



INSTITUTO MARILLAC I.A.P

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADO A LA UNAM
CLAVE 3033-12

FRECUENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES CON ABORTOS EN
RELACIÓN A LA EDAD

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ERIC MELÉNDEZ CESÁREO

ASESORA:

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

Ciudad de México a 16 de Mayo del 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LIC. BLANCA ISELA LOPEZ LEIJA

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

ASESOR DE TESIS

LIC. MARÍA DEL PILAR MONTES HERNÁNDEZ

PROFESOR (A)
DEL INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Gracias Dios por todo lo que tengo y por la vida que me haz dado, gracias por la familia que tengo, gracias por el aire que respiro, por todo lo que me haz dado mil gracias.

A mi asesora: Jovita Arias. Por haberme guiado en la realización de mi proyecto, usted ha sido mi mano derecha, y mi motivación a seguirme preparando. Es cierto, no ha sido nada fácil, ni mucho menos, sin embargo gracias a su ayuda, esto ha parecido un tanto menos complicado.

A la institución: Por haberme formado con buenos principios y valores, que se verán reflejados en mi trayectoria de mi profesión. Gracias a mi Institución he llegado a realizar mis sueños.

A mis padres: Israel Meléndez Emeterio, Silvia Cesáreo González. A quienes me han heredado el tesoro más valioso que pueden darle a un hijo: amor. A quien sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quien la ilusión de su vida ha sido convertirme en una persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aun con las riquezas más grandes del mundo por esto y más, gracias.

A mi esposa e hijos: María de los Ángeles Páez González, Michel Meléndez Páez, Kevin Meléndez Páez. Por todo el amor confianza paciencia y apoyo brindados por estar ahí en los momentos más difíciles. Por darme la fortaleza y valor para seguir adelante por eso y por muchas cosas más, gracias.

A mi abuelita: Yolanda González Guzmán. Por el gran amor que me ha dado sin esperar nada a cambio, por esas palabras y consejos cuando más lo necesitaba gracias por todas esas palabras que me motivaban a salir a delante y por el hecho que usted este conmigo mil gracias.

ÍNDICE

Introducción.....	5
Objetivo general y específico.....	7
Justificación.....	8
Marco teórico	
Capítulo I.....	9-14
1.1 Antecedentes históricos del aborto.	
1.2 Cronología del aborto en México.	
Capitulo II.....	15-18
2.1 Bioética.	
2.2 Orígenes del término bioética.	
2.3 Definición de bioética.	
2.4 Ámbito de estudio.	
Capitulo III.....	19-20
3.1 Antecedentes históricos del hospital.	
3.2 Servicios con los que cuenta.	
3.3 Capacidad física.	
Capítulo IV.....	21-50
4.1 Definición de aborto.	
4.2 Tipos de aborto.	
4.3 Consecuencias.	
4.4 Morbilidad y Mortalidad del aborto.	
4.5 Incidencia del aborto a nivel mundial.	
4.6 Epidemiología.	
4.7 Políticas y normatividad del programa Interrupción Legal del Embarazo (ILE).	

Capítulo V.....	51-64
5.1 Anatomía del aparato reproductor femenino.	
5.2 Fisiología del aparato reproductor femenino.	
Capítulo VI.....	65-74
6.1 salud sexual y reproductiva.	
6.2 Métodos de planificación familiar.	
6.3 Intervenciones de enfermería.	
6.4 Clasificación de los métodos de planificación familiar.	
Capítulo VII.....	75
Planteamiento del problema.....	75
Hipótesis.....	76
7.1 Diseño de la Metodología.	
7.2 Variables.	
7.3 Tipo de estudio.	
7.4 Control.	
7.5 Universo de trabajo.	
7.6 Instrumento de medición.	
7.7 Análisis estadístico.	
7.8 Procedimiento.	
7.9 Consideraciones éticas.	
Resultado.....	82-94
Discusión.....	95-96
Conclusiones.....	97
Sugerencias.....	98
Referencias bibliográficas.....	99
Anexos.....	101
Glosario.....	104

INTRODUCCIÓN

La época en la cual se encuentra la humanidad está llena de cambios sin precedentes, basta con mirar alrededor y descubrir que la evolución en la que estamos envueltos ha sido trascendental. Por ejemplo, en el campo de la medicina día a día se abren nuevas y brillantes perspectivas que ayudan a mejorar la calidad de vida del hombre, pero, desgraciadamente, también se generan avances que a consideración de algunos, son desfavorables, tal es el caso del tema del presente trabajo. Anteriormente en la antigüedad la práctica de los abortos era un método generalizado para el control de la natalidad.

Después fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones, pero se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX. Es así como este tema ha ido cobrando mucha importancia, debido, principalmente, al alto contenido ético que conlleva, además que recientemente fue clasificado como un problema de salud pública al ser considerado la tercera causa de muerte en la Ciudad de México.

Por tal razón, durante el desarrollo de la presente investigación se darán a conocer no sólo conceptos ligados directamente al aborto sino también algunos tópicos que guardan relación, como los métodos anticonceptivos y la educación sexual, pues hemos considerado que son las mejores vías para ayudar a disminuir los grandes problemas que está causando entre nuestra población, la gran demanda de abortos.

Se incluirán distintas definiciones del término aborto y su clasificación, para que el lector conozca qué tipos de aborto se practican y así pueda darse cuenta que la mayoría de estos son un gran riesgo para la salud de la persona en quien se lleva a cabo.

De acuerdo con las disposiciones legislativas, el aborto puede llamarse legal cuando se provoca por motivos reconocidos por la ley. El aborto plantea diversos problemas a la moral católica.

Se presenta a veces como una solución para prescindir del embarazo, por diversas razones. Se habla también del aborto terapéutico cuando la perspectiva clínica, por el examen del líquido amniótico, podría llevar a prever deficiencias congénitas, en cuyo caso se acude a una razón de piedad para el cese de la gestación.

Es importante recordar de que todos tenemos la libertad de expresión y no porque unos estén en contra del aborto, intenten convencer a los que lo aprueban, pues cada quien tiene sus motivos e ideales, por eso en el presente proyecto además de información, encontraran diversas opiniones del alumno y personas adultas.¹

¹ López R. El aborto como problema de salud pública. En: Elu MC, Langer A, eds. Maternidad sin Riesgos en México. México: Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México/Instituto Mexicano de Estudios Sociales; 2014. pp. 85-90.

OBJETIVOS

GENERALES:

- Demostrar que las mujeres en edad reproductiva de 30 a 46 años de edad, que han presentado uno o más abortos, utilizan con mayor frecuencia un método de planificación familiar en comparación con las mujeres de 15 a 29 años.

ESPECÍFICO

- Reducir el número de abortos; mediante la información dada en la presente investigación.
- Que las mujeres que han presentado aborto, deben utilizar un método de planificación familiar como medida preventiva de su propia salud.
- Concientizar a la población femenil sobre el intervalo de un embarazo a otro, y las consecuencias que trae embarazarse apresuradamente.

JUSTIFICACIÓN

Investigar por qué las mujeres no le dan seguimiento a un método de planificación familiar después de un aborto. Analizar el impacto que causa el aborto y las consecuencias graves que tiene quién lo practica, dando a conocer la información obtenida mediante fuentes documentales y recursos estadísticos mediante encuestas que se aplicarán en el sector femenino.

La aplicación de encuestas nos permitirá conocer el punto de vista de la población femenil y realizar un análisis para que el lector formule sus propios juicios.

Reducir el número de abortos subsecuentes mediante la información dada en la presente investigación.

Concientizar a las mujeres, que después de un aborto aumenta el riesgo de dañar su propia salud, si no le dan seguimiento a un método de planificación familiar.

La importancia que tiene este trabajo es que las mujeres después de tener un aborto cuiden y mejoren su salud reproductiva.

Por estas y muchas otras razones, es que elegí el tema del aborto para la realización de este trabajo, con el fin de que aunque sea de manera simplificada podamos tener las nociones básicas de lo que es el aborto, de sus implicaciones y sus repercusiones físicas y morales que trae consigo.

Para la persona que decide poner en práctica la interrupción de una vida; para quienes lo practican, para quienes lo legalizan, para el entorno familiar y social en su conjunto.

Cabe destacar que mi trabajo no tiene posturas definidas, ni la intención de inferir en la voluntad de los individuos acerca de si acoger o negar la validez o invalidez del aborto, simplemente toco el tema desde sus distintos aspectos, para completar mi marco teórico.²

² Consejo Nacional de Población. Cuadernos de Salud Reproductiva. México: CONAPO; 2013. p. 71.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ABORTO

Hacia 1980, el 20% de la población habitaba en países en los cuales la legalización solo lo permitía en situaciones de riesgo para la vida de la madre; El otro 40% residía en países en los que el aborto era permitido en situaciones de riesgo para la salud de la madre, violaciones o incesto, presencias de alteraciones genéticas en el feto y en situaciones sociales especiales (madres solteras o con bajos ingresos); el 40% de la población que resta habitaba en los lugares donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condiciones de los plazos legales para su realización.

El movimiento de despenalización ha seguido creciendo en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales sobre la mujer (especialmente en la de Pekín en el año 1995). Aunque todavía hay países, que sobre todo por cuestiones religiosas, se ven presionados a mantener legalizaciones restrictivas y condenatorias.

En la antigüedad la realización de abortos era un método generalizado para el control de la natalidad. Después fue prohibido por algunas religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX.

El aborto se prohibió para proteger a las mujeres de intervenciones quirúrgicas, que en aquellos tiempos, eran muy riesgosas; la única situación en la que estaba permitido era en casos en los que peligraba la vida de la madre.

Durante el siglo XX la legalización ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en Rusia (1920); posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de Europa del este después de la segunda guerra mundial.

A fines de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países. Las razones de estos cambios legales fueron de tres tipos:

El infanticidio (muerte de un niño).

Mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales.

La sobrepoblación mundial.

-El auge del movimiento feminista:

Hacia 1980, el 20% de la población habitaba en países en los cuales la legalización solo lo permitía en situaciones de riesgo para la vida de la madre; El otro 40% residía en países en los que el aborto era permitido en situaciones de riesgo para la salud de la madre, violaciones o incesto, presencias de alteraciones genéticas en el feto y en situaciones de sociales especiales (madres solteras o con bajos ingresos); el 40% de la población que resta habitaba en los lugares donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condiciones de los plazos legales para su realización.

El movimiento de despenalización ha seguido creciendo en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales sobre la mujer (especialmente en la de Pekín en el año 1995). Aunque todavía hay países, que sobre todo por cuestiones religiosas, se ven presionados a mantener legalizaciones restrictivas y condenatorias.³

1.2 CRONOLOGÍA DEL ABORTO EN MÉXICO.

Se aprobó el Código Penal para el Distrito Federal, en el que se incluyó la despenalización del aborto en casos de violación, cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer y cuando el aborto es producto de una imprudencia de la mujer.

En 1936 Ante la Convención de Unificación Penal, celebrada en el Distrito Federal, la médica cirujana Matilde Rodríguez Cabo leyó la ponencia.

El aborto por causas sociales y económicas", donde se pedía derogar los artículos que prohíben esa práctica. La autora del escrito fue la Dra. Ofelia Domínguez Navarro. En junio de 1950, se publicó el trabajo de la Dra. Ofelia Domínguez Navarro en la revista Futuro, dirigida por Vicente Lombardo Toledano, quien, aunque no secundaba sus propuestas, avaló la necesidad de tratar el tema.

³ Grupo de Información en Reproducción Elegida. Cronología de la despenalización del aborto en México. México: GIRE. [Consultado 7 de julio 2007]. Disponible en: www.gire.org.mx.

En 1970 se reformó la Constitución para incluir, en su artículo 4°, el derecho de toda persona a “decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.

1976 La Coalición de Mujeres Feministas (CMF) presentó una propuesta para despenalizar el aborto en la Cámara de Diputados. No hubo respuesta. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) creó el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México (GIEA), constituido por especialistas y ministros de culto.

Recomendó suprimir toda sanción penal a las mujeres que, por voluntad expresa, decidan hacerse un aborto, lo mismo que al personal que lo practique. Pidió el dictado de normas sanitarias para que el servicio se preste en óptimas condiciones. La CMF volvió a presentar, a la Cámara de Diputados, la iniciativa de ley a favor del aborto voluntario. No hubo respuesta.

Se creó el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM) que buscó, junto con la CMF, trabajar a favor del proyecto de despenalización presentado en 1977. La CMF y el FNALIDM elaboraron el Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria que el Partido Comunista Mexicano presentó ante la Cámara de Diputados.

Se declaró el 10 de mayo como “Día de la maternidad libre y voluntaria”. CONAPO planteó, en el Anteproyecto de plan de acción para la integración de la mujer al desarrollo, que “es necesario normar y no sólo despenalizar lo referente al aborto; es la ilegalidad del servicio el que le da su carácter de clandestino, y lo que trae riesgos”.

El Presidente Miguel De la Madrid intentó modificar el Código Penal para reformar las disposiciones relativas al aborto y al adulterio. Ante la fuerte reacción de la jerarquía de la Iglesia Católica y grupos conservadores, la iniciativa fue archivada. 1989 Se cerraron tres clínicas donde se practicaban abortos, se detuvo violentamente al personal y a las mujeres que acababan de abortar.

Se publicó el primer desplegado a favor de la despenalización del aborto. La Procuraduría de Justicia del DF y la Secretaría de Salud (SSA) establecieron las bases para el Programa de Servicios Legales y de Salud en el DF que permitió que las embarazadas por violación puedan abortar legalmente en cuatro hospitales de la Ciudad de México.

Se fundó la Coordinadora Feminista del Distrito Federal (CFDF), que retomó los objetivos de la CMF: por la libertad sexual, contra la violencia a las mujeres y por la despenalización del aborto. El Congreso de Chiapas aprobó ampliar las causas por las que el aborto no sería castigado: a solicitud de la pareja, con el fin de planificación familiar, a petición de una madre soltera o por razones económicas.

La jerarquía de la Iglesia Católica y el Partido Acción Nacional (PAN) rechazaron la reforma y diversas organizaciones civiles se movilizaron a favor. La reforma penal fue congelada.

Congelar la ley del aborto en Chiapas produjo en el DF un debate entre los partidos políticos. Sindicatos, organizaciones de mujeres, de feministas y de salud, y partidos políticos formaron el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto.

El presidente Carlos Salinas de Gortari envió a la Cámara de Diputados una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud para permitir el aborto por razones económicas. El PAN consiguió que se rechazara.

1998 El 28 de mayo, “Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres”, a través de un desplegado promovido por GIRE, personalidades de la cultura y la ciencia (entre ellas Octavio Paz) solicitaron la modernización del Código Penal del DF para incluir las causas por las que no se castiga el aborto en otros estados de la república.

1999 Más de 40 organizaciones civiles agrupadas en la campaña “Acceso a la Justicia para las Mujeres” presentaron propuestas de reformas al Código Penal; entre ellas, ampliar las excepciones por las que se permite el aborto en el DF.

La propuesta no fue aprobada. En Mexicali fue violada Paulina, adolescente a quien las autoridades estatales le impidieron que aborte. El caso adquirió repercusión nacional e internacional. A la fecha, continúa el proceso penal a los funcionarios públicos involucrados. El Congreso del estado de Guanajuato aprobó un nuevo Código Penal en el que se volvía a penalizar el aborto en casos de violación. Hubo reacciones en contra en todo el país. El gobernador de Guanajuato vetó dicho Código y quedó sin efecto el retroceso.

14 de agosto: la Jefa de Gobierno del DF, Rosario Robles, envió una propuesta a la Asamblea Legislativa (ALDF) para modificar la legislación penal en materia de aborto, aumentar algunas causas de despenalización y establecer mecanismos claros para acceder al aborto por violación y por inseminación artificial no consentida.

18 de agosto: la ALDF aprobó la propuesta de Robles. Se aumentaron tres causas para abortar legalmente en la capital del país: por inseminación artificial no consentida, por grave daño a la salud de la mujer y cuando el producto presenta malformaciones congénitas o genéticas graves. También se obligó a los médicos a dar información precisa sobre el procedimiento y las consecuencias del aborto.

El 25 de septiembre: Asambleístas del PAN y del Partido Verde Ecologista de México (PVEM) presentaron una Acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), contra las reformas aprobadas. Argumentaron que era inconstitucional permitir el aborto por malformaciones congénitas o genéticas graves del producto y que el Ministerio Público pudiera autorizar el aborto en casos de violación.

Fue la primera vez que la SCJN enfrentó una controversia relativa al aborto.

En el 2001 en Los Mochis, una adolescente violada y embarazada por su padre fue sometida a un aborto legal en un hospital estatal.

En el 2002 del 30 de enero: la SCJN declaró la constitucionalidad de las reformas penales cuestionadas por asambleístas del PAN y del PVEM.

En esta ocasión, el presidente de la Corte, Genaro Góngora Pimentel, manifestó: “¡Qué bien, por el bien de las mujeres!” La sentencia es irrevocable.

El 23 de abril: La Secretaría de Salud (SSDF) publicó la Circular que establece los lineamientos para organizar y prestar en el DF los servicios de salud (en instituciones públicas, privadas y sociales) relacionados con el aborto legal.

11 de julio: la Procuraduría General de Justicia del DF publicó el Acuerdo que establece los lineamientos para los Agentes del Ministerio Público, para autorizar el aborto cuando éste es resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida.

25 de agosto: la titular de la SSDF afirmó que desde la vigencia de la Circular se han practicado tres abortos por violación en el DF, y que las modificaciones legales no significaron abortos masivos ni incrementos considerables en el número de solicitudes para practicarlos.

En el 2003 -13 de octubre: Se aprueba una reforma al Código Penal de Veracruz en donde se disminuye la sanción al delito de aborto cuando hay consentimiento de la mujer. Las penas aumentan cuando falta el consentimiento de la mujer y cuando hay violencia física o moral. La reforma añade además la inseminación artificial no consentida y la malformación genética como dos nuevos supuestos de aborto permitidos por la ley.

26 de diciembre: Se aprueban en la AL DF reformas en el tema de aborto al Nuevo Código Penal (CPDF) y adiciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal (LSDF). La nueva legislación penal incrementa el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento y establece un castigo mayor cuando hay violencia física o psicológica (Artículo 145 del CPDF).

Las reformas a la LSDF establecen que en los casos permitidos por la ley, las instituciones públicas de salud en el DF deberán realizar la interrupción del embarazo gratuitamente, en condiciones de calidad y en un plazo no mayor de cinco días a partir de la solicitud de la mujer (Artículo 16 Bis 6).

Se regula también la objeción de conciencia de los médicos para que la mujer que solicite un aborto legal tenga garantizado ese servicio. La reforma estipula que la Secretaría de Salud del DF deberá contar permanentemente con personal no objetor.

2004 del 27 de enero: Las reformas del 2003 se publican en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y entran en vigor al día siguiente.

2 de diciembre: Se aprueba una nueva Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur, la cual establece un plazo para proceder a la interrupción del embarazo cuando haya sido autorizado por el Ministerio Público bajo condiciones de gratuidad y calidad.

Obliga, de igual manera, a los servicios de salud del estado a suministrar anticoncepción de emergencia, en las siguientes 72 horas de sucedida una relación sexual no protegida, efectuada o no mediante violencia.⁴

⁴ Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 10ª época 2000; 148, 24 de agosto.

CAPITULO II

2.1 BIOÉTICA

La bioética es una ciencia de reciente desarrollo, al menos tal como se la entiende modernamente, y cuyo origen propio hay que fijar a comienzos de los años 70 del siglo XX. El término “bioética” procede de la fusión de otros dos términos griegos “bios”, que significa “vida” y “ethos” que significa “ética”, por tanto etimológicamente significa “ética de lo vivo”.

Esta ciencia tiene diversos orígenes según la perspectiva con la que se aborde. Si atribuimos a la bioética el campo de estudio de la ética en lo que tiene que ver con la vida humana, entonces tendríamos que poner el origen de esta disciplina en el mismo origen de la medicina. Como muestra el Juramento Hipocrático y otros textos antiguos, la pregunta sobre la moralidad de los actos médicos está unida al mismo nacimiento de la medicina.

La historia de la bioética contempla diversos precedentes de lo que ahora se considera la ciencia de la bioética. Sin embargo como conjunto de conocimientos agrupados.

2.2 ORIGEN DEL TÉRMINO

Aunque es costumbre atribuir el origen del término bioética, a Van Rensselaer Potter, se está empezando a reconocer que el término ya había sido usado en 1927 por Fritz Jahr, y en consecuencia atribuir a este la paternidad.

El año 1927, un pastor alemán, Fritz Jahr, publicó un editorial en la revista ‘Kosmos’ (vol. 21, pp. 2-4), titulado Bio-ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze (‘Bio-ética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas’.

Según el mismo Potter explicaría años más tarde, la palabra le vino a la mente al improviso, al unir dos términos: bios, que representaría las ciencias biológicas; y ethics, una palabra con la que no aludía simplemente a la ética, sino a los valores humanos en general.

El sentido de la bioética, según Potter, era sencillo y apremiante: elaborar una ciencia orientada a garantizar la supervivencia humana en el planeta Tierra, a través del diálogo entre las ciencias experimentales y las ciencias humanísticas.

2.3 BIOÉTICA (DEFINICIÓN)

Bioética: estudio interdisciplinar de los problemas creados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel microsociales como a nivel macrosociales, y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro".

También se le define como: el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios.

En definitiva, bioética es aquella parte de la ética o filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre y de su entorno, especialmente, pero no sólo en el campo de la medicina y de las ciencias biológicas.

Entre ambas definiciones configuran los cuatro rasgos definitorios de la bioética moderna:

1. Se trata de un marco de reflexión ética interdisciplinar.
2. Es básicamente una ética práctica, de aplicación inmediata en el mundo de la Medicina y su entorno, cuyos principales protagonistas son el médico y el paciente.
3. Se trata de una reflexión ética que comporta, además, decisiones de Salud Pública de gran repercusión social y legal.
4. Nadie puede permanecer ajeno a la bioética, porque ésta determina una praxis sanitaria e involucra a unos comportamientos que someten a prueba el sistema de valores que opera en una sociedad.

2.4 ÁMBITO DE ESTUDIO

En su historia, la Bioética se ha enfocado con dos planteamientos:

1. El primer planteamiento, responde a la intención original de Potter, y extiende el ámbito de estudio de la bioética al fenómeno vida en toda su extensión teniendo cuenta de las estrechas relaciones de los seres vivos entre ellos y con el ambiente.
2. Se trata de una bioética global que intenta superar la orientación antropocéntrica del pensamiento ético de occidente. En este caso se suele dividir la bioética: bioética humana, bioética animal, bioética ambiental.

2. El segundo planteamiento se restringe al estudio de la bioética dentro de la vida humana y en las intervenciones sobre la vida humana con la tendencia a centrarse en los problemas médicos lo que puede llevar a confundirla con la ética médica. Presta especial atención a los problemas que surgen con motivo del desarrollo de la biomedicina.

-La bioética como saber práctico

Se llama saber práctico en el sentido de que estudia una práctica humana: las intervenciones en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, e individualiza los criterios éticos con el fin de orientarlas. También cuando aborda problemas como la sustentabilidad, o la ecología, se está refiriendo a acciones a llevar a cabo o a evitar, pero no sólo a las teorías.

-El método bioético

El método de la bioética es un método interdisciplinar y triangular. Interdisciplinar porque en ella intervienen elementos que provienen de la ciencia, de la filosofía, del derecho, de la economía y de otras ciencias. Es necesaria una integración de todas estas perspectivas y un ensamblaje que ofrezca una visión unitaria del objeto de estudio. En este sentido siempre hemos admirado la llamada “unidad del saber” y al mismo tiempo la “autonomía de las ciencias”.

-Bioética y ética médica

La medicina es de las pocas profesiones que desde su comienzo se ha interrogado sobre el buen o mal hacer profesional con una perspectiva ética. Bastaría recordar el famoso Juramento Hipocrático que todavía se utiliza en muchos casos como normativo de la profesión médica.⁵

⁵ PELEGRINO DE LA VEGA, Daima. Aspectos bioéticos relacionados con el aborto. Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana, v. 22, n. 3, sept. 2006. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300008&lng=es&nrm=iso>. accedido en 25 agosto 2015.

CAPITULO III

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL MATERNO PEDIÁTRICO XOCHIMILCO

El Hospital fue inaugurado el día 16 de noviembre de 1964, por el entonces Regente de la Ciudad, el Lic. Ernesto P. Uruchurtu, siendo el Presidente de la Republica, el Lic. Adolfo López Mateos. Fue el último Hospital Infantil inaugurado, constituyendo así los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, sustituyendo lo que era la Cruz Verde.

En el año de su inauguración fue atendido por un traumatismo múltiple el hijo de un ciudadano diputado, y en el mismo año se atendió a numerosos pacientes debido a un accidente de tránsito de la ruta camionera Xochimilco-Topilejo.

El primer paciente hospitalizado tuvo como diagnóstico bronconeumonía y fue ingresado por el Dr. Eugenio Arellano Galicia, fundador y actualmente activo en esta Unidad Médica, siendo el primer Director el Dr. Armando Hernández Nieto y la primera Jefa de Enfermeras Sofía Torres Poblano.

En 1980, otro accidente múltiple de escolares sucedido en el pueblo San Lorenzo Atemoaya, dando atención a los lesionados.

Desde su inicio hasta la fecha, este hospital ha sido Escuela, donde han surgido grandes especialistas. Así mismo, ha obtenido Reconocimiento Nacional e Internacional por el manejo oportuno de niños quemados.

El hospital materno de Xochimilco se fundó en el año de 1963 hasta el día de hoy tiene 50 años de brindar una atención de salud ciudadana.

Se encuentra ubicado en prolongación 16 de Septiembre y Calzada Nativitas, Barrió Xaltocán, Delegación Xochimilco C.P. 16090. Teléfono 56 76 49 93.

3.2 DIRECTORIO

Director del hospital, Dr. Antonio Albarán García, jefe de unidad departamental médica, Dr. Juan Ezequiel Zavala Martínez, jefe de la unidad departamental administrativa, Lic. Edith López Martínez, Jefe de enseñanza, Dr. Clemente Lara Abad gestor de calidad, Dr. Eugenio Arellano Flores, jefe de enfermeras, LEE. María Cristina Castillo García, jefe de coordinación y enseñanza LEO. Silvia Jiménez Vera.

-Servicios con los que cuenta el hospital:

Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Dermatología, Dietética y Nutrición, Lactantes, Medicina Preventiva, Neonatología, Obstetricia, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Psicología, Quemados.

Consulta externa

Urgencias Pediátricas, Urgencias Obstétricas, Planificación Familiar, Obstetricia, Cirugía Pediátrica, Atención Primaria, Servicio Dental, Medicina Preventiva, Dermatología, Ortopedia, Psicología, Programa de Interrupción legal del embarazo (ILE).

3.3 CAPACIDAD FÍSICA

Camas Censables: 90, Camas no Censables: 59, Consultorios: 18, Especializados: 9, Urgencias: 3, Otros: 6.

El siguiente trabajo se realizó en la consulta externa en el Programa de Interrupción Legal del Embarazo, con un periodo de enero a julio del 2015, aplicando encuestas de manera formal y confidencial a mujeres de 15 a 46 años, para obtener resultados que ayuden a responder el tema planteado.⁶

⁶ Bibliografía hospital materno pediátrico Xochimilco.

CAPITULO IV

4.1 ABORTO

Definición del Aborto

La palabra Aborto deriva del latín abortus que a su vez se divide en dos palabras: Ab que es una partícula privativa, y Ortus que quiere decir nacimiento, es decir maniobra de abortar, lo nacido antes de tiempo, parto prematuro y en sentido estricto, privar de nacer. Así, etimológicamente, significa sin nacimiento.

También podemos encontrar el origen del término en la forma verbal Aborire que quiere decir, morir en el útero de la madre antes de tiempo. En cualquier caso, aborto quiere decir destrucción y muerte de un organismo antes de tiempo o nacimiento.

¿Qué es el aborto? En términos estrictamente médicos, el aborto es la expulsión o extracción de los productos de la concepción que pese menos de 500 gramos o antes de la semana 20 de gestación de las 40 que generalmente dura un embarazo.⁷

Existen distintos tipos de aborto. La Organización Mundial de la Salud los define de la siguiente manera:

◆ Aborto espontáneo ◆ Aborto inducido ◆ Aborto inseguro

Estas tres definiciones son fundamentales para ubicar al aborto no sólo como un tema médico, sino también como un tema social.

4.2 TIPOS DE ABORTOS

-Aborto Espontáneo.

Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo que parecía estar desarrollándose normalmente termina de manera abrupta, dejando a la pareja emocionalmente devastada. Cerca del 15 por ciento de los embarazos que se detectan concluye de esta manera.

⁷ Grupo de Trabajo Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia / Organización Mundial de la Salud. Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y ginecólogos. Campinas, SP, Brasil: Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas, 2012.

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno. La mayoría de los abortos espontáneos tiene lugar durante el primer trimestre, es decir, durante las primeras 12 semanas de embarazo. Hasta el 50 por ciento de los embarazos puede terminar en un aborto espontáneo, ya que muchas pérdidas ocurren antes de que la mujer se dé cuenta de que está embarazada.

¿Por qué ocurren los abortos espontáneos? No se conocen bien las causas que provocan los abortos espontáneos. Cuando una mujer sufre un aborto espontáneo durante el primer trimestre, es muy común que su médico no pueda determinar la causa. Sin embargo, la mayoría de los abortos espontáneos ocurre cuando un embarazo no se está desarrollando normalmente y, por lo general, no hay nada que la mujer o su médico puedan hacer para impedirlo.

Entre los factores que, según se ha comprobado, provocan abortos espontáneos durante el primer trimestre, el más común es una anomalía cromosómica en el feto. Los cromosomas son las estructuras celulares diminutas con forma de filamento donde se encuentran nuestros genes, los cuales determinan todos nuestros rasgos, desde el color de los ojos hasta el funcionamiento de nuestros órganos internos.

Cada persona tiene 23 pares de cromosomas, o 46 en total. Un cromosoma de cada par proviene del padre y el otro de la madre. Hasta el 70 por ciento de los abortos espontáneos que tienen lugar durante el primer trimestre se origina en anomalías cromosómicas del feto.

La mayoría de las anomalías cromosómicas es resultado de un óvulo o espermatozoide defectuoso. Antes del embarazo, los óvulos y espermatozoides inmaduros se dividen para formar células maduras con 23 cromosomas. A veces, una célula se divide de manera dispareja y produce óvulos o espermatozoides con cromosomas de más o de menos.

Si una célula tiene la cantidad incorrecta de cromosomas, el embrión tiene una anomalía cromosómica y, por lo general, se produce un aborto espontáneo. Las anomalías cromosómicas aumentan con la edad y las mujeres mayores de 35 años corren un riesgo mayor de aborto espontáneo que las mujeres más jóvenes.

Las anomalías cromosómicas también pueden producir un “cigoto detenido”, un saco de embarazo que no contiene feto alguno, ya sea porque el embrión no se formó o porque dejó de desarrollarse muy temprano.

En las primeras semanas, la mujer puede notar que sus síntomas de embarazo han desaparecido y puede tener sangrado vaginal de color marrón oscuro. Con un examen por ultrasonido podrá observarse que el saco de embarazo está vacío. Un cigoto detenido terminará en aborto espontáneo, que a veces puede tardar varias semanas en producirse.

Dado que la espera de un aborto espontáneo es traumática, los médicos suelen recomendar vaciar el útero mediante un procedimiento llamado (dilatación).

Sin embargo, esperar que un aborto espontáneo se produzca de forma natural no debería perjudicar la salud de la mujer ni sus probabilidades de tener un embarazo sano más adelante. La mujer elegirá junto con su médico el método más conveniente.

Hay otros factores que también pueden influir, como infecciones y problemas hormonales o de salud en la madre (por ejemplo, diabetes mal controlada, lupus eritematoso sistémico o enfermedad tiroidea).

Un estudio realizado recientemente comprobó que las mujeres con vaginitis bacteriana tienen una probabilidad nueve veces mayor de tener un aborto espontáneo que las mujeres no infectadas.

Los hábitos de la madre también pueden incrementar su riesgo de sufrir un aborto espontáneo durante el primer trimestre. Los resultados de varios estudios sugieren que las mujeres que beben alcohol, fuman o consumen drogas ilícitas corren un riesgo mayor.

Otro estudio sugiere que las mujeres que utilizan analgésicos, como medicamentos no esteroideos antiinflamatorios (por ejemplo, ibuprofeno) y aspirinas, en el período cercano a la concepción también podrían aumentar su riesgo de sufrir un aborto espontáneo.

El aborto espontáneo durante el segundo trimestre se debe a menudo a problemas en el útero (por ejemplo, un útero de forma anormal) o a un cuello uterino debilitado que se dilata en forma prematura.

Al igual que con las pérdidas que ocurren durante el primer trimestre, las infecciones maternas y las anomalías cromosómicas pueden causar abortos espontáneos en un momento posterior del embarazo. Aparentemente, las anomalías cromosómicas causan hasta el 20% de los abortos espontáneos ocurridos durante el segundo trimestre.

Estas pérdidas también pueden ser causadas por ciertos problemas en el sistema inmunológico de la madre (por ejemplo, lupus).

Entre los factores que por lo general no incrementan el riesgo de aborto espontáneo se encuentran las relaciones sexuales, el trabajo fuera de la casa (a menos que la mujer esté expuesta a productos químicos tóxicos) y el ejercicio físico.

-Causas de los abortos espontáneos recurrentes.

Entre algunas de las causas conocidas más comunes se encuentran las siguientes: Problemas cromosómicos. Si bien los resultados de estudios anteriores sugerían que los problemas cromosómicos sólo se producían una vez, otros estudios más recientes indican que los problemas cromosómicos pueden provocar casi el 50 por ciento de las pérdidas recurrentes de embarazos.

La mayoría de las parejas que sufren abortos espontáneos recurrentes tiene cromosomas normales, pero existe una probabilidad del 2 al 4 por ciento de que alguno de los dos sea portador de una redistribución cromosómica que no afecta su propia salud pero que puede provocar redistribuciones cromosómicas en el feto y resultar en un aborto espontáneo.

Se recomienda a ambos padres realizarse un análisis de sangre llamado cariotipo para determinar la presencia de estas redistribuciones cromosómicas. Anomalías uterinas. Las anomalías del útero causan entre el 10 y el 15 por ciento de los abortos espontáneos recurrentes.

Estas pérdidas del embarazo pueden ocurrir en el primer o el segundo trimestre. Algunas mujeres nacen con un útero cuya forma es anormal o que se encuentra dividido en forma parcial o completa.

Otras desarrollan tumores no cancerosos o tienen cicatrices en el útero debido a cirugías previas. Estas anomalías pueden limitar el espacio disponible para el feto en crecimiento o interferir con el abastecimiento de sangre al útero. Algunas anomalías uterinas pueden corregirse mediante cirugía, lo cual incrementa las probabilidades de tener un futuro embarazo exitoso.

Un cuello uterino debilitado (a veces llamado cuello incompetente) puede causar un aborto espontáneo, por lo general entre las semanas 16 y 18 del embarazo.

A veces es posible prevenir los abortos espontáneos recurrentes causados por un cuello uterino debilitado colocando una sutura a su alrededor al comienzo del siguiente embarazo.

Este procedimiento se conoce como cerclaje. Causas hormonales: Cuando el organismo segrega una cantidad excesiva o insuficiente de ciertas hormonas, puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo. Algunos investigadores creen que las bajas concentraciones de la hormona progesterona, que es fundamental durante la primera etapa del embarazo, provocan entre el 25 y el 40 por ciento de las pérdidas tempranas, aunque no se ha podido comprobar.

Las mujeres que tienen bajas concentraciones de progesterona durante varios ciclos menstruales seguidos, diagnosticado mediante análisis de sangre y una biopsia del endometrio, tienen lo que se llama un defecto de la fase luteína.

El tratamiento con supositorios de progesterona natural o con inyecciones de gonadotropina coriónica humana puede ayudar a prevenir otro aborto espontáneo. No obstante, los estudios no han probado aún la eficacia de estos tratamientos.

Al menos un tercio de las mujeres que sufren varios abortos espontáneos parece tener síndrome de ovario poliquístico, caracterizado por anomalías hormonales y varios quistes en los ovarios. Aún no se conocen bien las causas de los abortos espontáneos recurrentes en estas mujeres.

4.3 Consecuencias

-Problemas del sistema inmunológico:

Todas las personas producen proteínas llamadas anticuerpos que las protegen de las infecciones, algunas producen ciertos anticuerpos (llamados auto anticuerpos) que pueden atacar sus propios tejidos y provocar una serie de problemas de salud.

Algunos tipos particulares de auto anticuerpos (tales como la anticardiolipina) provocan coágulos de sangre que pueden obstruir los vasos sanguíneos de la placenta.

Los estudios sugieren que este y otros anticuerpos relacionados (llamados anticuerpos antifosfolípidos) causan entre el 3 y el 15 por ciento de los abortos espontáneos recurrentes.

Es posible medir la concentración de anticuerpos mediante análisis de sangre especiales. El tratamiento con bajas dosis de aspirina y del anticoagulante conocido como heparina permiten el nacimiento de un bebé sano en entre el 70 y el 75 por ciento de las mujeres afectadas.

Una anomalía genética denominada mutación de Leiden del factor V, que afecta la coagulación sanguínea, también puede influir en la recurrencia de las pérdidas. Los investigadores están estudiando si el tratamiento con aspirina y heparina pueden ayudar a prevenir estas pérdidas también.

Infecciones y otros factores. Ciertas infecciones asintomáticas del tracto genital podrían desempeñar un papel importante en los abortos espontáneos recurrentes. Sin embargo, no se recomiendan actualmente pruebas de rutina (en las mujeres que no presentan síntomas) en el caso de infecciones.

La exposición de la mujer embarazada o de su pareja a ciertos disolventes industriales en el trabajo puede provocar a veces un aborto espontáneo. Las parejas deben consultar a su médico acerca de los productos químicos a los que están expuestos en sus lugares de trabajo.

-Síntomas del aborto espontáneo.

El sangrado vaginal, a veces acompañado por dolores menstruales o dolores abdominales más fuertes, puede ser una señal de que la mujer está por tener un aborto espontáneo.

Es importante recordar que muchas mujeres experimentan dolores menstruales durante los primeros meses del embarazo y que la mayoría no tiene un aborto espontáneo.

La mujer debe consultar a su médico si experimenta cualquier tipo de sangrado, aunque sea leve, durante el embarazo. El médico podrá realizarle un examen interno para determinar si el cuello del útero está dilatado (señal de que es probable que se produzca un aborto espontáneo) y, a veces, un examen por ultrasonido y análisis de sangre.

Las mujeres que tienen abortos espontáneos deben procurar conservar parte del tejido en un recipiente limpio para que el médico pueda examinarlo.

-Tratamiento que se debe seguir si se tiene un aborto espontáneo.

En la mayoría de los casos, no se requiere ningún tratamiento. El útero se vacía solo como si fuera una menstruación intensa. Sin embargo, algunos médicos recomiendan una dilatación y curetaje en ciertos casos, como cuando la mujer tiene una hemorragia intensa o una infección, o cuando un examen por ultrasonido muestra que queda tejido en el útero (lo cual puede producir una hemorragia intensa).

-Pruebas que se deben de realizar después de un aborto espontáneo:

- Por lo general, los médicos no realizan ninguna prueba después de un primer aborto espontáneo durante el primer trimestre.
- Cuando la mujer tiene un aborto espontáneo durante el segundo trimestre o ha tenido dos o más durante el primero, suele indicarse alguna de las siguientes pruebas para determinar la causa: Análisis de sangre para detectar anomalías cromosómicas en ambos padres (cariotipo) y ciertos problemas hormonales y trastornos del sistema inmunológico de la madre.
- Pruebas para detectar anomalías cromosómicas en el tejido obtenido del aborto espontáneo (en caso de contarse con él).
- Examen por ultrasonido del útero. Histeroscopia, visualización del útero a través de un endoscopio especial que se inserta por el cuello del útero. Histerosalpingografía, una radiografía del útero.
- Biopsia endometrial, succión de un pequeño trozo de revestimiento uterino para detectar efectos hormonales.

-Tiempo que lleva recuperarse de un aborto espontáneo.

La recuperación física de la mujer lleva de varias semanas a un mes o más, según la cantidad de tiempo que estuvo embarazada. Algunas hormonas propias del embarazo, por ejemplo, permanecen en la sangre durante uno o dos meses después de producirse un aborto espontáneo. La mayoría de las mujeres tiene la menstruación entre cuatro y seis semanas después de un aborto espontáneo.

A menudo, la recuperación emocional lleva mucho más tiempo. Ambos miembros de la pareja pueden experimentar una intensa aflicción durante el período posterior a la pérdida.

La mujer puede experimentar muchas emociones, como apatía, tristeza, culpa, dificultad para concentrarse, depresión y enojo.

Es posible que ella y su pareja manejen el dolor que sienten de maneras diferentes, lo cual puede crear tensión entre ambos en el momento en que más se necesitan mutuamente. No deben dudar en solicitar a su médico que los derive a un consejero con experiencia en la asistencia a parejas luego de la pérdida de un embarazo. Muchas parejas también se benefician asistiendo a grupos de apoyo.

-Tiempo que debe esperar la mujer para intentar quedar embarazada de nuevo:

La mujer no debe intentar quedar embarazada de nuevo hasta que esté lista física y emocionalmente y hasta que se le hayan realizado las pruebas recomendadas para determinar la causa del aborto espontáneo.

Desde el punto de vista médico, se cree que para la mujer es seguro concebir un bebé después de tener un período menstrual normal (si es que no está siendo sometida a pruebas o tratamientos por causa de la pérdida de su embarazo).

Sin embargo, desde el punto de vista emocional, la mujer puede necesitar más tiempo para sentirse preparada para intentar concebir otra vez. Muchas mujeres que han experimentado abortos espontáneos tienen temor de perder el embarazo siguiente también.

Afortunadamente, la gran mayoría de las mujeres que han tenido un aborto espontáneo tiene un embarazo normal la siguiente vez, al igual que el 60 al 70 por ciento de aquellas que han perdido el embarazo dos o tres veces.⁸

-Aborto inducido

Las razones por las que una mujer decide recurrir al aborto son las siguientes: 51.6% sociales, 22.8% económicas, 14.3% familiares, 5.7% salud, 3.3% personales, 2.2% violación.

-Aborto inducido por medicamentos:

El aborto médico es una forma de terminar un embarazo sin necesidad de cirugía. Se lleva a cabo con medicamentos hasta 56 días después que comienza la última menstruación.

Se puede optar por el aborto inducido por medicamentos si el embarazo no ha llegado a los 56 días. Pero tendrá que estar de acuerdo con tener un aborto quirúrgico si el tratamiento médico fracasa.

Con mifepristona, tiene una eficacia del 92 al 95 por ciento. El misoprostol puede causar defectos de nacimiento serios. Si el aborto médico no da resultado, se debe hacer un aborto quirúrgico.

El aborto comienza un nuevo ciclo menstrual. Debería de tener una menstruación normal dentro de cuatro a ocho semanas. No se debe de tener relaciones vaginales o inserte nada en su vagina durante una semana después del aborto. Se podría quedar embarazada inmediatamente después del aborto.

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Reunión para consolidar la metodología de análisis prospectiva en salud reproductiva población para escuelas y de ciencias de la salud. Caracas: OPS, 2011.

El aborto inducido por medicamentos consta de tres pasos.

1. Primero, tomar una tableta de mifepristona vía oral.
2. Segundo, tomar una tableta de misoprostol.
3. Tercero, acudir a una cita de revisión.

-Acciones de los medicamentos pueden utilizarse uno o en combinación:

Mifepristona: Evita que avance el embarazo en el útero. También puede utilizarse para los embarazos ectópicos (los embarazos que se desarrollan en una trompa de Falopio). Tiempo de duración, en aproximadamente el 50 por ciento de las mujeres el aborto tiene lugar el mismo día que toman misoprostol.

En el 35 al 40 por ciento de las demás mujeres, el aborto ocurre dentro de una semana. Todo el proceso puede tomar hasta 14 días.

Mifepristona: Bloquea la hormona progesterona. Sin progesterona, el revestimiento interior del útero se disuelve y termina el embarazo.

Tiempo de duración, en aproximadamente el 10 por ciento de las mujeres el aborto tiene lugar antes de que tomen el misoprostol. En la mayoría de las demás mujeres el aborto ocurre dentro de cuatro horas después de haber tomado misoprostol.

Otras mujeres comenzarán a sangrar dentro de 24 horas. Todo el proceso puede tomar hasta una semana. La mifepristona afecta el cuerpo de diferentes maneras.

El misoprostol: causa que el útero se contraiga y se vacíe.

Evaluación de la efectividad del tratamiento:

Se realiza un ultrasonido pélvico o un análisis sanguíneo para verificar que está vacío el útero.

-Síntomas de un aborto por medicamento.

Para la mayoría de las mujeres, el aborto inducido por medicamentos es igual que un aborto espontáneo. Síntomas probables: náuseas, vómito, dolor abdominal, ansiedad, posible diarrea, dolor tipo cólico, sangrado trans vaginal.

-Tratamiento para el dolor:

Con analgésicos como el ibuprofeno o ketorolaco, también pueden ayudar a reducir los síntomas.

-Ventajas del aborto inducido por medicamentos

No hay necesidad de anestesia o cirugía. Al inicio del embarazo se puede hacer en una fase temprana.

Menos dolor que con cirugía, más control, es menos invasivo, más natural. Más privacidad, podrían abortar en casa, más seguros.

-Precauciones

El aborto inducido por medicamentos es el más seguro al comienzo del embarazo.

No se recomienda si el embarazo lleva más de 56 días.⁹

-Aborto quirúrgico:

La mayor parte de las técnicas médicas para interrumpir un embarazo son quirúrgicas, es decir, que se necesita cierto instrumental que se introduce en el cuerpo de la mujer, específicamente en el útero. En México se cuenta con dos métodos seguros para interrumpir un embarazo durante el primer trimestre:

-Método de aspiración por vacío con aspiración manual endouterina (AMEU).

Este método utilizado habitualmente para un aborto temprano se llama también dilatación y succión con curetaje. Se realiza aproximadamente hasta 14 semanas después del último período.

El procedimiento toma cerca de 10 minutos. Se puede inyectar un anestésico local en o cerca del cuello uterino. También se pueden usar sedantes o anestesia general. Se estira gradualmente la abertura del cuello uterino. Se insertan en la abertura una serie de dilatadores cada vez más gruesos, uno después del otro.

El más ancho puede tener el grosor de una pluma. Como alternativa, se pueden usar dilatadores absorbentes para estirar la abertura cervical. Los dilatadores absorben los fluidos de la zona cervical y estiran la abertura del cuello uterino a medida que se expanden.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos. Guía técnica de políticas para sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2003.

Si la mujer debe regresar a su hogar con los dilatadores, se le darán instrucciones para su cuidado hasta que regrese para el aborto. También se le dará un número de teléfono al que puede llamar las 24 horas para hablar con personal de la clínica en la eventualidad de que surgiera cualquier problema.

Algunas mujeres podrán sentir presión y dolores mientras tienen insertados los dilatadores. A veces se proporcionan medicamentos para ayudar a la dilatación y ablandar el cuello uterino.

El misoprostol por lo general se usa solo o en combinación con otros dilatadores para la preparación del cuello uterino. Después que la abertura se estira, se inserta un tubo, adjunto a una máquina de succión, a través del útero. Se enciende la máquina de succión y el útero se vacía suavemente.

Para asegurarse de que el útero se ha vaciado completamente después que se quita el tubo de succión, puede utilizarse una cureta (instrumento de metal angosto) para quitar el tejido que recubre las paredes del útero.

Tiene los mismos riesgos que el de succión o aspiración, además de los siguientes: perforación uterina, hemorragia, infección del tracto genital, laceración intestinal, absceso pélvico y tromboembolismo.

-Método de dilatación y evacuación (D y E), La Dilatación y Evacuación (D y E) se realiza en dos pasos.

El primer paso de la D y E consiste en la preparación del cuello uterino (ablandamiento y dilatación). Se pueden colocar dilatadores absorbentes en el cuello uterino, donde permanecen durante varias horas, a veces durante la noche.

También se puede usar misoprostol para facilitar la dilatación del cuello uterino. Se pueden administrar antibióticos para evitar infecciones.

Durante el segundo paso de la D y E. Se pueden utilizar sedantes, analgésicos intravenosos o anestesia general.

Se inyecta un medicamento calmante en o cerca del cuello uterino. Se quitan los dilatadores del cuello uterino. El feto y otros productos de la concepción se eliminan del útero con instrumentos médicos y curetaje con succión.

Este procedimiento tarda de 10 a 20 minutos. El método de dilatación y evacuación (D y E) tiene los mismos riesgos para la mujer que el método de dilatación y curetaje (D y C), apenas mencionado, además de los siguientes: infección pélvica, renal, de cérvix y peritoneal. También puede causar que la mujer tenga en futuros embarazos implantación ectópica, bebés de bajo peso u óbitos, malformaciones congénitas, etc.

-Método de legrado uterino instrumental (LUI)

Es uno de los más frecuentemente empleados en el aborto médico, tanto inducido como espontáneo. En el que se utilizan instrumentos llamados dilatadores para abrir el cuello del útero (cervix) y posteriormente se vacía el útero empleando un instrumental metálico parecido a una especie de cucharas conocidas como legras o curetas.

Para realizar un LUI se requiere de sedación intensa y anestesia general. Complicaciones del método del Legrado uterino instrumental (LUI): tiene los mismos riesgos para la mujer que el de succión o aspiración, además de los siguientes: perforación uterina, hemorragia, infección del tracto genital, laceración intestinal, absceso pélvico y tromboembolismo.

Método por envenenamiento salino: Se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al feto. Se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada.

El feto ingiere esta solución, que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos. También le quema la capa exterior de su piel. Por más de una hora el bebé convulsiona hasta que se muere en agonía. Unas horas más tarde, por lo general la madre comienza "el parto". La madre entonces da a luz a un óbito.

Este método se utiliza después de las 16 semanas de embarazo.

-Método por aspiración endouterina:

La cuál se divide en dos tipos: Aspiración electrónica endouterina (AEEU), la cual utiliza la succión de una bomba eléctrica y dilatadores de plástico o de metal. Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado.

Una fuerte succión (28 veces más fuerte que la de una aspiradora casera) despedaza el cuerpo del feto que se está desarrollando, así como la placenta, y absorbe "el producto del embarazo". La persona que practica el aborto introduce luego una pinza para extraer el cráneo, que suele no salir por el tubo de succión. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.

Aspiración manual endouterina (AMEU), de la cual se dice representa la técnica quirúrgica más segura para practicar un aborto, y que a continuación explicamos de manera sencilla por ser la que ofrece mayores ventajas comparativamente con las demás.

La AMEU es una operación relativamente sencilla que dura cerca de 15 minutos y generalmente se utiliza anestesia local, esto es, en un área del cuerpo determinada. Puede realizarse desde las primeras tres semanas del embarazo y hasta la semana 12 de gestación.

La AMEU consiste en dilatar el cuello del útero para introducir una cánula flexible o semirígida, parecida a un popote, y a través de esta aspirar el contenido con una jeringa diseñada especialmente para ese propósito. El grosor de la cánula y el grado de dilatación dependen de qué tan avanzado esté el embarazo, pero en general la AMEU requiere un grado de dilatación relativamente bajo, lo que hace que el procedimiento sea muy seguro. Complicaciones del método de succión o aspiración: Infección, trauma de la cervix, peritonitis, endometriosis, laceración del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad.¹⁰

¹⁰ Quiroz G, Billings D, Gasman N. Aspiración manual endouterina: tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. Gac Med Méx 2003; 139(Supl):S65-S73.

4.4 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna ha sido utilizada como una herramienta de medición y también como una forma de vigilar la atención de la mujer embarazada, a través de los años. Actualmente la morbilidad materna extrema—definida como una paciente que durante el embarazo, parto o puerperio presenta eventos que potencialmente amenazan la vida, pero que, debido a la intervención realizada, no fallece— sirve para evaluar la calidad del cuidado obstétrico a nivel hospitalario o de una población.

En México se considera como la cuarta causa de muerte en mujeres de 15 a 40 años de edad, de las cuales 27% son maternas y 22% son abortos.

En abril de 2007, la Asamblea Legislativa del DF aprobó modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del DF que permitieron la despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación lo que se convirtió en una decisión histórica para las mujeres de la Ciudad de México. La interrupción legal del embarazo (ILE) se lleva a cabo en los Hospitales de la Secretaría de Salud del DF (ver Procedimiento para los servicios de ILE en el DF) y a continuación se presentan los datos estadísticos de ILE realizadas a partir de abril de 2007. La información estadística resulta relevante porque ofrece la posibilidad de evaluar los servicios ofrecidos, lo que redundará en un mejor diseño de los programas para la prevención del embarazo no deseado y la consejería post-aborto.

Los datos estadísticos se obtuvieron a partir de las respuestas de las solicitudes de información pública dirigidas a la Secretaría de Salud.

4.5 INCIDENCIA DEL ABORTO INDUCIDO A NIVEL MUNDIAL

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 2014, instó a los gobiernos y a otras organizaciones relevantes "a enfrentar el impacto que tiene el aborto inseguro en la salud como un problema fundamental de salud pública, y a reducir el uso del aborto, al incrementar y mejorar los servicios de planificación familiar". Para cumplir esta recomendación, los encargados de adoptar decisiones necesitan de información sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar, la gravedad del daño a la salud que sufre la mujer debido al aborto inseguro y la incidencia del aborto.

Este artículo se centra en el último factor, la incidencia tanto del aborto legal como ilegal, en cada país o región. Los datos comparativos ofrecen un panorama sobre los niveles de aborto que se podrían obtener en un país en particular, y sobre los factores que influyen en las tasas de aborto.

-Estimaciones a nivel mundial y regional

El número calculado de abortos legales e ilegales y su suma, la estimación del número total de abortos realizados a nivel mundial, tienen un margen de error de algunos millones. Una mayor parte del error posible resulta de la necesidad de calcular el nivel de abortos no registrados en cuatro grandes zonas, China, India, Japón y los países que componen la ex-Unión Soviética.

Los números de abortos en estas regiones son elevados e influyen en el cálculo del total de abortos; aún más, nuestras suposiciones sobre si la información está completa o no contribuyen al margen de error en la estimación realizada a nivel mundial. Los cálculos de la OMS respecto al número total de abortos ilegales a nivel mundial involucran un considerable nivel de incertidumbre, debido a que se utilizó una metodología de cálculo indirecta.

-Incidencia mundial

Se realizaron aproximadamente 46 millones de abortos en todo el mundo (Cuadro 1). De estos, cerca de 26 millones fueron legales y 20 millones ilegales. La tasa de aborto a nivel mundial fue de aproximadamente 35 por cada 1.000 mujeres de 15-44 años. De todos los embarazos (excluidos las pérdidas del feto y mortinatos), el 26% fueron terminados mediante un aborto.

Cuadro 1. Número estimado de abortos inducidos, según la condición legal del aborto, y porcentaje de todos los abortos que son ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto, todos por la región y subregión, 2014.

Región y subregión	No. de abortos (millones)			% ilegal	Tasa*	Proporción†
	Total	Legal	Ilegal			
Total	45,5	25,6	19,9	44	35	26
Regiones desarrolladas	10,0	9,1	0,9	9	39	42
Excluida Europa Oriental	3,8	3,7	0,1	3	20	26
Regiones en desarrollo	35,5	16,5	19,0	54	34	23
Excluida China	24,9	5,9	19,0	76	33	20
África	5,0	‡	5,0	99	33	15
África Oriental	1,9	‡	1,9	100	41	16
África Media	0,6	‡	0,6	100	35	14
África Septentrional	0,6	‡	0,6	96	17	12
África Meridional	0,2	‡	0,2	100	19	12
África Occidental	1,6	‡	1,6	100	37	15
Asia	26,8	16,9	9,9	37	33	25
Asia Oriental	12,5	12,5	‡	§	36	34
Asia Sud-central	8,4	1,9	6,5	78	28	18
Asia Sud-oriental	4,7	1,9	2,8	60	40	28
Asia Occidental	1,2	0,7	0,5	42	32	20
Europa	7,7	6,8	0,9	12	48	48
Europa Oriental	6,2					

-Países donde el aborto es legal

Debido a que la legalidad del aborto está estrechamente relacionada con la disponibilidad de estadísticas y con una información completa, presentamos por separado el caso de los países donde el aborto es legal y se lo realiza sin mayores restricciones, y el caso de los países donde este procedimiento es legal pero está muy restringido. Las estimaciones de abortos del primer grupo de países se basan en estadísticas oficiales o encuestas, en tanto que las estimaciones para el segundo grupo se basan en técnicas indirectas. Sin embargo, en algunos países donde el aborto es legal, no se dispone de datos completos y las estadísticas oficiales de países específicos también se indican por separado, porque esta diferencia importante afecta la interpretación de los datos.

En el (Cuadro 2), se presentan los números, tasas y proporciones de abortos legales correspondientes a países con una población de más de un millón de habitantes y de los cuales se dispone de estadísticas o datos de encuestas. En la parte superior del cuadro, se indican los países donde se considera que el número de abortos indicado está dentro de un margen de un 20% de exactitud; en cambio, en la parte inferior del cuadro, se indican los países cuyas estadísticas probablemente son inexactas, en por lo menos un 20% o que no se sabe si la información disponible está completa. Los datos presentados se pueden considerar como mínimos en la mayoría de los casos, ya que es poco probable que se aumente el número de abortos.

Cuadro 2. Medidas de abortos legales, según si los datos están completos, por país y año				
Grado de finalización de datos y país	Número*	Tasa†	Proporción‡	Tasa global de abortos
Se consideran completos				
Alemania	130.900	7,6	14,1	0,23
Australia	91.900	22,2	26,4	0,57
Belarús	155.700	67,5	61,9	2,04
Bélgica	14.600	6,8	11,2	0,21
Bulgaria	89.000	51,3	55,2	1,55
Canadá	106.700	15,5	22,0	0,49
Cuba	209.900	77,7	58,6	2,33
Dinamarca	17.700	16,1	20,3	0,48
Escocia	12.300	11,2	17,2	0,34
Eslovenia	10.400	23,2	35,7	0,70

-Países donde el aborto es ilegal

Las estimaciones publicadas basadas en datos del número de abortos inducidos son disponibles para sólo 10 países que tienen legislación muy restringida. Debido a que las estimaciones del número de abortos se basan en diversos factores, muchos de los cuales no se pueden medir con precisión, la mayoría de los analistas han realizado una escala aproximada, con base en varias suposiciones, lo cual representa su mejor estimación (Cuadro 3). El factor que explica la mayor parte del rango es la proporción entre todas las mujeres que abortan que se espera que sean hospitalizadas. Este porcentaje se estima entre el 14% y el 76% (la columna tres dividida por la columna seis), dependiendo de la seguridad de los servicios de aborto y del acceso a los hospitales.

El porcentaje de mujeres hospitalizadas debido a complicaciones se basa en diversas variables, las cuales no se pueden medir en forma exacta. En este factor se refleja la magnitud de la práctica de abortos seguros, la probabilidad de complicaciones provenientes de abortos realizados por personal no médico, y la facilidad del acceso a los servicios de un hospital. Además, el propio factor se estimó con base en diferentes fuentes, incluidas las encuestas comunitarias que indican el porcentaje de mujeres que habían sido hospitalizadas entre todas que han tenido un aborto, y las encuestas a personal profesional de salud a los cuales se les pidió su opinión sobre la probabilidad de complicaciones entre las mujeres que tienen un aborto y sobre la probabilidad de obtener atención médica una vez que ocurra una complicación.

Las estimaciones preferidas dentro de la escala se encuentran cerca del punto medio en seis de los nueve países de los cuales se dispone de estimaciones múltiples, aunque se encuentran en la banda superior o en la banda inferior de la escala en otros tres países.

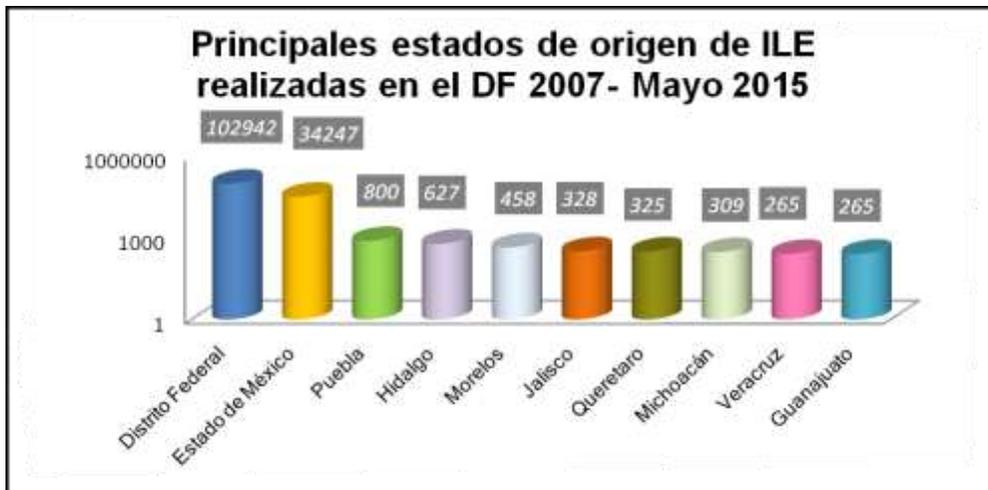
Si bien el aborto es ilegal en todos estos países, se calcula que la tasa anual de aborto varía del 23 por 1.000 mujeres de 15-44 años en Egipto, a 56 por 1.000 en el Perú (Cuadro 3). La variación en la proporción de aborto (el número de abortos por cada 100 embarazos) sigue la misma tendencia: los países que presentan las tasas de aborto que son más bajas, tienen las proporciones de aborto que son bajas también (12-18 abortos por cada 100 embarazos), y aquellos países que presentan las tasas de aborto que son más elevadas, también tienen las proporciones elevadas (28-35 abortos por cada 100 embarazos). En Colombia, tanto la tasa como la proporción de aborto son similares al promedio mundial. Sin embargo, el orden de importancia según la proporción de aborto de un país no refleja exactamente su clasificación según la tasa, debido a que la proporción en cualquier país se ve afectado por el nivel de fecundidad de ese país.¹¹

¹¹ Organización de las Naciones Unidas (ONU), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción, Párr. 8.25.

Cuadro 3. Medidas de aborto inducido y de hospitalizaciones debido a complicaciones causadas por el aborto, correspondientes a 10 países donde el aborto está legalmente muy restringido, según país

País y año	Abortos				Hospitalizaciones	
	Mejor estimación del número	Margen	Tasa*	Proporción*	No.	Tasa
Bangladesh	730.000	678.000-783.000	28,0	18,0	71.800	2,8
Brasil	1.444.000	1.021.000-2.021.000	40,8	29,8	288.700	8,1
Chile	160.000	128.000-224.000	50,0	35,3	31.900	10,0
Colombia	288.000	288.000-404.000	36,3	26,0	57.700	7,2
Egipto	324.000	d	23,0	15,7	216.000	15,3
Filipinas	401.000	320.000-481.000	25,0	16,0	80.100	5,1
México	533.000	297.000-746.000	25,1	17,1	106.500	5,4
Nigeria	610.000	428.000-610.000	25,4	12,0	142.200§	6,1
Perú	271.000	271.000-380.000	56,1	30,0	54.200	10,9
República Dominicana	82.000	58.000-115.000	47,0	27,9	16.500	9,8

Basada en las mejores estimaciones presentadas en la columna 1. Las estimaciones de Bangladesh correspondientes a los abortos inducidos incluyen un número estimado de regulaciones menstruales (468.000). Las cifras oficiales declaradas de regulaciones menstruales (legales) constan en el Cuadro 2. Incluye a 19.400 mujeres hospitalizadas debido a complicaciones resultantes de regulaciones menstruales.



- Distrito Federal= 72.5%
- Estado de México= 24.1%
- Resto de la República y extranjeras= 3.3%

- Soltera= 53.2%
- Casada= 14.4%
- Unión Libre= 28.1%
- Divorciada= 3.1%
- Viuda= 0.3%
- No especifica= 0.8%

Lugar de residencia

Estado civil

- Medicamento= 72.5%
- AMEU* = 25.3%
- LIU* = 2.1%

* AMEU= Aspiración Manual Endouterina
** LIU= Legrado Uterino Instrumentado

- < 4 semanas= 4.7%
- 5 semanas= 10 %
- 6 semanas= 17.7%
- 7 semanas= 21.2%
- 8 semanas= 16.2%
- 9 semanas= 12.5%
- 10 semanas= 9.3%
- 11 semanas= 6.8%
- 12 semanas= 1.7%

Método médico

Semana de gestación

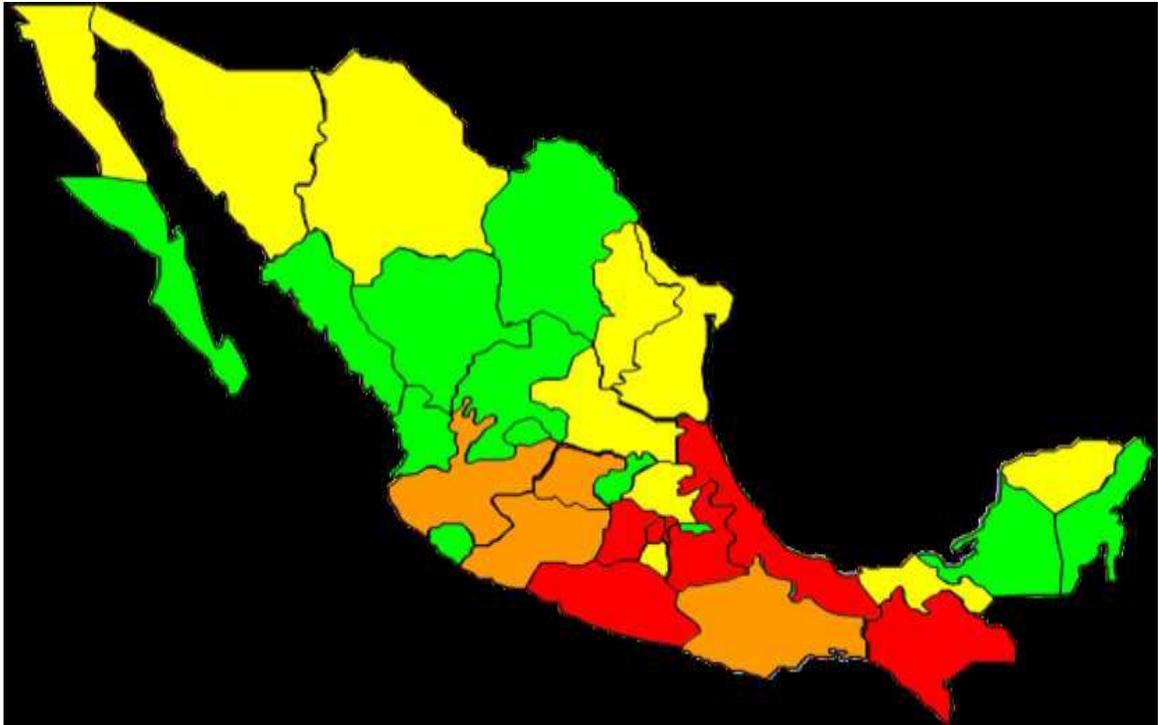


Se han realizado **8,615** ILE a menores de 18 años del 2007 a mayo del 2015

Porcentaje de mujeres que no acudieron a realizarse la ILE después de una solicitud formal de abril 2007 a mayo de 2015: **14%**

Número total de personal médico dedicado a la ILE en el sistema hospitalario del DF. Cifra a mayo de 2015: **38**

Interrupciones Legales del Embarazo por año y entidad	
Año	Número
2007 (1) <i>(1) Mayo a diciembre de 2007.</i>	Total: 4,799 DF (4,179 mujeres = 87%) Estado de México (540 mujeres = 11%) Otro (80 mujeres = 2%)
2008	Total: 13,404 DF (10,137 mujeres = 76%) Estado de México (2,865 mujeres = 21%) Otro (402 mujeres = 3%)
2009	Total: 16,475 DF (12,221 mujeres = 74%) Estado de México (3,780 = 23%) Otro (474 = 3%)
2010	Total: 16,945 DF (12,217 mujeres = 72%) Estado de México (4,064 mujeres = 24%) Otro (664 mujeres = 4%)
2011	Total: 20,319 DF (14,390 mujeres = 70.8 %) Estado de México (5,187 mujeres = 25.5%) Otro (737 mujeres = 3.5%)
2012	Total:20,482
2013	Total:20,687
2014	Total:20,526



	>80
	40-79
	20-39
	<20

Entre 2000 y 2005, en los hospitales de las instituciones pública de salud, a nivel nacional, se atendieron un total de poco más de 1, 000,000 de mujeres en edad reproductiva (de 10 a 54 años de edad) por complicaciones del aborto.

En el mismo período, en los hospitales de la Ciudad de México de todas las instituciones pública de salud, se atendieron más de 140,000 mujeres en edad reproductiva (de 10 a 54 años de edad) por complicaciones del aborto. De este total de atenciones, se estima que aproximadamente, el 13% corresponden a adolescentes de 10 a 19 años.

SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN EL MUNDO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año mueren más de 500,000 mujeres por cuestiones relacionadas con el embarazo. Por lo menos el 30% de estas muertes e innumerables lesiones se producen como resultado del aborto inseguro. La cifra de abortos en condiciones de riesgo es particularmente alta en los países más pobres del mundo, en donde tienen lugar casi 19 millones de abortos en estas condiciones. Sabemos que sin acceso a una atención médica de calidad estas mujeres, sus comunidades, y las familias que dependen de ellas están en riesgo.¹²

¹² Diaz de León MF, Gasman N, Campos CA. Mortalidad Materna. Mortalidad Materna IPAS, México.

4.6 EPIDEMIOLOGIA DEL ABORTO

El aborto como causa de muerte materna en México es poco notorio dentro de las estadísticas vitales (6% según los datos del INEGI para 2009). Esto representa, de acuerdo con los datos oficiales, que solo murieron 74 de 1207 mujeres por esta causa durante ese año. Sin embargo, de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, dicho porcentaje es de 13% de la mortalidad materna global y de 24% en la región de América Latina.

El importante sub registro y, sobre todo, el mal registro de la causa se deben, entre otros factores, a la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Según opiniones especializadas, muchas de las muertes atribuidas a las hemorragias son provocadas realmente por complicaciones de abortos que se practican en condiciones de riesgo.

De acuerdo con los estudios realizados por CONAPO, los familiares hablan de “hemorragias” o “infecciones”, pero rara vez de aborto. En general, se sabe que las mujeres de los niveles sociales más desprotegidos se ven expuestas en mayor medida a morir a causa de un aborto inseguro (el doble de riesgo) que las de mejores condiciones socioeconómicas.

Es importante destacar que, en apoyo a la afirmación anterior, las cifras de incidencia de abortos (incluidas todas las causas) medidas a través de los egresos hospitalarios registrados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud superaron los cien mil casos anuales durante el periodo 2004-2009; tan solo para este último año se observaron cerca de 125 mil casos de los cuales 84% son abortos “no especificados”.

Muy probablemente, varios fueron abortos provocados no declarados como tales para evitar el proceso penal que conllevarían.

El comité promotor de “Maternidad sin Riesgo” estima que en México ocurren aproximadamente 4, 200,000 embarazos por año, de los cuales solamente 60% llega a término de la gestación; los demás embarazos terminan con abortos espontáneos o abortos inducidos.

Otras investigaciones afirman que durante 2006, en México, se realizaron 874 mil abortos inducidos. Hay otras cifras disponibles que también contribuyen a darnos una idea de la magnitud del problema. Para 1997 se calculó que 19% de las mujeres en edad fértil que alguna vez estuvieron embarazadas, habían experimentado un aborto. La interrupción legal del embarazo (ILE) se lleva a cabo en los hospitales de la Secretaría de Salud del D.F. (procedimiento para los servicios de ILE en el D.F.).

Esto ha contribuido a que el flujo de la información se haya transparentado al reportarse periódica y públicamente la cantidad de abortos realizados; se presentan los datos estadísticos de las ILE realizadas a partir de abril de 2007.

Esta información resulta relevante porque permite la posibilidad de evaluar los servicios ofrecidos, lo que resulta en un mejor diseño de los programas para la prevención de embarazos no deseados y la conserjería post aborto.¹³

¹³ Lozano R, Hernández B, Langer A. Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. En: Elu MC, Langer A, eds. Maternidad sin Riesgos en México. México: Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México/Instituto Mexicano de Estudios Sociales; 1994. pp. 43-52.

4.7 NORMAS Y POLÍTICAS DEL ABORTO

El número de hijos que las mujeres mexicanas desean en la actualidad es menor al que deseaban anteriormente. Lograr que las mujeres accedan a métodos anticonceptivos eficientes y de bajo costo puede prevenir los embarazos no planeados y reducir la necesidad de recurrir a la interrupción de un embarazo.

La consejería en planificación familiar debe responder al deseo cada vez mayor de las mujeres de planear sus nacimientos de manera más precisa. La necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas no se ha reducido en la última década, lo que apunta a la necesidad de contar con mejores servicios.

Varios estudios han demostrado que las mujeres están muy motivadas para regular el tamaño de su familia y utilizar anticonceptivos posteriores a un aborto. Las intervenciones deben mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de anticoncepción después de un aborto inducido, un nacimiento o aborto espontáneo.

Es necesario hacer especial énfasis en los jóvenes y ofrecerles programas adecuados de educación sexual, servicios de salud reproductiva e información sobre métodos anticonceptivos, incluyendo el uso correcto y consistente del condón y de otros métodos anticonceptivos.

El Director de la Unidad Médica, administrador, jefe de epidemiología o responsable en turno de la unidad, asegurará la correcta aplicación de este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal que interviene en el mismo.

El personal de la unidad médica que reciba a una mujer embarazada que solicite la interrupción de su embarazo de hasta doce semanas de gestación, manifestado por la derechohabiente o usuaria, sin mayor investigación, deberá canalizarla con el director o responsable en turno de la unidad.

Todo procedimiento para la interrupción legal del embarazo de hasta doce semanas de gestación, deberá partir de la solicitud que realice la derechohabiente o usuaria.

Las unidades hospitalarias donde se realizan procedimientos médicos o quirúrgicos para la interrupción legal del embarazo, son las siguientes:

1. Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”.
2. Hospital General Dr. Enrique Cabrera.
3. Hospital General Balbuena.
4. Hospital General Dr. Gregorio Salas.
5. Hospital General Iztapalapa.
6. Hospital General Milpa Alta.
7. Hospital General Ticomán.
8. Hospital Materno Pediátrico Xochimilco.
9. Hospital Materno Infantil Cuajimalpa.
10. Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc.
11. Hospital Materno Infantil Inguarán.
12. Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras.
13. Hospital Materno Infantil Nicolás M. Cedillo.
14. Hospital Materno Infantil Tláhuac.

El médico que atienda a una mujer que solicite la interrupción de su embarazo de hasta doce semanas de gestación, manifestado por ella y corroborado clínicamente y por laboratorio, referirá con oportunidad, eficacia y eficiencia a la embarazada a un hospital de los citados en la política anterior, en donde se efectúen procedimientos de confirmación diagnóstica y en su caso de interrupción legal del embarazo, con el propósito de que sea valorada por un médico especialista.

El médico que refiera a mujeres embarazadas de las citadas en el punto anterior, para valoración por el médico especialista, elaborará en original y dos copias la “Hoja de Referencia y Contra referencia”, e informará de la referencia y entregará la copia al director, administrador, jefe de epidemiología o responsable en turno de la unidad del primer nivel de atención, la cual posteriormente deberá ser integrada al Expediente Clínico de la derechohabiente o usuaria.

El director, administrador, jefe de epidemiología o responsable en turno de la unidad médica del primer nivel de atención, supervisará que se realicen con oportunidad los trámites administrativos de referencia de la derechohabiente o usuaria embarazada a una unidad del segundo nivel de atención. Así mismo, solicitará a la autoridad de la unidad hospitalaria la contra referencia.

El personal de trabajo social del primer nivel de atención, referirá con prontitud, eficacia, eficiencia y por indicación médica, a la derechohabiente o usuaria para valoración de la interrupción legal de su embarazo, a una unidad médica hospitalaria de las señaladas en la política número cinco de este apartado, con la hoja de Referencia y Contra referencia debidamente requisitada por el médico tratante.¹⁴

¹⁴Lara D, García S, Strickler J, Martínez H, Villanueva L. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la Ciudad de México. Gac Med Mex 2003; 139(Supl 1):77-90.

CAPITULO V

5.1 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR DE LA MUJER

MONTE DEL PUBIS = MONTE DE VENUS

El monte del pubis es una eminencia redondeada que se encuentra por delante de la sínfisis del pubis. Está formada por tejido adiposo recubierto de piel con vello pubiano.

LABIOS MAYORES

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte del pubis. Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas y recubiertas por vello. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura bulbar.

LABIOS MENORES

Los labios menores son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo subcutáneo ni están cubiertos por vello pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores se encuentran entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina.

En mujeres jóvenes sin hijos, habitualmente los labios menores están cubiertos por los labios mayores. En mujeres que han tenido hijos, los labios menores pueden protruir a través de los labios mayores.

VESTÍBULO DE LA VAGINA

El vestíbulo de la vagina es el espacio situado entre los labios menores y en él se localizan los orificios de la uretra, de la vagina y de los conductos de salida de las glándulas vestibulares mayores (de Bartolini) que secretan moco durante la excitación sexual, el cual se añade al moco cervical y proporciona lubricación.

El orificio uretral externo se localiza 2 - 3 cm. por detrás del clítoris, e inmediatamente por delante del orificio vaginal. A cada lado del orificio uretral se encuentran los orificios de desembocadura de las glándulas parauretrales (de Skene) que están situadas en las paredes de la uretra, y también secretan moco.

El orificio vaginal es mucho más grande que el orificio uretral. El aspecto del orificio vaginal depende del himen, que es un delgado pliegue incompleto de membrana mucosa que rodea dicho orificio.

CLÍTORIS

El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Tiene 2 - 3 cm. de longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores.

Consiste en: dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glande y se mantiene en su lugar por la acción de varios ligamentos. El glande del clítoris es la parte expuesta del mismo y es muy sensitivo igual que sucede con el glande del pene. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris.

BULBOS DEL VESTÍBULO

Los bulbos del vestíbulo son dos masas alargadas de tejido eréctil de unos 3 cm. De longitud que se encuentran a ambos lados del orificio vaginal. Estos bulbos están conectados con el glande del clítoris por unas venas. Durante la excitación sexual se agrandan, al rellenarse con sangre, y estrechan el orificio vaginal produciendo presión sobre el pene durante el acto sexual.

VAGINA

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. En posición anatómica, la vagina descende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm., su pared posterior de 7 - 10 cm. y están en contacto entre sí en condiciones normales. Desemboca en el vestíbulo de la vagina, entre los labios menores, por el orificio de la vagina que puede estar cerrado parcialmente por el himen que es un pliegue incompleto de membrana mucosa.

La vagina comunica por su parte superior con la cavidad uterina ya que el cuello del útero se proyecta en su interior, quedando rodeado por un fondo de saco vaginal. En esta zona es donde debe quedar colocado el diafragma anticonceptivo. El útero se encuentra casi en ángulo recto con el eje de la vagina.

La pared vaginal tiene 3 capas: una externa o serosa, una intermedia o muscular (de músculo liso) y una interna o mucosa que consta de un epitelio plano estratificado no queratinizado y tejido conectivo laxo que forma pliegues transversales. La mucosa de la vagina tiene grandes reservas de glucógeno que da lugar a ácidos orgánicos originando un ambiente ácido que dificulta el crecimiento de las bacterias y resulta agresivo para los espermatozoides. Los componentes alcalinos del semen secretados, sobre todo, por las vesículas seminales, elevan el pH del fluido de la vagina que así resulta menos agresivo para los espermatozoides.

ÚTERO O MATRIZ

El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera que constituye parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia. Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina.

La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición.

La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

- Una capa externa serosa o perimetrio
- Una capa media muscular (constituida por músculo liso) o miometrio
- Una capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación.

Las células secretoras de la mucosa del cuello uterino producen una secreción llamada moco cervical, mezcla de agua, glucoproteínas, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. A lo largo de sus años reproductores, las mujeres secretan de 20-60 ml de este líquido cada día que es menos viscoso y más alcalino durante el tiempo de la ovulación, favoreciendo así el paso de los espermatozoides a los que aporta nutrientes y protege de los fagocitos y del ambiente hostil de la vagina y del útero. Parece, además, que podría tener un papel viscoso y forma un tapón cervical que impide físicamente el paso de los espermatozoides.

TROMPAS DE FALOPPIO

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación. Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa en cuatro partes:

- El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal. El infundíbulo presenta numerosos pliegues o fimbrias que atrapan al ovocito cuando se produce la ovulación para llevarlo al orificio abdominal de la trompa e introducirlo en el interior de la misma. Una de las fimbrias está sujeta al ovario correspondiente.
- La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide
- El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado
- La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero. La pared de las trompas tiene una capa interna o mucosa con un epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hasta el útero junto a células secretoras que producen nutrientes para el mismo, una capa intermedia de músculo liso cuyas contracciones peristálticas ayudan también, junto con los cilios de la mucosa, a transportar el ovocito, y una capa externa o serosa.

OVARIOS

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. De longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como, por ejemplo, el ligamento ancho del útero que forma parte del peritoneo parietal y que se une a los ovarios por un pliegue llamado mesoovario, formado por una capa doble de peritoneo. Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen embriológico que los testículos o gónadas masculinas.

En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, y se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina.

En los ovarios se encuentran los folículos ováricos que contienen los ovocitos en sus distintas fases de desarrollo y las células que nutren a los mismos y que, además, secretan estrógenos a la sangre, a medida que los ovocitos van aumentando de tamaño. El folículo maduro o folículo De Graaf es grande, está lleno de líquido y preparado para romperse y liberar el ovocito que será recogido por el infundíbulo de las trompas de Falopio. A este proceso se le llama ovulación.

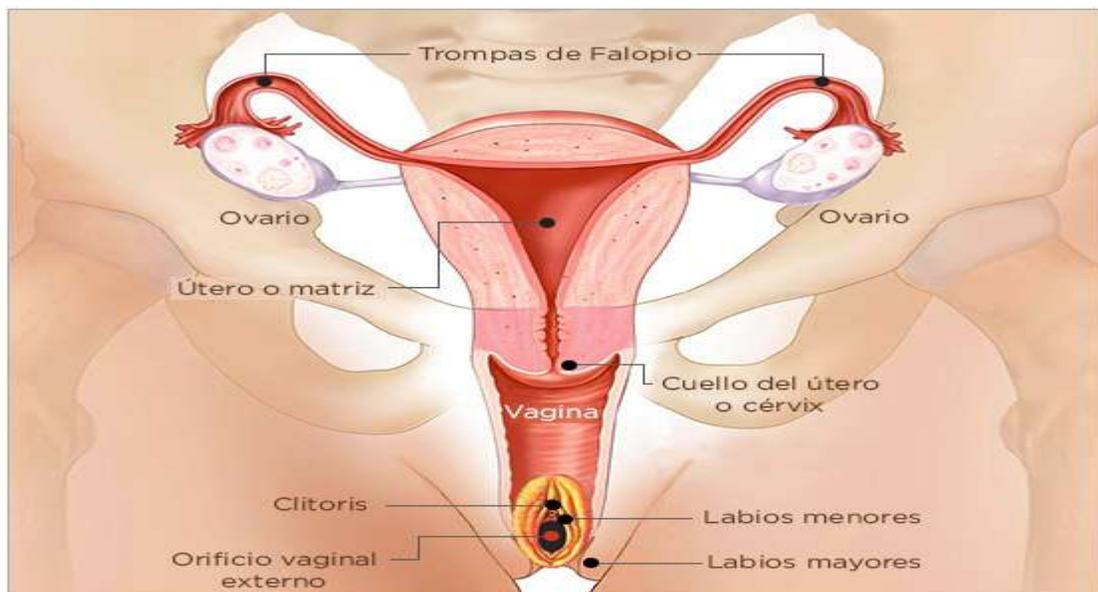
Los cuerpos lúteos o cuerpos amarillos son estructuras endocrinas que se desarrollan a partir de los folículos ováricos que han expulsado sus ovocitos u óvulos en la ovulación y producen y secretan a la sangre diversas hormonas como progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que, si el ovocito no es fecundado, degeneran y son reemplazados por una cicatriz fibrosa. Antes de la pubertad, la superficie del ovario es lisa mientras que después de la pubertad se cubre de cicatrices progresivamente a medida que degeneran los sucesivos cuerpos lúteos.¹⁵

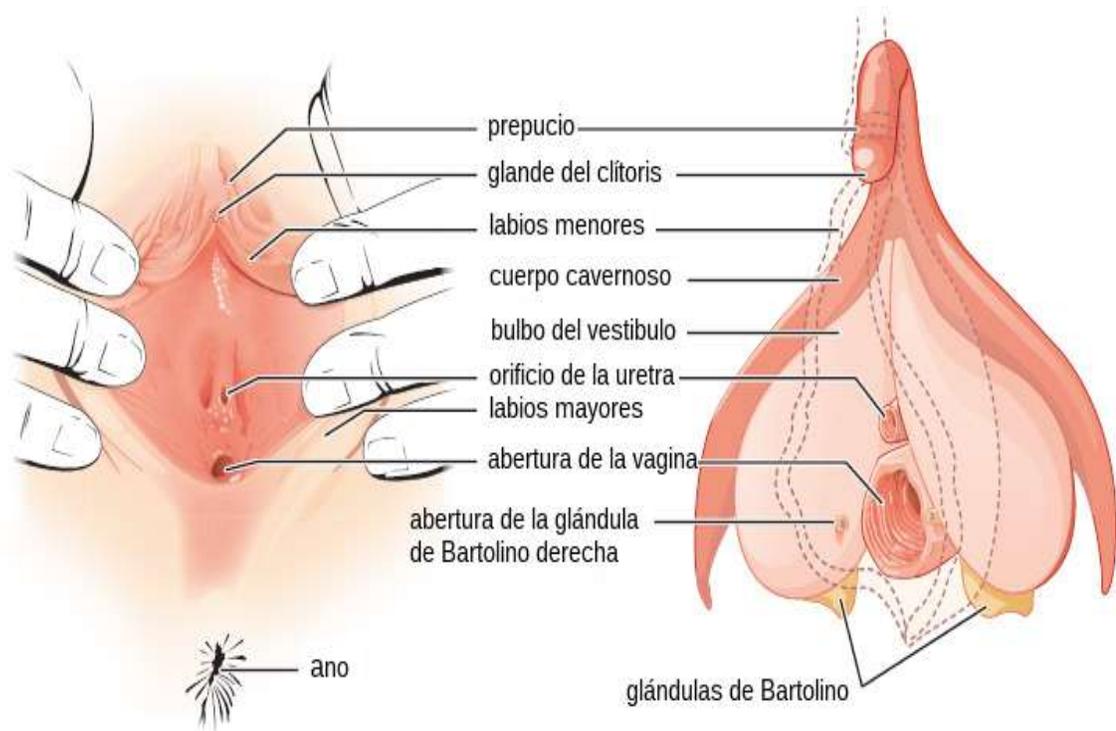
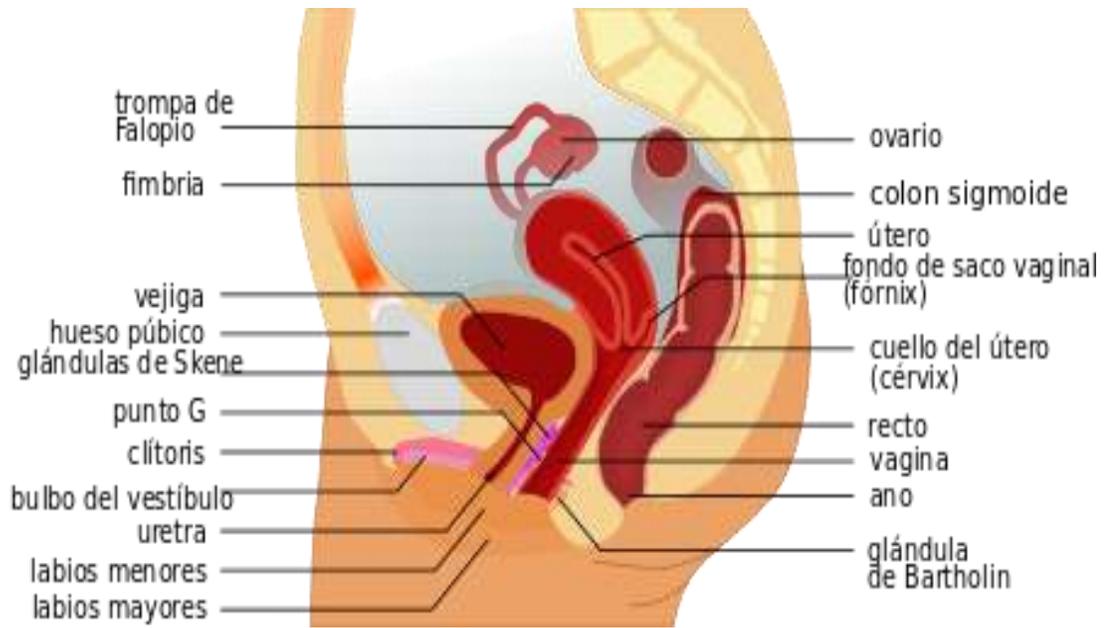
¹⁵ Agur MR, Dalley F. Grant. Atlas de Anatomía. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007

GLÁNDULAS GENITALES AUXILIARES: GLÁNDULAS VESTIBULARES Y GLÁNDULAS PARAURETRALES

Las glándulas vestibulares mayores (de Bartolino) son dos y tienen un tamaño de 0.5 cm. Se sitúan a cada lado del vestíbulo de la vagina y tienen unos conductos por donde sale su secreción de moco para lubricar el vestíbulo de la vagina durante la excitación sexual.

Las glándulas vestibulares menores son pequeñas y están situadas a cada lado del vestíbulo de la vagina y también secretan moco que lubrica los labios y el vestíbulo. Las glándulas parauretrales (de Skene) desembocan a cada lado del orificio externo de la uretra. También tienen una secreción mucosa lubricante.





Vulva : vista anterior externa

Vulva: vista anterolateral interna

5.2 FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

OVOGÉNESIS

La ovogénesis es la formación de los gametos femeninos u ovocitos en los ovarios o gónadas femeninas. Los ovocitos son células sexuales especializadas producidas por los ovarios, que transmiten la información genética entre generaciones. A diferencia de la espermatogénesis que se inicia en la pubertad en los varones, la ovogénesis se inicia mucho antes del nacimiento en las mujeres.

El ovario fetal contiene muchas células germinales que se dividen por mitosis y se convierten en otro tipo de células mayores, las ovogonias, que también se dividen por mitosis y finalmente, dan lugar a los ovocitos primarios. Tanto las ovogonias como los ovocitos primarios tienen 46 cromosomas.

La división de las ovogonias termina antes del nacimiento, de modo que si son destruidas en esta fase no pueden ser renovadas. Los ovocitos primarios permanecen en un estado de desarrollo estacionario desde su formación antes del nacimiento, hasta inmediatamente antes de la pubertad y están rodeados por una sencilla capa de células. En conjunto, el ovocito primario y la capa de células que lo acompañan constituyen el folículo primordial.

En la especie humana cada ovario contiene en el momento del nacimiento entre 200.000 y 2 millones de ovocitos primarios, contenidos en folículos primordiales. Al llegar a la pubertad hay alrededor de 40.000 y solamente unos 400 podrán madurar a lo largo de la vida fértil de la mujer, mientras que el resto de ovocitos primarios degenerará.

En cada ciclo sexual, las hormonas gonadotropinas, secretadas por el lóbulo anterior de la hipófisis, estimulan a varios folículos primordiales a continuar su desarrollo, aunque solo uno suele alcanzar el grado de maduración necesario para ser ovulado. Los folículos primordiales maduran a folículos primarios que, a su vez, dan lugar a los folículos secundarios. Por último, el desarrollo del folículo secundario da lugar al folículo maduro o De Graaf en el interior del cual el ovocito primario se convierte en ovocito secundario que es el que será expulsado durante la ovulación a lo largo de la vida reproductora de la mujer, de un modo cíclico e intermitente.

Aunque la célula germinal femenina es conocida popularmente como óvulo después de la ovulación, estrictamente hablando es un ovocito secundario y contiene 23 cromosomas, es decir, la mitad de la dotación genética de una célula humana.

El ovocito secundario solo se convertirá en óvulo maduro en el momento de la fecundación, cuando se produzca la penetración del espermatozoide dentro del ovocito. A continuación y como consecuencia, se formará una nueva célula, el cigoto o huevo que tendrá 46 cromosomas, 23 procedentes del óvulo maduro y 23 procedentes del espermatozoide.

CICLO SEXUAL FEMENINO

En la especie humana la liberación de ovocitos por los ovarios, es cíclica e intermitente, lo que queda reflejado en los cambios cíclicos que se producen, como consecuencia, en la estructura y la función de todo el sistema reproductor de la mujer. Tales cambios dependen de 2 ciclos interrelacionados, el ciclo ovárico y el ciclo uterino o menstrual los cuales, en conjunto, duran aproximadamente 28 días en la mujer, aunque se producen variaciones. El ciclo menstrual está controlado por el ciclo ovárico a través de las hormonas ováricas: los estrógenos y la progesterona.

CICLO OVÁRICO

Los ovarios tienen la doble función de producir gametos (ovocitos) y de secretar hormonas sexuales femeninas. El ovario produce 2 tipos principales de hormonas esteroides, los estrógenos y la progesterona. En el plasma del ser humano se han aislado seis estrógenos diferentes, pero solamente tres se encuentran en cantidades importantes: el 17-beta estradiol, la estrona y el estriol. En la mujer que no está embarazada, el estrógeno más abundante es el 17-beta estradiol.

Al comienzo de cada ciclo ovárico, que se considera coincidente con el primer día de la menstruación, empiezan a aumentar de tamaño varios folículos primordiales por la influencia de una hormona secretada por la adenohipófisis, la hormona folículo estimulante (FSH).

Los folículos primordiales maduran a folículos primarios y después a folículos secundarios. Normalmente uno de éstos continúa desarrollándose mientras los demás sufren regresión. El número de folículos que se desarrollan está determinado por los niveles de FSH de la sangre circulante. Se distinguen 3 fases en el ciclo ovárico:

1ª fase) fase folicular: del día 1 al día 14 del ciclo. Durante el desarrollo folicular, el folículo secundario aumenta de tamaño y llega a ser el folículo De Graaf o folículo maduro listo para descargar el óvulo (el ovocito secundario).

Durante esta primera fase del ciclo ovárico, el folículo en desarrollo sintetiza y secreta el estrógeno 17-beta estradiol, y los niveles plasmáticos de esta hormona aumentan progresivamente hasta alcanzar un valor máximo 2 días antes de la ovulación, aproximadamente.

El 17-beta estradiol es el responsable del desarrollo del endometrio en la fase proliferativa del ciclo uterino.

2ª fase) ovulación: el folículo descarga el óvulo (ovocito secundario), es lo que se llama ovulación. Todo el proceso hasta aquí, dura unos 14-16 días contados a partir del 1º día de la menstruación. El ovocito se libera y es atraído por las prolongaciones o fimbrias de la trompa de Falopio para ser introducido en el interior de la trompa y ser transportado hacia el útero.

Los niveles altos de estrógenos hacen que las células de la adenohipófisis se vuelvan más sensibles a la acción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) secretada por el hipotálamo en forma de pulsos (cada 90 minutos, aproximadamente). Cerca del día 14 del ciclo, las células de la adenohipófisis responden a los pulsos de la GnRH y liberan las hormonas folículoestimulante (FSH) y luteinizante (LH).

La LH causa la ruptura del folículo maduro y la expulsión del ovocito secundario y del líquido folicular, es decir, la ovulación. Como la ovulación se produce unas 9 horas después del pico plasmático de LH, si se detecta la elevación de LH en plasma, por un análisis de laboratorio, se puede predecir la ovulación con un día de antelación.

Después de la ovulación la temperatura corporal aumenta de medio grado a un grado centígrado y se mantiene así hasta el final del ciclo, lo que se debe a la progesterona que es secretada por el cuerpo lúteo (ver la fase luteínica).

3ª fase) fase luteínica: del día 15 al día 28 del ciclo. Después de la ovulación, las células restantes del folículo forman una estructura que se llama cuerpo lúteo o cuerpo amarillo bajo la influencia de la LH.

El cuerpo lúteo entonces sintetiza y secreta dos hormonas: el estrógeno 17-beta estradiol y la progesterona que inducen la fase secretora del ciclo uterino, es decir, preparan el endometrio para la implantación del óvulo fecundado.

En caso de embarazo, el endometrio requiere el soporte hormonal del 17-beta estradiol y de la progesterona para permanecer en la fase secretora, de modo que el cuerpo lúteo se transforma en cuerpo lúteo gestacional y persiste hasta el tercer mes de embarazo conservando su función secretora de hormonas.

Si no hay fecundación, el cuerpo lúteo degenera hacia el final del ciclo uterino y se atrofia, quedando una cicatriz, y deja de secretar estrógenos y progesterona, con lo que bajan mucho los niveles de estas hormonas en sangre y, como consecuencia, las capas superficiales del endometrio del útero se desprenden y son expulsadas al exterior por la vagina, es la menstruación.

CICLO UTERINO O MENSTRUAL

Durante el ciclo uterino las capas superficiales del endometrio experimentan cambios estructurales periódicos que pueden dividirse también en 3 fases:

1ª fase) fase menstrual: del día 1 al día 4 del ciclo. Durante esta fase se expulsan al exterior por la vagina, las capas superficiales del endometrio del útero, es lo que se llama menstruación, provocada por la disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona debido a la atrofia del cuerpo lúteo en el ovario, que entonces deja de secretar estas hormonas. El flujo menstrual está compuesto por unos 50-150 ml de sangre, líquido intersticial, moco y células epiteliales desprendidas del endometrio, y pasa de la cavidad uterina al exterior a través de la vagina.

2ª fase) fase proliferativa: del día 5 al día 14 del ciclo. Coincide con la fase folicular del ciclo ovárico. Se caracteriza porque las células endometriales se multiplican y reparan la destrucción que tuvo lugar en la menstruación anterior. La hormona responsable de esta fase es el estrógeno 17-beta estradiol, secretado por las células del folículo ovárico en desarrollo.

3ª fase) fase secretora: del día 15 al día 28 del ciclo. Coincide con la fase luteínica del ciclo ovárico. Las glándulas del endometrio se hacen más complejas en su estructura y comienzan a secretar un líquido espeso rico en azúcares, aminoácidos y glicoproteínas.

En esta fase el endometrio se prepara para la implantación del óvulo fecundado. Las hormonas responsables de esta fase son la progesterona y el estrógeno 17-beta estradiol secretadas por el cuerpo lúteo en el ovario.

HORMONAS EN EL CICLO SEXUAL FEMENINO. ACCIONES

En el ciclo sexual femenino intervienen hormonas secretadas por el hipotálamo, por la hipófisis y por los ovarios. La hipófisis anterior o adenohipófisis secreta unas hormonas proteicas, las gonadotropinas, que son de importancia fundamental para la función reproductora y, como indica su nombre, actúan sobre las gónadas o glándulas sexuales: testículos en el hombre y ovarios en la mujer.

Son la hormona folículo-estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). La FSH llega por la sangre hasta los ovarios y provoca el crecimiento de los folículos ováricos antes de la ovulación mensual y la secreción de estrógenos por el folículo que se está desarrollando.

La LH provoca la ruptura del folículo De Graaf o folículo maduro y la ovulación, así como la secreción de estrógenos y progesterona por el cuerpo lúteo o estructura en que se ha transformado el folículo una vez ha expulsado el ovocito en la ovulación.

La secreción de las gonadotropinas depende a su vez, del hipotálamo que es una estructura que se encuentra en el sistema nervioso central, lo que explica el que los ciclos y la fertilidad de la mujer pueden ser profundamente afectados por las emociones.

El hipotálamo sintetiza y secreta la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) que es liberada en forma de pulsos cada 90 minutos aproximadamente y es la responsable de la secreción de FSH y LH por la adenohipófisis. Por su parte, los ovarios producen dos tipos de hormonas, los estrógenos y la progesterona.

Los efectos de los estrógenos son:

- Modulan la descarga de gnrh por el hipotálamo y varían la sensibilidad de las células de la adenohipófisis a dicha hormona hipotalámica.
- Desarrollan los órganos genitales femeninos.
- Son los responsables de la morfología femenina.
- Desarrollan las glándulas mamarias.
- reducen los niveles de colesterol en plasma, lo que explica los menores riesgos de infarto de miocardio en la mujer premenopáusica con respecto al hombre de la misma edad y a la mujer menopáusica.

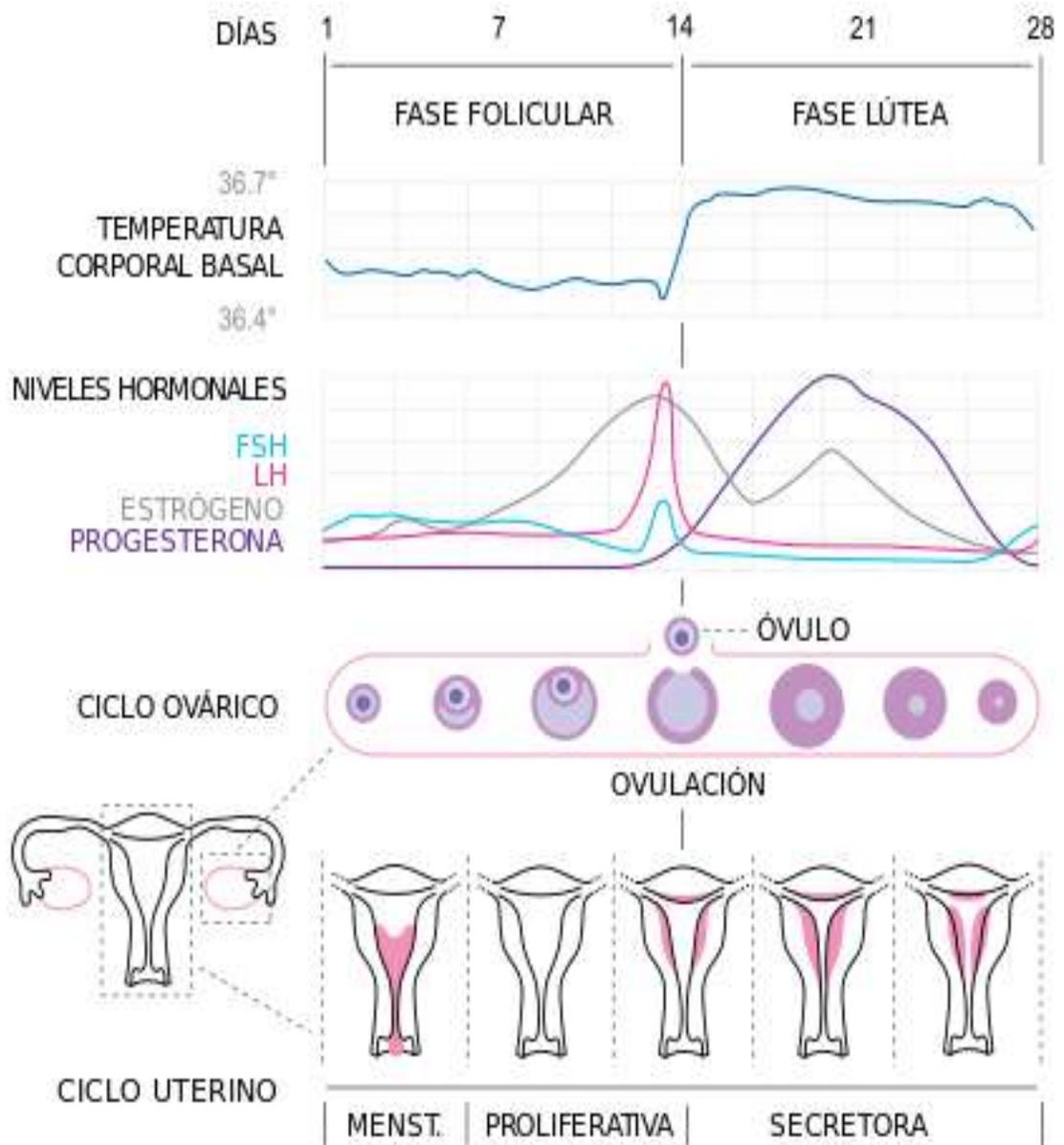
- Reducen la fragilidad capilar.
- Tienen efectos estimulantes sobre el estado de ánimo.
- Tienen efectos protectores sobre el tejido óseo.
- Producen retención de agua y sodio por el organismo.

Los efectos de la progesterona son:

- estimula el crecimiento de las glándulas mamarias
- estimula las secreciones del endometrio
- tiene efecto calmante sobre el estado de ánimo
- sube la temperatura corporal
- facilita el metabolismo de los estrógenos

Los estrógenos y la progesterona se metabolizan en el hígado y los productos resultantes de su degradación son expulsados por la orina.¹⁶

¹⁶ Fisiología Humana. 7ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2013.



CAPITULO VI

6.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones.

La Salud Reproductiva implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad de la pareja para reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia; en esta condición está incluido el derecho del hombre y la mujer a recibir información y acceso a los métodos de regulación de la fertilidad de su elección que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto seguros y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos.

Esto conlleva el derecho de hombres y mujeres a la información y al acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos y asequibles. El derecho a servicios de salud de calidad, para la atención del embarazo, el parto puerperio y el recién nacido, el derecho a servicios de promoción y educación para la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida y la prevención del cáncer del sistema reproductivo, de discapacidades generales en el climaterio y de la violencia sexual.

Los cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual son: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervico uterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual.

Su propósito es alcanzar para todos los grados más altos posibles de salud reproductiva y sexual.

Las complicaciones asociadas al aborto son más frecuentes cuando estas se realizan en condiciones de riesgo, la cobertura del Sistema Nacional de Salud, garantiza en todos los territorios del país, servicios de aborto de alta calidad y atendidos por especialistas expertos y personal de enfermería de alta calificación en esta temática tan controversial en el mundo y asegura una adecuada atención de la mujer cuando la pareja elige esta opción.

La Salud Sexual es un proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Salud reproductiva en la atención primaria de salud, aseguran a las mujeres, hombres, parejas y familias, orientación sobre riesgos, en las etapas pre-concepcional, prenatal y postnatal y alcanzar si lo requieren, atención de los niveles secundarios y terciarios de los servicios de salud.

La Sociedad de Enfermería desarrolló el pasado mes de junio el XV Congreso, con el objetivo principal de promover el indispensable intercambio y actualización de experiencias científicas en el extenso campo multidisciplinario de la salud sexual y reproductiva, facilitar el diálogo y experiencias sistematizadas para optimizar las acciones que fortalezcan las buenas prácticas. Este evento fue un espacio de diálogo, reflexión debate, análisis discusión de investigaciones científicas de actualidad y reencuentro de profesionales de Enfermería y otros especialistas.¹⁷

¹⁷ Izquierdo Hernández Amada. Salud sexual y reproductiva. Rev. Cubana Enfermería [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Ago 25]; 29(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000100001&lng=es.

6.2 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción).

-Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

-Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

-Reducción de la mortalidad infantil:

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

-Prevención de la infección por el VIH y el SIDA:

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

-Poder de decisión y una mejor educación

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

-Disminución del embarazo de adolescentes:

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pre término o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes. Las parteras están capacitadas para facilitar (en los lugares en que estén autorizadas) los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables.

Otros agentes de salud calificados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también pueden facilitar asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto los hombres como las mujeres deben ser remitidos a un médico.

-Uso de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014.¹⁸

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Ginebra: OMS, 2014.

6.3 Intervenciones de enfermería uso de anticonceptivos

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos.

-Objetivo

Brindar a las mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas.

-Consulta de planificación familiar y consulta de primera vez por enfermería

Esta consulta es realizada, de acuerdo al método seleccionado y al nivel de complejidad, por el enfermero debidamente capacitado en planificación familiar.

Los pasos que se deben seguir con la paciente son:

- Informar sobre el conocimiento de los métodos disponibles, sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos. Se debe siempre hablar del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y de la posibilidad de usar doble método para su protección.

Se debe ofrecer información sobre todos los métodos de anticoncepción existentes sin exclusión alguna.

- Responder a las necesidades y dudas del hombre, de la mujer o de la pareja, en un lenguaje sencillo y apropiado. Este proceso, debe realizarse en forma individual, además permite al profesional de salud asegurarse si la usuaria ha entendido todo lo que se le ha explicado sobre el método que desea elegir.

- Realizar anamnesis completa haciendo énfasis en salud sexual y reproductiva, condiciones de salud, hábitos y uso de medicamentos.

- Examen físico general y del aparato reproductivo.

- Brindar apoyo a la usuaria para la elección del método, aplicando los criterios de elegibilidad para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, que se presentan posteriormente.
- De acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se debe entregar el método seleccionado.
- Orientar, informar y educar al usuario sobre:

Signos de alarma por los que debe consultar.

Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.

Prevención de ETS (uso de condón como método de protección adicional).

- En casos de elección de métodos quirúrgicos, es preciso obtener consentimiento individual informado escrito, del hombre en vasectomía o de la mujer en oclusión tubaria bilateral (firma o huella dactilar); programar para el procedimiento y entregar un método temporal hasta que se practique la cirugía. La Ley 23 y el Decreto reglamentario 3380 de 1981 en el artículo 15, estipulan la obligatoriedad de informar anticipadamente al usuario, sobre los riesgos y consecuencias de los procedimientos médicos o quirúrgicos, que puedan afectarlo física o psíquicamente y la firma del consentimiento donde certifique que fue informado.
- En caso de vasectomía suministrar métodos temporales para los primeros tres meses postcirugía y dar orden para recuento espermático de control a los tres meses.
- Se debe consignar en la Historia Clínica y en el registro estadístico, en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado. Si se trata de un método permanente, debe incluirse en la Historia el consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente y la descripción de la técnica quirúrgica.

En casos de Anticoncepción Post-evento Obstétrico (por ejemplo: DIU, Oclusión Tubaria Bilateral), se debe brindar consejería en el Control Prenatal. Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la paciente, antes de su egreso de la institución en donde se atiende el parto o aborto, teniendo en cuenta lo siguiente:

- El DIU postparto vaginal se debe colocar entre 10 minutos a 48 horas después del alumbramiento y el DIU intracésarea se debe colocar antes de la histerorrafia.

- La Oclusión Tubaria bilateral se debe realizar antes del alta, preferiblemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto o intracésarea.¹⁹

6.4 CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Anticonceptivos orales en combinación (la pastilla o píldora), contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno). Evita la ovulación de los ovarios en un 99% de eficacia si se usa de manera correcta y sostenida Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico.

Pastillas de progestágeno solo «minipíldora» Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno) Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la fecundación 99% si se administra de manera correcta y sostenida. Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora.

Implantes Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno, Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la fecundación 99% Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

Progestágeno en forma inyectable: Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la fecundación en un 99% si se usa de manera correcta y sostenida al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (cerca de 1 y 4 meses en promedio); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

¹⁹Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos Tomo II USAID.

Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación, se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno. Impide que los ovarios liberen óvulos en 99% si se usan de manera correcta y sostenida. Las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado. Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo. Impide que los ovarios liberen óvulos. El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudios sobre su eficacia son limitados. Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y sostenido, y tal y como se aplican comúnmente. El parche y el anillo vaginal proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil fármaco cinético es parecido.

Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero. El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo 99%. Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea.

Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel. Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio) 99%. Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la menstruación; disminuyen los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis; se observó amenorrea.

Condón masculino vaina o cubierta que envuelve el pene erecto. Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo 98%, si se usa de manera correcta y sostenida. También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.

Condón femenino vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave. Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten 90% si se usa de manera correcta y sostenida. También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.

Esterilización masculina (vasectomía): Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes), que transportan los espermatozoides desde los testículos. Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado 99% después de la evaluación del semen a los 3 meses. Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

Esterilización femenina (ligadura de las trompas, salpingectomía) anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio. Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides 99%. Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

Método de la amenorrea del amamantamiento. Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses.

Impide la ovulación su efectividad de 99%, si se aplica de manera correcta y sostenida, es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad.

Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg). Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección. Evita la ovulación Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo No altera el embarazo si este ya se ha producido.

Método de días fijos. Consiste en determinar los periodos fértiles del ciclo menstrual (normalmente los días 8 a 19 de cada ciclo de 26 a 32 días), utilizando un collar de cuentas u otro elemento. Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles 95% si se usa de manera correcta y sostenida. 88% tal y como se usa comúnmente. Puede utilizarse para determinar los días fértiles en el caso de mujeres que quieran quedarse embarazadas y en el de mujeres que deseen evitar el embarazo. El uso correcto y sostenido requiere la colaboración de la pareja.

Método de la temperatura basal corporal. La mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles 99% si se usa de manera correcta y sostenida. 75%. Cuando aumenta la temperatura basal y se mantiene alta durante tres días enteros, se ha producido la ovulación y el período fértil ha pasado. Las relaciones sexuales pueden reanudarse el cuarto día hasta la siguiente menstruación mensual.

Método de los dos días. Este método consiste en determinar los períodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical (si hay secreciones, tipo, color y consistencia). Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles 96% si se usa de manera correcta y constante. 86% con una práctica típica o común. Es difícil de aplicar si hay infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical. El coito sin protección puede reanudarse después de dos días consecutivos sin secreciones.

-Métodos tradicionales

Método del calendario o método del ritmo. Consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado). Se impide el embarazo evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo 91% si se usa de un modo correcto y sostenido. El 75% tal y como se aplica comúnmente. Podría ser necesario posponer su uso o utilizarlo con precaución, si se están tomando medicamentos (por ejemplo, ansiolíticos, antidepresivos, AINES o determinados antibióticos) que pueden alterar el momento de la ovulación.

Marcha atrás (coitus interruptus). Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos Se trata de impedir que el esperma entre en la vagina para evitar la fecundación en 96%.si se usa de forma correcta y sostenida. 73% tal y como se practica comúnmente. Es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina.²⁰

²⁰ Langer A. Planificación familiar y salud reproductiva o planificación vs salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica.

CAPITULO VII

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el hospital materno de Xochimilco en el área de consulta externa del programa de interrupción legal del embarazo, nos percatamos que las pacientes que acudían a este programa por primera vez y les otorgaban un método de planificación familiar, volvían a realizarse otra vez la interrupción del embarazo, tanto mujeres jóvenes como adultas.

¿Las mujeres en edad reproductiva de 30 a 46 años de edad, que presentaron uno o más abortos, utilizan con mayor frecuencia un método de planificación familiar en comparación con las mujeres de 15 a 29 años?

HIPÓTESIS

Las mujeres en edad reproductiva de 30 a 46 años de edad, que han presentado uno o más abortos, utilizan con mayor frecuencia un método de planificación familiar en comparación con las mujeres de 15 a 29 años.

Diseño de la metodología

7.1 Variables:

Independientes:

Edad de mujeres en edad reproductiva

Dependientes:

Frecuencia de utilización de método de planificación familiar

Escala de medición:

VI: Escalar discreta finita

VD: Nominal discreta finita

Indicadores: VI: años VD: si/no

7.2 Tipo de estudio

De acuerdo a la clasificación de Méndez:

De acuerdo al periodo en que se capta la información es retrospectiva,

Con relación a la evolución del fenómeno es transversal,

De acuerdo al número de poblaciones (grupos) es comparativo.

Con relación a la interferencia del investigador es observacional.

Por lo tanto es una encuesta retrospectiva comparativa.

7.3 Control

La técnica para controlar la diferencia de los sujetos es por selección homogénea.

La técnica para controlar las diferencias situacionales es por aleatorización.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de eliminación
Mujeres que acuden a abortar al hospital materno pediátrico Xochimilco. Mujeres en edad menor >15 ^a <46 ^a Mujeres que acuden a la consulta externa al programa de ILE.	Mujeres que no han presentado abortos. <15 ^a >46 ^a Mujeres que acuden al servicio de urgencias.	Mujeres que no cumplen con los criterios.

Grupo de estudio

Mujeres con uno o más abortos de 30 a 46 años y que cumplan los criterios de inclusión.

Grupo control

Mujeres con uno o más abortos de 15 a 29 años y que cumplan los criterios de inclusión.

7.4 Universo de trabajo, población, muestreo y tamaño de la muestra:

El universo son las Mujeres en edad reproductiva de 15 a 46 años en el hospital materno pediátrico Xochimilco.

Población

Mujeres de 15 a 46 años que hayan tenido al menos un aborto en el periodo de enero a julio 2015.

Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia aplicando encuestas a mujeres de 15 a 46 años que han presentado al menos un aborto.

Tamaño de la muestra

La muestra se calculó por medio de la estimación de proporciones de un 4% y aplicando la fórmula $N = Z^2 (PQ) / d^2$ dando un tamaño de 59 pacientes pero 9 no cumplieron los criterios de inclusión por lo que la muestra queda de 50 pacientes.

7.5 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Se elaboró una cédula de recolección de datos, la cual contiene variables de estudio que son: datos personales (edad, estado civil, ocupación, escolaridad, procedencia, religión), antecedentes gineco-obstétricos (menarca, I.V.S.A., número de gestas, partos, tipo de aborto, SDG, cesáreas previas, número de parejas sexuales y se incluyeron preguntas de los métodos de planificación familiar más utilizados (ver anexos).

7.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos estadísticos se analizan por medio de estadísticas descriptivas como frecuencias porcentaje, medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

También se aplicó estadística inferencial por medio de pruebas no paramétricas de ensayo de hipótesis de X^2 (χ^2) para dos muestras independientes con grado de libertad igual a uno y (χ^2) crítica $\chi^2_c=2.706$.

Hipótesis estadísticas:

a) Términos matemáticos:

A= frecuencia de utilización de métodos de planificación familiar en el grupo de edad 30 a 46 años

B= frecuencia de utilización de método de planificación familiar en el grupo de edad de 15 a 29 años.

b) $H_0: A = B$

$H_1: A > B$

Con tipo de estudio unilateral con área de rechazo a la derecha.

Criterio de rechazo de H_0 : se rechaza H_0 si X^2 experimental es mayor de X^2 crítica de 2.706 y si p es menor de alfa o es menor de 0.05

7.7 PROCEDIMIENTO

Presentación del tema a la jefatura de coordinación y enseñanza de enfermería para la autorización del protocolo de investigación.

Previo a la autorización del protocolo de investigación se solicitó a las autoridades de la Institución realizar en cuestas a las pacientes que se encuentran en el programa de ILE.

Una vez que se autorizó el permiso para realizar el protocolo de investigación, se le presentó a la coordinadora de enseñanza la cédula de valoración para su aprobación, de aplicar las encuestas a las pacientes.

Antes de aplicar las encuestas se obtuvo el consentimiento informado de las pacientes, informándoles a las usuarias el motivo por el cual se les realizaba la cédula de valoración y que sus respuestas eran confidenciales con un alto valor de ética y discreción.

Después de haber concluido el total de las encuestas, se procedió a analizar los resultados y a sacar las conclusiones del tema planteado.

7.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideró que es una investigación sin riesgo, porque se realizó un estudio retrospectivo en el cual se, obtuvieron los datos necesarios para la investigación, en la que se trató directamente con el individuo (Título segunde, Art 17, fracción I, de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud). Como estudiante de la licenciatura de enfermería y obstetricia, estuve a cargo de un asesor docente del hospital materno pediátrico Xochimilco.

8 Resultados

-Análisis de los datos

El total de encuestas que se realizaron fueron 50, a mujeres de 15 a 46 años en el servicio de consulta externa en el programa de Interrupción Legal Embarazo, con un periodo de enero-julio del 2015, en el hospital materno pediátrico Xochimilco de segundo nivel.

Con relación a las edad de las pacientes que conformaron la muestra: con una media de 26.9, una moda de 24.5, una mediana de 26.1 y una desviación estándar de 4. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de edad de las mujeres en edad reproductiva

Edad	Frecuencia
43-46	3
39-42	2
35-38	3
31-34	7
27-30	9
23-26	10
19-22	7
15-18	9
Total	50

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

De acuerdo con la edad y frecuencia de aborto en que se realizaron se comprueba que incrementaron a la edad de 24 años en un 18(22%), se considera una etapa en la que los jóvenes se encuentran con mayor libertad y por estar estudiando, estos son factores que contribuyen a que aumente el índice de abortos, en un 11(21 %) se encuentran las mujeres de 30 años las cuales se caracterizan por tener más de 2 hijos, el 7(15 %) representa a mujeres de 28 años , el 7(15%) a las de 18 años, el 6(14%) a la edad de 25 años, el 5(19%) corresponde a mujeres de 15 años la cual ha disminuido comparándolos con años anteriores 3(9%). (Ver tabla 2)

Tabla No. 2. Frecuencia de abortos de acuerdo a la edad.

Edad	Frecuencia	%
15	3	9%
18	6	14%
24	18	22%
25	5	19%
28	7	15%
30	11	21%
Total	50	100%

Con relación a la frecuencia de abortos y la delegación a la que corresponde la paciente se obtuvo que los abortos incrementaron en pacientes que viven en la delegación de Xochimilco con un 28(70%), en seguida la delegación de Iztapalapa 12(17%) y la delegación de Tlalpan con 10(13%). (Ver tabla 3).

Tabla N°3. Frecuencia de abortos y por delegación

Delegaciones	frecuencia de abortos	%
Tlalpan	10	13%
Iztapalapa	12	17%
Xochimilco	28	70%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

De acuerdo a las mujeres que más abortan se encuentran estudiando con un 22(48%), amas de casa con un 20(38%), y empleadas con 8(14%). (Ver tabla 4).

Tabla N°4

Ocupación	Frecuencia	%
Empleada	8	14%
Ama de casa	20	38%
Estudiante	22	48%
Total	50	100%

Se obtuvo que las mujeres que abortaron solo han concluido su secundaria con un 22(42%), seguida de la media superior con un 18(36%), nivel superior con un 10(22%). (Ver tabla 5).

Tabla N°5

Nivel escolar	Frecuencia	%
superior	10	22
Media superior	18	36
Básica (Secundaria)	22	42
Total	50	100%

Con relación a la mayoría de mujeres que abortaron son solteras con 21(42%), seguidas de unión libre con 19(38%), mujeres casadas con 6(12%) y con pareja sexual 4(8%). (Ver tabla 6).

Tabla N°6

Estado civil	Frecuencia	%
Pareja sexual	4	8%
Casada	6	12%
Unión libre	19	38%
Soltera	21	42%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

En relación con la religión; la frecuencia de abortos se incrementó en mujeres con religión católica 35(70%), cristianas con 14(28%), sectas con 1(2%). (Ver tabla 7).

Tabla N°7

Religión	Frecuencia	%
Sectas	1	2%
Cristiana	14	28%
Católica	35	70%
Total	50	100%

De acuerdo a la edad de la menarca, resulto; con una edad de 11 años con un 27(54%), a la edad de 14años con un 12(24%), y un mínimo en edad de 17 años con 6(12%). (Ver tabla 8).

Tabla N°8

Inicio de menarca	Frecuencia	%
10	5	10%
11	27	54%
14	12	24%
17	6	12%
Total	50	100%

Con relación a las mujeres han iniciado más tempranamente su vida sexual; a la edad de 14años 39(78%), a la edad 20 años 11(22%). (Ver tabla 9).

Tabla N°9

Inicio de vida sexual	Frecuencia	%
14	39	78%
20	11	22%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Las mujeres que abortaron en su mayoría cuentan con 1 pareja sexual representando el 19(38%), con más de 4 parejas sexuales el 14(28%), seguidas por las mujeres que han tenido 2 parejas sexuales con 13(26%) y las que han tenido 3 parejas sexuales con un 4(8%). (Ver tabla 10)

Tabla N°10

Número de parejas sexuales	Frecuencia	%
1	19	38%
2	13	26%
3	4	8%
4	14	28%
Total	50	100%

En relación a las gestas se obtuvo que: en un 20(38%) en mujeres que han tenido 2 hijos, lo que contribuye a que este sea un factor predisponente, las mujeres que han tenido 3 hijos con un 16(36%), y las que tienen un 1 hijo con un 14(26%). (Ver tabla 11).

Tabla N°11

Gestas	Frecuencia	%
1	14	26%
2	20	38%
3	16	36%
Total	50	100%

De acuerdo a que presentaron parto previo; las frecuencias son: mujeres con 1 parto representan un 31(70%), con 2 partos el 13(20%), y después de 3 partos con 6(10%). (Ver tabla 12).

Tabla N°12

Partos previos	Frecuencia	%
1	31	70%
2	13	20%
3	6	10%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Con relación al porcentaje después de la primera cesárea: con un 39(78%) y en la segunda cesárea con 11(22%). (Ver tabla 13).

Tabla N°13

Sin cesáreas	Frecuencia	%
1	39	78%
2	11	22%
Total	50	100%

Con relación a las mujeres que tienen el conocimiento sobre los tipos de abortos: el que más conocen es el inducido con un 20(50%), espontaneo en un 19(28%) y el aborto previo con 11(22%). (Ver tabla 14).

Tabla N°14

Qué tipo de abortos conoces	Frecuencia	%
Aborto previo	11	22%
Espontaneo	19	28%
Inducido	20	50%
Total	50	100%

De acuerdo a abortos previos: 35(58%) no ha tenido abortos anteriormente, pero también es un foco de alarma, ya que este porcentaje incremento después de dos abortos con el 15(42%). (Ver tabla 15).

Tabla N°15

Ha tenido abortos anterior mente	Frecuencia	%
Si	15	42%
No	35	58%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Con relación a las mujeres que han tenido prácticas de sexualidad: con un 31(62%) si tuvieron, un 12(24%) que no, y un 7(14%) han tenido prácticas algunas veces. (Ver tabla 16).

Tabla N°16

Ha tenido prácticas de sexualidad	Frecuencia	%
Algunas veces	7	14%
No	12	24%
Si	31	62%
Total	50	100%

Se obtuvo en las mujeres que acuden en las primeras 5 SDG con 24(48%), en la semana 10 con un 15(30%), y una menor cantidad en los límites establecidos 12 SDG con un 11(22%). (Ver tabla 17).

Tabla N°17

Cuántas semanas de SDG tienes	Frecuencia	%
5	24	48%
10	15	30%
12	11	22%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Se obtuvo que en las mujeres todavía no tienen la cultura de hablar de temas de sexualidad libremente: el 20(38%) representa a las mujeres que solo algunas veces platica sobre sexualidad con su familia, las que sí, representan un porcentaje de 18(36%), y las que no ocupan un 12(26%). (Ver tabla 18).

Tabla N°18

Platicas con tu familia sobre temas de sexualidad	Frecuencia	%
No	12	26%
Si	18	36%
Algunas veces	20	38%
Total	50	100%

De acuerdo con las mujeres que están conscientes sobre el procedimiento de ILE: con un 45(90%) si, y 5(10%) tiene dudas. (Ver tabla 19).

Tabla N°19

Estas consiente sobre el procedimiento de ILE	Frecuencia	%
Tengo dudas	5	10%
Si	45	90%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Con relación al medio por el que las mujeres se enteraron del programa de ILE: en un 32(64%) por los medios de comunicación, un 14(28%) por medio de un familiar y un 4(8%) en la escuela. (Ver tabla 20).

Tabla N°20

Como te enteraste sobre el programa de ILE	Frecuencia	%
Escuela	4	8%
Por una prima	14	28%
Medios de comunicación	32	64%
Total	50	100%

De acuerdo si ambos están, consientes sobre el aborto a realizar: con un 39(78%) si, un 9(18%) tiene dudas, y un 2(4%) no lo está. (Ver tabla 21).

Tabla N°21

Tu pareja y tu están consientes del aborto a realizar	Frecuencia	%
No	2	4%
Tengo dudas	9	18%
Si	39	78%
Total	50	100%

De acuerdo con la libertad para abortar: con un 45(90%) no, y un 5(10%) si se encuentra obligada. (Ver tabla 22).

Tabla N°22

Tu pareja te obliga a abortar	Frecuencia	%
Si	5	10%
No	45	90%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Con relación a las mujeres si saben que lesiones les puede ocasionar el aborto: con un 14(28%), las que no saben las lesiones que puede ocasionar el aborto con un 36(72%), las que sí saben. (Ver tabla 23).

Tabla N°23

Conoces que tipo de lesiones te puede ocasionar el aborto	Frecuencia	%
No	14	28%
Si	36	72%
Total	50	100%

De acuerdo a las mujeres que si han informado a sus familiares que van abortar representan: un 30(70%), las que no quieren que se enteren representan un 20(30%). (Ver tabla 24).

Tabla N°24

Tu familia saben que vas a abortar	Frecuencia	%
No	20	30%
Si	30	70%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Se obtuvo que la mayoría de las mujeres si han recibido información sobre los métodos anticonceptivos con un 42(84%), y las que no reciben información o solo algunas veces coinciden con un 4(8%). (Ver tabla 25).

Tabla N°25

Te han hablado de los temas de M.P.F	Frecuencia	%
No	4	8%
Algunas veces	4	8%
Si	42	84%
Total	50	100%

De acuerdo a la utilización de métodos anticonceptivos: con un 28(56%), que si los utilizan pero no tienen continuidad en revisárselos, representan el 16(32%) que no, y las que utilizaron métodos anticonceptivos algunas veces representan el 6(12%). (Ver tabla 26).

Tabla N°26

Antes de embarazarte utilizaste algún M.P.F	Frecuencia	%
Algunas veces	6	12%
Si	16	32%
No	28	56%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Se obtuvo que las mujeres son libres de elegir algún método M.P.F representando el 44(88%), las que deciden que algunas veces representan un 4(8%), y las mujeres a las que se les prohíbe utilizar métodos anticonceptivos representan un 2(4%). (Ver tabla 27).

Tabla N°27

Tu pareja te prohíbe que utilices algún método M.P.F	Frecuencia	%
Si	2	4%
Algunas veces	4	8%
No	44	88%
Total	50	100%

Se obtuvo en un 41(84%) que las mujeres si saben que pueden volver a embarazarse, el 5(10%) corresponde a las mujeres que saben que algunas veces se puede volver a embarazarse, y el 4(6%) representan a las mujeres que no saben que se pueden volver a embarazarse. (Ver tabla 28).

Tabla N°28

Sabes que si no te pones un M.P.F te puedes volver a embarazarse	Frecuencia	%
No	4	6%
Algunas veces	5	10%
Si	41	84%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

Con relación a la mayoría de las mujeres que desean se les coloque el implante con un 22(38%), las que eligen pastillas corren el riesgo de que se les olvide tomarse la pastilla y corresponde a un 12(30%), las que eligen las inyecciones corren el mismo riesgo que las pastillas con un 11(22%) y las que eligen el coito interrumpido representan un 5(10%). (Ver tabla 29).

Tabla N°29

Que método te gustaría utilizar	Frecuencia	%
Coito interrumpido	5	10%
Inyecciones	11	22%
Pastillas	12	30%
Implante	22	38%
Total	50	100%

Por último con relación a la frecuencia de utilización de método de planificación familiar y de acuerdo a nuestros dos grupos de edad de 30 a 46 años y el de 15 a 29, obtuvimos que a mayor edad utilizan más los métodos de planificación y la mayoría del grupo de jóvenes no utilizan método alguno. (Ver tabla 30).

TABLA N°30

Frecuencia de utilización de MPF por grupos de edad	SI	NO	TOTAL
30-46	20	4	24
15-29	6	20	26
TOTAL	26	24	50

Fuente: instrumento de observación aplicado en pacientes del programa de ILE en el hospital materno pediátrico Xochimilco /2015.

9 Discusión:

Se hace evidente el avance sustancial en la salud reproductiva en México en la última década. No obstante, los sectores de población que por sus condiciones socioeconómicas han sido tradicionalmente menos favorecidos, aún presentan las mayores necesidades. En este sentido, los grupos con menores niveles escolares, así como aquellos residentes en áreas rurales con menos de 2 500 habitantes, son sin duda los que merecen mayor atención de las acciones preventivas de orientación, educación y servicios de salud reproductiva. Estos grupos aparecen con expectativas reproductivas asociadas con el mayor número de hijos como ideal, con necesidades insatisfechas de anticoncepción altas y con menores prevalencias anticonceptivas y coberturas de atención médica del parto y puerperal.

Por otro lado, la adolescencia se había considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, pero hoy en día se está haciendo evidente que los adolescentes y jóvenes enfrentan serios problemas como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, accidentes y suicidios, entre otros.

Uno de los peligros para la salud relacionados con la vida sexual y con la reproducción, son las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que adquiere especial gravedad ya que ha aumentado el número de adolescentes infectados.

Otro problema son los embarazos no deseados en los adolescentes y jóvenes de los países subdesarrollados, que se interrumpen con mucha frecuencia por peligrosos abortos ilegales.

Las complicaciones de los abortos ilegales son una de las causas principales de la mortalidad materna en los países donde no está legalizado incluso los abortos legales pueden ser peligrosos para las mujeres jóvenes, pues muchos de ellos no se realizan tempranamente, sino hasta ya avanzado el segundo trimestre del embarazo. El aborto ilegal en los países en desarrollo causa la muerte entre 50 a 100 mujeres.

En algunos países, las tasas de mortalidad infantil son más elevadas entre los hijos de madres de menos de 20 años que entre los de madres de 20 a 30 años de edad. Para las madres adolescentes y jóvenes, también hay consecuencias emocionales y económicas que incluyen menos oportunidades de educación y empleo.

En los adolescentes, la maduración sexual (incluyendo el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la aparición de la menarquia-espermarquia y la fecundidad) se están presentando cada vez más tempranamente; las relaciones sexuales premaritales entre los adolescentes y jóvenes se están dando también a edades más tempranas, mientras que la edad de casamiento está aumentando, alargando de esta manera el lapso de fecundidad no marital, por lo que están expuestos a embarazos "no planeados" por más tiempo que las generaciones anteriores.

Las encuestas desarrolladas en México entre 2010 y 2014 indican que las tasas específicas de fecundidad de los adolescentes y jóvenes están disminuyendo. Esta tasa varía de acuerdo con la edad de la mujer, la edad al inicio de la vida sexual activa, el estado civil, el tiempo de unión, el uso de métodos anticonceptivos y las condiciones socioeconómicas.

Por otro lado, se tiene poca información acerca del uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes y jóvenes sexualmente activos en todo el mundo, y nuestro país no es la excepción. Los pocos estudios realizados en México muestran que las mujeres de menor edad tienen el nivel más bajo de uso de métodos anticonceptivos, mientras que las mujeres mayores de 25 años los usan dos veces más que las mujeres de 15 a 19 años.

Decisión estadística

Se rechaza hipótesis nula ya que χ^2 experimental fue de 15.8 por lo que se acepta la hipótesis alterna en la cual la frecuencia de utilización de método de planificación familiar es mayor en el grupo de edad de 30 a 46 años aceptando de esta manera la hipótesis general. Por lo que sí existe diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de edad de las mujeres que al menos han tenido un aborto. Con una p menor de 0.005.

10 Conclusiones

La vida humana inicia desde el comienzo de la fecundación y es deber de las personas que llevan dicha vida, protegerla. Esto se debe a que muchas madres, no preparadas para serlo, toman el aborto como solución primordial a sus problemas.

Podemos concluir que parte de la culpa sobre la práctica del aborto provocado se debe a los avances tecnológicos y científicos en el mundo de la ciencia.

La persona que decide realizarse un aborto debe tener siempre en mente que está matando una vida, pero también sabemos que en ocasiones existen razones importantes para la práctica del aborto.

Es necesario ayudar a crear conciencia sobre esta terrible práctica que tan común es ya para la sociedad en la que vivimos. Es deber de nosotros como profesionales de la salud, ayudar en esta faceta de orientación, control y prevención.

Debemos concientizar a la población femenina a que mejore la cultura sobre su propia salud, para que evite lastimar su propio cuerpo, porque es deber de cada individuo el grado de salud que quiera llevar.

Debemos darles la confianza y seguridad a las pacientes para que ellas se acerquen a nosotros a aclarar sus dudas y tomen la mejor decisión sobre su persona. Sabemos que si existen varios factores que influyen en las decisiones sobre la salud de cada paciente, como profesionales estamos en la obligación de educar, promover las medidas preventivas que les ayude a mejorar su salud.

Como profesionales de la salud debemos dar más auge a temas de sexualidad y métodos anticonceptivos para que las pacientes libremente amplíen sus conocimientos en estos temas.

Por lo tanto la conclusión a la que se llega en el presente trabajo es que en el grupo de edad de 30 a 46 años es donde más se utiliza los métodos de planificación familiar en mujeres que han tenido al menos un aborto en comparación con las mujeres de 15 a 29 años, siendo una diferencia estadísticamente significativa con una p menor de 0.005.

11 Sugerencias

Algunas sugerencias para mejorar el servicio, que las mujeres reciban la conserjería que se les da al inicio del procedimiento de manera individual para favorecer una buena interrelación enfermero-paciente, escuchando sus dudas que pueda tener e inconformidades, después establecer un vínculo de confianza para que pueda tomar sus mejores decisiones. El personal de enfermería debe dar a conocer los siguientes temas:

- Orientación sobre salud sexual y reproductiva.
- Información sobre métodos anticonceptivos.
- Detección Oportuna de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.
- Aplicación de cuestionario para la detección de VPH.
- Aplicación de cuestionario para detectar enfermedad cáncer de mama.
- Orientación sobre cáncer cérvico-uterino y Papanicolaou.
- Información sobre cáncer de mama, realizar exploración mamaria.
- Promover la actividad física y la prevención de accidentes.
- Información sobre los riesgos del consumo de alcohol y tabaco.

12 Referencias

- 1- López R. El aborto como problema de salud pública. En: Elu MC, Langer A, eds. Maternidad sin Riesgos en México. México: Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México/Instituto Mexicano de Estudios Sociales; 1994. pp. 85-90.
- 2- Consejo Nacional de Población. Cuadernos de Salud Reproductiva. México: CONAPO; 2000. p. 71.
- 3- Grupo de Información en Reproducción Elegida. Cronología de la despenalización del aborto en México. México: GIRE. [Consultado 7 de julio 2007]. Disponible en: www.gire.org.mx.
- 4- Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 10ª época 2000; 148, 24 de agosto.
- 5- PELEGRINO DE LA VEGA, Daima. Aspectos bioéticos relacionados con el aborto. Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana, v. 22, n. 3, sept. 2006. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300008&lng=es&nrm=iso. accedido en 25 agosto 2015.
- 6- Bibliografía hospital materno
- 7- Grupo de Trabajo Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia / Organización Mundial de la Salud. Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y ginecólogos. Campinas, SP, Brasil: Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas, 2012.
- 8- Organización Panamericana de la Salud. Reunión para consolidar la metodología de análisis prospectiva en salud reproductiva población para escuelas y de ciencias de la salud. Caracas: OPS, 2011.
- 9- Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos. Guía técnica de políticas para sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2003
- 10- Quiroz G, Billings D, Gasman N. Aspiración manual endouterina: tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. Gac Med Méx 2003; 139(Supl):S65-S73.

- 11- Organización de las Naciones Unidas (ONU), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción, Párr. 8.25.
- 12- Diaz de León MF, Gasman N, Campos CA. Mortalidad Materna. Mortalidad Materna IPAS, México.
- 13- Lozano R, Hernández B, Langer A. Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. En: Elu MC, Langer A, eds. Maternidad sin Riesgos en México. México: Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México/Instituto Mexicano de Estudios Sociales; 1994. pp. 43-52.
- 14- Lara D, García S, Strickler J, Martínez H, Villanueva L. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la Ciudad de México. Gac Med Mex 2003; 139(Supl 1):77-90.
- 15- Agur MR, Dalley F. Grant. Atlas de Anatomía. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007
- 16- Fisiología Humana. 7ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2013.
- 17- Izquierdo Hernández Amada. Salud sexual y reproductiva. Rev. Cubana Enfermería [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Ago 25]; 29(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000100001&lng=es
- 18- Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Ginebra: OMS, 2014.
- 19- Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos Tomo II USAID.
- 20- Langer A. Planificación familiar y salud reproductiva o planificación vs salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica.

ANEXOS

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

FORMATO DE CUESTIONARIO

DATOS DEL ENTREVISTADOR: Eric Meléndez cesáreo

Licenciatura en enfermería y obstetricia Equipo: Aborto

Fecha de aplicación:

No. de cuestionario:

DATOS DEL ENTREVISTADO

Edad:

Delegación:

Ocupación:

Escolaridad:

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Con la aplicación del presente se pretende conocer el nivel de conocimientos acerca del tema del aborto en las jóvenes de la delegación de Xochimilco entre 15 a 30 años así como su opinión del mismo.

INSTRUCCIONES: lea y analice cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste de la manera más honesta posible a cada una de ellas, marque con una x la opción correcta.

1-Estado civil

Soltera	Casada	Unión libre	Pareja sexual
---------	--------	-------------	---------------

2-Religión

Católica	Cristiana	Sectas	Otras
----------	-----------	--------	-------

3-Inicio del primer periodo menstrual

<10	11-13	14-16	>17
-----	-------	-------	-----

4-Inicio de vida sexual:

<10	11-13	14-18	>20
-----	-------	-------	-----

5-Número de parejas sexuales:

1	2	3	4
---	---	---	---

6-Numero de gestas:

1	2	3
---	---	---

7-Partos previos

1	2	3
---	---	---

8-Cesáreas previas

1	2	3
---	---	---

9-¿Qué tipo de abortos conoces?

Inducido	Recurrente	Espontaneo
----------	------------	------------

10-Atenido anteriormente abortos: si es si cuantos o que numero

Si	No	Cuantos
----	----	---------

11-Atenido Platicas de sexualidad

si	No	Algunas veces
----	----	---------------

12-Que piensas sobre el aborto

Bueno	Malo	Neutral
-------	------	---------

13-Cuantas semanas tienes de gestación:

<5	10	>15
----	----	-----

14-Platicas con tu familia sobre temas de sexualidad:

si	No	Algunas veces	Me quedo con dudas
----	----	---------------	--------------------

15-Platicas con tu familia sobre temas de aborto:

Si	No	Algunas veces
----	----	---------------

16-Estas conciten sobre el procedimiento de ILE

Si	No	Tengo dudas
----	----	-------------

17-Como te enteraste del programa de ILE

Medios de comunicación	Por una prima	En la escuela	Con la familia
------------------------	---------------	---------------	----------------

18-Tú pareja y tú están conscientes sobre el aborto a realizar:

Si	no	Tengo dudas
----	----	-------------

19-Tu pareja te obliga a abortar

si	No	Decisión propia
----	----	-----------------

20-Conoces que tipo de lesiones te pueden ocasionar con el aborto

Si	No	Desconozco
----	----	------------

21-Tu familia sabe que vas abortar:

Si	no	No quiero que se enteren
----	----	--------------------------

22-Te han hablado de los métodos de planificación familiar

si	No	Algunas veces
----	----	---------------

23-Antes de embarazarte utilizaste algún método de planificación familiar

Si	No	Algunas veces
----	----	---------------

24-Tu pareja te prohíbe que utilices un método de planificación

Si	No	Algunas veces
----	----	---------------

25-sabes que si no te pones un método de planificación familiar puedes volver a quedar embarazada

Si	No	Algunas veces
----	----	---------------

26-que tipo de método de planificación familiar te gustaría utilizar

Pastillas	Inyección	Implante	Coito interrumpido
-----------	-----------	----------	--------------------

Glosario

Aborto: La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del vientre materno (ver Viabilidad fetal). Después de la viabilidad, la interrupción del embarazo se considera inducción de parto prematuro. Si la intención es la eliminación del feto se considera aborto tardío. Aborto en sentido jurídico es toda maniobra destinada a interrumpir el embarazo impidiendo que llegue al término natural, con destrucción o muerte del producto.

Aborto despenalizado: Es el aborto que se realiza bajo un régimen legal que ha eliminado su carácter punible en circunstancias determinadas.

Aborto espontáneo: Es el aborto que ocurre de manera natural, sin mediar la intención de hacerlo.

Aborto eugenésico: Es el aborto inducido con la intención de evitar el nacimiento de un niño portador de una anomalía fetal incompatible con la vida post-natal, o de un niño severamente malformado. Estos casos se definen equívocamente como “aborto por feto inviable”.

Aborto ilegal: Es el aborto realizado en contra de las leyes del país donde se practica.

Aborto indirecto: Se refiere al aborto que ocurre como consecuencia de una intervención cuyo fin es tratar una patología materna aunque la pérdida fetal, sin ser buscada, se hubiere previsto.

Aborto inseguro o peligroso: La OMS lo define como el aborto llevado a cabo por personas que carecen de las habilidades necesarias, o en un ambiente que no cumple con mínimos estándares médicos.

Aborto legal: Es el aborto inducido cuando se realiza en un país cuyo régimen legal lo permite.

Aborto libre o a demanda: Es el aborto que se realiza bajo un régimen legal que lo permite por la sola petición de la mujer, sin que concurran circunstancias o condiciones especiales que lo autoricen.

Aborto por incesto: Es el aborto inducido cuando el embarazo se ha originado como consecuencia de relaciones sexuales abusivas entre parientes.

Aborto por violación: Es el aborto inducido cuando el embarazo se ha originado como consecuencia de un hecho constitutivo del delito de violación, independientemente de la edad de la mujer.

Aborto provocado o inducido: Es la interrupción deliberada del embarazo con feto no viable como resultado de intervenciones físicas, instrumentales o medicamentosas. Las intervenciones pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona.

Aborto terapéutico: Es el aborto inducido con la intención de proteger la salud o la vida de la embarazada cuando éstas se encuentran en grave riesgo.

Embarazo: Es la condición de la mujer que se extiende entre la implantación del blastocisto en el endometrio y el parto. Sin embargo la edad gestacional del feto se determina a contar del primer día de la última regla.

Embarazo ectópico: Es el embarazo en el cual el embrión se implanta fuera de la cavidad uterina, usualmente en la trompa de Falopio. Es una condición de riesgo de vida para la madre si no se detecta y se trata oportunamente. Sinónimos: embarazo tubario y embarazo extra-uterino.

Embrión humano: Es el producto de la concepción en su fase inicial de desarrollo, desde la etapa de cigoto hasta las 8 semanas después de la fecundación.

Feto humano: Es el producto de la concepción en desarrollo, desde las 8 semanas después de la fecundación hasta el momento del parto en que se convierte en un recién nacido.

Interrupción del embarazo: Es la intervención instrumental y/o medicamentosa para poner fin a un embarazo. La consecuencia de dicha intervención es el aborto si es antes de la viabilidad fetal, o la inducción de un parto prematuro si se realiza después.

Mortalidad neonatal: Muerte a los 28 días del nacimiento.

Muerte neonatal temprana: muerte ocurrida dentro de los primeros 7 días después del parto.

Nacido vivo: Nacimiento en el cual el feto presenta signos de vida después de la expulsión o extracción completa de su madre, más allá de las 20 semanas de edad gestacional completas. Los nacidos vivos se cuentan como un nacimiento, por ejemplo, un parto doble o de trillizos nacidos vivos se cuenta como un caso de nacimiento.

Nacimiento a término: Un nacimiento que se produce a partir de las 37 semanas de edad gestacional. Esto incluye nacidos vivos y muertos.

Parto prematuro: Nacimiento que tiene lugar desde la semana de gestación 20 hasta la 37. Esto incluye tanto nacidos vivos como muertos. Los nacidos se cuentan como un nacimiento, por ejemplo, un parto doble o de trillizos nacidos se cuenta como un caso de nacimiento.

Receptora: En un ciclo de transición, se refiere a la mujer que recibe ovocitos o embriones de otra mujer.