Esta disponibilidad se divide en instalaciones de salud que proporcionan atención postaborto, el personal capacitado en esta estrategia y la tendencia que ha mostrado la aplicación de la aspiración manual endouterina para el tratamiento del aborto incompleto en la red hospitalaria del país.

Por otra parte, el análisis de la calidad de la atención postaborto se abordó de acuerdo con el enfoque de elementos críticos.⁷ De acuerdo con el cuestionario diseñado para evaluar cada uno de los planes de APA, se estableció cuáles son las características críticas de la atención postaborto para cada uno de los cinco pilares (A a la E) y se determinó su implementación o no en cada uno de los hospitales de referencia, regionales y de área. En una hoja del programa Excel a cada característica crítica le fue asignada una ponderación la cual era sumada, si ésta era realizada por el hospital evaluado. De no estar implementada, a ésta le correspondía una ponderación igual a cero. Por ejemplo, para el pilar tratamiento, en lo que se refiere sólo a competencia técnica, si el hospital cumplió las siete características críticas, éste tenía una puntuación de siete puntos. Para tecnología apropiada, si cumplía con las nueve características críticas se le asignaban los nueve puntos, etc. El Cuadro 1 describe para cada uno de los cinco pilares de APA, las características críticas evaluadas.

Cuadro 1
**DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CRÍTICAS EVALUADAS PARA DETERMINAR
LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS CINCO PILARES DE LA ATENCIÓN DEL POSTABORTO**

A. Tratamiento

- Competencia técnica:
 1. Personal competente para realizar a cualquier hora la técnica de AMEU
 2. Curso teórico y práctico sobre APA con una duración de al menos 20 horas
 3. Curso práctico supervisado en que el personal realiza al menos cinco AMEU
 4. Pacientes con aborto incompleto recibieron analgesia antes del procedimiento
 5. Evaluación del estado clínico antes del procedimiento
 6. Evaluación pélvica antes del procedimiento
 7. Vigilancia por 15-30 minutos antes de ser trasladada a recuperación
- Tecnología apropiada:
 1. Historia clínica de pacientes que ingresan para evacuación uterina
 2. Equipo suficiente para la AMEU
 3. Condición del equipo para la AMEU
 4. Libro de registro para procedimientos de evacuación uterina
 5. Registra fecha de última regla
 6. Registra tamaño del útero antes del procedimiento
 7. Registra técnica de analgesia/anestesia utilizada
 8. Complicaciones transoperatorias
 9. Descontaminación, limpieza y desinfección de alto nivel del equipo de la AMEU
- Interacción entre pacientes y proveedores:
 1. El proveedor que realizó la AMEU se identificó y saludó a la paciente
 2. Indagó y satisfizo las necesidades de información de la paciente
 3. El lenguaje fue claro y comprensible para la paciente
 4. Se solicitó a la paciente firmar consentimiento informado
 5. Indagó y satisfizo las necesidades mínimas de comodidad de la paciente
- Acceso a los servicios de salud:
 1. Tiempo promedio entre llegada de la paciente e inicio de la atención < 30 min.
 2. Tiempo promedio entre el inicio de la atención y AMEU < 2 horas
 3. Tiempo promedio entre salida de sala de procedimientos y egreso < 2-4 horas

B. Consejería

1. Competencia técnica
 2. Curso en consejería postaborto establecido en el hospital
- Información y consejería:
 1. Antes del procedimiento le informaron sobre su problema de salud
 2. Posibilidad de quedar embarazada dos semanas después del procedimiento
 3. Se informó a la paciente antes del procedimiento en qué consiste y posibles efectos
 4. Proporcionan suficiente información sobre métodos de planificación familiar
 5. Advirtieron sobre precauciones y signos de alarma
 6. Informaron sobre otros servicios dentro del hospital importantes para su salud reproductiva
 - Interacción entre pacientes y proveedores:
 1. Consejería proporcionada con respeto, apoyo, ayuda, sinceridad y empatía
 2. Respeto a la privacidad de la paciente
 3. Respeto a la confidencialidad y toma de decisión de la paciente
 4. Proporcionan apoyo emocional durante la evacuación uterina
 5. Satisfacción con la información sobre métodos de planificación familiar
 6. El proveedor que realizó la AMEU se identificó y saludó a la paciente
 7. El personal utilizó lenguaje claro y entendible
 8. Satisfacción con el método de planificación familiar elegido

C. Anticoncepción y planificación familiar

- Competencia Técnica:
 1. Incluye la planificación familiar en el postaborto como parte de la atención
 2. Los proveedores de AMEU están capacitados para insertar DIU
 3. Hay curso formal de capacitación continua en planificación familiar
 4. Los proveedores de AMEU están capacitados para realizar OTB
 5. Los proveedores de AMEU están capacitados para colocar implantes subdérmicos
 6. El personal que brinda APA conoce los criterios de elegibilidad de la OMS
- Equipo, suministros y medicamentos:
 1. El hospital tiene la capacidad física para ofrecer AOV femenina
 2. El hospital tiene la capacidad física para ofrecer AOV masculina
 3. Tiene el hospital suficientes métodos de planificación familiar
- Comunidad
 1. Hay coordinación con los centros y puestos de salud de mujeres que han tenido un aborto
- Información y consejería
 1. Hay en el hospital material de IEC sobre planificación familiar en el postaborto
 2. La cantidad y calidad del IEC es adecuada para las usuarias de APA
- Acceso a los servicios de salud
 1. Refiere por escrito a pacientes con AB incompleto para control
 2. Refiere por escrito a pacientes con AB incompleto para control de planificación familiar
 3. Refiere por escrito a pacientes para detección oportuna de cáncer de cerviz

E. Comunidad

- Interacción entre comunidad y proveedores
 1. Realiza programas comunitarios para la prevención de embarazos no deseados
 2. Realiza programas comunitarios para la prevención de abortos en condiciones de riesgo
 3. Hay vínculos con programas de salud reproductiva abordados comunitariamente
 4. Genera información sobre aborto y lo difunde a la comunidad

IV. RESULTADOS

1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA DISPONIBILIDAD DE APA EN LA RED HOSPITALARIA DE GUATEMALA

1.1. Número y porcentaje de instalaciones de salud que proporcionan atención postaborto

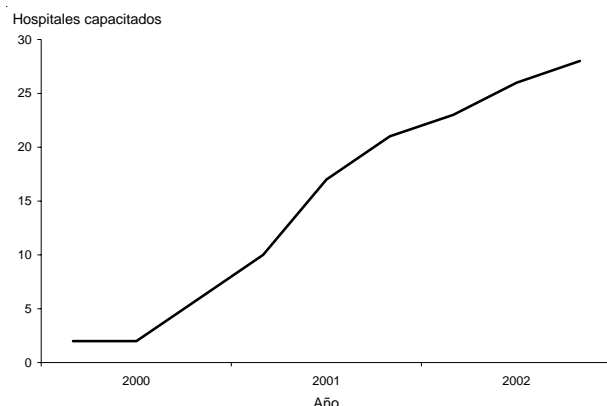
A partir de 1998, cuando se inició la introducción del concepto de atención postaborto en Guatemala, el incremento del número de hospitales donde tal atención estaba disponible aumentó de manera sostenida, como se muestra en la Figura 3.

De los 36 hospitales de la red nacional de salud

del MSPAS que prestan atención materno-infantil se capacitaron y dotaron de equipo de AMEU a 28 hospitales, además de un hospital capacitado por otra institución internacional, para un 80% de los hospitales en capacidad de prestar atención integral postaborto.

Al desagregar la disponibilidad de servicios APA por tipo de hospitales se encontró que la totalidad (100%) de los hospitales de referencia (dos) y regionales (siete) están en la capacidad de tratar el aborto incompleto con la técnica de AMEU y brindar consejería postaborto a las pacientes. Por otra parte, 94% de los hospitales de área (16 de 17) fueron capacitados en esta metodología para el

Figura 3
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE HOSPITALES
CAPACITADOS EN APA DE 2000 A 2002



abordaje integral del aborto incompleto. Debido a limitaciones presupuestarias, en los hospitales de distrito sólo se capacitó en APA a 4 de los 10 hospitales de este tipo. La distribución geográfica de disponibilidad es completa en virtud de contar con 100% de los hospitales del vértice de la pirámide de atención hospitalaria, todos los hospitales regionales y prácticamente todos los hospitales de área.

1.2. Número y porcentaje de personal de salud capacitado en atención postaborto

Otra forma de medir la disponibilidad de estos servicios es a través de determinar el número de personal de salud capacitado en APA. De 1998 a 2002 se capacitó en cada uno de los 28 hospitales un equipo de capacitadores formado por un o una especialista en ginecología y obstetricia o medicina general, un profesional de enfermería y otro de trabajo social. En los hospitales de Antigua Guatemala, Coatepeque, Chimaltenango, Huehuetenango, Nebaj, Quetzaltenango, Salamá, San Benito Petén y San Juan de Dios se replicó la capacitación a personal del hospital.

La capacitación se focalizó en el concepto de APA haciendo énfasis en la práctica correcta de la aspiración manual endouterina y en consejería postaborto y planificación familiar. El Cuadro 2 resume el número de personal de salud, desagregado por posición.

En 17 hospitales se capacitó a 538 profesionales de salud en consejería, distribuidos en 56.3%

Cuadro 2
PERSONAL CAPACITADO EN LOS HOSPITALES
DE LA RED NACIONAL DE GUATEMALA EN
CONSEJERÍA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR
POSTABORTO EN 2002

Personal	Consejería		Planificación familiar	
	Número	%	Número	%
Ginecólogos y obstetras	36	6.69	39	8.64
Médicos generales	42	7.80	53	11.75
Enfermeras profesionales	72	13.38	63	13.96
Enfermeras auxiliares	303	56.31	246	54.5
Trabajadores sociales	11	2.04	13	2.88
Residentes	43	7.99	27	5.98
Internos	15	2.78	10	2.21
Total	538	100	451	100

para auxiliares de enfermería y 13% para enfermeras profesionales, que es el recurso humano más frecuente en los hospitales. En planificación familiar postaborto se capacitó a 451 personas en 18 hospitales, con una proporción similar. La diferencia de 87 personas corresponde a los profesionales de la salud que fueron capacitados en consejería postaborto pero no en planificación familiar.

1.3. Número y porcentaje de procedimientos de aspiración manual endouterina

El número de hospitales que realizan procedimientos de AMEU ha aumentado rápidamente en tres años. En 2000, sólo un hospital realizó procedimientos de AMEU, cifra que aumentó a 9 hospitales en 2001; y en el 2002, 20 hospitales (56%) de los 36 hospitales a nivel nacional ofrecieron AMEU, lo que corresponde a 69% de los 29 hospitales que recibieron capacitación en AMEU. El Cuadro 3 enumera todos los hospitales que realizaron un total de 684 procedimientos de AMEU en 2002, un aumento de 24% en comparación con el año anterior (550 procedimientos). En 17 hospitales, aumentó el número de procedimientos de AMEU realizados.

Los hospitales que realizaron la mayor cantidad de procedimientos de AMEU son el Hospital General San Juan de Dios, con 137 procedimientos,

Cuadro 3
NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS
DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA
REALIZADOS POR HOSPITALES QUE
FORMAN LA RED NACIONAL HOSPITALARIA
DE GUATEMALA

	2000	2001	2002	Total
Hospitales de referencia				
General San Juan de Dios	0	255	137	392
Roosevelt	0	0	0	0
Hospitales regionales				
Escuintla	15	24	3	42
Cuilapa	-	0	0	0
Quetzaltenango	0	22	46	68
Mazatenango	-	73	92	165
Cobán	0	40	85	125
San Benito	-	0	0	0
Zacapa	-	-	23	23
Hospitales de área				
Amatitlán	-	-	-	-
Guastatoya	-	9	12	21
Antigua Guatemala	-	-	46	46
Chimaltenango	-	0	17	17
Tiquisate	-	-	20	20
Sololá	-	0	23	23
Totonicapán	-	86	17	103
Coatepeque	-	38	99	137
Retalhuleu	-	-	4	4
San Marcos	-	-	0	0
Huehuetenango	0	0	0	0
Santa Cruz del Quiché	-	0	0	0
Salamá	-	3	12	15
Puerto Barrios	-	0	0	0
Chiquimula	-	-	0	0
Jalapa	-	-	4	4
Jutiapa	-	0	14	14
Hospitales de distrito				
Malacatán	-	-	6	6
San Pedro Necta	-	-	-	-
Uspantán	-	0	20	20
Joyabaj	-	0	0	0
Nebaj	-	0	4	4
Ixcán	-	-	-	-
Fray Bartolomé de las Casas	-	-	-	-
Melchor de Mencos	-	-	-	-
Poptún	-	-	-	-
Sayaxché	-	-	-	-
Total	15	550	684	1249

(-): No capacitado.

y en el interior del país el Hospital de Coatepeque con 99, Mazatenango con 92, y Cobán con 85 procedimientos. De hecho, sólo cuatro hospitales incluyen el 60% de todos los procedimientos de AMEU realizados.

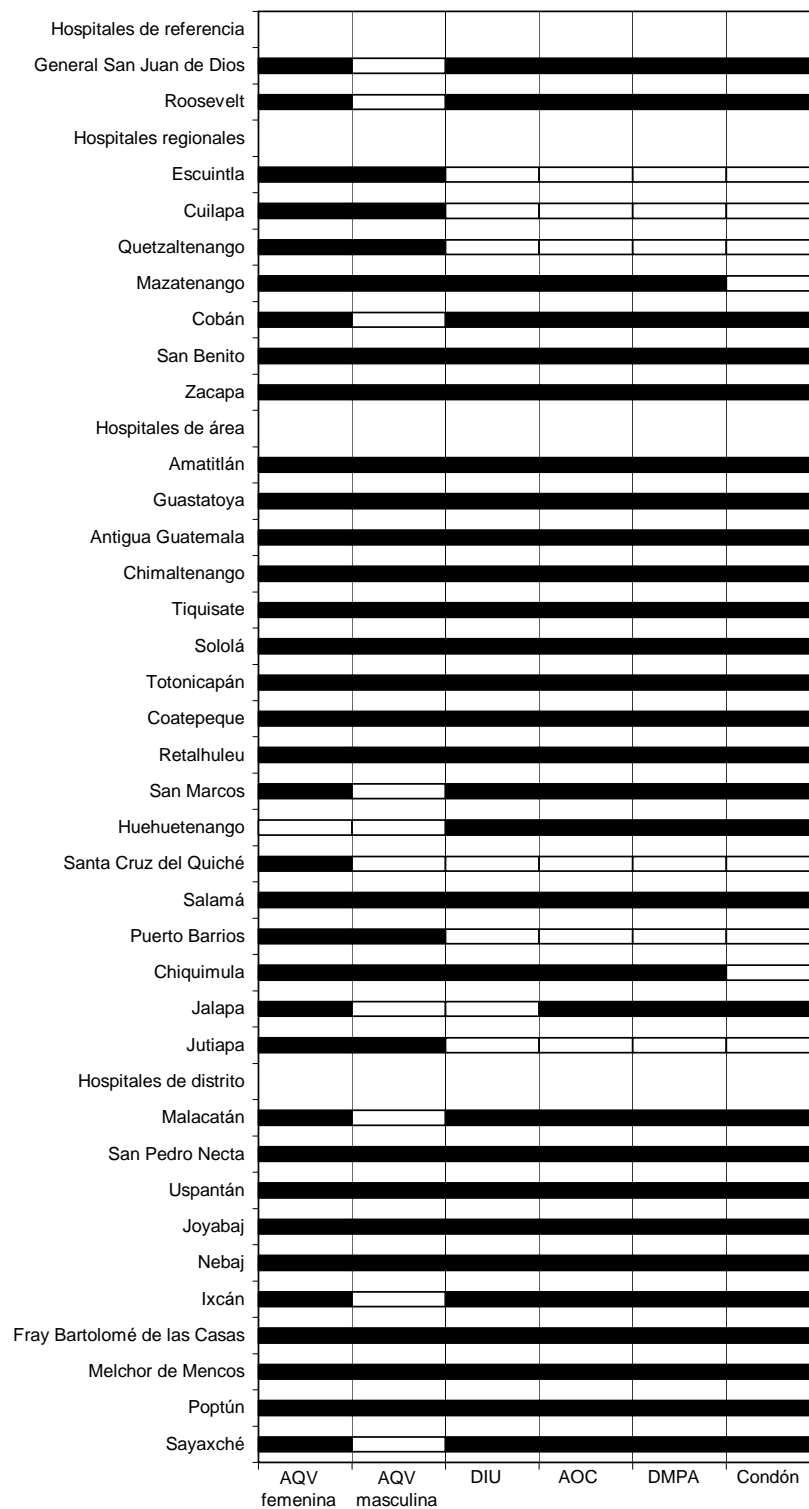
Antes de la introducción de AMEU todos los abortos incompletos se trataban con la técnica de legrado instrumental uterino u otras técnicas para gestaciones mayores. Para los abortos de menos de 13 semanas, ahora se recomienda usar la técnica de AMEU. Sin embargo, actualmente no es posible calcular el porcentaje de los abortos menores de 13 semanas tratados con AMEU debido a que los hospitales no registran sistemáticamente la edad gestacional de los abortos.

1.4. Disponibilidad de anticoncepción y planificación familiar en la red hospitalaria

Durante la evaluación se tomó en cuenta la capacidad de los hospitales de practicar procedimientos de anticoncepción irreversible y la existencia de métodos de planificación familiar reversibles. En cuanto a los métodos permanentes se encuentra la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) femenina (ligadura de las trompas de Falopio por laparoscopia o minilaparotomía) y la AQV masculina (ligadura de los conductos deferentes, vasectomía con o sin incisión). En cuanto a los métodos modernos reversibles de planificación familiar disponibles en el sistema gubernamental de salud está el dispositivo intrauterino (DIU) con un revestimiento de 380 mm¹⁷ de cobre; hormonal inyectable de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona; hormonales orales combinados con 0.3 mg de norgestrel y 0.03 mg de etinil estradiol; y condón lubricado, tipo 1, clase A, estilo 3, talla 1.

En términos generales y en relación con los hospitales de referencia se encontró que únicamente tienen la capacidad de realizar anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina pero no masculina; en referencia a los métodos reversibles tiene existencia de toda la gama, como lo muestra la Figura 4.

Figura 4
DISPONIBILIDAD DE ANTICONCEPCIÓN Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN LOS HOSPITALES QUE FORMAN LA RED NACIONAL HOSPITALARIA DE GUATEMALA



■ : método disponible; □ : método no disponible; AQV: anticoncepción quirúrgica voluntaria; DIU: dispositivo intrauterino; AOC: anticonceptivos orales combinados; DMPA: acetato de medroxiprogesterona de depósito (Depo-Provera®).

V.

SITUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN POSTABORTO SEGÚN ELEMENTOS CRÍTICOS EVALUADOS EN LA RED NACIONAL HOSPITALARIA DE GUATEMALA

1. HOSPITALES DE REFERENCIA

Ninguno de los hospitales de referencia alcanzó una calificación igual o mayor a 80% de calidad obtenida en los diferentes pilares de la atención postaborto. Esta evaluación demuestra cómo el hospital Roosevelt obtuvo mejores criterios de calidad para el pilar de tratamiento (77%) comparado con el hospital General San Juan de Dios que obtuvo un 53%. Así también el pilar de anticoncepción y planificación familiar fue mejor para el hospital Roosevelt que para el hospital General San Juan de Dios (56 vs. 28%), siendo muy parecida su calificación para el pilar de consejería. Es importante resaltar que ambos hospitales presentan una calificación de cero para los pilares de vínculos con otros servicios de salud reproductiva dentro del propio hospital, así como del trabajo que realizan con la comunidad en la prevención de embarazos no deseados y manejo de las complicaciones en el postaborto. El Cuadro 4 presenta las proporciones alcanzadas para cada grupo de hospitales.

2. HOSPITALES REGIONALES

Los siete hospitales evaluados presentan diferente proporción en los criterios de calidad para cada pilar de atención postaborto. Para el pilar de tratamiento existe un hospital (San Benito) que presenta un 9% de puntuación en los criterios de calidad alcanzados y los hospitales de Cuilapa y Cobán que presentan una calificación de 49%. En el pilar de consejería cuatro hospitales presentan una calificación de cero (Escuintla, Mazatenango, San Benito y Zacapa) los tres restantes con proporciones

de 50% ó menos, sin embargo en el pilar de anticoncepción y planificación familiar el más bajo en su calificación para los criterios de calidad de este pilar es el hospital de Escuintla (27%) mientras que un hospital presenta el 59% (Cuilapa) y los hospitales de Quetzaltenango, Mazatenango y Cobán presentan 62, 63 y 62% respectivamente. El hospital de San Benito presenta el 75% de calificación alcanzada, mientras que el hospital de Zacapa presenta un 95% de cumplimiento en este pilar de la APA, sin embargo hay que notar que ambos hospitales tienen una calificación de cero en el pilar de consejería, lo que pone en duda la calidad en la oferta de métodos de planificación familiar. Según la presente evaluación con los diferentes criterios utilizados para determinar la calidad en el pilar de vínculos con otros servicios de salud reproductiva de aquellas pacientes que acuden al hospital por un problema de aborto, cuatro hospitales presentan calificación mayor del 80% (Escuintla, Quetzaltenango, Mazatenango y Zacapa), un hospital con 67% (Cobán) y dos hospitales con 50% de calificación (Cuilapa y San Benito). Para los hospitales regionales el pilar del trabajo con la comunidad en el tema de APA presenta mayores diferencias entre los hospitales. Un hospital presentó una calificación de 11% (San Benito), mientras que dos presentan un 44% (Escuintla y Cobán), Cuilapa con 56% y Quetzaltenango, Mazatenango y Zacapa con un 67% de calificación.

3. HOSPITALES DE ÁREA

Los 17 hospitales de área también presentan resultados diferentes. Para el pilar de tratamiento, así como hay un hospital (San Marcos) que presenta

una calificación de 4%, el hospital de área que presentó la mayor calificación fue el de Salamá con 76%. Es interesante encontrar que el 41% de los hospitales de área presentaron una calificación de

cero en el pilar de consejería. Sin embargo, la mayoría de estos hospitales presentan calificaciones adecuadas en el pilar de planificación familiar postaborto, lo que demuestra que la relación entre

Cuadro 4
PROPORCIÓN ALCANZADA SEGÚN CRITERIOS DE CALIDAD EVALUADOS
EN LA RED NACIONAL HOSPITALARIA DE GUATEMALA PARA CADA PILAR
ESTUDIADO EN LA ATENCIÓN POSTABORTO, ENERO 2003
(Proporción de calidad obtenida)

	Tratamiento*	Consejería	Anticoncepción y planificación familiar	Vínculos	Comunidad
Hospitales de referencia					
General San Juan de Dios	53	58	28	0	0
Roosevelt	77	57	56	0	0
Hospitales regionales					
Escuintla	10	0	27	83	44
Cuilapa	49	30	59	50	56
Quetzaltenango	58	43	62	83	67
Mazatenango	24	0	63	100	67
Cobán	49	50	62	67	44
San Benito	09	0	75	50	11
Zacapa	18	0	95	100	67
Hospitales de área					
Amatitlán	14	0	72	67	0
Guastatoya	23	0	78	100	75
Antigua Guatemala	36	33	100	100	63
Chimaltenango	13	0	94	67	0
Tiquisate	46	57	61	100	13
Sololá	43	40	83	100	63
Totonicapán	57	96	89	67	0
Coatepeque	45	33	72	100	50
Retalhuleu	36	0	67	100	13
San Marcos	04	67	39	67	0
Huehuetenango	31	61	28	33	13
Santa Cruz del Quiché	22	0	11	0	0
Salamá	76	61	72	67	100
Puerto Barrios	05	0	22	0	0
Chiquimula	28	0	78	100	13
Jalapa	62	96	39	67	83
Jutiapa	23	67	61	67	13

(*) Ver características críticas de cada pilar en el Cuadro 1 para determinar la calidad de la atención en atención postaborto.

estas dos variables no es clara, ya que se hace difícil que haya instituciones de salud que no ofrezcan consejería durante la atención de una paciente con aborto incompleto, pero que ofrezcan métodos de planificación familiar postaborto. Por otra parte el pilar de vínculos con otros servicios de salud reproductiva intra hospitalarios al parecer se presenta con los criterios de calidad evaluados en este estudio en el 41% de los hospitales. Finalmente el 35% de los hospitales de área no tienen ningún tipo

de trabajo con la comunidad referente al tema de los embarazos no deseados y la presencia del aborto realizado en condiciones de riesgo. Únicamente el hospital de Salamá presenta este tipo de relación (100%), cinco hospitales calificaron con un 13% de criterios de calidad (Tiquisate, Retalhuleu, Huehuetenango, Chiquimula y Jutiapa), Coatepeque (50%), Sololá y Antigua, Guatemala con 63% y finalmente Guastatoya con 75%.

CONCLUSIONES

A principios de la década de los noventa, una mujer que consultaba por aborto incompleto en los hospitales de referencia de Guatemala con seguridad recibía, bajo anestesia general, un tratamiento quirúrgico conocido como legrado instrumental uterino (LIU), egresaba hasta 48 horas después del tratamiento, sin consejería, ni información sobre métodos anticonceptivos. Durante los últimos años se han hecho esfuerzos para que hoy, una mujer en la misma situación pueda recibir una **atención más humana** por personal de salud capacitado en el concepto de atención postaborto y que esto se aplique en toda la red hospitalaria de la República de Guatemala.

Desde finales de los noventa y principios del año 2000 la red de servicios hospitalarios de Guatemala ha presentado un incremento sostenido en el desarrollo e implementación del concepto de atención postaborto. Esta evaluación demuestra que a enero del año 2003 toda la red hospitalaria del país ha introducido una técnica nueva para el manejo de las pacientes con complicaciones por aborto incompleto. Así también, que los aspectos de consejería, anticoncepción y planificación familiar son parte del trabajo diario de todos los hospitales nacionales.

Esta evaluación también demuestra que el concepto de capacitar-capacitadores tiene un impacto moderado en este tipo de proyectos. Para el año

2002, únicamente el 73% de los equipos capacitados fue capaz de replicar el conocimiento sobre atención postaborto en sus respectivos hospitales, al ser evaluado por el número de procedimientos de aspiración manual endouterina que se realizaron. Sin embargo antes de este proyecto en todos estos hospitales no se realizaba este procedimiento, ni se conocía el concepto de atención postaborto.

A pesar de la introducción de la aspiración manual endouterina y del aumento en el número de procedimientos realizados en la red hospitalaria del país, todavía falta mucho por hacer; muchos hospitales, a pesar de que las pacientes cumplen los requisitos necesarios para la realización de la aspiración manual endouterina, aún siguen realizando procedimientos de legrado instrumental uterino en pacientes con aborto incompleto menor de 13 semanas y se carece de un sistema que registre rutinariamente la edad gestacional de cada paciente ingresada a la red hospitalaria del país.

El mismo análisis puede hacerse al evaluar la disponibilidad de anticoncepción y métodos de planificación familiar en los hospitales que forman la red nacional hospitalaria de Guatemala. Aunque esta información se refiere a la disponibilidad de métodos, falta evaluar en forma más específica la utilización de los mismos por las pacientes postaborto antes del egreso hospitalario. Otro de los aspectos observados durante este proyecto ha sido

la creación del personaje de “consejera” postaborto en los hospitales capacitados. La idea tradicional de usar a la «consejera» para capacitar enfermeras o trabajadoras sociales se entendió como que sólo estas últimas podían ofrecer las consejerías postaborto, cuando en realidad se trata de una visión más amplia, en donde este personal transmite los conceptos básicos de consejería para que cualquiera profesional de la salud sea capaz de transmitir el conocimiento en los hospitales. Información detallada sobre este aspecto será presentada en un futuro próximo.

Por último, utilizando criterios de calidad que fueron desarrollados para este proyecto e independientemente de las proporciones alcanzadas en la evaluación, estos datos demuestran que a principios del año 2003, el programa de atención postaborto era reconocido como uno de los más importantes por los directores de toda la red nacional de hospitales, jefes de servicio de ginecología y obstetricia, la dirección de enfermería y de trabajo social. Así también, utilizando personal especializado e instrumentos de seguimiento sencillos se trató de evitar el uso de medios demasiado minuciosos y voluminosos, que consumieran mucho tiempo y esfuerzo para recabar la información.

Es necesario que para poder supervisar la calidad de la atención postaborto todo el personal de salud del hospital, y específicamente el personal del servicio de obstetricia, conozca los principios básicos de la calidad de atención a la salud, las diferentes estrategias para lograrla y se involucre

en un programa de gestión de la calidad para lograr la mejoría continua de la calidad de la atención postaborto.

Encontrar el modelo ideal para evaluar la calidad de la atención postaborto es quizás utópico. Sin embargo, esta publicación muestra el diseño de un instrumento más actualizado, utilizando lo mejor de otros instrumentos ya elaborados y que pueda servir como un medio sencillo y práctico para evaluar holísticamente los esfuerzos que todo el personal realice para la mejoría de la calidad de la atención a la salud que reciben las pacientes en el periodo postaborto.

Este intento de evaluar los criterios de calidad alcanzados por la red nacional hospitalaria de Guatemala para cada pilar de la atención postaborto es sólo el primer paso en esta dirección. La siguiente fase del proyecto a realizarse durante el año 2004, nos permitirá no sólo fortalecer e institucionalizar el concepto de atención postaborto en la red nacional de hospitales sino determinar indicadores más precisos que permitan evaluar este tipo de proyectos con una cobertura a nivel nacional. Guatemala no sólo ha hecho avances en el trato humanizado de la mujer con complicaciones por aborto que asisten a la red nacional hospitalaria del país, sino también está dando pasos firmes en tratar de disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna aún existentes en el país. Al final, la mujer guatemalteca, ha sido la más beneficiada con este tipo de estrategia.

REFERENCIAS

1. Bertrand, J.T. y Escudero, G. «III.I. Postabortion care». En: *Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs*. Measure Evaluation Manual Series, No.6, Volume 2. Measure Evaluation. Chapel Hill: 2002.
2. Bertrand, J.T. y Escudero G. «II.H.2. Quality of care». En: *Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs*. Measure Evaluation Manual Series, No.6, Volume 1. Measure Evaluation, Chapel Hill, 2002.
3. Bruce, J. «Fundamental elements of quality of care: a simple framework». *Studies in Family Planning 21*, No. 2, 1990: 61-91.
4. Cobb, L. *et al.* Global Evaluation of USAID's Postabortion Care Program. The Population Technical Assistance Project; Washington, DC, October 2001. (POPTECH Publication Number 2001-024-007).
4. *Complicaciones del aborto, directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra: OMS, 1995.
5. Creel, L.C., Sass, J.C. y Yinger, N.V. *Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad*. Washington, DC: Population Council, Population Reference Bureau, 2002.
6. Federación Centroamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. *Consenso centroamericano sobre la utilización de procedimientos quirúrgicos para la evacuación uterina del aborto incompleto*. Guatemala: FECASOG, 2002 (Versión 3, 23 de abril de 2002).
7. Ferrell, B. *A Critical Elements Approach to Developing Checklists for a Clinical Performance Examination*. MEO 1996: 1:5.
8. Gebreselassie, H. and T. Fetters. 2002. Responding to unsafe abortion in Ethiopia: A facility-based assessment of postabortion care services in public health sector facilities in Ethiopia. Chapel Hill, NC, IPAS.
9. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. *Protocolos de salud reproductiva*. Guatemala: MSPAS, 2003.
10. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. *Lineamientos y normas de salud reproductiva*. Guatemala: MSPAS, 2002.
11. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. *Informe final: línea basal de la mortalidad materna para el año 2000*. Guatemala: MSPAS, 2003.
12. IPAS, *Elementos esenciales de la atención post-aborto*, 1991.
13. Leonard, A.H. y Winkler, J. «A quality of care framework for abortion care». *Advances in Abortion Care 1*, No. 1, 1991.
14. Measure Evaluation. *Quick Investigation of Quality (QIQ) A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning*. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 2. MEASURE Evaluation. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. February 2001.
15. Postabortion Care Consortium. *Essential Elements of Postabortion Care: an Expanded and Updated Model*. Postabortion Care Consortium, July 2002.
16. Proyecto Atención Postaborto (APA), Segunda Fase llevada a cabo en Guatemala período comprendido de enero a junio 2002. CIESAR. Documento interno.
17. *Report of the International Conference on Population and Development*, Cairo, 5-13 September 1994.
18. Santana, F.; Sloan, N.L.; Schiavon, R. *et al.* *Guidelines and instruments for monitoring and evaluation of postabortion care services*. Electronic Version 1.0, The Population Council, 2000.
19. Tamara and Toyin Jolayemi. *The Hidden Emergency: A Facility-based Assessment of Post abortion Care Services in Public Health Sector Facilities in Northern Nigeria*. Chapel Hill, NC, 2002, IPAS.

GUÍAS DE SUPERVISIÓN

GUÍA DE SUPERVISIÓN ATENCIÓN POSTABORTO ELEMENTO: TRATAMIENTO

1. ¿Existen normas o criterios estandarizados a nivel de la dirección de la unidad para la selección de la técnica de evacuación endouterina?

SI

NO

(Entrevista, revisión de documentos)

2. ¿Existen normas o criterios estandarizados a nivel de la dirección de la unidad para el uso de analgésicos y anestésicos para la evacuación endouterina?

SI

NO

(Entrevista, revisión de documentos)

3. ¿Existen normas o criterios estandarizados a nivel de la dirección de la unidad sobre la bioseguridad del personal (uso de guantes estériles, batas, gorros cubrebocas, lentes, manejo de instrumental, manejo de desechos etc.?)

SI

NO

(Entrevista, revisión de documentos)

4. ¿Existe evidencia escrita de algún comunicado al personal de salud sobre la importancia que la dirección de la unidad le da al modelo de APA?

SI

NO

(Entrevista, revisión de documentos)

5. ¿Existe un curso formal, teórico y práctico, sobre APA para el personal de salud con una duración de por menos 20 horas?

SI

NO

(Entrevista, revisión de documentos)

6. ¿Existe un curso formal teórico y con práctica supervisada de al menos cinco casos de AMEU, dirigido a personal médico?

SI

NO

(Entrevista, revisión de documentos)

7. Los cursos formales sobre técnicas de evacuación endouterina, están programados:
Cada tres meses (excelente / bueno)
Cada seis meses (regular)
Cada año (malo)

8. ¿La dirección de la unidad tiene establecido algún tipo de informe –diario, semanal o mensual– sobre la técnica utilizada para la evacuación endouterina?
- SI NO
(Entrevista, revisión de documentos)
9. ¿Existe o conoce la dirección de la Unidad algún estudio que se haya realizado sobre el costo beneficio de las diferentes técnicas de evacuación endouterina?
- SI NO
(Entrevista, revisión de documentos)
10. ¿Existe algún comunicado escrito de la dirección de la Unidad dirigido a la comunidad, ofreciendo que la unidad presta servicios de APA?
- SI NO
(Entrevista, revisión de documentos)
11. ¿La Dirección de la Unidad lleva un control mensual o anual de la proporción (%) de uso de las diferentes técnicas de evacuación endouterina?
- SI NO
(Entrevista, revisión de documentos)
12. ¿Lleva La Dirección de la Unidad un control mensual o anual de la morbi-mortalidad materna derivada de la APA?
- SI NO
(Entrevista, revisión de documentos)
13. ¿Existen orientaciones adecuadas y fáciles de comprender hacia dónde tiene que ir una usuaria cuando llega a la unidad con un aborto incompleto?
- SI NO
(Observación de entrevista a usuarias)
14. ¿Es confortable la sala de espera para los estándares de esa población (limpieza, condiciones de los muebles o sillas, iluminación, temperatura ambiente sanitarios con agua y papel etc.?)
- SI NO
(Observación de entrevista a pacientes)
15. ¿El ambiente donde se realiza la evaluación clínica inicial de la paciente tiene condiciones mínimas de higiene y privacidad auditiva y visual (separación por sábanas, biombos o paredes; vestidores con sanitarios, agua y papel, manejo bajo del volumen de la voz etc.?)
- SI NO
(Observación de entrevista a pacientes)

16. ¿El ambiente en que permanece la paciente antes del procedimiento, es adecuado a su condición clínica (camilla, cama de hospitalización, habitación iluminada, adecuada temperatura, posibilidad de vigilancia, baño, etc.)?

SI

NO

(Observación de entrevista a pacientes)

17. ¿Existen condiciones mínimas para garantizar el lavado de manos del personal de salud antes y después del examen clínico?

SI

NO

(Observación)

18. ¿Existe personal de salud competente para realizar la evaluación clínica y autorizar el ingreso de una paciente con aborto incompleto en cualquier momento del día, todos los días del año?

SI

NO

(Observación, entrevista a otros profesionales de la salud)

19. ¿Existe personal de salud competente para realizar la técnica de AMEU en cualquier momento del día, todos los días del año?

SI

NO

(Observación, entrevista a directivos, a otro personal de salud, revisión del libro de registro)

20. ¿Existe personal de salud competente para realizar otras técnicas de evacuación endouterina en cualquier momento del día, todos los días del año?

SI

NO

(Observación, entrevista a directivos, a otro personal de salud, revisión del libro de registro)

21. ¿Existe personal médico competente para detectar y atender las complicaciones derivadas de un aborto en cualquier momento del día, todos los días del año?

SI

NO

(Observación, entrevista a directivos, a otro personal de salud, revisión del libro de registro, expedientes clínicos)

22. ¿Existe un área disponible y adecuada (limpia, iluminada, privada y con elementos básicos de seguridad para la paciente) para realizar la evacuación endouterina independiente de la sala de operaciones?

SI

NO

(Observación, entrevista a directivos, a otro personal de salud)

23. ¿Permiten las instalaciones del área de quirófano (salas de operaciones) que las usuarias con aborto incompleto reciban una atención oportuna al igual que las usuarias de parto o cesárea?

SI

NO

(Observación, entrevista a directivos, a otro personal de salud)

24. ¿El equipo médico (camilla, mesa ginecológica, lámpara, estetoscopio, tensiómetro o baumanómetro, etc.) y materiales (guantes, gasas, soluciones, etc.) que se requieren para una evaluación clínica de emergencia (examen físico general y evaluación ginecológica), son:

Suficientes

Insuficientes

Se encuentran en condiciones:

Excelentes / buenas

Regulares

Malas

(Observación, entrevista a directivos, a otro personal de salud)

25. ¿El equipo médico, materiales y medicamentos (analgésicos, anestésicos, antibióticos, equipos de venoclisis, soluciones I.V. etc.), que se requieren para la realización de la evacuación endouterina con AMEU/LUI, son suficientes?

SI

NO

Se encuentran en condiciones:

Excelentes / buenas

Regulares

Malas

(Observación, entrevista a directivos, a otro personal de salud)

26. ¿Es suficiente el instrumental (elementos plásticos y metálicos indispensables) para realizar la AMEU?

SI

NO

Se encuentra en condiciones:

Excelentes / buenas

Regulares

Malas

(Observación, entrevista al personal de salud que realiza los procedimientos de evacuación endouterina)

27. ¿Es suficiente el instrumental metálico que se requiere para realizar un legrado uterino instrumental (LUI)?

SI

NO

Se encuentra en condiciones:

Excelentes / buenas

Regulares

Malas

(Observación, entrevista al personal de salud que realiza los procedimientos de evacuación endouterina)

28. ¿Existe un libro de registro de procedimientos de evacuación endouterina?

SI

NO

(Observación, entrevista al personal de salud que realiza los procedimientos de evacuación endouterina)

¿El libro de registro contiene los siguientes datos básicos?

● Nombre o siglas de la paciente, usuaria:

SI

NO

● Fecha y hora del procedimiento:

SI

NO

- Edad: SI NO
- Gestas, partos cesáreas y abortos: SI NO
- Fecha última menstruación (FUM): SI NO
- Tamaño del útero antes del procedimiento: SI NO
- Técnica de analgesia / anestesia utilizada: SI NO
- Complicaciones tras-operatorias: SI NO
- Referencia a _____: SI NO
- Fecha y hora de egreso de sala de procedimiento: SI NO

29. ¿Se realizan las tres fases de la atención post-aborto (pre-procedimiento, procedimiento, post-procedimiento) en una misma área de la unidad?

SI NO

(Observación, entrevista al personal de salud que realiza los procedimientos de evacuación endouterina)

30. ¿A todas las pacientes que ingresaron para atención post-aborto se les elaboró una historia clínica antes del procedimiento de evacuación endouterina?

SI NO

(Observación, entrevista al personal de salud que realiza los procedimientos de evacuación endouterina)

31. ¿Las pacientes con aborto incompleto no complicado recibieron alguna medicación para disminuir el dolor antes del procedimiento, si no existía contraindicación médica?

SI NO

(Observación, entrevista al personal de salud que realizó los procedimientos de evacuación endouterina, revisión de expediente clínico)

32. ¿El profesional de la salud que efectuó el procedimiento de evacuación endouterina, saludó y se identificó antes de iniciar la atención de la paciente?

SI NO

(Observación, entrevista al personal de salud que realiza los procedimientos de evacuación endouterina)

- ¿Evaluó su estado clínico antes de intervenir? SI NO
- ¿Indagó y satisfizo las necesidades de información de la paciente? SI NO
- ¿Empleó un lenguaje claro y entendible para la paciente? SI NO
- ¿Antes de iniciar el procedimiento informó a la paciente en que consistía dicho procedimiento, las maniobras que iba a realizar y los medicamentos que recibiría y sus posibles efectos? SI NO
- ¿Solicitó a la paciente que firmara el consentimiento informado? SI NO
- ¿Realizó un examen pélvico antes de pasar a la paciente a la sala de procedimientos? SI NO

- ¿Verificó que en la sala de procedimientos se tuviera disponible todo el instrumental, los materiales y medicamentos que iba a requerir así como sus condiciones? SI NO
 - ¿Valoró junto con el anesthesiólogo (si existe), el tipo de manejo y medicamentos para el dolor que se usarían durante el procedimiento? SI NO
(Observación, entrevista a otro personal de salud que participa en los procedimientos de evacuación endouterina)
33. ¿El personal de salud indagó y satisfizo las necesidades mínimas de confort de la paciente (limpieza, temperatura ambiental, ropa adecuada, necesidades fisiológicas)?
- SI NO
(Observación, entrevista al personal de salud que participó en el procedimiento de evacuación endouterina)
34. ¿El personal de salud respetó las normas de bioseguridad?
- SI NO
(Observación, entrevista a otro personal de salud que realiza procedimientos de evacuación endouterina)
35. ¿El profesional de la salud que efectuó el procedimiento de evacuación endouterina, mostró habilidad para realizar la técnica seleccionada?
- SI NO
(Observación, entrevista a otro personal de salud que realiza procedimientos de evacuación endouterina)
36. ¿El profesional de la salud que efectuó la aspiración manual endouterina (AMEU), se apegó al protocolo de evaluación clínica de la técnica de AMEU (se anexa el protocolo) en el?
- 100-80% 79-60% < 60%
(Observación, entrevista a otro personal de salud que realiza procedimientos de evacuación endouterina)
37. ¿El profesional de la salud que efectuó el procedimiento de evacuación endouterina, mostró habilidad para resolver las dificultades técnicas durante el procedimiento?
- SI NO
(Observación, entrevista a otro personal de salud que realiza procedimientos de evacuación endouterina)
38. ¿El profesional de la salud que efectuó el procedimiento de evacuación endouterina, logró brindarle confianza y seguridad a la paciente, en una forma?
- Excelente / buena Regular Mala

39. ¿El profesional de la salud que efectuó el procedimiento de evacuación endouterina indagó y satisfizo las necesidades de información de la paciente durante el procedimiento?

SI

NO

- ¿Explicó a la paciente el resultado del procedimiento? SI NO
- ¿Realizó la descontaminación inicial del instrumental de AMEU/LUI? SI NO
- ¿Envió a Patología el tejido obtenido si así se requería? SI NO
- ¿Explicó a la pareja (con consentimiento de la paciente) el resultado del procedimiento? SI NO
- ¿Anotó correctamente los datos básicos del procedimiento en el expediente? SI NO
- ¿Anotó correctamente los datos básicos del procedimiento el libro correspondiente? SI NO

(Observación, entrevista a otro personal de salud que realiza procedimientos de evacuación endouterina)

40. ¿El personal de sala de procedimiento cumple con los principios de bioseguridad al procesar el instrumental (descontaminación inicial, limpieza, desinfección de alto nivel o esterilización y desecho de residuos) de AMEU/LUI?

SI

NO

(Observación, entrevista a otro personal de salud que realiza procedimientos de evacuación endouterina)

41. ¿El personal de salud vigila a la paciente (toma de tensión arterial, temperatura, vigilancia del sangrado, etc.) durante al menos 15 a 30 min., en la sala de procedimientos antes de ser trasladada al área de recuperación?

SI

NO

(Observación, entrevista a otro personal de salud que realiza procedimientos de evacuación endouterina)

42. ¿El egreso de una paciente post-aborto se puede realizar a cualquier hora del día, todos los días del año?

SI

NO

(Observación, entrevista a personal de salud que realiza la APA, revisión de documentos)

43. ¿El tiempo promedio transcurrido entre la llegada de la paciente a la unidad y el inicio de su atención por un profesional de salud fue igual o menor a 30 minutos?

SI

NO

(Observación, revisión de documentos)

44. ¿El tiempo promedio transcurrido entre el inicio de la atención y el momento en que se realizó el procedimiento de evacuación endouterina a mujeres con abortos incompletos no complicados fue igual o menor a 2 horas?

SI NO
(Observación, revisión de documentos)

45. ¿El tiempo transcurrido entre la salida de la sala de procedimientos y el alta hospitalaria, en pacientes con aborto incompleto no complicado fue entre 2 y 4 horas o menos?

SI NO
(Observación, revisión de documentos)

46. ¿El porcentaje de utilización de la AMEU en relación con el LUI u otras técnicas quirúrgicas, en mujeres con úteros de tamaño correspondiente a 12 semanas o menos, en el último año es de?

0-19% 20-39% 40-59% 60-<%
(Revisión de documentos, registros)

47. ¿Los profesionales de salud que realizan la AMEU, perciben que existen ventajas en relación con el LUI?

SI NO
(Entrevista)

48. El personal de salud percibe que las ventajas de la técnica de AMEU son:

- Versatilidad de uso en diversos ambientes y niveles de atención: SI NO
- No requiere electricidad: SI NO
- Puede hacerse ambulatoriamente en una alta proporción de casos: SI NO
- Favorece el flujo de pacientes y optimización de los servicios: SI NO
- Favorece el tratamiento más personalizado y empático de la paciente: SI NO
- Reduce las complicaciones trans-operatorias: SI NO
- Tiene más eficacia: SI NO
- Reduce tiempos de espera para el procedimiento: SI NO
- Reduce el tiempo de recuperación: SI NO
- Eleva la cobertura anticonceptiva en el postaborto inmediato: SI NO
- Reduce costos para la paciente: SI NO
- Reduce costos hospitalarios: SI NO
- Otras (mencione): _____

49. El personal de salud que realiza la AMEU percibe que tiene las siguientes desventajas:

- Dificultad para conseguir el instrumental de AMEU: SI NO
- Alto costo del instrumental: SI NO
- Necesidad de mayor capacitación: SI NO

ATENCIÓN POST ABORTO

GUÍA DE SUPERVISIÓN

ELEMENTO: CONSEJERÍA

1. ¿Existe una política escrita de la Institución, Unidad sobre consejería en APA?

SI NO

(Revisión de documento, entrevista directivos, jefe de servicio)

2. ¿Existe una norma, protocolo o manual de procedimientos institucional (Unidad de salud) sobre consejería en APA?

SI NO

(Revisión de documento, entrevista directivos, jefe del servicio, jefa de enfermería, trabajo social)

3. ¿Existe un curso formal de capacitación en consejería?

SI NO

(Revisión de documentos)

4. ¿Cuánto personal capacitado en consejería tiene la Unidad en total y en el último año?

Tipo de personal:	Total		Último año	
	Número	%	Número	%
Médicos GO				
Enfermeras,				
Trabajadoras sociales				
Médicos generales				
Residentes				
Internos				
Estudiantes de medicina				
Otro personal				

(Revisión de documentos, registros, entrevista con jefe de enseñanza, jefes de servicio)

5. ¿Existe alguna entrevista preelaborada al momento del alta para medir la satisfacción de la paciente durante la consejería?

SI NO

(Observación del documento)

6. ¿Se registra la consejería sobre APA en la Unidad de salud?

SI NO

(Observación del documento, entrevista con el director, jefe de servicio, trabajo social)

7. ¿Se han identificado las necesidades de capacitación o insumos en consejería que tiene el personal?

SI

NO

(Entrevista con jefes de servicios-GO, enfermería, trabajo social. Si tiene oportunidad observe uno o varios casos de consejería a pacientes, si no es posible solicite o realice encuestas de salida a usuarias atendidas)

8. ¿Antes del procedimiento de evacuación endouterina, le informaron a la usuaria sobre su problema de salud?

SI

NO

(Observación, entrevista a usuaria)

9. ¿Antes de iniciar el procedimiento de evacuación endouterina, el profesional de salud que realizó la consejería le informó a la paciente en que consistía dicho procedimiento, las maniobras a realizar y los medicamentos que recibiría y sus posibles efectos?

SI

NO

(Observación, entrevista a pacientes, entrevista, a otro personal de salud)

10. ¿Cuando le informaron a la usuaria de su problema de salud y/o le hablaron de métodos anticonceptivos, lo hicieron respetando su privacidad?

SI

NO

(Observación, entrevista a usuaria)

11. ¿Le explicaron a la usuaria las diferentes alternativas disponibles en la Unidad para el tratamiento de su problema de salud, así como las ventajas y desventajas de cada uno de ellos?

SI

NO

(Observación, entrevista a usuaria)

12. ¿Le dieron a la usuaria la opción de escoger el (los) método(s) disponibles para su tratamiento, de acuerdo con las preferencias / necesidades expresadas por ella?

SI

NO

(Observación, entrevista a la usuaria, personal de salud)

13. ¿Le dieron a la usuaria la opción de seleccionar el tipo de analgesia, anestesia disponibles, de acuerdo a sus preferencias, necesidades, para antes, durante y después del procedimiento de evacuación endouterina?

SI

NO

(Observación, Entrevista a la usuaria, entrevista a otro personal de salud)

14. ¿El personal de salud que realizó la consejería dio a la usuaria suficiente información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, antes, durante o después del procedimiento de evacuación endouterina, para que la usuaria pudiera tomar una decisión bien informada?

SI

NO

(Observación, entrevista a la usuaria, entrevista a otro personal de salud)

15. ¿Alguna persona estuvo brindando apoyo emocional a la usuaria durante el procedimiento de evacuación endouterina?

SI

NO

(Observación, entrevista a usuaria)

16. ¿El personal de salud se identificó con la usuaria antes de iniciar la consejería y el procedimiento de evacuación endouterina?

SI

NO

(Observación, entrevista a usuaria)

17. ¿El personal de salud que realizó la consejería empleó un lenguaje claro y entendible para la usuaria?

SI

NO

(Observación, entrevista a la paciente, entrevista a otro personal de salud)

18. ¿El personal de salud que realizó la consejería utilizó técnicas respiratorias para relajación?

SI

NO

(Observación, entrevista a usuaria)

19. ¿El personal que realizó la consejería tomó en cuenta las necesidades de información de la paciente durante el procedimiento de evaluación endouterina?

SI

NO

(Observación, entrevista a la usuaria, a otro personal de salud)

20. ¿La paciente aceptó libremente un método anticonceptivo?

SI

NO

(Observación, entrevista a usuaria)

21. ¿El personal que realizó la consejería informó a la usuaria sobre la probabilidad que existe de volver a embarazarse en el siguiente ciclo menstrual?

SI

NO

(Observación, registros, entrevista a usuaria)

22. ¿Le informaron a la usuaria sobre otros servicios que pueden ser importantes para su salud sexual y reproductiva?

SI NO

(Observación, registros, entrevista a usuaria)

23. ¿El personal de salud que realizó la consejería mostró una actitud de respeto, de apoyo, de ayuda, de sinceridad, de empatía?

SI NO

(Observación, entrevista a usuaria)

24. ¿El personal de salud que realizó la consejería, en todo momento respetó el derecho de la usuaria a la confidencialidad, la toma de decisiones, así como su privacidad?

SI NO

(Observación, entrevista a paciente, entrevista a otro personal de salud)

25. ¿Mostró el personal que realizó la consejería un lenguaje corporal de interés genuino por el bienestar de la usuaria, de empatía, o de apoyo?

SI NO

(Observación, entrevista a otro personal de salud)

26. ¿El personal de salud que realizó la consejería, mostró congruencia entre su lenguaje verbal y no verbal?

SI NO

(Observación, entrevista a otro personal de salud)

27. ¿La usuaria se mostró suficientemente tranquila durante el procedimiento?

SI NO

(Observación, entrevista a la usuaria) (Establezca una escala del 1 a 10)

28. ¿Le informaron verbalmente y/o por escrito a la usuaria sobre las precauciones y signos de alarma después del procedimiento, que pudieran indicar una complicación y la necesidad de regresar a la Unidad?

SI NO

(Observación, registros, entrevista a la usuaria)

29. El personal que realiza la consejería, se siente satisfecho de su trabajo?

SI NO

(Observación, entrevista con personal)

30. Los comentarios de las pacientes acerca de la consejería son:

Excelentes / buenos: % ____ Regulares: % ____ Malos: % ____

ATENCIÓN POST ABORTO

GUÍA DE SUPERVISIÓN

ELEMENTO: ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. ¿Los Directivos de la Unidad incluyen oficialmente la planificación familiar post aborto inmediato como parte de la atención integral a la paciente con aborto incompleto?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos)

2. ¿Existen normas de planificación familiar disponibles en la Unidad?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos)

3. ¿Permiten las normas institucionales de la Unidad u hospital otorgar métodos temporales de planificación familiar en el post aborto inmediato?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos)

4. ¿Permiten las normas institucionales de la Unidad la realización de métodos permanentes de planificación familiar en el post aborto inmediato?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos)

5. ¿Está la anticoncepción de emergencia incluida en las normas de planificación familiar de la Unidad?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos)

6. ¿La Unidad tiene políticas que promuevan la existencia de una amplia gama de métodos anticonceptivos?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos)

7. ¿El personal de salud que realiza la APA, ha recibido un curso formal sobre anticoncepción post aborto?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos, a personal de salud)

8. ¿Cuánto es el total de personal capacitado en anticoncepción post aborto y cual en el último año?

Total capacitado			Capacitado en el último año		
Tipo de personal	No.	%	Tipo de personal	No.	%
Médico			Médico		
Residentes			Residentes		
Enfermeras			Enfermeras		
Trabajadores sociales			Trabajadoras sociales		
Otros			Otros		

9. ¿Están los profesionales de la salud que brindan la APA capacitados para la inserción del DIU inmediatamente después del procedimiento quirúrgico de evacuación endouterina?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos, personal de salud)

10. ¿Están los profesionales de la salud que brindan la APA capacitados para la realizar la oclusión tubaria bilateral (OTB), inmediatamente después del procedimiento quirúrgico de evacuación endouterina?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos, a personal de salud)

11. ¿Están los profesionales de la salud que brindan la APA capacitados para realizar implantes subdérmicos inmediatamente después del procedimiento quirúrgico de evacuación endouterina?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos, a personal de salud)

12. ¿Existe algún curso formal de capacitación continua en la Unidad, sobre anticoncepción post aborto?

SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos, a personal de salud)

13. ¿Cuenta la Unidad con una amplia gama de métodos anticonceptivos temporales disponibles en el área de APA?

● Orales:	SI	NO
Si es sí, menciónelos: _____		
● Orales:	SI	NO
● DIU	SI	NO
● Preservativos:	SI	NO
● Locales vaginales:	SI	NO
● Diafragma:	SI	NO
● Inyectables:	SI	NO

- Implantes: SI NO
 - Otros (mencione): _____
14. ¿Tiene la Unidad capacidad física para ofrecer métodos permanentes de planificación familiar?
- Oclusión tubaria bilateral: SI NO
 - Vasectomía SI NO
15. ¿Existe en la Unidad material de información, educación y comunicación (IEC) sobre anticoncepción post aborto, disponible en las áreas de APA?
- SI NO
(Revisión de documentos)
16. ¿Es adecuada la cantidad y la calidad del material de IEC para las necesidades de las usuarias de APA?
- SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a directivos)
17. ¿Respetan el personal de salud que otorgan los servicios de APA los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos?
- SI NO
(Revisión de documentos, historias clínicas, entrevistas a personal de salud)
18. ¿Respetan el personal de salud que otorgan los servicios de APA la elección del método que hacen las pacientes, en caso de que no exista contraindicación clínica?
- SI NO
(Revisión de documentos, entrevista a personal de salud, a pacientes)
19. ¿Cuál es la cobertura anticonceptiva en el post aborto inmediato cuando se realiza la AMEU?
- | | | | |
|-------|--------|--------|---------|
| 0-19% | 20-39% | 40-59% | 60% ó > |
|-------|--------|--------|---------|
20. ¿Cuál es la cobertura anticonceptiva en el post aborto inmediato cuando se realiza el legrado uterino instrumental (LUI)?
- | | | | |
|-------|--------|--------|---------|
| 0-19% | 20-39% | 40-59% | 60% ó > |
|-------|--------|--------|---------|
21. ¿Las pacientes refieren satisfacción por la información sobre los métodos anticonceptivos que recibieron por parte del personal que otorga la APA?
- SI NO
(Entrevista a pacientes)
22. ¿Las pacientes refieren estar satisfechas con el método que se les otorgó antes del alta?
- SI NO
(Entrevista a pacientes)

23. ¿Cuáles son los principales obstáculos encontrados para la provisión de métodos anticonceptivos antes del alta de la paciente?

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ● Carencia de métodos en el área de APA: | SI | NO |
| ● Carencia de métodos en la Unidad: | SI | NO |
| ● Aspectos administrativos
(precio, ubicación de los métodos fuera del área de APA etc.): | SI | NO |
| ● Falta de capacitación del personal: | SI | NO |
| ● Otros: _____ | | |

ATENCIÓN POSTABORTO

GUÍA DE SUPERVISIÓN

ELEMENTO:

VÍNCULOS CON OTROS SERVICIO DE SALUD REPRODUCTIVA

1. ¿Tiene la Unidad normas o convenios, para referir pacientes en período post aborto a otros servicios de salud reproductiva dentro o fuera de la Unidad?

SI

NO

(Entrevista a pacientes)

2. ¿Los profesionales de la salud conocen otros servicios de salud reproductiva a los cuales puedan ser enviadas las pacientes?

SI

NO

(Entrevista a personal de salud)

3. ¿Sabe el personal que realiza la APA que tiene la facultad de referir a una paciente a otros servicios de salud reproductiva?

SI

NO

(Entrevista a personal de salud, revisión de documentos)

4. ¿Detectó alguno de los profesionales de salud que realizó la APA que la paciente tiene otras necesidades de atención en salud reproductiva (durante la evaluación clínica o durante el proceso de la APA)?

SI

NO

(Observación, revisión de expediente clínico)

5. ¿Informó alguno de los profesionales de la salud que realizó la APA, a la paciente, de otras condiciones que afectan su salud reproductiva o su salud general?

SI

NO

(Observación, revisión de expediente clínico)

6. ¿Alguno de los profesionales de la salud que realizó la APA, refirió por escrito a la paciente (si lo requería y con su consentimiento) a alguno de los siguientes servicios de salud reproductiva?

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|----|----|
| ● Servicios de atención a la violencia familiar y/o sexual: | SI | NO |
| ● Detección y tratamiento de ITS: | SI | NO |
| ● Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino: | SI | NO |
| ● Detección de cáncer de mama: | SI | NO |
| ● Programas de detección de riesgo social de aborto: | SI | NO |
| ● Programa de adolescentes: | SI | NO |

- Servicio de infertilidad: SI NO
- Servicios de psicología: SI NO
- Otros (especificar): SI NO

(Revisión de expediente clínico)

7. ¿Alguno de los profesionales de salud que realizó la APA le dio por escrito a la paciente, la referencia a otro servicio o Unidad para seguir el control de su APA?

SI NO

(Revisión de expediente clínico, entrevista a paciente)

8. ¿Alguno de los profesionales de salud que realizó la APA le dio por escrito a la paciente la referencia a otro servicio o Unidad para seguir el control de su método anticonceptivo?

SI NO

(Revisión de expediente clínico, entrevista a paciente)

ATENCIÓN POSTABORTO

GUÍA DE SUPERVISIÓN

ELEMENTO: COMUNIDAD

1. ¿Existen normas o criterios estandarizados a nivel de la dirección de la unidad, para los programas dirigidos hacia la comunidad?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio)

2. ¿Existe en la dirección de la unidad un registro del perfil epidemiológico de las mujeres de su área de influencia que ingresan por aborto?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio)

3. ¿Existen convenios de APA, escritos, con alguna entidad de salud u otros grupos u organizaciones sociales en la comunidad de su área de influencia?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio)

4. ¿Existe algún tipo de registro donde las pacientes y la comunidad manifiesten si están conformes con la atención post aborto recibida?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio, entrevista a usuarias)

5. ¿Existe algún libro de registro de complicaciones y reingresos derivados de la técnica de evacuación endouterina?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a jefe de servicio, personal de salud)

6. ¿Existe algún registro de las muertes maternas por aborto?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio)

7. ¿Se realiza rutinariamente el análisis de los casos de muerte materna por aborto provenientes de su comunidad?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio)

8. ¿Es la admisión de la paciente independiente de sus posibilidades de pago (tarifas, servicios, procedimientos, medicamentos o cualquier otro requerimiento)?

SI

NO

(Observación, entrevista a pacientes, entrevista a personal de salud)

9. ¿Depende el inicio del procedimiento de evacuación endouterina solamente del estado clínico de la paciente y **NO** del pago previo de tarifas o compra de medicamentos?

SI

NO

(Observación, entrevista a pacientes, entrevista a personal de salud)

10. ¿Lleva a cabo la Unidad algún programa comunitario dirigido específicamente a la prevención de los embarazos no deseados?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio, personal de salud)

11. ¿Lleva a cabo la Unidad algún programa comunitario dirigido específicamente a la prevención de abortos realizados en condiciones de riesgo?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio, personal de salud)

12. ¿Existe coordinación oficial entre el hospital y sus centros y puestos de salud en términos de prevención y manejo integral de mujeres que han tenido un aborto?

SI

NO

(Revisión de documentos, observación, entrevista a pacientes, entrevista a personal de salud)

13. ¿Existe en el hospital vinculación con programas de salud reproductiva abordados comunitariamente?

SI

NO

(Revisión de documentos, entrevista a directivos, jefe de servicio)

14. ¿El personal de salud de la Unidad o sus directivos consideran que el servicio de APA cumple satisfactoriamente con lo que la comunidad espera para la atención de las pacientes que ingresan por aborto?

SI

NO

(Entrevista a directivos y a personal de salud)

15. ¿Genera el hospital información sobre el problema del aborto y lo difunde en su comunidad?

SI

NO

(Revisión de documentos, observación, entrevista a pacientes, entrevista a personal de salud)

16. ¿El egreso de la paciente depende sólo de su condición clínica o está condicionado al pago de servicios y medicamentos otorgados?

SI

NO

(Observación, entrevista a pacientes, entrevista a personal de salud, revisión de documentos)

18. ¿Cuál es la tasa de complicaciones y reevacuaciones con LUI?

0–3%

4–6%

> 6%

19. ¿Cuál es la tasa de complicaciones y reevacuaciones con AMEU?

0–3%

4–6%

> 6%

20. ¿Cuál es la tasa de muerte materna por aborto?

0–19 por 100,000 nacidos vivos:

20–39 por 100,000 nacidos vivos:

40-< por 100,000 nacidos vivos:

