



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO EN LAS
ADOLESCENTES**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. LUCERO TORRES NÁJERA

Asesor:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Agosto del 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABORTO EN LAS
ADOLESCENTES**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. LUCERO TORRES NÁJERA

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ
Secretario

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Agosto del 2019

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es de alto riesgo, que conlleva a dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y muchas veces optan por el aborto, por múltiples razones: dificultad para estudiar y/o trabajar, no están preparadas para ser madres, no quieren ser madres solteras o tener problemas de pareja o con su familia. Objetivo: Identificar los factores de riesgo relacionados con el aborto en las adolescentes. Método: Estudio de tipo descriptivo, transversal y de tipo cuantitativo, el universo de estudio son 33 adolescentes que presentaron aborto, la muestra fue por conveniencia ya que se tomaron en cuenta a las adolescentes que se encontraron en la Unidad de Tococirugía, se utilizó la estadística descriptiva como son las frecuencias y porcentajes para la tabulación de los datos. Resultados: en relación a la edad en grupo predominante en un 21.21% tiene 13 años, el 67% son solteras, con un nivel de estudios de secundaria, viven con ambos progenitores en un 55%, con un nivel económico medio y bajo, las adolescentes refieren que tuvieron vida sexual activa a los 14 años el 24.24%, a los 15 años el 21.21% y a los 13 años de edad el 15.15%; el 100% de la muestra en estudio ha tenido abortos; el 67% de las adolescentes mencionaron que han tenido 1 pareja sexual, y un 33% 2 parejas sexuales; el 73% de las adolescentes han tenido un embarazo; el 64% de la muestra en estudio refiere que se protegió con un método anticonceptivo y el 36% refiere que no utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; Las jóvenes adolescentes refieren que el 27% tienen familiares (tías y primas) que han abortado. Conclusiones: El inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, bajo nivel educativo y económico, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia y abortos, familia que han tenido abortos y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayores resultados en el estudio.

Palabras clave: Adolescencia, factores de riesgo asociados, aborto

SUMMARY

Pregnancy in adolescence is high risk, which leads to socioeconomic and emotional difficulties for the mother and often choose abortion, for multiple reasons: difficulty to study and / or work, are not prepared to be mothers, do not want to be Single mothers or having problems with a couple or with their family. Objective: To identify the risk factors related to abortion in adolescents. Method: Descriptive, cross-sectional and quantitative type study, the universe of study was 33 adolescents who had an abortion, the sample was for convenience since the adolescents who were found in the Toco-surgery Unit were taken into account, the descriptive statistics such as the frequencies and percentages for the tabulation of the data. Results: in relation to the age in the predominant group, 21.21% are 13 years old, 67% are single, with a secondary level of education, live with both parents in 55%, with a medium and low economic level, adolescents report that they had an active sexual life at 14 years old at 24.24%, at 15 years old at 21.21% and at 13 years old at 15.15%; 100% of the sample under study has had abortions; 67% of the adolescents mentioned that they had 1 sexual partner, and 33% 2 sexual partners; 73% of adolescents have had a pregnancy; 64% of the study sample indicates that they were protected with a contraceptive method and 36% report that they did not use any contraceptive method in their first sexual intercourse; Young adolescents report that 27% have family members (aunts and cousins) who have had an abortion. Conclusions: The early onset of sexual relations, the non-use of contraception, low educational and economic level, promiscuity, the presence of family members with teenage pregnancies and abortions, family that have had abortions and the pressure exerted by the family in the Decision making regarding abortion had higher results in the study.

Keywords: Adolescence, associated risk factors, abortion

DEDICATORIAS

A MI MADRE

Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que me tuvo con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que contribuyen el legado más grande que pudiera recibir porque sin escatimar esfuerzo alguno ha sacrificado gran parte de su vida para formarme y porque nunca podre pagar todos los desvelos ni aun así con las riquezas más grandes del mundo y por lo cual le viviré eternamente agradecida por lo que soy y todo el tiempo que le robe pensando en mí.

A mi mamá por su apoyo y comprensión y su amor.

Gracias con amor y respeto. Te quiero mucho.

C. LUCERO TORRES NÁJERA

AGRADECIMIENTOS

Al Centro Universitario Iguala por darme la oportunidad de seguir superando al realizar la licenciatura en enfermería y obstetricia incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Con todo respeto doy gracias a mi asesora y sinodales por su paciencia, apoyo al trabajo de investigación.

Con todo cariño y respeto que se merecen a todos los maestros de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia del Centro Universitario Iguala, por los conocimientos que nos proporcionaron en nuestra preparación profesional siempre los recordare con admiración y respeto.

C. LUCERO TORRES NÁJERA

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Reconocimientos	iv
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivos	8
II. Revisión de la Literatura	9
Conceptos	10
Concepto de aborto	11
Etiología	14
Diagnóstico	15
Tratamiento	16
Aborto séptico	19
Anticoncepción en la adolescencia	22
Estudios relacionados	37
III. Metodología	40
IV. Resultados y discusión	52
V. Conclusiones y sugerencias	66
VI. Bibliografía	68
Anexo "A" Consentimiento informado	71
Anexo "B" Instrumento de medición	72

ÍNDICE DE CUADROS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Edad	52
4.2	Estado Civil	53
4.3	Ocupación	54
4.4	Con quien vives	54
4.5	Escolaridad	55
4.6	Nivel socioeconómico	56
4.7	Inicio de su vida sexual activa	57
4.8	En la primera relación te protegiste con algún método anticonceptivo	58
4.9	Número de parejas sexuales	59
4.10	Número de embarazos	60
4.11	Aborto	60
4.12	Algún miembro de la familia se ha practicado el aborto en la adolescencia	61
4.13	Conocimiento sobre los riesgos que se puede presentar durante el aborto	62
4.14	Presentaste alguna enfermedad de trasmisión sexual	62
4.15	Conocimiento sobre los métodos de planificación familiar	63

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes y el aborto son un problema de salud pública, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo; con elevada prevalencia e incremento de complicaciones obstétricas. El embarazo en la adolescencia es de alto riesgo, que conlleva a dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y muchas veces optan por el aborto, por múltiples razones: dificultad para estudiar y/o trabajar, no están preparadas para ser madres, no quieren ser madres solteras o tener problemas de pareja o con su familia (Barroso y Pressiani, 2011).

En la adolescencia media (entre 14 a 16 años) los jóvenes han completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, es la edad promedio de inicio de actividad sexual; es cuando se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes, casi siempre generadoras de riesgo. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo. El adolescente tiene con mucha frecuencia relaciones sexuales sin protección, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conocen en gran medida; mantiene actitudes no saludables con respeto a éstos y a su vez, los convierte en habituales conductas de riesgo. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de embarazos en menores de 20 años.

Las adolescentes en embarazo son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no solo porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación sino, también, por las implicaciones sociales y psicológicas de la

gestación. El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental (Panduro et al, 2012).

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica. El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido (Panduro et al, 2012).

Cerca de la mitad de los embarazos en las adolescentes son no deseados o al menos no planeados se presentan en mujeres que no están empleando método anticonceptivos y una proporción menor en mujeres que los emplean mal y las adolescentes se expone a los riesgos de una terminación de aborto en condiciones inseguras que puede desencadenar la muerte materna por una inadecuada atención del aborto (Zuleta, 2015).

1.1 Planteamiento del Problema

Las muertes por aborto inseguros en el mundo representan el 13% del total de las muertes maternas. Las consecuencias sobre la salud de un aborto realizado en condiciones inseguras dependen de la instancia de salud donde se realiza el

aborto, la capacidad del profesional, el método empleado, la salud de la mujer y la edad gestacional del embarazo (PND 2013-2018).

Aproximadamente el 15% de los embarazos que se diagnostica terminarán en aborto, pero algunos embarazos se pierden antes de que la mujer los reconozca y al hacer seguimiento con subunidad Beta de la Gonadotropina Coriónica Humana (BHCG) el porcentaje de abortos asciende al 35%, esta situación se denomina aborto subclínico (Londoño, 2015).

Se estima que en el mundo se presentan 42 millones de abortos cada año, de los cuales 20 millones son considerados abortos inseguros, de ellos seis millones se presentan en América Latina y los países con mayor número de abortos son: Perú, Brasil y Argentina. En Colombia se calcula que ocurren entre 65 mil a 450 mil abortos inseguros cada año. El 48% de las gestaciones en Colombia no son deseadas y según la OMS 120 millones de mujeres de países en vía de desarrollo desean planificar pero no cuentan con los medios para hacerlo. El aborto inseguro es un problema de salud pública, un problema de derechos humanos y una de las expresiones más injustas de inequidad contra las mujeres (Londoño, 2015).

Según la organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), el aborto inducido/provocado de forma intencional acaba en un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado, generalmente realizado por individuos no preparados o en ambientes desfavorables. Se estima que 85 millones de embarazos en el mundo no son deseados resultando en 22 millones de abortos inseguros, de los cuales 98% de estos son realizados en países en desarrollo (Ministerio de Salud, 2011).

El aborto séptico continúa siendo una de las principales causas de morbilidad materna en los países en desarrollo donde el aborto es ilegal o

inaccesible; la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente entre el 25% a 50% de las 400.000 muertes maternas que ocurren cada año en el mundo, son debidas a complicaciones del aborto ilegal. En Colombia es la tercera causa de muerte materna, luego de la preeclampsia y la hemorragia obstétrica. En los países donde el aborto es legal la tasa de mortalidad materna por esta causa no supera el 0,4 por 100.000 nacidos vivos (Londoño, 2015).

En Barcelona, España, el 74% de jóvenes adolescentes abortan; la mayoría ocurre entre los 14 y 17 años. En Japón, país donde el aborto es legal, los abortos entre adolescentes aumentaron, según datos del Ministerio de salud. En otros países donde el aborto está legalizado, Suecia el índice nacional de aborto entre adolescentes ha aumentado hasta el 50% en los últimos años. En Cuba, uno de cada 4 abortos se realiza en adolescentes y el 12% de los partos en el ámbito nacional lo aportan los jóvenes de estas edades (Ministerio de Salud, 2011).

En Brasil, el aborto provocado es la 3ª mayor causa de muerte materna (12.5% del total de abortos), con estimación de 529 mil muertes al año, responsable de cerca de 350 mil ingresos por complicaciones pos-aborto resultando la 3ª mayor causa de procedimientos obstétricos realizados. Considerado en la actualidad un problema de salud pública, este tipo de aborto trae consecuencias graves para la mujeres, como hemorragia, septicemia, peritonitis, traumatismo de los órganos reproductivos y abdominales (Ministerio de Salud, 2011).

De acuerdo con información del Ministerio de la Protección Social colombiano, durante los años 2007, 2008, y 2009, en el país se realizaron un total de 623 (118, 235, 270 por cada año respectivamente) procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo y en la información reportada por las 16

secretarías de salud, se da cuenta de 461 procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y según la encuesta de demografía y salud de 2010 (ENDS 2010), de las mujeres que informaron haber tenido terminación de embarazo, una cuarta parte ocurrió después de mayo del año 2006, el (28%) terminaron el embarazo así: 16% tuvieron pérdida, 8% interrupciones de embarazo o abortos, 2% embarazos extrauterinos y otro 2% muertes fetales intrauterinas. El 90.2% fue atendida por personal de salud durante última terminación del embarazo y el promedio de meses de embarazo a la terminación fue de 2,4 (Londoño, 2015).

En Perú (2011), la mortalidad materna de las adolescentes por aborto fue mayor en tres departamentos: San Martín y Loreto (22%) y Ancash (21%); siendo 4 veces mayor que en las adultas (Aparicio et al, 2010). La mortalidad materna en las adolescentes embarazadas fue por causas directas: (hemorragia (39.8%), aborto incompleto (29%). Siendo ésta última la segunda causa de muerte materna en adolescentes (Gil, 2015).

En México en las últimas décadas, el aborto representa poco más del 7% de las muertes maternas, y ocupa la 5ª causa de muerte materna. La morbimortalidad materna por aborto durante el periodo comprendido de 2000 a 2010, ha presentado una tendencia en el egreso de abortos en el país, situación que se vincula directamente con las brechas que aún prevalecen a lo largo del país en materia de cobertura anticonceptiva, demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y edad al primer hijo. (PDN 2013-2018).

A inicios del periodo, en los hospitales públicos del Sistema de Salud en el país, se registraron 164,457 egresos por aborto, y durante el 2010, 205,646. Este comportamiento se desarrolló a expensas de un aumento en las atenciones registradas por la Secretaría de Salud (72,414 vs 126,287). En el IMSS se observó

un decremento (72,556 vs 63,010), mientras que en los otros sectores el número absoluto se mantuvo relativamente estable. En los hospitales de la Secretaría de Salud, de acuerdo a la información del Sistema Automatizada de Egresos Hospitalarios (SAEH), para 2010 se registraron 127,485 abortos; sólo 28.3% de estas mujeres egreso del hospital con algún método familiar (PDN 2013-2018).

Entre 2002 y 2010, en México se registraron en promedio 85 defunciones por aborto cada año en mujeres de todas las edades, acumulándose 950 defunciones en total: en adolescentes, este indicador es de 12 defunciones por año en promedio (135 en total). Por lo tanto, del total de defunciones maternas por aborto, el porcentaje que ocurrió en adolescentes en este periodo de tiempo, fue de 14.2%, La tasa de letalidad por aborto en todo el sector salud entre 2000 y 2010 fue de 88.1 muertes por aborto por 100,000 hospitalizaciones por la misma causa en mujeres de todas las edades y de 54.1 por 100,000 hospitalizaciones en adolescentes. (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018).

Por lo anterior expuesto es importante conocer ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aborto en las adolescentes?.

1.2 Justificación

En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente es un motivo de preocupación ya que hay un aumento de casos de embarazo adolescentes y como consecuencia de esto el incremento de problemas relacionados con la maternidad y riesgos de salud para las adolescentes como es el aborto en las adolescentes con embarazos no deseados, a consecuencia de la violación sexual, por falta de conocimiento y/o no uso adecuado de métodos

anticonceptivos, poco apoyo de la familia, rechazo de la pareja y de la sociedad; quienes aún no están preparadas para ser madres.

El embarazo adolescente aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos, es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento. Además porque, como ya se expresó están más expuestos los sectores más vulnerables de la sociedad.

Finalidad de este estudio es conocer los factores asociados de aborto con el propósito de implementar acciones que ayuden a disminuir la morbilidad materna fetal y generar acciones educativas para esta población en riesgo y disminuir la morbilidad en este grupo etario.

Es de vital importancia que el personal de enfermería que atienden a estas mujeres adolescentes contribuya en la disminución de abortos y fortalecer los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva para evitar los embarazos no deseados y disminuir los índices de aborto en esta población estudiada.

Finalmente este trabajo de investigación resalta la relevancia del abordaje científico para mejorar la calidad de vida de las adolescentes mediante los conocimientos sobre la importancia que tiene la sexualidad, dada su importancia para el bienestar de las personas por constituir un aspecto con alta sensibilidad a la intervención psicosocial de la joven adolescente.

1.3 Objetivo.

1.3.1 Objetivo General

1.3.1.1 Identificar los factores de riesgo asociados con el aborto en las adolescentes.

1.3.2 Objetivos Específicos

1.3.2.1 Determinar los factores de riesgo que intervienen en el aborto.

1.3.2.2 Identificar el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes.

1.3.2.3 Proponer algunas medidas de prevención que ayuden a disminuir las incidencias del aborto en la mujer embarazada

II. Revisión de la Literatura

La adolescencia es una etapa crítica en la que se construyen y adquieren actitudes y conductas que impactaran de manera integral el futuro de las personas. La posibilidad para iniciar vida sexual y reproductiva implica que las y los adolescentes deben estar preparados para responder a las consecuencias de estos fenómenos que conllevan. Los problemas alrededor de su salud sexual y reproductiva son complejos e incluyen embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. En México todavía enfrentamos graves obstáculos para que los adolescentes puedan acceder a la salud reproductiva y salud sexual independientemente de su edad, sexo, etnia u orientación sexual (Plan de Desarrollo Nacional 2013-2018).

La dinámica demográfica de México ha ocasionado que actualmente se transite con la mayor generación de adolescentes en la historia de nuestro país. Alrededor de 21 millones de mujeres y hombres entre 10y 19 años de edad en 2012, según las proyecciones de población del CONAPO, y un grupo de un poco más de 5 millones de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, en el que acontecen de forma importante los embarazos no planificados o no deseados (Plan Desarrollo Nacional 2013-2018).

La tasa de fecundidad en adolescentes es alta, aproximadamente de 70 nacidos vivos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, dando lugar a casi 360 mil nacimientos anuales; de los cuales se estima que el 41% podría corresponder a embarazos no planificados o no deseados. Otro aspecto relevante en la salud de las adolescentes es el aborto. Investigaciones recientes evidencian que las hospitalizaciones por aborto entre 2000 y 2010, suman un total de 1.096.269 para todas las causa de aborto, y representan 10.7% de todas las hospitalizaciones

maternas. De estas, 11,183 eventos fueron entre adolescentes de 10-14 años y 239,747 entre 15-19 años. Las hospitalizaciones entre todas las adolescentes (10-19 años) representaron 22.8% y el 1% pertenece a las adolescentes de (10-14 años) (Plan Desarrollo Nacional 2013-2018).

Los datos presentados sugieren fuertemente que existe una creciente demanda insatisfecha de información, educación y de servicios y métodos anticonceptivos también entre los adolescentes de 10 a 14 años, que de no resolverse, redundará en incrementos en eventos hospitalarios (por causas maternas en general y por aborto en especial).

Conceptos.

Embarazo en adolescentes: Según la OMS (2009), el embarazo en adolescentes es aquel que se produce entre los 10 y 19 años de edad.

Embarazo en la adolescencia: es aquel que ocurre dentro de los dos primeros años de edad ginecológica entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (Issler, 2001).

Adolescentes: Periodo de vida en que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, tránsito de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, y consolida la independencia socioeconómica, fija sus límites entre 10 y 19 años de edad, según la Organización Mundial de la Salud.

- ✚ Adolescencia temprana: (10 a 13 años): es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.
- ✚ Adolescencia media (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
- ✚ Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y desarrollan su propio sistema de valores (OMS, 2009).

El embarazo no deseado en la adolescencia es uno de los principales problemas a los que se enfrentan nuestros jóvenes y del que cabe destacar la situación especial que constituye el aborto inducido o provocado. El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública en todas las edades, pero particularmente en mujeres jóvenes debido a que carecen de recursos y contactos para asistir en un medio idóneo desde el punto de vista de la calidad de atención profesional.

Concepto de aborto

Se define como aborto, la pérdida del producto de la gestación antes de la semana 22 o el parto de un feto antes de alcanzar la viabilidad o con un peso menor de 500g (Londoño, 2015).

El aborto se define, de acuerdo con la OMS, como la interrupción espontánea del embarazo antes de la semana 21 de gestación y que acaba con la muerte y expulsión de un feto ≤ 500 g de peso (Creus y Balasch, 2015).

Pérdida gestacional se entiende la interrupción espontánea del embarazo antes de la semana 29, si bien se acepta que la definición de aborto de repetición y de pérdida gestacional de repetición delimitan poblaciones muy similares, ya que las interrupciones del embarazo repetidas y exclusivas entre las semanas 21 y 28 son raras (Creus y Balasch, 2015).

Amenaza de Aborto.

Se define como la presencia de sangrado vaginal, en ausencia de cambios cervicales en una gestación menor de 22 semanas; se presenta en aproximadamente el 20% de los embarazos y de éstos la mitad terminan en aborto (Londoño, 2015).

Aborto incompleto.

Expulsión parcial del producto de la gestación con retención de partes fetales, membranas o placenta, se diagnostica ante el hallazgo de un cuello uterino abierto con restos en el interior del útero (Londoño, 2015).

Aborto completo.

Expulsión total del producto de la concepción, sin necesidad de evacuación quirúrgica, se debe establecer este diagnóstico ante la historia de un sangrado

vaginal que ha disminuido o está ausente y el examen físico revela un cuello cerrado con escaso o nulo sangrado; se requiere de una ecografía que reporte ausencia de restos o escasos coágulos en cavidad para confirmar el diagnóstico. Es más probable que el aborto sea completo, cuando ocurre antes de la semana 12 (Londoño, 2015).

Aborto en curso, inminente o inevitable.

Se usan estos términos de manera indiscriminada, para referirse al aborto que se encuentra en proceso, ya sea por ruptura de membranas o ante la presencia de un cuello abierto, sin expulsión del feto o embrión (Londoño, 2015).

Aborto retenido.

Se refiere a la muerte fetal o embrionaria, sin actividad uterina, ni sangrado vaginal; se define como abortos frustrados al embarazo retenido por más de cuatro semanas (Londoño, 2015).

Aborto recurrente.

Se define como la pérdida de tres o más embarazos de manera consecutiva antes de la semana 22 de gestación (Londoño, 2015).

Aborto provocado: es la Evacuación total intencionada del contenido de un útero gestante, antes de la viabilidad fetal.









Aborto provocado: Finalización intencionada de una gestación. Por un método que actúa después que la nidación esté completada y antes de la viabilidad

fetal, cumpliendo la legislación vigente según la Organización Mundial de la Salud (Barambio, 2015).

Etiología.

Más del 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas. Las anomalías cromosómicas del producto de la gestación son la principal causa de aborto espontáneo y dan cuenta del 60% de estos, las trisomías son el principal factor asociado (52%), seguido de las poliploidias (20%) y las monosomias del X (13%).

Las causas de aborto se pueden clasificar como fetales, maternas o ambientales:

Factores fetales
 Anomalías cromosómicas
Factores maternas
 Edad materna avanzada
 Enfermedades crónicas: diabetes, hipotiroidismo, enfermedades auto inmune, deficiencia de progesterona.
 Infecciones: herpes, micoplasma, toxoplasmosis, listeriosis, sífilis, parvovirus, citomegalovirus, malaria, rubeola, gonorrea,
 Anomalías uterinas: Miomatosis, anomalías congénitas, adherencias, incompetencia ístmica cervical.
 Periodo intergenésico corto 3 a 6 meses luego de un parto
 Múltiples abortos previos, provocados o espontáneos
 Uso de DIU.

✚ Trauma
Trastornos ambientales.
✚ Uso de alcohol, cafeína en grandes cantidades, cocaína, otros tóxicos

(Londoño, 2015)

Diagnóstico.

Ante la presencia de sangrado vaginal en una mujer en el primer trimestre del embarazo, se debe realizar un examen físico completo, que incluya vaginoscopia para aclarar el origen del sangrado, el tacto vaginal para verificar la condición del cérvix y la palpación bimanual en busca de masas anexiales. Si la paciente esta hemodinámicamente estable y el cuello se encuentra cerrado se hace el diagnóstico presuntivo de amenaza de aborto y se debe solicitar una ecografía transvaginal para hacer diagnóstico diferencial con otras causas de sangrado y poder realizar el tratamiento adecuado. Es así como ante la presencia de un útero vacío y una BHCG mayor de 1,500 mUI/ml, se debe sospechar un embarazo ectópico, de igual manera ante la presencia de un saco gestacional intrauterino mayor de 20 mm, sin embrión en su interior se hace diagnóstico de aborto retenido (antes denominado embarazo anembrionado) (Londoño, 2015).

Si el cuello se encuentra abierto y se palpan restos en el canal cervical o intrauterinos, se hace diagnóstico de aborto incompleto y puede no ser necesaria la ecografía sin embargo cuando el cuello está abierto, pero existen dudas si es un aborto en curso o incompleto, se debe realizar ecografía, para aclarar el diagnóstico. En la ecografía transvaginal se puede observar un saco gestacional entre las semanas cuatro y cinco a partir de la fecha de la última menstruación, el embrión

entre la semanas cinco y seis y a partir de las semanas seis a siete ya se debe evidenciar la embriocardia. De igual manera se espera encontrar signos ecográficos de embarazo (saco gestacional) cuando la BHCG alcanza las 1.500 mUI/ml (Londoño, 2015).

Tratamiento.

Amenaza de aborto.

Una vez que se ha establecido que el embrión o feto tienen vitalidad, se recomienda reposo. El tratamiento hormonal con progestágenos está contraindicado ya que no se ha demostrado que disminuyan el riesgo de aborto y se pueden asociar con un aborto retenido, teniendo en cuenta además que la principal causa de aborto son las anomalías cromosómicas. En caso de dolor se pueden formular analgésicos como el acetaminofén o espasmolíticos tipo hioscina.

Si la ecografía informa un saco gestacional sin embrión se sospecha un embarazo anembrionado, pero también puede ser una gestación menor de cinco semanas por tanto se debe realizar una nueva ecografía en una semana para confirmar o descartar dicho diagnóstico. En ambos casos se debe instruir a la paciente sobre signos y síntomas de alarma, como aumento del sangrado o fiebre (Londoño, 2015).

Aborto incompleto.

En general se recomienda la evacuación uterina, principalmente en casos de sangrado abundante, signos de infección o embarazo mayor de 12 semanas; sin

embargo algunos estudios han demostrado que en pacientes estables se puede realizar un tratamiento expectante, el cual ha demostrado ser exitoso entre un 82% a 96% de los casos, pero este tratamiento requiere una vigilancia continua y el tiempo promedio para completar el aborto es de nueve días, por lo tanto se deben tener en cuenta las preferencias, condiciones y posibilidades de vigilancia de cada paciente luego de informarle las alternativas (Londoño, 2015).

Aborto completo.

Si el cuello está cerrado y el sangrado es mínimo o ha cesado y la ecografía reporta ausencia o escasos restos, no se justifica realizar curetaje, ni prescribir misoprostol para madurar el cérvix, ya que esto no reporta beneficios (Londoño, 2015).

Aborto en curso o retenido.

Ante una muerte embrionaria, un embarazo anembrionado o un aborto inevitable, se recomienda el uso de maduración cervical con prostaglandinas para provocar o acelerar el aborto, para luego realizar la evacuación uterina y disminuir los riesgos de perforación uterina y curetaje incompleto. Se recomienda varios esquemas para la inducción con misoprostol, pero en general no se deben usar más de 800mg/día (4 tabletas) preferiblemente por vía vaginal.

En general no se justifica el uso de antibióticos profilácticos antes de realizar un curetaje, sólo en caso de diagnóstico de vaginosis, pues se aumenta la incidencia de endometritis poscuretaje en estas pacientes; de igual manera se debe aplicar

gammaglobulina anti-D (50 mg) en las pacientes Rh negativas con amenaza de aborto mayor de 12 semanas o aborto incompleto mayor de seis semanas, pero no en caso de embarazo anembrionado. Luego de un aborto la ovulación puede reanudarse en un periodo de dos semanas, por lo tanto es importante iniciar rápidamente la anticoncepción.

De igual manera se debe brindar apoyo psicológico luego de un aborto, pues se asocia con depresión, ansiedad y sentimientos de culpa; el médico debe reforzar en la paciente y familiares la idea de la inevitabilidad del aborto y que lo que se hizo o dejó de hacer no fue la causa de la pérdida de la gestación, y que un episodio aislado no aumente el riesgo de un aborto posterior (Londoño, 2015).

Aborto terapéutico y electivo.

El aborto terapéutico, es la finalización del embarazo antes de la viabilidad fetal, para salvaguardar la salud de la madre; el aborto electivo se refiere a la terminación del embarazo por solicitud de la mujer pero no por motivos relacionados con su salud. La interrupción del embarazo se produce en los siguientes casos:

- ✚ Cuando la continuación del embarazo constituye un grave peligro para la vida o para la salud de la mujer certificado por un médico.
- ✚ Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- ✚ Cuando el embarazo sea resultado de una conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin

consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentido o de incesto (Londoño, 2015).

Existen varias formas para la terminación de la gestación, las cuales se pueden agrupar en métodos quirúrgicos o médicos:

Evacuación quirúrgica.

Aspiración manual endouterina (AMEU): es el método más común en los países donde el aborto es legal y se realiza en embarazos menores de 12 semanas, consiste en la aspiración por medio de vacío con un instrumento no cortante.

Dilatación y evacuación: Se refiere al uso de dilatadores cervicales mecánicos y químicos, con extracción del feto para luego proceder a la aspiración endouterina, se lleva a cabo en embarazos mayores de 13 semanas.

Otros métodos incluyen el curetaje y la histerectomía, esta última sólo en casos que exista indicación para este procedimiento (cáncer de cérvix, acretismo placentario, etc.) (Londoño, 2015).

Métodos Farmacológicos.

Prostaglandinas: El medicamento más usado es el misoprostol, análogo de la prostaglandina E1, en general se emplea para evacuación principalmente en embarazos menores de 12 semanas.

Mifepristona: Aún no se consigue en nuestro medio, se tiene una eficacia del 85% en embarazos menores de seis semanas.

La elección del método depende de la destreza del prestador, el equipo y los medicamentos disponibles, la edad gestacional y la condición clínica de la mujer, la mejor evidencia científica disponible y la preferencia del profesional de salud. (Londoño, 2015).

Aborto Séptico.

Se define como aborto asociado a infección y complicado por fiebre, endometritis y parametritis; de igual manera cuando se realiza instrumentación intrauterina sin las condiciones higiénicas adecuadas.

Clasificación: Grado I. La infección se localiza en la cavidad uterina.

Grado II. Se presenta extensión a estructuras pélvicas como los anexos y parametrios.

Grado III. Cuando la infección se ha diseminado más allá de las estructuras pélvicas y se asocia a una o más de las siguientes complicaciones: bacteriemia, pelviperitonitis, tromboflebitis pélvica y embolia, insuficiencia renal o choque séptico.

Diagnostico.

El diagnostico de aborto séptico se debe sospechar en cualquier mujer en edad reproductiva que presenta sangrado vaginal, dolor en hipogástrico y fiebre, es importante anotar que algunas mujeres negaran cualquier tipo instrumentación o atraso y consultar de manera tardía, lo que hace más difícil el diagnóstico. Ante la sospecha, se debe ordenar una prueba de embarazo y realizar un adecuado examen físico, se debe observar el cérvix en busca de laceraciones (signos de instrumentación), salida de pus o restos a través del cérvix, de igual manera se debe evaluar el tamaño del útero y la presencia de masas anexiales; durante el periodo de palpación abdominal se debe establecer si hay signos de peritonitis localizada (peritonitis pélvica) o generalizada. Si existe sospecha de perforación uterina. La radiografía simple de abdomen de pie puede identificar signos de neumoperitoneo. En pacientes con fiebre alta ($>39^{\circ}\text{C}$), taquicardia, taquipnea, hipotensión o dificultad respiratoria, se debe establecer el diagnóstico choque séptico.

El hemoleucograma demostrará leucocitosis y neutrofilia y en casos severos se puede presentar aumento en la creatinina como signo de insuficiencia renal, de igual manera en caso de sepsis se debe solicitar pruebas de coagulación y hepática para descartar compromiso multisistémico. Se debe enviar a cultivo los restos obtenidos en el curetaje y ante la sospecha de sepsis se deben ordenar hemocultivos (Londoño, 2015).

Complicaciones.

El aborto séptico se puede asociar con complicaciones severas y aún la muerte, generalmente cuando se consulta de manera tardía o no se instaura a

tiempo al tratamiento adecuado. Entre las complicaciones más frecuentes están: la insuficiencia renal, la inflamación pélvica crónica que se asocia al dolor, infertilidad, y riesgo de embarazo ectópico debido a la presencia de adherencias y a la necesidad de anexo-histerectomía y el control de la hemorragia (Londoño. 2015).

Tratamiento.

Se debe instaurar un tratamiento rápido y agresivo ya que de este depende el pronóstico y sobrevida de la paciente, se debe analizar cada paso en particular y el tratamiento va a depender del compromiso y complicaciones que se presenten, buscando de manera prioritaria la estabilización hemodinámica y el control de la hemorragia.

- ✚ Evacuación uterina. Se debe de realizar de manera rápida la evacuación de cualquier tejido que persista en la cavidad uterina, Se debe iniciar con la terapia hídrica y los antibióticos. En caso de feto retenido se debe iniciar la inducción con análogos de las prostaglandinas si no hay coagulopatía o con oxitocina a dosis altas (250 mU/min), para realizar la evacuación (curetaje o aspiración) luego de la expulsión del feto.
- ✚ Antibioticoterapia. Este va a depender del grado de compromiso, según la clasificación descrita y de la presencia o no de complicaciones. De esta manera en los abortos grado I se recomienda el uso de antibióticos tipo penicilina; en el caso de abortos sépticos grado II y III, se recomienda esquema combinados y de amplio espectro, teniendo en cuenta la función renal (Londoño, 2015).

Indicaciones de Cirugía:

- ✚ Cuando no hay respuesta a pesar del curetaje y el tratamiento médico.
- ✚ Sospecha de perforación uterina y lesión de intestino.
- ✚ Absceso pélvico
- ✚ Sepsis por Clostridium
- ✚ Evidencia de aire en el miometrio
- ✚ Útero de aspecto necrótico o hipoperfundido. En estos casos se hace necesario la histerectomía (Londoño, 2015).

Anticoncepción en la adolescencia.

Definición: Es la regulación de la fecundidad en mujeres entre los 10 y 19 años de edad.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha señalado desde ya hace varios años a los métodos reversibles de larga duración: T de Cobre, implantes subdérmicos (IS) y endoceptivo hormonal (EH), como los métodos anticonceptivos de excelencia en adolescentes puesto que no precisan de suministros frecuentes que dependen de la capacidad volitiva de la adolescente o de diversos factores externos (Restrepo y Restrepo, 2015).

Anticoncepción intrauterina.

La anticoncepción intrauterina (dispositivos intrauterinos de carga de cobre DIU-Cu, y Sistemas liberadores de levonorgestrel SIU-LNG es un método que reúne múltiples ventajas: es reversible y de larga duración, presenta una elevada eficacia contraceptiva, es independiente del coito, requiere un solo acto de motivación, por lo que favorece el adecuado cumplimiento, y presenta una elevada tasa de continuidad de uso del método. A pesar de todas estas ventajas su uso es relativamente bajo en comparación con los demás métodos anticonceptivos. Actualmente existen comercializados diferentes modelos de DIUs, de probada eficacia y seguridad, con elevadas tasas de aceptación y utilidad terapéutica.

Tipos de DIU.

Los DIUs liberadores de cobre, atendiendo a la superficie de exposición uterina, se consideran:

- ✚ DIUs de baja carga, menos de 300 mm² de cobre: su eficacia anticonceptiva disminuye a partir del tercer año.
- ✚ DIUs de alta carga, más de 300 mm² de cobre: incorporan más filamento de cobre, manguitos de cobre y/o el agregado de un alma de plata o e oro. La duración del efecto anticonceptivo se extiende más allá de los 5 años.

El GyneFix® es un nuevo tipo de DIU que no tiene armazón rígido y se fija en el miometrio del fundus. Consiste en un hilo de sutura no reabsorbible sobre el que se hallan enhebradas seis vainas de cobre con una superficie total de 330 mm².

El extremo superior del filamento lleva un nudo por el que, mediante un instrumento especial de inserción, queda fijado en el fundus. Es totalmente flexible y no presenta incompatibilidad dimensional. El factor más importante en la buena aceptación y eficacia de este DIU es su correcta inserción.

El SIU-LNG (Mirena®) consiste en una estructura en forma de T impregnada de sulfato de bario, que la hace radiopaca, con un depósito alrededor de la rama vertical. El depósito vertical consiste en un cilindro hecho de una mezcla de 52 mg de LNG y un copolímero, cubierto por una membrana de silastic, que regula la liberación de LNG a razón de 20 µg/día durante al menos 5 años. La administración local de LNG produce altas concentraciones endometriales responsables de la supresión uniforme de la proliferación endometrial y decidualización del estroma. Los niveles de LNG detectables en plasma son bajos (0,1-0,4 ng/ml), insuficientes para afectar a la ovulación, pero responsables de algunos efectos secundarios adversos (Martínez, 2015).

TIPOS DE DIU.

Descripción	Tamaño	Duración
Dispositivos intrauterinos		
Gold T (Cu 375+Au)	Maxi	5 años
Gold T (Cu 375+Au)	Normal	5 años
Gold T (Cu 375+Au)	Mini	5 años
Novaplus T 380 Ag (Cu 380+Ag)	Normal	5 años
Novaplus T 380 Ag (Cu 380+Ag)	Mini	5 años
Novaplus T 380 Ag (Cu 380+Ag)	Maxi	5 años
T 200 Ag (Cu 200+Ag)	Normal	3 años

T 200 Ag (Cu 200+Ag)	Mini	3 años
Áncora 250 Ag (Cu 250+Ag)	Normal	3-5 años
Novaplus T 380 Cu (Cu 380)	Normal	5 años
Novaplus T 380 Cu (Cu 380)	Mini	5 años
Ancora 375 Cu (CU 375)	Normal	3-5 años
T 200 Cu (Cu 200)	Normal	2-3 años
Áncora 250 Cu	Normal	3-4 años
Áncora 250 CU	Mini	3-4 años
Laboratorios Effik		
Effi-Load 375 (Cu 375)	Estándar	4 años
Effi-T 380 (Cu 380)	Estándar	4 años
Effi-T 380 (Cu 380)	Corto	4 años
Laboratorios Bayer		
Nova T 380 (Cu 380)	Normal	5 años
Mirena® Sistema liberación intrauterina LNG	Normal	5 años
Gynefix® (Cu 330 mm)	Normal	5 años

Fuente: Actualización en anticoncepción intrauterina. Martínez, 2015.

Indicaciones y contraindicaciones.

Toda mujer que solicita anticoncepción reversible, prolongada, que no tiene riesgo aumentado de Infecciones de transmisión sexual (ITS), que después de conocer todos los métodos anticonceptivos considera que el DIU es su mejor elección, puede ser candidata a la inserción de un DIU. Se han actualizado los “Criterios de elección médica de la OMS” por parte de la FSRH, en 2007.

Es importante destacar que no se consideran contraindicaciones actuales el riesgo aumentado de ITS o HIV, la continuación de uso del DIU tras diagnóstico de ITS, el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) o de embarazo ectópico, VIH o SIDA, diabetes, Menorragia, miomas o edad <20 años. Actualmente se dispone de medios diagnósticos y terapéuticos eficaces frente a las infecciones, y diferentes modelos de DIU que pueden permitir una individualización de criterio de elección.

El SIU-LNG, por la supresión endometrial que produce y la importante reducción del sangrado, presenta una elevada tasa de continuidad entre las mujeres que desean anticoncepción prolongada, con reglas abundantes, problemas de sangrado con DIU de cobre, anemia, contraindicación de anticoncepción oral y pensando en anticoncepción definitiva.

El Gynefix puede constituir una opción a considerar en mujeres con grave distorsión de la cavidad uterina, ya que carece de armazón rígido (Martínez, 2015).

Efectos secundarios.

Los DIU-Cu producen generalmente aumento y duración de la cantidad de pérdida hemática con la menstruación y sangrado intermenstrual, más frecuentemente en los primeros meses tras la inserción. El aumento de sangrado parece estar relacionado con el efecto local del cobre en el endometrio, detectándose un aumento de liberación de prostaglandinas.

El efecto secundario más frecuente que motiva la extracción del SIU-LNG es la alteración del patrón de sangrado y los efectos hormonales secundarios (tensión mamaria, cambios de humor, acné) grado B. Tras la inserción del SIU-LNG se produce un aumento del número de días de sangrado, aunque disminuye la cantidad total de sangrado, durante los tres primeros meses y después disminuye, presentándose amenorrea el 20% de las usuarias al cabo del primer año (Martínez, 2015).

Avances en contracepción hormonal

La anticoncepción hormonal (AH) lleva practicándose desde hace más de 40 años, y la discusión de los aspectos relacionados con la planificación de los aspectos relacionados con la planificación familiar constituye un aspecto fundamental de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en las revisiones periódicas. Aunque se han producido numerosos avances en la última década, todavía se precisa de nuevos desarrollos pues persiste una tasa elevada de embarazos no intencionados. Se exige que los anticonceptivos sean más seguros y aporten beneficios de salud adicionales (Martínez, 2015).

Nuevos preparados anticonceptivos.

- Anticoncepción hormonal oral (AHO) con EE y drospirenona (DRSP) (Yasmine®, Yasminelle®, Yas®).

La DRSP es un derivado de la espironolactona, tiene actividad progestacional, antimineralocorticoide y antiandrogénica, interesantes para contrarrestar el efecto del EE sobre la retención de sodio, aumento de peso y elevación de la tensión de la arterial en las mujeres susceptibles. No es

diurético. Presenta un índice de Pearl global de 0.57 y una tasa aceptable de sangrado intermenstrual y manchado (1% y 9,3% respectivamente). La tasa de abandono del 20-30% se debe principalmente a problemas de sangrado, cefalea, náuseas/vómitos y aumento de peso.

- Anticoncepción intradérmica, parche anticonceptivo semanal (Evra®).
El anticonceptivo semanal consiste en un parche de 4,5 cm de diámetro y menos de 1mm de grosor. Cada parche contiene 6 mg de norelgestromina (NGTMN) y 0,6 mg de EE, y libera diariamente 20 µg de EE y 150 µg de NGTMN, el principal metabolito activo del norgestimato (NGT). El parche se aplica una vez a la semana (en el abdomen, hombro o nalga) durante tres semanas consecutivas seguidas de una semana libre de parche por ciclo. La absorción transdérmica evita el efecto del primer paso hepático. No se han identificado alteraciones clínicamente significativas en parámetros de laboratorio asociados al uso del parche. Las mujeres que usan parche (OrthoEvra®) están expuestas a un 60% más de nivel plasmáticos de estrógenos que si tomaran un AHO de 35 µg EE.
- Anillo anticonceptivo mensual (NuvaRing®)
NuvaRing® es un anillo transparente de 54 mm de diámetro por 4 mm de grosor que contiene 2,7 mg de EE y 11,7 mg de etonorgestrel (ENG), y libera diariamente a razón de 15 µg de EE y 120 µg de ENG al día. Cada anillo se coloca en la vagina, donde permanece durante tres semanas. Se retira y se deja un periodo libre de uso del anillo de una semana, durante la que se presenta el sangrado. Clínicamente hay menos sangrado intermenstrual que con otros AHO. NuvaRing inhibe completamente la ovulación durante el periodo de uso normal de 3 semanas y también durante el uso extendido hasta 5 semanas.
- Implantes subdérmicos: monovarilla (Implanon®) y doble varilla (Jadelle®)

Etonorgestrel: implante monovarilla que libera etonorgestrel (3-keto-desogestrel), metabolito biológicamente activo del desogestrel (DSG) y proporciona protección anticonceptiva durante 3 años.

Levonorgestrel: dos varillas de una mezcla de cristales del esteroide y polímero que liberan LNG a una tasa constante durante 5 años.

En ambos casos, se obtienen los máximos niveles séricos de ETNG o de LNG en la primera semana tras la inserción, y van declinando lentamente durante los 3-5 siguientes años respectivamente. Tras su retirada, los niveles séricos son indetectables en una semana.

El mecanismo de acción anticonceptivo consiste en una combinación de: disrupción del crecimiento folicular y de la ovulación, espesamiento del moco cervical y alteración del endometrio. El implante debe insertarse entre el día 1 y 5 del ciclo natural o durante el intervalo libre de toma del AHC.

Como cualquier otro método anticonceptivo de sólo gestágeno (MSG), las alteraciones del sangrado constituyen la principal causa de abandono de uso del implante. Es menos frecuente la amenorrea con Jadelle®, pero relativamente frecuente con Implanon®.

La presencia de efectos secundarios tienden a ser mayor durante el primer año y disminuir progresivamente: quistes ováricos, náuseas, cefalea, tensión mamaria, cambios de humor, hirsutismo, acné, etc. (Martínez, 2015).

Pautas continuas, periodicidad del sangrado.

La protección anticonceptiva de la anticoncepción hormonal (AH) actual la proporciona el gestágeno, al evitar el pico de LH y la ovulación, espesar el moco cervical y atrofiar el endometrio. El estrógeno sirve para estabilizar el endometrio y para elegir cuando menstruar. Hay evidencia de la seguridad de las diferentes combinaciones de patrones de sangrado:

- “Ausentes”: gestágenos solos. O pauta combinada continua.
- Trimestral: seasonale.
- Menstrual: pautas 21/7 o 24/4.
- A conveniencia: cada 4-5-6 semanas (Martínez, 2015)

Anticoncepción orales combinados (ACO).

Las adolescentes en general exhiben unos bajos índices de cumplimiento y continuidad con este método por lo cual su eficacia usual (85%), dista de la teórica (99%). En un estudio por ejemplo, se reporta que el 50% de las adolescentes descontinúan los ACO en los primeros tres ciclos y solo 12% de ellas los continúan al año. En cuanto la elección del tipo de ACO, la evidencia establece que los compuestos son etinilestradiol 30 mg y levonorgestrel 150 mg son los ideales, si se comparan con los compuestos de 20mg o menos de etinilestradiol, debido a su excelente control del ciclo menstrual, la relativa amplitud en el horario de la toma (hasta 12 horas), La no alteración en la densidad mineral ósea, su bajo costo y su

disponibilidad gratuita en nuestro país dentro del plan obligatorio de salud (Restrepo y Restrepo, 2015).

Inyectable combinada.

Este permite al adolescente una mejor adherencia y mantener la reserva de su actividad sexual. Sin embargo el trastorno en el ciclo es frecuente en los primeros meses de su aplicación, es mal tolerado por ellas, pudiendo entonces entorpecer su continuidad.

Inyectable de solo progestina.

Se cree que existe una mejor adherencia a este método debido al suministro cada tres meses, pero estudios recientes muestran que la adherencia entre adolescentes no es tan bueno: sólo 36%-48% continúan el medicamento a los seis meses y 23%-28% al año. Existen otros factores que no lo hacen el método ideal para ellas: aumento de peso, trastornos en el ciclo menstrual (manchado, metrorragia, amenorrea) y problemas óseos. La OMS establece que, si no se dispone de una mejor alternativa, se puede usar por adolescentes por un periodo máximo de dos años, asegurándoles dieta con aporte adecuado de calcio, ejercicio físico y densitometría ósea al final de este período (Restrepo y Restrepo, 2015).

Anillo vaginal.

Facilita su adherencia el recambio cada tres semanas y su poca notoriedad. Pero su alto costo en nuestro medio y la necesidad de que la adolescente se sienta cómoda al manipular sus genitales, limitan su uso entre ellas.

Anticoncepción de emergencia.

En nuestro medio disponemos de dos métodos: el hormonal (levonorgestrel y Yuzpe y la T de cobre.

El levonorgestrel (1.5 mg) en una sola dosis, hasta el quinto día luego del coito no protegido, produce pocos efectos adversos y reduce el riesgo de embarazo en un 75%. La efectividad antes de las 72 horas es de 84%, después de 72 horas es de 63%.

El método Yuzpe (ACO etinilestradiol 100 mg y repetir a las 12 horas), produce efectos secundarios (nauseas 50% y emesis 25%) con mayor frecuencia que el levonorgestrel solo, lo cual puede disminuir su eficacia, además de imposibilitar la toma de la dosis completa de una sola vez, lo cual resulta mucho más aconsejable en las adolescentes. No existe ninguna contraindicación absoluta para utilizar la anticoncepción de emergencia hormonal, tampoco hay evidencia científica que demuestre riesgo asociado a tomas repetidas, salvo las irregularidades del ciclo, sin embargo la OMS advierte que se debe considerar la posibilidad de que tal riesgo exista en mujeres clasificadas como categorías 3 y 4 para uso de anticonceptivos hormonales.

Las T de cobre, insertada hasta siete días después del coito no protegido, reduce el riesgo de embarazo en un 99%, sumado a esto tiene la ventaja de que se puede dejar como método anticonceptivo a largo plazo. Es de suma importancia aprovechar la solicitud de la anticoncepción de emergencia, para asesorar y empezar de inmediato un método hormonal de base adecuado para la adolescente (Restrepo y Restrepo, 2015).

Métodos naturales de anticoncepción.

A pesar de los avances tecnológicos, se encuentran parejas que persisten en los métodos naturales, en muchas ocasiones motivados por sus creencias religiosas y excepcionalmente por contraindicación o más frecuentemente por rechazo a otros métodos más efectivos.

- ✚ Método basado en calendario. La fecha de ovulación varía según la duración del ciclo, pero siempre la fase secretora es más estable, en promedio 14 a 16 días. A partir de los últimos seis ciclos, se restan 11 días al ciclo más largo y 18 días al más corto y entre esos días se evitan las relaciones porque corresponden a los días fértiles (Método de Ogino y Knaus modificado). Si la mujer presenta ciclos de menos de 27 días no se recomienda esta regla. Cuando los ciclos siempre fluctúan entre 26 y 32 días, la abstinencia se debe de dar entre los días 8 y 19 (Método de día estándar).
- ✚ Método basado en la temperatura corporal basal. Se debe medir la temperatura diariamente a la misma hora, idealmente al despertar y siempre en el mismo sitio (oral o vaginal). La mujer debe detectar cuando se inicia un incremento en la temperatura y debe guardar abstinencia

hasta 24 a 48 horas después de que la temperatura ha permanecido tres días continuos con un incremento de al menos 0.2°C con respecto a las mediciones previas.

- ✚ Método basado en el moco. La mujer debe identificar la ciclicidad de su humedad vaginal, tan pronto aparece la sensación de aumento de la humedad y el moco cervical se hace abundante, claro, muy resbaladizo y elástico, pareciendo a la clara de huevo, debe comenzar la abstinencia, Las relaciones se reinician después de cuatro días de haberse presentado el pico máximo de humedad (método de ovulación de Billings). No se debe tener relaciones diariamente porque enmascara los cambios esperados.
- ✚ Método sintotérmico. Combina los criterios de evaluación del moco y la temperatura.
- ✚ Lactancia exclusiva. Anticoncepción posparto (Zuleta, 2015).

Métodos quirúrgicos definitivos.

Oclusión tubárica: Mediante diferentes técnicas se obstruye el paso de los espermatozoides dentro de las trompas de Falopio. Se puede realizar por vía vaginal, abdominal o transcervical. La tubectomía via abdominal es el método quirúrgico más utilizado, se puede realizar después de un aborto si no hay infección, en el posparto inmediato= dos días –o al terminar el puerperio, durante una cesárea, de manera simultánea con otros procedimientos quirúrgicos ginecológicos o general o en cualquier momento del ciclo, siempre y cuando se garantice que no exista un

embarazo. Esta indicado en cualquier mujer, no tiene contraindicaciones absolutas, aunque algunas condiciones médicas pueden llevar que se difiera su realización cuando se presenta alguna complicación.

La posibilidad de falla es baja (7.5 a 37 por mil, dependiendo del método, la edad de la mujer al momento del procedimiento y el tiempo de seguimiento), un tercio de esos embarazos serán ectópicos. Hasta un 20% de las mujeres más jóvenes luego de la realización de la tubectomía solicitan recanalización, de los cuales entre un 8% y 25% serán exitosas, dependiendo de la técnica de la tubectomía, de la técnica de la recanalización y de la experiencia de los operadores. Entre 1% y 7% de los embarazos luego de la recanalización son ectópicos (Zuleta, 2015).

Vasectomía.

Es la interrupción quirúrgica de los conductos deferentes para impedir el paso de los espermatozoides; existen más de 30 técnicas, sin embargo, debido a la baja calidad metodológica de los estudios, no existe información sólida para establecer diferencias entre ellas, pero si se sabe que la interposición de fascia se asocia a menos fallas, aunque implica mayor dificultad quirúrgica. No se produce esterilización inmediata y es necesario confirmar su efectividad mediante la realización de un espermograma que confirma azoospermia tres meses después de realizada. Se reportan fallas entre 0.1% y 9.5% frecuencia que está realizado con la calidad del procedimiento. La posibilidad de recanalización espontánea tardía es del 0.05%. La complicación temprana más frecuente es el hematoma que se presenta en menos de 2% y en segundo lugar la infección. A largo plazo puede quedar dolor testicular o escrotal crónico, hasta en el 50% de los hombres

intervenidos, pero es importante solo para un 6% de ellos. A pesar de las creencias, no se asocia con un incremento en el riesgo de cáncer (Zuleta, 2015).

Efectos beneficiosos atribuidos a la AH.

Además de una elevada eficacia anticonceptiva, y por tanto una importante reducción de la morbi-mortalidad materna, la AH aporta otros beneficios no contraceptivos a la salud de las mujeres, revisados por la Sociedad Española de Contracepción recientemente (SEC, 2008):

- Protección frente al cáncer de endometrio (CE)
- Reducción del riesgo de cáncer de ovario (CO)
- Reducción de riesgo de cáncer colorrectal
- Reducción de embarazo ectópico
- Densidad mineral ósea (DMO)
- Miomas
- Endometriosis
- Artritis reumatoide
- Quistes ováricos benignos
- Enfermedades benignas de la mama
- Reducción de trastornos relacionados con el ciclo menstrual: dismenorrea, dolor ovulatorio, menorragias, anemias ferropénica, síndrome premenstrual.
- Reducción de acné e hirsutismo
- Reducción de síntomas del síndrome de ovarios poliquísticos (sangrado irregular, acné, e hirsutismo)
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular) (Martínez, 2015).

AHC y riesgo de Tromboembolismo.

La asociación entre la utilización de AHC y el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) se conoce desde 1961 y se relacionó inicialmente con la dosis de estrógenos. Posteriormente se observó una posible relación con el tipo de progestágeno. La incidencia de TEV aumentan con la edad, pero es infrecuente entre las mujeres en edad reproductiva (5-21 por 100 000 mujeres por año). La mayoría de las muertes por TEV ocurren en mujeres mayores (edad 49-63 años) y no tiene relación con el uso de AHC. Se estima que hay un aumento de 2 a 3 veces del riesgo de TEV asociado al uso de AHC, aunque el riesgo absoluto es bajo (de un riesgo basal de 1/10,000 personas/año aumentan a 3-4/10,000 personas año durante la toma de AHC). El uso prolongado de AHC, sin embargo, no está asociado a un aumento en la mortalidad (Martínez, 2015).

Anticoncepción hormonal y cáncer de mama (CM)

La calidad de la evidencia de los estudios sobre CM y AH es regular. Si se comparan mujeres que han tomado AHC alguna vez, con mujeres que han tomado AHC alguna vez, con mujeres que nunca la han tomado, el riesgo de CM no aumenta significativamente. Para las mujeres que son usuarias actuales o que han utilizado AHC en los últimos 5 años, existe un ligero aumento del riesgo de CM (RR=1,24; 95% CI, 1,15 hasta 1,33) entre las mujeres jóvenes de menos de 45 años. Este aumento de riesgo desaparece con el tiempo tras el cese de la toma y después de 10 años de suspender los anticonceptivos. Existe un aumento de riesgo demostrado en dosis mayores de 35 µg de EE (Martínez, 2015).

AHC y cáncer de cérvix.

La evidencia disponible en estos momentos respecto a la relación existente entre cáncer de cérvix (cdc) y AHC es de nivel bueno/regular. El uso de AHC se asocia a un aumento de riesgo de cdc invasor (RR: 1,54) y de neoplasia intraepitelial (RR: 1,5-2,3) aunque persiste la duda de si esta asociación es causal o causal. Esta asociación aumenta con la duración de uso de la AHC y afecta a usuarias actuales o recientes, pero el riesgo no persiste después de dejar el tratamiento. Un reciente reanálisis de 24 estudios epidemiológicos ha encontrado una asociación entre el uso prolongado (más de 5 años) de anticonceptivos orales y el cáncer de cérvix (International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2007). Los autores de este estudio epidemiológico estiman el RR de cáncer de cérvix en usuarias de AHO, durante más de 5 años, en 1,90 (IC 95%: 1,69-2.13). (Martínez, 2015).

Actualización sobre criterios médicos de elección de AHC

Tanto en la guía de la OMS como de la SEC se clasifica el riesgo de uso de anticoncepción hormonal en cuatro categorías:

- Categoría 1: ninguna restricción en el uso de AHC.
- Categoría 2: las ventajas superan los riesgos
- Categoría 3: los riesgos, generalmente superan a los beneficios
- Categoría 4: no se debe usar. (Martínez, 2015).

Estudios relacionados.

Aborto en adolescentes atendidos en el Hospital I. Florencia de Mora. Es Salud. Enero 2016-Diciembre 2017. Introducción. El objetivo de la investigación se centró en estudiar el “aborto en adolescentes atendidas en el Hospital I. Florencia de Mora. Es Salud. Enero del 2016-diciembre del 2017”. Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, y de corte transversal, que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: Se atendieron 10 abortos (2016) y 18 abortos (2017); predominaron en la adolescencia tardía (100%) y (77.78%), con promedio de edad 18.6 ± 0.843 años (año 2016) y de : 17.61 ± 1.460 años (año 2017), en nulíparas (59%) y (66.7%) transferidas de Virú (40%) y (33.33%), solteras (70%) y (61.11%), con secundaria el (80%) y (77.78%), sin control prenatal (61.11%), obreras (50%) y (38.9%), desconocimiento de métodos anticonceptivos (100%). Abortaron con una edad gestacional promedio de 7.5 ± 0.799 semanas (año 2016) y de: 8.67 ± 0.895 semanas (año 2017) predominó el aborto incompleto (90%) y (83.33%). Hubo complicaciones: anemia (10%) y (27.78%), infección de vías urinarias (16.67%), pelviperitonitis por perforación uterina (5.55%). Tratamiento: legrado uterino (100%) y una histerectomía abdominal. No hubo mortalidad materna. Conclusiones: El aborto incompleto predominó en la adolescencia tardía (17-19 años), solteras, la mayoría a los 8 o 9 semanas de gestación. Transferidas de diferentes ciudades (Virú, Trujillo, Porvenir), sin control prenatal. Las complicaciones fueron: anemia, infección de vías urinarias y la más severa fue pelviperitonitis perforación uterina. El tratamiento fue: legrado uterino y una histerectomía abdominal. No hubo mortalidad materna (Ríos et al, 2018).

Aborto espontaneo. Este artículo propone repensar el aborto espontaneo en sus dimensiones biológica, psicológica y social con el fin de reivindicar los problemas psicosociales que el mismo desencadena. Además invita a reflexionar

acerca de la necesidad de no desconocer o ignorar las últimas dos dimensiones. (Bouquet, 2012).

Aborto en la adolescencia un problema de salud. La interrupción de embarazo representa un problema de salud que compromete la salud reproductiva de las adolescentes tanto desde el punto de vista biológico, psicológico, como social. Objetivo. Correlacionar y evaluar las características biológicas, psicológicas y sociodemográficas de las adolescentes que se interrumpen el embarazo en el servicio de aborto del hospital “Dr. Julio Rafael Alfonso Medina” de Matanzas. Métodos. Se realizó un estudio sobre el comportamiento del aborto inducido en el Hospital Ginecoobstétrico “Dr. Julio Rafael Alfonso Medina” de Matanzas durante el cuatrimestre septiembre-diciembre de 2009. El universo de trabajo estuvo integrado por 128 adolescentes que acudieron al servicio de aborto de dicho hospital. Para cumplimentar este objetivo se aplicó una encuesta. Se estudiaron variables como: edad, edad de la primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales, uso de anticoncepción en la primera relación sexual, escolaridad, convivencia con los padres, antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia, vías por donde adquieren conocimientos sobre sexualidad, actitud ante el embarazo y quien decidió el aborto. Los datos fueron procesados, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows Versión 11.5, expresando los resultados en tablas. Resultados. El grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, 40.6% de las adolescentes tuvo su primera relación sexual a los 15 años, 49.2% ya había tenido 3 o más parejas, el 39.6% tenía abortos, 76.5% no se protegió en su primera relación sexual, el 56.2% continuaba sin protección, el 27.3% vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia. Conclusiones. El inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia en la

toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación estadística en el estudio (Doblado et al, 2010).

Aborto en las adolescentes. Un problema de salud en el municipio céspedes Camagüey. Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre el comportamiento del aborto en la población adolescente del territorio occidental de la provincia de Camagüey. Se encontró que el 26.2% de las jóvenes se realizó aborto, las regulaciones menstruales fueron el 47.6%, el 25% de las sepsis por interrupción correspondió a las adolescentes. Más de la cuarta parte de los abortos corresponde a menores de 20 años. Se concluye que el aborto en las menores de 20 años constituye un problema de salud (Cedeño, et al ,2001).

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño Metodológico

El trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo porque describe situaciones y eventos que se investigan, transversal porque los datos se obtienen en un determinado momento, y de tipo cuantitativo (Hernández, 2014).

3.2 Universo y Muestra

El universo de estudio son 33 adolescentes que abortaron en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de la ciudad de Iguala, Gro, la muestra fue por conveniencia ya que se tomaron en cuenta a las adolescentes que se encontraron en la Unidad de Tococirugía.

3.3 Criterios de selección

Criterio de Inclusión:

- Adolescentes que asistieron al servicio por un aborto y que aceptaran participar en la investigación.

Exclusión:

- Las pacientes adolescentes que se negaron a participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

3.4 Variables

Operacionalización de variables:

Variables	Definición conceptual	Definición operacional		
Aborto	Es la interrupción espontánea del embarazo antes de la semana 21 de gestación y que acaba con la muerte y expulsión de un feto \leq 500 g de peso.	Es la expulsión de un feto antes de la 21 SG.	Edad de la primera relación.	10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años
			Protección con método anticonceptivo en la primera relación.	Si No
			Cantidad de compañeros sexuales.	1 2 3 4 + de 4
			Número de embarazos	1 2 3 4
			Aborto	Si No
			Familiar que ha tenido aborto en la adolescencia	Si No Quien

			Conoces los riesgos por el aborto	Si No
			Enfermedad de transmisión sexual	Si No Cuál
			Conoce algún método de planificación familiar.	Si No Cuál
Adolescente			Edad	10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años
			Estado civil	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre
			Ocupación	Estudiante Ama de casa Empleada
			Con quien vives	Padres (mamá y papá) Madre Padre Esposo Suegros
			Escolaridad	Primaria Secundaria

			Nivel socioeconómico	Preparatoria Universidad Bajo Medio Alto
--	--	--	----------------------	--

3.5 Material y método

Instrumento (cuestionario): Es dirigido para obtener información los factores asociados del aborto en las adolescentes en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de Iguala, Gro.

El instrumento está compuesto por 15 ítems (de los cuales 6 son datos sociodemográficos y 9 corresponden a los datos analíticos de la investigación).

Trabajo de campo: Se programaron entrevistas previas con los responsables de las instituciones para obtener su aprobación. Se llevó acabo la recolección de los datos del instrumento previo consentimiento informado de las autoridades de la institución de salud para poder obtener la información. Posteriormente se diseñó la base de datos en Excel.

3.6 Análisis de los datos.

Se utilizó la estadística descriptiva como son las frecuencias y porcentajes para la tabulación de los datos, los resultados se presentan en cuadros para su mejor comprensión e interpretación.

3.7 Consideraciones Éticas.

Para este trabajo se consideraron los aspectos Éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, de acuerdo al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo 1, de los siguientes artículos que a la letra dice:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles,
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una

institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la investigación de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y esté los autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml., en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y

modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayo con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Artículo 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 19.- Es responsabilidad de la investigación de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I.- La justificación y los objetivos de la investigación;

II.- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III.- Las molestias o los riesgos esperados;

IV.- Los beneficios que puedan observarse;

V.- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI.- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII.- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII.- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX.- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X.- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI.- Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- E consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaria;

II.- Será revidado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V.- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios -que en teoría tienen igual fuerza moral- guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más

justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados de la investigación en relación a la encuesta aplicada a la población de estudio para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes.

Datos sociodemográficos.

Cuadro No. 4.1 Edad

Edad	Fo	%
12 años	5	15.15
13 años	7	21.21
14 años	1	3.09
15 años	4	12.12
16 años	3	9.09
17 años	4	12.12
18 años	4	12.12
19 años	5	15.15
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

De acuerdo a los resultados obtenidos en primer lugar el 21.21% tiene 13 años, en segundo lugar el 15.15% tiene 12 y 19 años respectivamente, en tercer lugar el 12.12% tiene 15, 17 y 18 años. La edad es un factor de riesgo que puede desencadenar complicaciones durante la gestación, debido a que fisiológicamente

su organismo no está preparado para un embarazo y psicológicamente hay una inmadurez porque no están preparadas para ser madres y esto provoca que las adolescentes presenten complicaciones como es el aborto que comprometen su vida.

Cuadro No. 4.2 Estado Civil

Estado civil	Fo	%
Soltera	22	67
Casada	5	15
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
Unión libre	6	18
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

La población en estudio refiere un 67% que son solteras, el 18% están en unión libre y solo el 15% son casadas. Las adolescentes aún no están preparadas fisiológicamente, psicológicamente para ser madres por lo que es un factor de riesgo que presentar para que se compliquen y termine la gestación con el aborto.

Cuadro No. 4.3 Ocupación

Ocupación	Fo	%
Estudiante	17	52
Ama de casa	11	33
Empleada	5	15
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

De la población en estudio se encontró que la mayoría de las adolescentes que han abortado son estudiantes de nivel secundaria o amas de casa y no tienen los conocimientos necesarios para poder prevenir un embarazo a pesar de que en pregunta No. 15 refieren conocer los métodos de planificación familiar, pero desafortunadamente no los utilizan para evitar los embarazos no planeados.

Cuadro No. 4.4 Con quien vives.

Con quien vives	Fo	%
Padres	18	55
Mamá	5	15
Padre	0	0
Esposo	9	27
Suegros	1	3
Total	33	100

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

En relación a los resultados obtenidos las adolescentes viven con los padres en un 55%, con el esposo un 27%, el 15% con su madre. Es importante la comunicación de los padres con sus hijas acerca de la sexualidad sin tabúes para disminuir los índices de embarazos en las adolescentes.

Cuadro No. 4.5 Escolaridad

Escolaridad	Fo	%
Primaria	4	12
Secundaria	18	55
Preparatoria	8	24
Universidad	3	9
Total	33	100

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

De la muestra en estudio nivel de preparación de las adolescentes es secundaria, preparatoria o primaria. La educación de las jóvenes adolescentes es importante, por lo que es necesario dar pláticas sobre la salud sexual y reproductiva para evitar los embarazos no deseados y reducir la morbilidad materna fetal ya que es un grupo de alto riesgo perinatal.

Cuadro No. 4.6 Nivel Socioeconómico

Escolaridad	Fo	%
Bajo	15	45
Medio	18	55
Alto	0	0
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

De acuerdo a los datos encontramos el 55% de las adolescentes tienen un nivel económico medio y el 45% tienen un nivel económico bajo. Muchas de las veces las adolescentes toman decisiones no correctas como por ejemplo tener relaciones sexuales sin protección, buscar una pareja sexual para solucionar sus problemas económicos ocasionando con esto embarazos a temprana edad.

Datos Analíticos.

Cuadro No. 4.7 Inicio de su vida sexual activa

Vida sexual activa	Fo	%
10 años	2	6.06
11 años	3	9.09
12 años	3	9.09

13 años	5	15.15
14 años	8	24.24
15 años	7	21.21
16 años	2	6.06
17 años	1	3.03
18 años	2	6.06
19 años	0	0
Total	33	99.99%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación el 24.24% las adolescentes refieren que el tuvieron vida sexual activa a los 14 años, el 21.21% a los 15 años y el 15.15% a los 13 años de edad. Es importante preparar a las adolescentes para evitar los embarazos a temprana edad, ya que son considerados de alto riesgo reproductivo, no solo por los problemas sociales y psicológicos que presentan durante la gestación sino también porque su cuerpo aún está en proceso de formación y maduración de sus órganos sexuales y no está preparado para el embarazo.

Cuadro No. 4.8 En la primera relación te protegiste con algún método anticonceptivo

Protección con método Anticonceptivo	Fo	%
Si	21	64
No	12	36
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

El 64% de la muestra en estudio refiere que se protegió con un método anticonceptivo y el 36% refiere que no utilizo algún método anticonceptivo en su relación sexual. Es importante mencionar que el 100% de esta población en estudio ha presentado complicaciones como es el aborto.

Cuadro No. 4.9 Número de Parejas Sexuales

Parejas Sexuales	Fo	%
1	22	67
2	11	33
3	0	0
4 o más	0	0
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

El 67% de las adolescentes mencionaron que han tenido 1 pareja sexual, y un 33% 2 parejas sexuales. El tener más de una pareja provoca que las mujeres tengan mayor posibilidad de tener infecciones sexuales como, virus del papiloma humano, gonorrea, chancro, herpes genital, sífilis, citomegalovirus, VIH/SIDA etc., debido a la promiscuidad en que viven. Esto es un factor de riesgo para presentar embarazos a temprana edad.

Cuadro No. 4.10 Número de embarazos

Embarazos	Fo	%
1	24	73
2	7	21
3	2	6
4	0	0
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

De acuerdo a los resultados obtenidos el 73% de las adolescentes han tenido un embarazo, el 21% tienen 2 embarazos y 6% 3 embarazos. Es necesario orientar a las adolescentes sobre la importancia que tiene la planificación familiar para evitar los embarazos no planeados provocándose aborto natural o clandestino que provocan la mortalidad materna en este grupo de población.

Cuadro No. 4.11 Aborto

Aborto	Fo	%
Si	33	100
No	0	0
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

De acuerdo a los resultados obtenidos el 100% de la muestra en estudio ha tenido abortos. Este problema es una complicación de las mujeres adolescentes debido a que fisiológicamente su organismo no está preparado para tener un embarazo y esto provoca que el organismo rechaza al producto por la inmadurez de los órganos reproductores femeninos y generalmente llega a terminar en abortos provocando la mortalidad materna.

Cuadro No. 4.12 Algún miembro de la familia se ha practicado el aborto en la adolescencia.

Familiar que ha abortado	Fo	%
Si	9	27
No	24	73
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

Las jóvenes adolescentes refieren que el 27% tienen familiares (tías y primas) que han abortado. Es necesario mencionar que cuando esto sucede en el entorno familiar las adolescentes pueden ver esto como normal y ellas también lo hacen por imitación o por falta de conocimientos sobre el embarazo y sus consecuencias.

Cuadro No. 4.13 conocimiento sobre los riesgos que se pueda presentar durante el aborto

Riesgos del aborto	Fo	%
SI	32	97
No	1	3
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

El conocimiento favorable que las adolescentes tienen de los riesgos obstétricos que pueden presentar durante el aborto, corresponde a un 97% y el 3% desconoce los diferentes riesgos que pueden presentar. Es importante que las embarazadas puedan identificar los riesgos que conlleva el embarazo a temprana edad para su autocuidado y disminuir la morbilidad materna en este grupo de población.

Cuadro No. 4.14 Presentaste alguna enfermedad de trasmisión sexual

ITS	Fo	%
Si	0	0
No	33	100
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

De acuerdo a los resultados obtenidos el 100% refiere no haber tenido ninguna enfermedad de trasmisión sexual. Las enfermedades de trasmisión sexual representan un riesgo importante para la adolescente y para el neonato antes del embarazo.

Cuadro No. 4.13 Conocimiento sobre los métodos de Planificación Familiar

Planificación familiar	Fo	%
Si	33	100
No	0	0
Total	33	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los factores de riesgo del aborto en las adolescentes del Centro del Hospital General Jorge Soberon Acevedo de Iguala de la Independencia, Gro. N=33

El 100% de las adolescentes embarazadas mencionaron que si conocen algún método de planificación familiar como son las pastillas, condón, inyecciones, DIU, implantes. Sin embargo a pesar de que refieren tener conocimiento de éstos las adolescentes encuestadas no las utilizaron ya que a temprana edad tuvieron su primer embarazo que termino en aborto.

Discusión:

De acuerdo a los resultados obtenidos en primer lugar el 21.21% tiene 13 años, en segundo lugar el 15.15% tiene 12 y 19 años respectivamente, en tercer lugar el 12.12% tiene 15, 17 y 18 años. En otra investigación el grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años y 40.6% de las adolescentes tuvo su primera relación sexual a los 15 años (Doblado et al, 2010) y en otro estudio el aborto predominaron en la adulescencia tardía (100%) y (77.78%), con promedio de edad 18.6 ± 0.843 años (año 2016) y de 17.61 ± 1.460 años (año 2017), (Ríos et al, 2018).

La población en estudio refiere un 67% que son solteras, el 18% están en unión libre y solo el 15% son casadas. Ríos et al, (2018), encontró que la mayoría son Solteras (70%) y (61.11%).

De la población en estudio se encontró que la mayoría de las adolescentes que han abortado son estudiantes de nivel secundaria o amas de casa. Ríos et al, (2018) realizó un estudio y encontró que las adolescentes tienen secundaria el (80%) y (77.78%) y son obreras (50%) y (38.9%).

Las adolescentes viven con los padres en un 55%, con el esposo un 27%, el 15% con su madre. Doblado et al, (2010) menciona que el 27.3% vivía con ambos progenitores.

De acuerdo a los datos encontramos el 55% de las adolescentes tienen un nivel económico medio y el 45% tienen un nivel económico bajo.

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación el 24.24% las adolescentes refieren que el tuvieron vida sexual activa a los 14 años, el 21.21% a los 15 años y el 15.15% a los 13 años de edad.

El 64% de la muestra en estudio refiere que se protegió con un método anticonceptivo y el 36% refiere que no utilizo algún método anticonceptivo en su relación sexual. El 100% de las adolescentes embarazadas mencionaron que si conocen algún método de planificación familiar como son las pastillas, condón, inyecciones, DIU, implantes. Ríos et al, (2018) refiere que tienen desconocimiento de métodos anticonceptivos (100%) y no tienen control prenatal (61.11%). Doblado et al, (2010) menciona que 76.5% no se protegió en su primera relación sexual y el 56.2% continuaba sin protección.

El 67% de las adolescentes mencionaron que han tenido 1 pareja sexual, y un 33% 2 parejas sexuales. Doblado et al, (2010) menciona que el 49.2% ya había tenido 3 o más parejas.

De acuerdo a los resultados obtenidos el 73% de las adolescentes han tenido un embarazo, el 21% tienen 2 embarazos y 6% 3 embarazos. Ríos et al, (2018) son nulíparas (59%) y (66.7%).

De acuerdo a los resultados obtenidos el 100% de la muestra en estudio ha tenido abortos. El 39.6% tenía abortos (Doblado et al, 2010).

Las jóvenes adolescentes refieren que el 27% tienen familiares (tías y primas) que han abortado. Un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia. (Doblado et al, 2010)

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones. El inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, bajo nivel educativo y económico, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia y abortos, familia que han tenido abortos y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayores resultados en el estudio.

Sugerencias.

Es importante que el personal de enfermería realice las siguientes acciones para reducir los factores asociados del aborto en las adolescentes y por consiguiente evitar los abortos.

Promover programas de educación sexual que fortalezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, considerando los diferentes contextos socioculturales.

Implementar programas de educación sobre la Salud Sexual Reproductiva para que reciban información sobre las formas de evitar embarazos no deseados.

Dar pláticas en las instituciones educativas sobre métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencias a la población adolescente.

Impulsar en las escuelas programas de educación sobre el aborto para reducir la morbi-mortalidad en las adolescentes.

Impartir cursos sobre Planificación familiar a las y los adolescentes para evitar los embarazos no deseados a edades demasiado tempranas para evitar la muerte materna.

Solicitar a las autoridades educativas que soliciten al sector salud la participación del personal de enfermería y médico para impartir educación de salud sexual y reproductiva para concientizar a los adolescentes sobre la importancia que tiene el cuidado sexual en esta población en estudio.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Aparicio J, Ayala J, Ascarruz A, Casquero J. Características del aborto en las adolescentes. Hospital Dos de Mayo. Ginecol obstet. 200;42 (3): 64-66

Barambio S. Interrupción voluntaria del embarazo: estado actual. Actualización en Obstetricia y Ginecología (Balasch Juan). Editorial Ergon, Barcelona España, 2015, pp.111-120

Barrozo M, Pressiani G. Embarazo en adolescente entre 12 y 19 años. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Licenciatura en Enfermería sede San Martín Mendoza. Octubre 2011

Bouquet D.D.RI. Aborto espontáneo. Revista Scielo Perú. Liber. V.18 n.1 Lima ene./jun. 2012 pp. 53-57

Creus M., Balasch J. Protocolo de estudio del aborto de repetición, Actualización en Obstetricia y Ginecología (Balasch Juan). Editorial Ergon, Barcelona España, 2015, pp.15-16

Doblado D. NI, Batista RI, Manrique JA. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev. Cubana Obstet Ginecol v. 36 n. 3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010

Gil F. Situación epidemiológica de la muerte materna en el Perú, a la SE 35-2015: 24(35): 720-725

International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical cancer hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for

16573 women with cervical cancer and 35509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. Lancet. 2007; 370: 1609-21

Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Rev. Posgrado Catedra VI Medicina 2001; 107: 11-23

Londoño C. JG. Aborto. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 141-147

Martínez F. Avances en contracepción hormonal. Actualización en Obstetricia y Ginecología (Balasch Juan). Editorial Ergon, Barcelona España, 2015, pp. 81-89

Martínez F. Actualización en anticoncepción intrauterina. Actualización en Obstetricia y Ginecología (Balasch Juan). Editorial Ergon, Barcelona España, 2015, pp.103-110

Mulens, I. (2009). Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el aborto espontáneo. Rev. Haban cienc méd, 2009, 8(3), 1-6

Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo, 2009 Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es

Panduro B. JG., PM. C. Jiménez, JJ. M. Pérez, EG. M. Panduro, D. M. Peraza, NA. F. Quezada. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012; 80(11):694-704.

Restrepo M. CM y Restrepo E. OL. Salud sexual y reproductiva en la adolescente. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 531-541

Ríos C. CI, Vera-V. RC, Mantilla CV. Aborto en adolescentes atendidos en el hospital I. Florencia de Mora, Es Salud. Enero 2016-Diciembre 2017. Rev. Medé Trujillo 2018; 13(3): 140-56

Zuleta T. JJ. Anticoncepción. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 581-598

ANEXO “A” CONSENTIMIENTO INFORMADO



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación “Identificar los factores de riesgo asociados del aborto en las adolescentes atendidas en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de Iguala de la Independencia, Gro. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo seré registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que doy mi consentimiento firmando esta carta.

Firma de la adolescente o tutor

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FOLIO

El presente cuestionario tiene la finalidad identificar los factores de riesgo asociados del aborto en las adolescentes. Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

Datos sociodemográficos.

1. Edad

- a) 10 años
- b) 11 años
- c) 12 años
- d) 13 años
- e) 14 años
- f) 15 años
- g) 16 años
- h) 17 años
- i) 18 años
- j) 19 años

2. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Unión Libre

3. Ocupación

- a) Estudiante

- b) Ama de casa
- c) Empleada

4. Con quien vives.

- a) Padres (mamá y papá)
- b) Madre
- c) Padre
- d) Esposo
- e) Suegros
- f) Otros: Con quien: _____

5. Escolaridad

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Preparatoria
- d) Universidad

6. Nivel Socioeconómico

- a) Bajo
- b) Medio
- c) Alto

Datos analíticos.

7. ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?

- a) 10 años
- b) 11 años
- c) 12 años
- d) 13 años
- e) 14 años
- f) 15 años
- g) 16 años
- h) 17 años
- i) 18 años
- j) 19 años

8. En tu primera relación sexual te protegiste con algún método anticonceptivo

- a) Si
- b) No

9. Número de parejas sexuales

- a) 1
- b) 2
- c) 3

d) 4 o más

10. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4

11. ¿Ha tenido algún aborto?

- a) Si
- b) No

12. ¿Tienes algún miembro de tu familia que se han practicado el aborto en la adolescencia..

- a) Si
- b) No
- c) Quién? _____

13. ¿Conoce algún riesgo que pueda presentar durante el aborto?

- a) Si
- b) No

14. Presentantes alguna enfermedad de trasmisión sexual.

- a) Si
- b) No
- c) Cual: _____

15. ¿Conoce algún método de planificación familiar?

- a) Si
- b) No
- c) Cuál: _____

Gracias por tu participación.