



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TEMA:

“CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ABORTIVAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL.

AUTORA:

Patricia Karina González Solórzano

DIRECTOR:

Dr. Richard Orlando Jimenez, Mg. Sc.

Loja - Ecuador
2014

CERTIFICACIÓN

Dr. Richard Jiménez

**DOCENTE DEL NIVEL DE PREGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA:

Haber asesorado, revisado detenida y minuciosamente durante todo su desarrollo, la tesis titulada **“CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ABORTIVAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”**, realizada por la estudiante Patricia Karina González Solórzano.

Esta tesis ha sido formulada bajo los lineamientos de la Carrera de Medicina Humana, del Área de la Salud Humana, y estructurada de acuerdo a la normatividad de la Universidad Nacional de Loja.

Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites legales, pertinentes para su presentación ante los organismos de la institución.

Loja, 23 de octubre de 2014



.....
Dr. Richard Orlando Jiménez

DIRECTOR

AUTORÍA

Yo, Patricia Karina González Solórzano egresada de la Carrera de Medicina, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado “ **CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ABORTIVAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA**” Es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual

Autor: Patricia Karina González Solórzano

Firma:

Cedula: 1104967391

Fecha: 23 de Octubre de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Patricia Karina González Solórzano declaro ser autor de la tesis titulada :
“CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ABORTIVAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”. Como requisito para optar el grado de **MÉDICO GENERAL**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repertorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice el tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinte días del mes de octubre del dos mil catorce.

.....


Patricia Karina González Solórzano

Cedula:

Correo electrónico:

Teléfono: 2545919

Celular: 0992922930

Director de tesis: Dr. Richard Jiménez

Tribunal de grado: Dra. Rosa Margarita Sotomayor Ojeda, Mg. Sc.

Dra. Mercy Lorena Vallejo Delgado, Mg. Sc.

Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado a mi Dios, quién supo encaminarme siempre, mostrándome siempre su amor incondicional, dándome fuerzas para seguir adelante y no ceder ante ningún problema que se presentaba, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni decaer en el intento.

A mis queridos padres, por todo su apoyo, comprensión, ayuda, consejos y sobre todo amor que siempre me han brindado en cada etapa de mi vida. Gracias a los dos, que me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

A familiares por el apoyo brindado y la confianza que han depositado en mí, siempre los llevaré presente.

PATRICIA GONZÁLEZ SOLORZANO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la sesquicentenaria Universidad Nacional de Loja, por el apoyo brindado en mi formación profesional. A la Carrera de Medicina Humana, a sus directivos y docentes gracias a quienes pude alcanzar aprendizajes significativos. A mi director de tesis por la dedicación, capacitación y asesoramiento permanentemente efectuado para la cumplida realización de este trabajo investigativo.

PATRICIA GONZÁLEZ SOLORZANO

TITULO:

“CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
ABORTIVAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”

RESUMEN

La adolescencia trae consigo cambios biológicos, psicológicos y psicosociales, la aparición de nuevas necesidades y capacidades. El embarazo en adolescentes ha ocurrido desde épocas remotas de la humanidad y algunos de ellos no fueron deseados. Este tipo de embarazos para determinados autores tiene la denominación de no oportunos y surgen en las épocas actuales por relaciones sexuales sin usar o con uso inadecuado de métodos anticonceptivos, lo que se asocia a falta de información o ignorancia. Estos embarazos ocurren en las mujeres, se da en mayor proporción entre las adolescentes.

La presente investigación busca determinar el conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes abortivas que acuden al servicio de hospitalización de ginecología del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja. El tipo de estudio fue cuantitativo, transversal y descriptivo. La metodología incluyó una encuesta estructurada.

Conclusión: El 15% posee un buen grado de conocimiento sobre planificación familiar; el 16.67% tiene un conocimiento regular acerca de anticoncepción y es un grado de conocimiento malo sobre el tema, el 68.33%. El método de planificación familiar más utilizado en esta población es el anticonceptivo oral de emergencia en el 50%. La edad más frecuente de aborto es a la que pertenecen al rango de edad de los 15-19 años. La causa más frecuente que induce al aborto en adolescentes es la falta de apoyo familiar 41.67%.

Claves:

Adolescencia, aborto, planificación familiar, métodos anticonceptivos

SUMMARY

Adolescence brings biological, psychological and psychosocial changes, the emergence of new needs and capabilities. Teen pregnancy has occurred since ancient times of humanity and some of them were unwanted. This type of pregnancy for certain authors have no designation of timely and arise in present times for sex without or with inadequate contraceptive use, which is associated with lack of information or ignorance. These pregnancies occur in women, adolescents at higher rates.

This research seeks to determine the knowledge about family planning in the abortion adolescents presenting to inpatient gynecology Regional Hospital Isidro Ayora city of Loja. The type of study was quantitative, transversal and descriptive. The methodology included a structured survey.

Conclusion: 15% have a good degree of knowledge, 16.67% have a degree of knowledge about regular contraception and the level of knowledge about family planning in the 68.33% is bad. The most common age of abortion is both belonging to the age group of 15-19 years. The most common cause that induces abortion in adolescents is the lack of family support 41.67%. The family planning method most commonly used in this population is emergency contraception 50% method.

Keys: Adolescence, abortion, family planning, contraception

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo la anticoncepción ha sido motivo de gran preocupación en la sociedad y en los últimos años se ha incrementado el inicio precoz de las relaciones sexuales, por consiguiente esto acarrea problemas de salud pública entre los que se mencionan las Infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados y consecuentemente aborto.

Por anticoncepción se entiende como el conjunto de los métodos, técnicas que se utilizan para evitar la concepción. Toda persona que procura deliberadamente evitar concebir al tener relaciones sexuales, está empleando un método anticonceptivo. En la adolescencia, las actitudes sexuales son predominantemente auto eróticas y de intercambio de juegos sexuales, aunque algunos ya comienzan a realizar el acto sexual coital. Una preocupación habitual de los adolescentes es cuando iniciar su vida sexual activa.

Un aspecto importante a tener en consideración es la inmadurez biológica en la adolescencia puesto que la misma aumenta las posibilidades de aborto, dentro de los principales factores de riesgo se encuentra el inicio temprano de las relaciones sexuales calculado entre los 12 – 14 años, de la misma forma una fecundidad temprana (13-15 años).

El perfeccionamiento y madurez de las características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa.

A nivel global, el Informe del estado mundial de la población 2013 señala que el embarazo en adolescentes, en Nicaragua un país latinoamericano con el porcentaje más alto (28,1 %) de mujeres de 20 a 24 años que informan haber dado a luz antes de los 18 años, una cifra sólo superada por países del continente africano. Detrás se sitúan Honduras, donde el 26,1 % de las mujeres de entre 20 y 24 años reportan haber dado a luz siendo menores de edad, República Dominicana (24,8 %), El Salvador, Guatemala (24,4 %), Ecuador (21

%), Bolivia (20 %), Colombia (19,7 %), Brasil (16 %), Haití (15 %), Perú (14,4 %), Paraguay (13,2 %) y Cuba (9,4 %).

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. La principal causa del aborto en adolescente está relacionada con el ámbito psicológico y el miedo de aún en ese momento descubrir que no tienen la capacidad anatómica ni económica para cumplir adecuadamente el rol de madres.

En la presente investigación se planteó como objetivo general: Determinar el Conocimiento sobre Planificación Familiar en las Adolescentes Abortivas que acuden al Servicio De Hospitalización de Ginecología del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja; como objetivos específicos se encuentra: Identificar el grado de conocimiento acerca de planificación familiar. Determinar en las adolescentes cual es el método planificación familiar más utilizado. Determinar la edad más frecuente de aborto en las adolescentes. Identificar cuál es la causa que induce al aborto a las adolescentes.

Realizando un tipo de estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y mediante la recolección de datos a través de una encuesta estructurada, se concluye el 15% posee un buen grado de conocimiento sobre planificación familiar; el 16.67% tiene un conocimiento regular acerca de anticoncepción y es un grado de conocimiento malo sobre el tema, el 68.33%. El método de planificación familiar más utilizado en esta población es el anticonceptivo oral de emergencia en el 50%. La edad más frecuente de aborto es a la que pertenecen al rango de edad de los 15-19 años. La causa más frecuente que induce al aborto en adolescentes es la falta de apoyo familiar 41.67%.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Adolescencia.-

1.1 Definición de la adolescencia y sus características:



La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (1)

1.1.1 Características:

En la adolescencia las personas viven un intenso proceso de cambio: corporal, intelectual, emocional con todo ello, frecuentemente genera una cierta tensión. En nuestra cultura la adolescencia representa el período de transición de la infancia a la madurez que sirve como preparación e iniciación a la edad adulta. Durante dicho período se producen cambios corporales, afectivos, cognitivos, de valores y de relaciones sociales:

- En lo corporal se experimentan cambios importantes en la constitución física.
- El adolescente está muy atento a su cuerpo y a los estereotipos de belleza propios de su cultura.
- En lo intelectual se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico formales, lo que permite la resolución de problemas complejos (2) (3).

1.2 Maduración sexual

La escala de Tanner (o estadios de Tanner) es una valoración de la maduración sexual a través del desarrollo físico de los niños, adolescentes y

adultos. La escala define las medidas físicas de desarrollo basadas en las características sexuales externas primarias y secundarias, tales como el tamaño de las mamas, genitales, volumen testicular y el desarrollo del vello púbico y axilar.

Genitales masculinos

- Tanner I o prepuberal

Volumen testicular menor de 1,5 ml. Pene pequeño, de 3 cm o menos. Edad normalmente 9 años o menor.

- Tanner II

Volumen testicular entre 1,6 y 6 ml. La piel del escroto se adelgaza, se enrojece y se agranda. La longitud del pene sin cambios. Edad entre 9 y 11 años.

- Tanner III

Volumen testicular entre 6 y 12 ml. El escroto se agranda aún más. El pene comienza a alargarse hasta aproximadamente los 6 cm. Edad entre 11 y 12,5 años.

- Tanner IV

Volumen testicular de entre 12 y 20 ml. El escroto se agranda más y se oscurece. El pene incrementa su longitud hasta los 10 cm, y hay diferenciación del glande. Edad entre los 12,5 y los 14 años.

- Tanner V

Volumen testicular mayor de 20 ml. Escroto y pene de adulto, de unos 15 cm de longitud. Edad 14 años o mayor.

Mamas femeninas

- Tanner I o prepuberal

Sin tejido glandular; la areola sigue los contornos de la piel del tórax. Edad normalmente de 10 años o menor.

- Tanner II

Botón mamario, con una pequeña zona de tejido circundante glandular; la areola comienza a ensancharse. Edad entre 10 y 11,5 años.

- Tanner III

La mama comienza a elevarse, y se extiende más allá de los límites de la areola, que continúa aumentando, pero permanece dentro del contorno mamario. Edad entre 11,5 y 13 años.

- Tanner IV

Elevación y aumento de tamaño de los senos; areola y pezón forman un montículo secundario que sobresale del reborde de la mama. Edad entre 13 y 15 años.

- Tanner V

La mama alcanza su tamaño definitivo de adulto; la areola vuelve al nivel de la superficie mamaria, pero el pezón sigue haciendo prominencia. Edad 15 años o mayor.

Vello púbico (masculino y femenino)

- Tanner I o prepuberal

Sin vello púbico. Edad de 10 años o menor.

- Tanner II

Pequeña cantidad de vello largo y aterciopelado con una ligera pigmentación en la base del pene y del escroto (hombres) o en los labios mayores (mujeres). Edad entre 10 y 11,5 años.

- Tanner III

El vello se vuelve más grueso y rizado, y comienza a extenderse lateralmente. Edad entre 11,5 y 13 años.

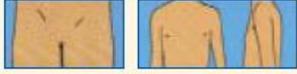
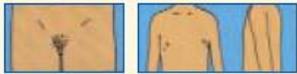
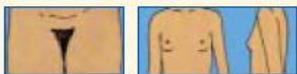
- Tanner IV

Las características del vello son similares a las del adulto; se extiende a través del pubis pero no alcanza los muslos. Edad entre los 13 y los 15 años.

- Tanner V

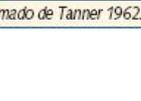
El vello se extiende por la superficie media de los muslos. Edad 15 años o mayor.

Figura 2. Escalas de Tanner en niñas.

	Estadio 1. Pecho infantil, no vello púbico.
	Estadio 2. Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.
	Estadio 3. Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.
	Estadio 4. Areola y pezón sobrelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.
	Estadio 5. Pecho adulto, areola no sobrelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Tomado de Tanner 1962.

Figura 3. Escalas de Tanner en niños.

	Estadio 1. Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.
	Estadio 2. Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.
	Estadio 3. Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.
	Estadio 4. Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.
	Estadio 5. Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Tomado de Tanner 1962.

1.2.1 Mujeres

El desarrollo a nivel de la pubertad comienza con algunos cambios fisiológicos y anatómicos característicos tales como el crecimiento del útero y de la vagina ocurre simultáneamente con el desarrollo del seno y también se agranda, los labios vaginales y el clítoris. La menarquía (es decir, la edad a que comienza la menstruación) se produce relativamente tarde en la serie de desarrollo, y caso invariable después de que el crecimiento en cuanto a estatura ha comenzado a frenarse; Durante la vida fértil de la mujer, es decir, aproximadamente entre los 13 a los 46 años, de 400 a 500 folículos ováricos primordiales se desarrollan lo suficiente como para expulsar sus óvulos 1 cada mes el resto degenera (se vuelven atróficos). Al final de la época reproductora (en la menopausia) solo quedan en los ovarios unos pocos folículos e incluso estos degeneran poco tiempo después. (3)

Para la muchacha adolescente, la menstruación es mucho más que un simple reajuste fisiológico. Es un símbolo de madurez sexual, de su estatus futuro como mujer. (4) (5)

Hay que tomar en cuenta que la mujer al llevar ciertos cambios fisiológicos y anatómicos conlleva a tener muchas funciones reproductoras femeninas pueden dividirse en dos fases principales:

1. Preparación del cuerpo femenino para la concepción y la gestación.
2. El propio periodo de la gestación. (37)

1.2.2 Varones

La primera indicación externa de la inminente maduración sexual en los varones consiste por lo común en un aumento de la tasa de crecimiento de los testículos y del escroto (la estructura en forma de bolsa que contiene a los testículos). (6)

Puede observarse también el comienzo crecimiento del vello pubiano. Aproximadamente un año más tarde, una aceleración en el crecimiento del

pene acompaña al comienzo del tamaño de la estatura. El vello axilar (corporal) y facial comúnmente hacen su primera aparición unos 2 años después del comienzo del vello pubiano, aun cuando la relación es lo suficientemente variable como para que, en algunos adolescentes, el vello axilar aparezca realmente primero. (7)

En algunos adolescentes el cambio de voz, es más bien brusco y dramático, en tanto que en otros ocurre tan gradualmente que casi no es perceptible. Durante este proceso, la laringe (o manzana de Adán) aumenta significativamente y las cuerdas vocales que contiene aplican aproximadamente su longitud, con lo cual el tono baja más o menos una octava.

Aun cuando la estimulación genital, así como otras formas de estimulación corporal, es agradable para el niño, la erección y la estimulación genital comúnmente llevan consigo un mayor sentido de apremio sexual durante la pubertad. En este período el pene queda tumescente con gran facilidad, ya sea espontáneamente o en respuesta a toda una variedad de estímulos psicosexuales; "visiones provocativas, sonidos, olores, frases o cualquier cosa que sea; el adolescente varón (de menor edad) habita un espacio vital libinizado, en el que casi todo puede adquirir un significado sexual. Aun cuando los varones pueden sentirse orgullosos de su capacidad de erección como símbolo de su naciente virilidad, también pueden sentirse preocupados o molestos por una aparente incapacidad de controlar esta respuesta.

La primera eyaculación del adolescente probablemente ocurrirá al cabo de un año de iniciado el crecimiento en cuanto a la estatura, alrededor de los 14 años, aunque puede ocurrir desde los 11 o demorarse hasta los 16. La primera eyaculación puede producirse a consecuencia de una masturbación o de una emisión nocturna. Muchos jóvenes, de cualquiera de los sexos, especialmente en los primeros años de la adolescencia, no reciben instrucción adecuada de parte de sus padres, las escuelas o sus iguales y se torturan a sí mismos con miedos innecesarios. (4) (5) (7)

1.3 Crecimiento y desarrollo de la mujer

Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endócrino y ambiente sociocultural (6) (10).

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento en la mujer adolescente tienen grandes características:

1.3.1 Altura: el estirón de la adolescencia

Creer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto. Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal, hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos, como consecuencia de los cambios hormonales.

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio de la pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal: proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de una epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento, a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo en el crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta "torpeza" motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido. (5) (6) (7)

1.3.2 Otros cambios físicos

Aumento del tejido graso en las mujeres con una mayor proporción que en los varones y mayor desarrollo muscular en los hombres. La pelvis femenina se remodela y aumenta en anchura.

1.3.3 Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones, el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 gramos por año. (7)

1.3.4 Grasa corporal

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante, las mujeres depositan grasa de manera más rápida y más extensa que en los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones no patológicas, en ningún momento de la pubertad se espera que las mujeres pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra (tejido muscular, huesos y vísceras) y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las mujeres se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y en el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los varones tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y que las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. (6) (8)

1.3.5 Cabeza

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroides y las cuerdas vocales, que tienen el triple de longitud en los niños que en las niñas. (7)

1.3.6 Crecimiento muscular

El crecimiento muscular es un hecho sobresaliente, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos, que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, en función de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica. (9)

2. Aborto

2.1 Definición

Aborto se llama aborto a la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500gr. (34)

2.2 Epidemiología



Cerca de 46 millones de mujeres del mundo se someten a un aborto inducido; de aquellas, el 78% se ubican en los países en desarrollo y el 22% restante en los desarrollados.

De hecho, el 11% de todas las mujeres que sufren un aborto residen en África, el 58% en Asia y el 9% en Latinoamérica y

el Caribe. El continente europeo y otros países del primer mundo tienen el 22% faltante. Asimismo, se calcula que en el mundo, de cada 1000 mujeres en edad reproductiva, 35 de las mismas se practican un aborto inducido por cada año.

2.3 Clasificación del aborto.-

2.3.1 Aborto provocado:

Es la interrupción voluntaria del embarazo. La práctica consiste en provocar la finalización prematura del embarazo, impidiendo el desarrollo vital del embrión o feto para su eliminación.

Este tipo de aborto puede llevarse a cabo de manera quirúrgica o química y puede tener serias consecuencias físicas y psicológicas para la mujer. La mayoría de las legislaciones prohíbe el aborto inducido por sus implicancias éticas, morales, religiosas y sociales. (12)

2.3.2 Aborto espontáneo

Es aquel tipo de aborto que ocurre por causas naturales (13). Los problemas que se generan en la causalidad natural determinan la presencia del aborto. Se producen sin la intervención de circunstancias que interfieren artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos. (34)

2.3.3 Aborto completo

Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencian cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y bien contraído. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de 8 semanas. (11.14)

2.3.4 Aborto incompleto

Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio

de implantación de la placenta que derivan la vasoconstricción dada por las contracciones miométricas; este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia. Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad. El útero disminuye de tamaño. Cuando el aborto ocurre antes de la semana 10, la placenta y el embrión se expulsan conjuntamente; después de este tiempo se eliminan separadamente. (13,15)

2.3.5 Aborto inevitable

En este cuadro existe un aumento en la intensidad de los dolores y del sangrado, con modificaciones cervicales. El dolor es tipo cólico de intensidad mayor muy semejante y usualmente descrito por la paciente como “tipo parto”, y que no cede al reposo y muy poco a medicación analgésica. El sangrado es rojo, en moderada cantidad, con presencias de coágulos, que a la especuloscopia se comprueba de origen uterino.

Al tacto genital hay modificaciones cervicales, cuello central y el orificio cervical externo dilatado de manera variable, pero el interno está cerrado; Los fondos de sacos se percibirán amplios y el útero se percibe poco reblandecido y con actividad (contraído). No se alcanza ni a visualizar membranas, ni a palpar embrión o feto a través del cuello. (16,17)

2.3.6 Aborto diferido

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. (12) (14)

2.2 Causas de aborto

2.2.1 Alteraciones genéticas

La mayoría corresponden a pérdidas que suceden antes de las 8 semanas de embarazo, generalmente como huevos anembrionados. Las distintas alteraciones que se producen llevan a la formación de un cigoto anormal como

consecuencia de un error en la meiosis I o II, ya sea materna o paterna; súper fecundación o bien división cromosómica sin división citoplasmática.

A continuación se mencionan las Anomalías cromosómicas más frecuentes:

- Trisomías autosómicas (T 16)
- Triploidías (doble fertilización)
- Monosomía X (45XO)
- Translocaciones e inversiones (15)

2.2.2 Factores endócrinos

Los factores endocrinos pueden originar abortos principalmente en estadíos tempranos. Dentro de estas causas, cabe destacar: (16, 18)

- Deficiencia de Progesterona: Secundaria a insuficiente producción lútea o placentaria, o bien debido a un deterioro o mal mantenimiento de la decidua. La medición de sus niveles plasmáticos pueden ser útiles para determinar el pronóstico y servir como guía terapéutica. El hallazgo de concentraciones disminuidas pueden deberse a daño de la UFP no correspondiendo en este caso interpretar el déficit como causa primaria del aborto. Se recomienda su administración en caso de sospechar deficiencia.
- Hipotiroidismo: Secundarios a la producción de auto-anticuerpos tiroideos
- Diabetes Mellitus: mal controlada al momento de la concepción.

2.2.3 Factores inmunológicos

Las causas inmunológicas tienen relación con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y anticardiolipina) principalmente de tipo IgG, los cuales se asocian con abortos tardíos y repetidos; pre eclampsia, migraña y complicaciones puerperales. (19)

2.2.4 Causas infecciosas

Las enfermedades pueden provocar muerte fetal ya sea por infección del feto o por hipertermia materna. Sin embargo, en muchas infecciones el mecanismo patogénico sólo se conoce parcialmente.

La rubéola junto con la producción de malformaciones produce mayor frecuencia de abortos. Las infecciones por virus de inclusión citomegálica pueden causar muerte fetal. La infección por *Ureaplasma urealyticum* se asocia a infecciones del cuello uterino en mujeres con antecedentes de abortos espontáneos y partos prematuros. La *Listeria Monocytogenes* también se ha involucrado como causante de aborto espontáneo. La toxoplasmosis debe ser investigada de rutina, especialmente en los casos de abortos repetidos. Las infecciones endocervicales por *Mycoplasma* pueden producir aborto. También se ha aislado *Chlamydia* de material de aborto en la mujer.

La sífilis es causa de aborto espontáneo. En estudio reciente realizado en África se comprobó mayor frecuencia de aborto espontáneo en las portadoras de sífilis con cifras semejantes a las informadas en el mundo occidental a principios de 1900. (20) (21)

2.2.5 Uso de drogas

El consumo de alcohol inclusive moderado en etapas tempranas de la concepción se ha asociado a aborto. El consumo de tabaco se asocia a aborto con una RM de 1.2 a 2. El consumo de cocaína también se asocia a aborto. (22)

2.3 Signos y síntomas del aborto

La presencia de uno o más de los siguientes síntomas y signos dependerá de la categoría clínica del aborto: (23)

- Sangrado vaginal (ginecorragia)
- Dolor espasmódico, intermitente, localizado en el hipogastrio e irradiado a región sacrolumbar
- Membranas rotas o íntegras
- Expulsión parcial, total o retención del producto
- Desaparición de los signos y síntomas de embarazo
- Signos generales

2.4 Diagnóstico de aborto

A más del cuadro clínico se deben realizar exámenes auxiliares: (24) (25)

- ✓ Ecografía: útil luego de las 6 semanas para confirmar la presencia o ausencia del producto, su viabilidad, actividad cardíaca y movilidad. Permite, además, confirmar la presencia de restos embrionarios dentro del útero (aborto incompleto), y establecer el diagnóstico diferencial con mola hidatiforme y embarazo ectópico.
- ✓ Pruebas inmunológicas de embarazo
- ✓ Dosaje cualitativo y cuantitativo de HCG: niveles de B-HCG menores a los correspondientes para la EG pueden indicar aborto espontáneo
- ✓ Urocitograma, citología vaginal: el aborto espontáneo está precedido de un índice cariopienótico mayor de 10%
- ✓ Pregnenolol urinario y progesterona sérica: estas hormonas caen notablemente durante el aborto.
- ✓ Perfil de coagulación en aborto frusto (peligro de CID)
- ✓ Otros exámenes: grupo, Rh, Hb, Hcto.

2.5 Tratamiento del aborto

Depende de la categoría del aborto pero, en todos los casos, es importante evitar un nuevo embarazo hasta que se haya determinado y corregido el agente etiológico. El éxito del tratamiento estriba en el diagnóstico temprano. (23) (24)

2.6 Prevención del aborto

2.5.1 Prevención del aborto espontáneo (25)

Muchos de los abortos espontáneos que son causados por enfermedades maternas (diabetes, lupus, síndrome antifosfolípido), podrían prevenirse por medio de la detección temprana (antes de la concepción) y el tratamiento de la enfermedad de origen.

La disminución de los riesgos de aborto espontáneo se ha atribuido al cuidado prenatal temprano completo y al evitar la exposición a las amenazas ambientales (como los rayos X y las enfermedades infecciosas). Por ello, si crees que puedes estar embarazada, o en caso de duda, consulta con tu médico, antes de someterte a un control de rayos X, o ante cualquier síntoma de infección o enfermedad.

Muchos de los defectos congénitos se han atribuido al defecto de ácido fólico, por lo que su administración de forma preventiva, previa y en las primeras fases del embarazo, pueden contribuir a la disminución de dichos defectos.

2.5.2 Prevención del aborto inducido (25)

Procurar el acceso a la atención de salud reproductiva y a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos (incluyendo la anticoncepción de emergencia, métodos que pueden prevenir el embarazo no deseado en los primeros días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección) se salva la vida de muchas mujeres al reducirse el número de embarazos no deseados y la posible necesidad de un aborto inducido.

2.6 Complicaciones del aborto

2.6.1 Inmediatas (24) (26)

Sucedan durante o en los días inmediatamente posteriores al aborto. Alrededor de 10% de las mujeres que abortan sufren complicaciones directas de su aborto.

1. Mayores: Constituyen la quinta parte de las complicaciones (el 2% de todos los abortos).

➤ **MUERTE:** Está registrado en diferentes estudios que el aborto es una causa importante en nuestro medio de mortalidad materna. En países en vías de desarrollo o sin desarrollar las cifras son más altas, y en muchos casos la legalización del aborto no modifica la mortalidad ni las complicaciones severas. El riesgo de muerte por causas debidas al aborto crece un 38% por cada semana de gestación a partir de la 8ª. Comparadas con mujeres que abortaron en la 8 semana, las mujeres a las que se les practicó una aborto en el segundo trimestre, tienen una probabilidad significativamente mayor de fallecer por causas debidas al aborto. El riesgo relativo de mortalidad debida al aborto era de 14.7 superior a las 13-15 semanas de gestación (95% intervalo de confianza [CI] 6.2, 34.7), 29.5 a las 16-20 semanas (95% CI 12.9, 67.4), y 76.6 con 21 semanas o más (95% CI 32.5, 180.8) . El aborto medico también se

asocial a muertes por mala dosificación 16 como a complicaciones del proceso.

- **PERFORACIÓN DE ÚTERO:** Es una complicación relativamente frecuente, en torno a 1 de cada cien abortos¹⁸. El diagnóstico de la complicación es difícil y en ocasiones requiere una nueva intervención.
- **DESGARROS CERVICALES:** Están presentes en al menos 1% de los abortos. El riesgo aumenta en embarazos de adolescente, del Segundo trimestre o si hay fallos de dilatación cervical.
- **ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA:** De entre las pacientes que tienen una infección por clamidia en el momento del aborto, un 23 % desarrollará EPI en cuatro semanas. Algunos estudios han arrojado que entre un 20 y un 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia. Aproximadamente un 5 % de pacientes que no han sido infectados por clamidia desarrollan EPI dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto realizado durante el primer trimestre.
- **EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:** Se debe al paso de líquido amniótico al torrente vascular. Una vez producida asocia una mortalidad del 61-86%. Un factor predisponente es la rotura uterina.
- **DISRUPCIÓN:** Consiste en un desgarro subperitoneal, en general en la zona istmica, normalmente causada por la dilatación, que causa una hemorragia lenta y disecante, sin sangrado por el canal cervical ni hemoperitoneo. No se observan signos clínicos hasta que se precipita una coagulación intravascular diseminada
- **COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA:** Los factores de coagulación de la sangre se agotan y no pueden formar coágulos en los sitios de tejido realmente lesionado. Los mecanismos disolventes del coágulo también se incrementan.
- **CIRUGÍA NO PREVISTA:** Para eliminar restos no expulsados de la gestación, para reparar perforaciones uterinas, o para extirpar el útero en caso de hemorragia por atonía uterina.
- **HEMORRAGIA QUE PRECISA TRANSFUSIÓN.** Las hemorragias son una complicación frecuente y en numerosos casos llegan a precisar una transfusión sanguínea.

- **INFECCIÓN:** Complicación grave, pudiendo en ocasiones ser mortal como la endometritis fulminante por clostridium.

2. Menores:

- ✓ **DOLOR:** El 97% de las pacientes lo sufren a pesar de la anestesia local 41. Para un tercio era severo. Se considera más doloroso que la fractura de un hueso, parecido al dolor secundario al cáncer, pero menos doloroso que una amputación. El empleo de anestésicos generales potentes disminuye significativamente el dolor, al tiempo que aumenta el riesgo de complicaciones graves como perforación uterina o laceración cervical.
- ✓ **ADHERENCIAS CERVICO UTERINAS:** Es una complicación que puede acarrear esterilidad a largo plazo.
- ✓ **FIEBRE DE MENOS DE 24 HORAS.**
- ✓ **HEMORRAGIA QUE NO PRECISA TRANSFUSIÓN.**
- ✓ **ALTERACIONES MENSTRUALES.**
- ✓ **ABORTO FRACASADO:** Requiere un nuevo aborto para terminar con la vida
- ✓ **del feto.** Más frecuente en el aborto médico(hasta en el 1%) .
- ✓ **ENDOMETRITIS:** La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.
- ✓ **INCONTINENCIA URINARIA:** Un estudio a gran escala demostró incontinencia urinaria en el 23.7%, de mujeres tras el aborto provocado, frente a un 12.6%, tras el parto a término.

3. Métodos Anticonceptivos



Son todos aquellos mecanismos capaces de evitar la aparición de un embarazo no deseado. El problema de la anticoncepción, si bien adquiere relevancia, en nuestra época como consecuencia de los

cambios operados de la conducta sexual y el advenimiento de la sociedad industrial y la explosión demográfica es tan antiguo como la humanidad. (35)

3.1 Elección del método anticonceptivo (26) (28)

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro, si bien algunos se consideran más eficaces que otros. Cada método tiene sus indicaciones, por lo que los diferentes usuarios necesitan analizar cuál sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente.

La eficacia de los métodos anticonceptivos se basa en:

- Impedir en el 100% de los casos la aparición del embarazo no deseado.
- Reversibilidad
- Suspendido su uso, el embarazo debe producirse sin ningún problema importante atribuible al método utilizado.
- Tolerabilidad
- Aceptabilidad
- Practicabilidad (35)

3.2 Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo (27)

- Frecuencia de las relaciones sexuales.
- Número de parejas sexuales.
- Si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles).
- Eficacia de cada método en la prevención del embarazo.¹

- Efectos secundarios.
- Facilidad y comodidad de uso del método elegido.
- Nivel económico para acceder a dichos métodos.

3.3 Métodos anticonceptivos

3.3.1 Métodos de barrera

3.3.1.1 Preservativo o condón

Los **condones masculinos**: son recubrimientos delgados de caucho, vinilo o productos naturales que se ponen sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (enfermedades de transmisión sexual -ETS-, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro . (27) (28)

Los **condones femeninos**: son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros del mismo material en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (enfermedades de transmisión sexual -ETS-, incluyendo el VIH o sida) pasen de un miembro de la pareja al otro. (28)

3.3.2 Métodos hormonales y químicos

Hoy en día están disponibles en presentaciones orales, inyectables, transdérmicas (parches), transvaginales (anillos). Las píldoras anticonceptivas orales constituyen una combinación de estrógenos y progestágenos, (la píldora) o constan únicamente de progestágenos. (36)

- **Anillo vaginal**: único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía

vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7 %.

- **Píldora anticonceptiva**, administración diaria por vía oral. Eficacia del 99 %.¹⁹ Puede ser píldora anticonceptiva oral combinada -la más utilizada- o píldora de progestágeno solo.
- **Anticonceptivo subdérmico**: implante hormonal compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99 %.
- **Píldora sin estrógenos** o píldora 0 estrógenos, píldora libre de estrógenos, recomendada para mujeres que no pueden o no desean tomarlos; la dosis hormonal es tan ligera que entre otras indicaciones es la única píldora recetada durante la lactancia. Eficacia del 99 %.
- **Píldora trifásica**: método anticonceptivo altamente eficaz de dosis hormonales bajas con un balance hormonal suave y escalonado; imita el ciclo fisiológico de la mujer en forma secuencial progresiva, brindando estricto control del ciclo. Además, reduce la grasa facial, por lo que puede ser indicado para el tratamiento de acné leve a moderado.
- **Método hormonal inyectable**: método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina: se debe aplicar en el periodo adecuado, en caso contrario es necesario usar métodos de barrera para evitar el embarazo.

3.3.3 Dispositivo intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) es un producto sanitario que, mediante la colocación en el interior del útero de un dispositivo plástico con elementos metálicos (p. ej., cobre), se produce una alteración del microclima intrauterino que dificulta en gran medida la fecundación, así como la implantación del óvulo fecundado. Su duración es de 3 a 5 años. El DIU, tiene una eficacia del 99 %.

(27)

3.3.4 Doble protección

La doble protección consiste en el empleo de dos métodos anticonceptivos durante la relación sexual siendo, normalmente, el preservativo uno de ellos. La combinación de dos métodos ofrece una seguridad anticonceptiva mayor que usar un solo método lo cual es beneficioso cuando uno o ambos son métodos que dependen del usuario (como los ACO). Además el preservativo incluye protección infecciones de transmisión sexual que los otros métodos anticonceptivos no tienen. Las combinaciones pueden ser preservativo y DIU, preservativo y anticoncepción hormonal, preservativo y espermicida. (26)

3.3.4.1 Doble protección: preservativo con anticonceptivo hormonal

El uso por parte de la mujer un anticonceptivo hormonal femenino para evitar de forma muy eficaz el embarazo junto con el uso del preservativo o condón por parte del hombre. (26)

3.3.4.2 Doble protección: preservativo con espermicida

Considerado un excelente método anticonceptivo, debido a una efectividad del 99 % (similar a la píldora anticonceptiva). Consiste en combinar el uso de preservativo masculino junto con una crema espermicida (eg. Delfen). La crema se coloca con un aplicador especial que viene con el envase y el hombre utiliza el preservativo de la manera habitual. Tiene la ventaja agregada de lubricar el canal vaginal, facilitando así la penetración. (26) (27)

3.4 Métodos naturales

Los principales defectos de la planificación familiar natural radican en que se trata de largos periodos de abstinencia sexual, especialmente en los métodos de la temperatura basal corporal y el sintotérmico, y, además en la alta tasa de fallas en su efectividad de uso, ya que requieren de un cuidadoso entrenamiento de la pareja y exigen gran motivación para asegurar un estricto cumplimiento. (38)

3.4.1 Métodos simples

- **Temperatura basal:** se sirve del aumento de la progesterona, que afecta a la temperatura corporal interna de la mujer durante la ovulación y determina, una vez diagnosticada, infertilidad posovulatoria. Para ello la mujer debe observar la temperatura corporal interna a lo largo del ciclo menstrual. El método de la temperatura basal estricto circunscribe el periodo de infertilidad exclusivamente a los días posteriores a la subida de temperatura. El método de la temperatura basal extendido define, cumplidas ciertas condiciones, 6 días de infertilidad preovulatoria. El método de la temperatura basal es altamente fiable en el periodo posovulatorio, y supone la base de la mayoría de los métodos naturales modernos. Sin embargo tiene limitaciones a la hora de determinar la infertilidad preovulatoria. (28)
- **Método de la ovulación (método Billings y otros):** se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino, cambios que se asocian al aumento en los niveles de estrógenos previos al momento de la ovulación.(29)

3.4.2 Métodos compuestos

- **Método sintotérmico:** combina el método de la temperatura basal, para el diagnóstico de la infertilidad posovulatoria, en combinación con otra serie de síntomas (moco cervical y cuello del útero, entre otros) y cálculos de longitud de ciclos para la determinación de la infertilidad preovulatoria. Permite beneficiarse de la práctica infalibilidad de la temperatura basal a la hora de determinar la infertilidad posovulatoria y aumentar considerablemente la eficacia en período preovulatorio. Su eficacia es equivalente a las modernas preparaciones de anovulatorios orales y solamente inferior a la esterilización quirúrgica. Una ventaja adicional es que es un método válido e igualmente eficaz en todas las circunstancias de

la vida reproductiva de la mujer (período posparto, período pospíldora, premenopausia). (30)

3.5 Métodos quirúrgicos

- Salpingoclasia, ligadura de trompas u oclusión tubaria bilateral (OTB). Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él.
- Vasectomía. Es una operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. Es un proceso reversible aunque con dificultades.

En una rápida comparación entre ambos métodos, se puede observar que la vasectomía puede hacerse con anestesia local y de manera ambulatoria; en cambio la ligadura de trompas, requieren siempre anestesia general, hay que hacerlas en quirófano con un corto ingreso hospitalario aunque generalmente se puede dar alta en el mismo día. Según el Sistema de clasificación quirúrgica Johns Hopkins, la vasectomía es grado 1 y la ligadura de trompas, grado 2; en una escala de 5. (30)

3.6 Métodos de emergencia

Levonorgestrel (compuesta solamente por progestinas), conocida también como píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) y comúnmente llamada "píldora del día después"). La píldora anticonceptiva de emergencia tiene una eficacia del 75 % al 89 %.

Mifepristona en pequeñas dosis (de 25 mg a 50 mg) es considerada como anticonceptivo de emergencia por delante del levonorgestrel. Su uso como anticonceptivo de emergencia está muy extendido en Rusia y China. En dosis de 600 mg (junto con Misoprostol 400 µg) se considera abortivo y debe

administrarse con receta médica; como abortivo provoca un aborto químico temprano (dentro de los primeros 49 días) y en algunos países es obligatoria la estancia en un centro médico.

4. Consideraciones éticas y religiosas

Algunos métodos anticonceptivos, como el DIU, la "píldora del día después" (levonorgestrel), la píldora de los cinco días después (acetato de ulipristal) y la mifepristona, pueden actuar impidiendo la anidación del blastocisto (una de las fases por las que pasa el óvulo fecundado) todavía no implantado en el endometrio materno. Es por ello que hay personas que los consideran como «métodos anticonceptivos abortivos», y los rechazan distinguiéndolos de los considerados como «métodos anticonceptivos no abortivos» (que evitan la concepción en un sentido estricto). Instituciones religiosas como la Iglesia católica se han mostrado contrarias a los métodos anticonceptivos no naturales, especialmente a los que ellos consideran como abortivos. (32) (33)

Ya hemos mencionado que el aborto es un hecho lamentable que debe ser evitado con una correcta información y educación sexual por parte de la comunidad responsable, y con asistencia médica especializada. (35)

METODOLOGÍA

A continuación se explicarán los métodos que se utilizaron en la presente investigación, de tal manera que el lector pueda conocer y entender de forma clara el procedimiento que se llevó a efecto para lograr cumplir los objetivos planteados.

TIPO DE ESTUDIO

- Cuantitativo
- Descriptivo
- Transversal

ÁREA DE ESTUDIO:

- ✓ **Lugar:** Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja (Anexo 1)
- ✓ **Ubicación :** Av. Iberoamérica y Juan Samaniego
- ✓ **Tiempo:** desde el 24 de marzo al 24 de septiembre del 2014

UNIVERSO:

El universo estuvo conformado por mujeres adolescentes con diagnóstico de aborto que acuden al servicio de hospitalización de Ginecología en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo comprendido de marzo a septiembre del 2014.

MUESTRA

Todas las pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto que acuden al servicio de Hospitalización de ginecología del Hospital Regional Isidro Ayora que consta de 60 pacientes.

Criterios inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto
- ✓ Pacientes que aceptaron entrar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- ✓ Pacientes adultas con diagnóstico de aborto
- ✓ Pacientes que cumplen con criterios de inclusión que no aceptaron entrar en el estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Con el objeto de dar respuestas a los objetivos de investigación, y en función de la operacionalización de variables, se diseñó una encuesta estructurada.

PROCEDIMIENTO

- Bajo el consentimiento del jefe de piso de hospitalización del servicio de Ginecología, se realizó la presente investigación.
- Consentimiento informado a cada paciente que entró en el estudio (Anexo 2)
- Se aplicó encuesta a las diferentes madres adolescentes con diagnóstico de aborto (Anexo 3)
- Se utilizó de la presente encuesta seis preguntas claves para determinar un buen grado de conocimiento sobre métodos de planificación familiar. Para determinar un grado regular de conocimiento sobre anticoncepción se tomaron tres preguntas claves y para establecer un grado malo de conocimiento sobre este tema, se optó por menos de dos preguntas claves según la encuesta aplicada.

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez recolectada la información, se procederá a analizar la misma utilizando el programa informático de Excel 2010.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

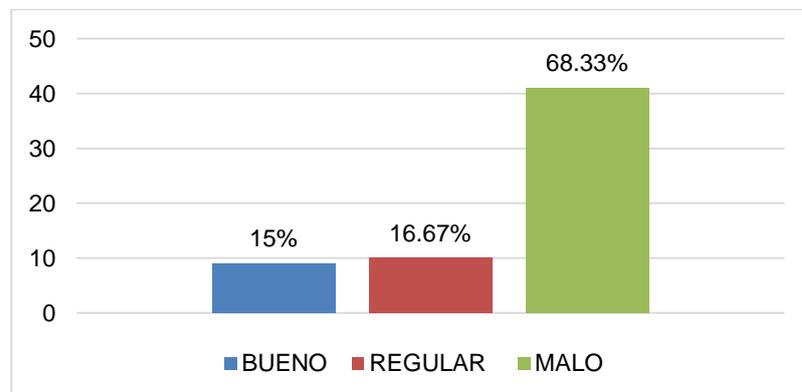
Para la presentación de resultados se realizará mediante, tablas estadísticas estableciendo relación entre las variables.

RESULTADOS

CUADRO Nº 1

GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2014

GRADO DE CONOCIMIENTO	F	%
BUENO	9	15%
REGULAR	10	16.67%
MALO	41	68.33%
Total	60	100%

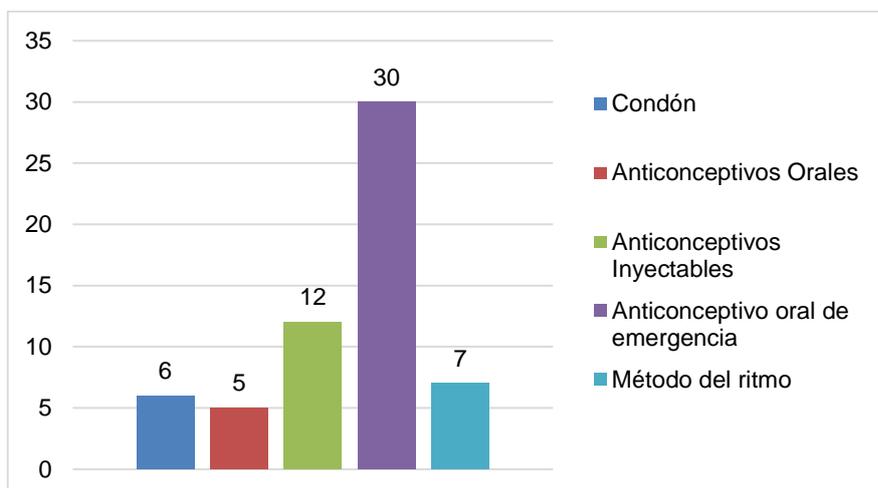


Fuente: Encuesta a pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora.
Elaborado por: Patricia González

INTERPRETACIÓN: El grado de conocimiento de las adolescentes en cuanto a planificación familiar es malo con un 68.33%, el 16.67% tiene un grado de conocimiento sobre anticoncepción regular y el 15% posee un buen grado de conocimiento sobre el tema.

CUADRO Nº 2
MÈTODO DE PLANIFICACIÒN FAMILIAR MÀS UTILIZADO EN LAS
ADOLESCENTES INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÌA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA,
MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2014

MÈTODO ANTICONCEPTIVO	F	%
Condón	6	10%
Anticonceptivos Orales	5	8.33%
Anticonceptivos Inyectables	12	20%
Anticonceptivo oral de emergencia	30	50%
Método del ritmo	7	11.67%
Total	60	100%

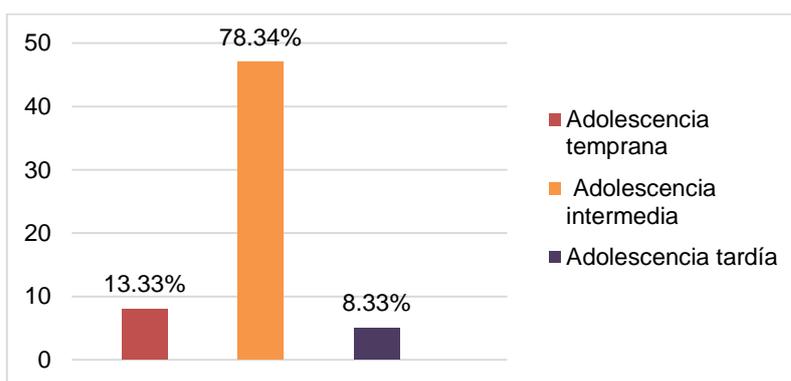


Fuente: Encuesta a pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora.
Elaborado por: Patricia González

INTERPRETACIÒN: El 50% de las pacientes utilizan el anticonceptivo oral de emergencia, el 20% anticonceptivos inyectables y 11.67% el método del ritmo, el 10% condón y el 8.33% anticonceptivos orales.

CUADRO N° 3
EDAD MÁS FRECUENTE DE ABORTO DE LAS ADOLESCENTES
INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-
SEPTIEMBRE DEL 2014

EDAD	F	%
Adolescencia temprana 10-14 años	8	13.33%
Adolescencia intermedia 15-19 años	47	78,34%
Adolescencia tardía > 19 años	5	8.33%
Total	60	100%

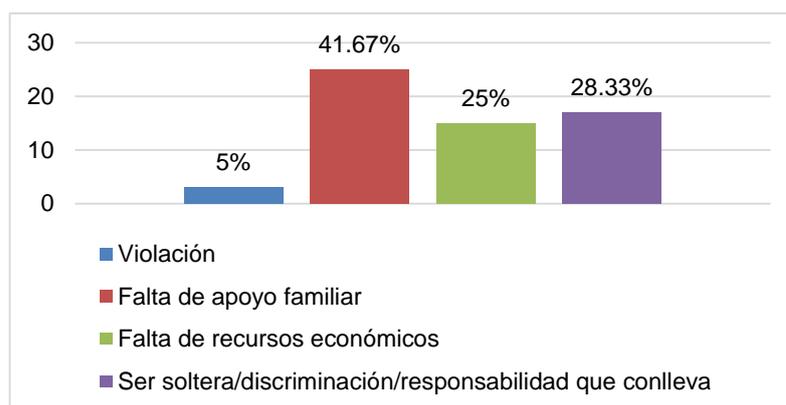


Fuente: Encuesta a pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora.
Elaborado por: Patricia González

INTERPRETACIÓN: La edad que se presentó con mayor frecuencia con un 78.34% pertenece al rango de edad comprendido entre 15-19 años, el 13.33% son de una edad comprendida entre los 10 -14 años, el 8.33% corresponden a una edad mayor a los 19 años.

CUADRO N° 4
CAUSA QUE INDUCE AL ABORTO EN LAS ADOLESCENTES
INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, MARZO-
SEPTIEMBRE DEL 2014

CAUSAS DE ABORTO	F	%
Violación	3	5%
Falta de apoyo familiar	25	41.67%
Falta de recursos económicos	15	25%
Ser soltera/discriminación/responsabilidad que conlleva	17	28.33%
Total	60	100%



Fuente: Encuesta a pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora.
Elaborado por: Patricia González

INTERPRETACIÓN: El 41.67% creen que el motivo del aborto es la falta de apoyo familiar, El 28.33% aluden que son solteras y discriminadas en sus colegios por su condición y que en realidad conlleva mucha responsabilidad, el 25 % suponen que el motivo del aborto es falta de recursos económicos, el 5% reconocen que lo indujeron porque fueron violadas.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se evidencia que el 15% (9) posee un buen grado de conocimiento sobre planificación familiar; el 16.67% (10) tiene un conocimiento regular acerca de anticoncepción y es un grado de conocimiento malo sobre el tema, el 68.33% (41). Lo que no se correlaciona con una investigación titulada conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos y su relación con riesgos reproductivos en adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio técnico “Federico Páez” del cantón Otavalo - Provincia de Imbabura durante el año 2009-2010, en cuyo estudio se determina que el 87,20% si conoce acerca de planificación familiar mientras que el 12,80 no tiene información sobre dicho tema, pero el 87.20% tiene dudas sobre planificación familiar.

A si mismo el método anticonceptivo más usado entre la juventud andaluza es el preservativo (82,9%), seguido a gran distancia de la píldora (13,4%) y el DIU (2,2%), según se desprende del Informe Social de la Juventud en Andalucía que ha hecho público recientemente en enero del 2013. En otra investigación cuyo tema es Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una Institución distrital de Bogotá, segundo semestre 2008, dicho estudio se realiza en adolescente de 14-19 años de se determina que el método más utilizado es el condón con un 49% y con un 3.18 % la píldora de emergencia.

La edad más frecuente de aborto es la que pertenecen al rango de edad de 15-19 años con un 78.24% lo que coincide con un estudio realizado titulado como Incidencia y complicaciones del Aborto incompleto en adolescentes de 13 a 19 años “Hospital Matilde Hidalgo de Procel” de septiembre del 2012 a febrero del 2013 de la Provincia del Guayas, en donde la edad de mayor presentación es la comprendida entre los 15 y 19 años en un 87.5%.

La causa que induce al aborto consideran que es, la falta de apoyo familiar 41.67% según el presente estudio; comparando con una investigación realizada en septiembre del 2012 a febrero del 2013 en la Provincia del Guayas, se encuentra cierta similitud, ya que refiere que influye con más frecuencia, en el 25%, el entorno familiar y amistades para ser motivo de un aborto.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio investigativo concluyo así:

- El 15% posee un buen grado de conocimiento sobre planificación familiar; el 16.67% tiene conocimiento regular sobre anticoncepción y tiene un grado de conocimiento malo el 68.33%.

- El método de planificación familiar más utilizado en esta población es el anticonceptivo oral de emergencia en el 50%.

- La edad más frecuente de aborto es la que pertenecen al rango de edad de los 15-19 años.

- La causa más frecuente que induce al aborto en adolescentes es la falta de apoyo familiar 41.67%.

RECOMENDACIONES

Al concluir la presente investigación recomiendo:

- Que el Hospital Regional Isidro Ayora Presupueste cada año; recursos tanto humanos como materiales para la formación e información sobre sexualidad y anticoncepción dirigida a los adolescentes.
- En las Casas de Salud preparar de forma activa talleres, foros y charlas que sean dictadas a la población adolescente en temas como: sexualidad, embarazo precoz, planificación familiar y aborto.
- En los hogares y Centros de Educación fomentar en los niños y adolescentes valores ético-morales que garanticen su formación humana, su integridad total y responsabilidad por las acciones realizadas.
- Que en los Centros de Salud existan centros de apoyo psicológico, social, familiar y se gestione fuentes trabajo para la ayuda a madres adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancilla Ramírez Javier. Embarazo en adolescentes: Vidas en riesgo. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Feb 22] ; 26(1): 05-07. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100001&lng=es.
2. Veloso Lorena Uchôa Portela, Monteiro Claudete Ferreira de Souza. Prevalence and factors associated with alcohol use among pregnant adolescents. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2013 Feb [cited 2014 Feb 22] ; 21(1): 433-441. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100020>.
3. Moreira Thereza Maria Magalhães, Viana Danielle de Sousa, Queiroz Maria Veraci Oliveira, Jorge Maria Salete Bessa. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2014 Feb 22] ; 42(2): 312-320. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015>.
4. Gómez-Sotelo ángela, Gutiérrez-Malaver María E, Izzedin-Bouquet Romina, Sánchez-Martínez Lilián M, Herrera-Medina Nelson E, Ballesteros-Cabrera Magnolia. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Rev. salud pública* [serial on the Internet]. 2012 Apr [cited 2014 Feb 22] ; 14(2): 189-199. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000200001&lng=en.
5. Álvarez Nieto Carmen, Pastor Moreno Guadalupe, Linares Abad Manuel, Serrano Martos Juan, Rodríguez Olalla Laura. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Feb 23] ; 26(6): 487-503. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000600002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.013>.

6. Sánchez Valencia Yessica Alexandra, Mendoza Tascón Luis Alfonso, Grisales López Mónica Beatriz, Ceballos Molina Leidy Yohanna, Bustamente Farfan Johanna Catalina, Castañeda Edgar Muriel et al . Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2013 [citado 2014 Feb 22] ; 78(4): 269-281. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400005>.

7. Barbón Pérez Olga Gloria. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2014 Feb 22] ; 50(2): 245-249. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200013&lng=es.

8. González-Quiñones Juan C, Salamanca-Preciado Jenny P, Quiroz-Rivera Ruth M, Hernández-Pardo Ángela M, Hernández-Rojas Astrid D, Quesada-Núñez Beselink. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2012 June [cited 2014 Feb 22] ; 14(3): 404-416. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300004&lng=en.

9. Vaillant Correoso Mayteé, Dandicourt Thomas Caridad, Mackensie Soria Yolaydys. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Feb 22] ; 28(2): 125-135. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200008&lng=es.

10. González A Electra, Leal F Ingrid, Molina G Temístocles, Chacón C Patricia. Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2013 [citado 2014 Feb 22] ; 78(4): 282-289. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

75262013000400006&lng=es.
75262013000400006.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400006>

11. Quintero Paredes Pedro Pablo, Castillo Rocubert Niurka, Roba Lazo Bárbara del Carmen, Padrón González Odalis, Hernández Hierrezuelo María Elena. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2014 Feb 22] ; 16(1): 132-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100015&lng=es.
12. Fernández Cammañ Irina, Torrecilla Martínez Maritza, Morales López Alfredo, Báez Aldana Elaine. Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Feb 22] ; 27(4): 281-288. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400006&lng=es.
13. Triana Torres Antonio, Rodríguez González Jannette, Rodríguez González Alicia, Espinosa Fernández Susana, Pino Artime Miriam. Plan de acción para elevar conocimientos sobre embarazo y sus riesgos en adolescentes atendidas en el Hogar Materno Carlos J. Finlay. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2014 Feb 22] ; 12(3): 410-419. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000300013&lng=es.
14. Menéndez Guerrero Gilberto Enrique, Navas Cabrera Inocencia, Hidalgo Rodríguez Yusleidy, Espert Castellanos José. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2014 Feb 22] ; 38(3): 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.
15. Méndez Estrada Rosa Olivia, Pacheco Bertha, Noriega Verdugo Hypathia, Quihui Luis, Morales Guadalupe, Valencia J Mauro E. Prevalencia de deficiencia de hierro y de anemia por deficiencia de hierro en adolescentes embarazadas del noroeste de México, 2007-2008. ALAN [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Feb 22]

- ; 59(2): 147-151. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222009000200005&lng=es.
16. GÓMEZ DÁVILA JOAQUÍN GUILLERMO, GONZÁLEZ MORALES ANDREA, MARTÍNEZ ORTIZ MARÍA ISABEL, ORTIZ MESA MARGARITA MARÍA, SALAZAR CARLOS ADOLFO. Evaluación de los programas de control prenatal para adolescentes en el valle de Aburrá, 2003. *Iatreia* [serial on the Internet]. 2004 Sep [cited 2014 Feb 22] ; 17(3): 216-223. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000300003&lng=en.
17. Rodríguez González Alicia, Rodríguez González annette, Marlén Viñet Espinosa Luisa, María Infante Esponda Rosa. Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de nuevo turismo. Venezuela. 2007- 2008. *Rev haban cienc méd* [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Feb 22] ; 12(2): 249-256. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200012&lng=es.
18. Domínguez-Anaya Regina, Herazo-Beltrán Yaneth. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009: Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [serial on the Internet]. 2011 June [cited 2014 Feb 22] ; 62(2): 141-147. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200004&lng=en.
19. Barbón Pérez Olga Gloria. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE COMUNICACIÓN, GÉNERO Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2014 Feb 22] ; 17(1): 19-25. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100003>.
20. Contreras-Pulache Hans, Mori-Quispe Elizabeth, Hinostroza-Camposano Willy D., Yancachajlla-Apaza Maribel, Lam-Figueroa Nelly, Chacón-Torrico Horacio. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [serial on

the Internet]. 2013 Sep [cited 2014 Feb 22] ; 30(3): 379-385.
Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300002&lng=en.

21. Quintero Paredes Pedro Pablo, Castillo Rocubert Niurka, Roba Lazo Bárbara del Carmen, Lobo Romero Yadira, Hernández Hierrezuelo María Elena. Educación de la sexualidad en función de prevenir el embarazo en las adolescentes. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Feb 22] ; 15(4): 147-162. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400014&lng=es.
22. Gálvez González Ana María, Martinto Gálvez Mariam Trilce, Rodríguez Cabrera Aida, Álvarez Vázquez Luisa. Propuesta metodológica para el análisis económico del embarazo en la adolescencia en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. [citado 2014 Feb 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500014&lng=es.
23. Huanco A Diana, Ticona R Manuel, Ticona V Maricarmen, Huanco A Flor. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2014 Feb 22] ; 77(2): 122-128. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200008>.
24. Rangel Díaz Dania, González Reyes Eugenia, Barrera Hernández Magalis, Pereda Chávez Hernán. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2014 Feb 22] ; 16(4): 74-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000400009&lng=es.
25. Alvarado Ricardo, Martínez Pachón Óscar Andrés, Baquero Umaña Margarita María, Valencia Catalina María, Ruiz Sternberg Ángela María. Problemática en torno al embarazo en Adolescentes de 14 a 19 años, en

- Nocaima (Cundinamarca). Rev. Cienc. Salud [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2014 Feb 22] ; 5(1): 40-52. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732007000100005&lng=en.
26. González Labrador Ignacio, Miyar Pieiga Emilia. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2001 Ago [citado 2014 Feb 22] ; 17(4): 367-378. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400010&lng=es.
27. Rodríguez Portilla N.E., Martínez Rojo C.. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Jul [citado 2014 Feb 23] ; 10(23): 359-371. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300024&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300024>.
28. Souza Vera Lúcia Costa, Corrêa Maria Suely Medeiros, Souza Sinara de Lima, Beserra Maria Aparecida. O aborto entre adolescentes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2001 Apr [cited 2014 Mar 10]; 9(2): 42-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200006>.
29. Faria Ester Correa Rodrigues de, Domingos Selisvane Ribeiro da Fonseca, Merighi Miriam Aparecida Barbosa, Ferreira Leidiane Maria Gomes. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. Rev. Gaúcha Enferm. [serial on the Internet]. 2012 Sep [cited 2014 Mar 10] ; 33(3): 20-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300003>.
30. Enríquez Domínguez Bárbara, Bermúdez Sanchez Raúl, Puentes Rizo Elisa María, Jiménez Chacón María Caridad. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Mar 10] ; 36(2): 145-159. Disponible

- en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200013&lng=es.
31. Urgellés Carrera Sara Amneris, Reyes Guerrero Enrique, Figueroa Mendoza Mariela, Batán Bermúdez Yoani. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Mar 10] ; 38(4): 549-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400012&lng=es.
32. González-Quiñones Juan C, Salamanca-Preciado Jenny P, Quiroz-Rivera Ruth M, Hernández-Pardo Ángela M, Hernández-Rojas Astrid D, Quesada-Núñez Beselink. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Rev. salud pública* [serial on the Internet]. 2012 June [cited 2014 Mar 09] ; 14(3): 404-416. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300004&lng=en.
33. Doblado Donis Norma Isaura, De la Rosa Batista Idania, Junco Manrique Ana. Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2014 Mar 10] ; 36(3): 409-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es.
34. Ricardo Schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Duverges. *Obstetricia*. 6ta Edición. Buenos Aires Argentina - El Ateneo. 2005.
35. Jorfe R. Gori, Antonio Lorusso y colaboradores. *GINECOLOGÍA DE GORI*. 2da Edición. Argentina- El Ateneo, 2008
36. F. Gary Cunningham, Kenneth j. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong. *Williams Obstetricia*. 23ava Edición. México D.F. McDrawHill, 2010.
37. Arthur C. Guyton. *Tratado de Fisiología Médica*. 11va Edición. España Elsevier, 2006.
38. Germán Uriza Gutiérrez. *Planificación Familiar*. Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2007.

ANEXOS

ANEXO N° 1

HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA LOJA

UBICACIÓN: Av. Iberoamérica y Juan Samaniego



APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ENCUESTA





Aborto: se llama aborto a la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de embarazo



COMPLICACIONES:

- ◆ Muerte, Perforación de útero, Desgarros cervicales, Enfermedad Pélvica Inflamatoria, Hemorragia que precisa transfusión, infección entre otras.

Métodos Anticonceptivos: Son todos aquellos mecanismos capaces de evitar la aparición de un embarazo no deseado. El problema de la anticoncepción, si bien adquiere relevancia, en nuestra época como consecuencia de los cambios operados de la conducta sexual y el advenimiento de la sociedad industrial y la explosión demográfica es tan antiguo como la humanidad



Métodos anticonceptivos eficaces: píldora anti-conceptiva, mini-píldora, píldora postcoital, anillo vaginal, parche anticonceptivo, inyección hormonal (mensual o trimestral), implante subcutáneo, dispositivo intrauterino (DIU) (de cobre y de liberación hormonal), preservativo masculino y preservativo femenino, ligadura de trompas, obstrucción tubárica (método Essure) - y vasectomía

Métodos poco eficaces: método Ogino-Knaus, método Billings, temperatura basal, método sintotérmico, coito interrumpido y espermicida (en óvulos vaginales o cremas).

Al finalizar el presente estudio investigativo concluyo así:

- ◇ El 65% de las adolescentes abortivas ingresadas en el servicio de ginecología si conoce acerca de planificación familiar y el 35% no conoce sobre el tema
- ◇ El grado de conocimiento acerca de planificación familiar el 35% no conoce, 33.33% posee un grado de conocimiento malo, el 16.67% un grado de conocimiento sobre anticoncepción regular y el 15% posee un buen grado de conocimiento.
- ◇ La edad más frecuente de aborto es la que pertenecen al rango de edad comprendido entre los 15-19 años adolescencia intermedia.
- ◇ La causa más frecuente de aborto es que consideran que fue un embarazo no planificado 75%.
- ◇ El método de planificación familiar más utilizado en esta población es el método anticoncep-



Al concluir la presente investigación recomiendo:

- * Que el Hospital Regional Isidro Ayora Presupueste cada año; recursos tanto humanos como materiales para la formación e información moral y sexual de los adolescentes.
- * En las Casas de Salud preparar de forma activa talleres, foros y charlas que sean dictadas a la población adolecente en temas como: sexualidad, embarazo precoz, planificación familiar y aborto.
- * En el hogar infundir desde los primeros años de vida un alto sentido de respeto hacia la vida humana.
- * En los hogares y Centros de Educación fomentar en los niños valores ético-morales que garanticen su formación humana y su integridad total, para con lo referente al respeto de la vida aun no nacida.
- * Que en los Centros de Salud existan centros de apoyo tanto emocional, social y de trabajo



para las madres adolescentes.

“CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ABORTIVAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”



La adolescencia trae consigo cambios biológicos y psicosociales, la aparición de nuevas necesidades y capacidades. El embarazo en adolescentes ha ocurrido desde épocas remotas de la humanidad y algunos de estos no fueron deseados. Este tipo de embarazos para determinados autores tiene la denominación de no oportunos y surgen en las épocas actuales por una relación sexual sin usar o con uso inadecuado de métodos anticonceptivos, lo que se asocia a falta de información o ignorancia. Estos embarazos ocurren en cualquier mujer, aunque en mayor proporción entre las adolescentes. Las consecuencias de los embarazos no oportunos pueden ser diversas, entre ellas el aborto. Algunos aspectos que caracterizan los embarazos no deseados en adolescentes son las relaciones sexuales particularmente precoces, sin protección, con múltiples parejas y también por violencia. Por otro lado, se señala que las conductas de alto riesgo ocurren con más frecuencia en adolescentes con un perfil psicológico caracterizado por agresividad, excesivo énfasis en su independencia personal y tendencia a actividades desviantes y en



ANEXO Nº 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., con número de cédula
Nº....., en plena capacidad de decisión, acepto libremente y bajo
responsabilidad personal participar en el estudio cuyo tema es:
**“CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE
LAS ADOLESCENTES ABORTIVAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO
AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA DESDE EL 24 DE MARZO HASTA EL 24
DE SEPTIEMBRE DEL 2014”**

Para que se utilice mi encuesta para la recolección de información
necesaria.

Firma:

.....

ANEXO Nº 3



“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”
Área de la Salud Humana

FICHA DEL PACIENTE

“CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
EN ADOLESCENTES ABORTIVAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”.

Fecha:

ANAMNESIS

DATOS FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos: _____
- Edad: _____
- Estado Civil: Soltera() Casada () Unión libre ()
- Lugar de Nacimiento: _____
- Lugar de Residencia: _____
- Instrucción: _____
- Ocupación: _____
- Religión: _____
- Inicio de vida sexual activa: _____

1. ¿Tiene, usted conocimiento acerca de planificación familiar?
SI () NO ()

2. Cree usted, que es importante planificar la familia
SI () NO ()

¿POR QUÉ?

.....
.....
.....

3. Ha utilizado usted, algún método anticonceptivo
SI () NO ()

INDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
TITULO:.....	vii
RESUMEN.....	8
SUMMARY	9
INTRODUCCIÓN	10
REVISIÓN DE LA LITERATURA	12
1. Adolescencia.-	12
1.1 Definición de la adolescencia y sus características:	12
1.1.1Características:	12
1.2 Maduración sexual.....	12
1.2.1 Mujeres.....	16
1.2.2 Varones	16
1.3 Crecimiento y desarrollo de la mujer	18
1.3.1 Altura: el estirón de la adolescencia.....	18
1.3.2 Otros cambios físicos.....	19
1.3.3 Peso.....	19
1.3.4 Grasa corporal	19
1.3.5 Cabeza	20
1.3.6 Crecimiento muscular	20
2. Aborto	20
2.1 Definición.....	20
2.2 Epidemiología.....	20
2.3 Clasificación del aborto.-	21
2.3.1 Aborto provocado:	21
2.3.2 Aborto espontáneo	21
2.3.3 Aborto completo.....	21
2.3.4 Aborto incompleto.....	21
2.3.5 Aborto inevitable.....	22

2.3.6 Aborto diferido	22
2.2 Causas de aborto.....	22
2.2.1 Alteraciones genéticas	22
2.2.2 Factores endócrinos.....	23
2.2.3 Factores inmunológicos.....	23
2.2.4 Causas infecciosas.....	23
2.2.5 Uso de drogas	24
2.3 Signos y síntomas del aborto.....	24
2.4 Diagnóstico de aborto.....	25
2.5 Tratamiento del aborto	25
2.6 Prevención del aborto.....	25
2.5.1 Prevención del aborto espontáneo	25
2.5.2 Prevención del aborto inducido	26
2.6 Complicaciones del aborto	26
2.6.1 Inmediatas	26
3. Métodos Anticonceptivos.....	29
3.1 Elección del método anticonceptivo	29
3.2 Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo..	29
3.3 Métodos anticonceptivos.....	30
3.3.1 Métodos de barrera.....	30
3.3.1.1 Preservativo o condón.....	30
3.3.2 Métodos hormonales y químicos	30
3.3.3 Dispositivo intrauterino (DIU).....	31
3.3.4 Doble protección.....	32
3.3.4.1 Doble protección: preservativo con anticonceptivo hormonal.....	32
3.3.4.2 Doble protección: preservativo con espermicida	32
3.4 Métodos naturales	32
3.4.1 Métodos simples.....	33
3.4.2 Métodos compuestos.....	33
3.5 Métodos quirúrgicos	34
3.6 Métodos de emergencia.....	34
4. Consideraciones éticas y religiosas.....	35
METODOLOGÍA.....	36
RESULTADOS	38
CUADRO Nº 1.....	38

CUADRO N° 2.....	39
CUADRO N° 3.....	40
CUADRO N° 4.....	41
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	52
ANEXO N° 1.....	52
ANEXO N° 2.....	57
ANEXO N° 3.....	58