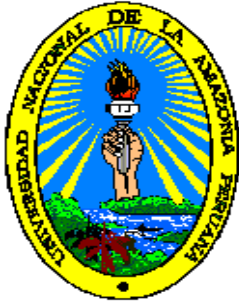


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS Y CLÍNICAS DE LOS
ABORTOS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-1 DE MOYOBAMBA
– SAN MARTIN 2014”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**Presentado por el Bachiller de Medicina Humana
LENIN NEMESIO URCUHUARANGA UPIACHIHUAY**

ASESOR

MsSP RICARDO WILLIAM CHAVEZ CHACALTANA

Punchana – Iquitos

Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Gráficas	vi
Resumen	vii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	4
3. Objetivos	5
Capítulo II	
4. Marco Teórico	7
5. Hipótesis	18
6. Variables	19
7. Operacionalización de variables	20
Capítulo III	
8. Metodología	23
8.1 Tipo y Diseño de investigación	23
8.2 Población y Muestra	23
8.3 Técnicas e Instrumentos	25
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	25
8.5 Análisis e Interpretación	26
8.6 Protección de los Derechos humanos	26
Capítulo IV	
9. Resultados	28
10. Discusión	36
11. Conclusiones	39
12. Recomendaciones	40
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	42
14. Anexos	45

Dedicatoria

A DIOS

Por ser mi guía y fortaleza, y por no dejarme solo aún en los momentos difíciles de mi vida personal y académica.

A Graciela Zamora(esposa),Daniela,la en espera y a toda su familia en general

A MIS PADRES

Por el Amor, el Sacrificio, la Paciencia y el Apoyo Incondicional que me brindaron en todos mis años de estudio y en mi vida en general.

A MIS HERMANOS

Por la Paciencia, la Comprensión y los momentos de Alegría que me brindaron para no decaer en el camino.y mención especial a Margarita y Familia (Daniel, Bryan, Astrid y Mia).Por su gran apoyo, sin ello no hubiese culminado.

A MIS SOBRINOS: Anthony Lionel,Brenda,yamilet,Alexander,cristian en el cielo.

A UNA PERSONA MUY ESPECIAL

Por estar conmigo en todo momento y saber que siempre contaré con su apoyo incondicional en todo momento de mi vida... Para ti Angel Francisco y Nemesio

A MI AMIGA

Por estar a mi lado a cada momento y brindarme su amistad incondicional Eva Caceres Weninger

A mi Amigo Carlos Vela Trabajador de la Facultad De Medicina y demás trabajadores.

A la familia Davila Mozombite(Nancy,Daniela,Zuly,Arnulfo y a Georgina por su verdadera amistad incondicional que me brindaron.

.

Reconocimiento

Al Dr: Javier Vasquez Vasquez, Dr: Zaid Rios,Dr Jesus Magallanes por su calidad de persona y profesional demostrada.-que muy difícil se encuentra en esta vida

A todos los médicos docentes de la facultad de medicina humana.por su entrega total para la formación de nuevos médicos. Dr: Jesus Magallanes Castilla

Al hospital de Moyobamba-san martin y a todos los que le conforman

Al gran maestro y amigo que se convirtió en esta última etapa al Dr: Hector Pereda Serna

Índice de Tablas

Tabla N°1	Edad de las adolescentes con aborto	29
Tabla N°2	Nivel de Instrucción de las adolescentes con aborto	30
Tabla N°3	Número de gestaciones de las adolescentes con aborto	31
Tabla N°4	Edad gestacional de los abortos en las adolescentes	32
Tabla N°5	Hallazgos clínicos de los casos de aborto en las adolescentes	32

Índice de Gráficas

Gráfica N° 1	Estado Civil de las adolescentes con aborto	29
Gráfica N° 2	Procedencia de las adolescentes con aborto	30
Gráfica N° 3	Antecedentes de las adolescentes con aborto	31
Gráfica N° 4	Tipo de aborto de las adolescentes	33
Gráfica N° 5	Tipo de aborto según la Edad de las adolescentes	33
Gráfica N° 6	Tipo de aborto según la Estado Civil de las adolescentes	34
Gráfica N° 7	Tipo de aborto según la Procedencia de las adolescentes	34
Gráfica N° 8	Tipo de aborto según el Nivel de Instrucción de las adolescentes	35
Gráfica N° 9	Tipo de aborto según el antecedente de Aborto en las adolescentes	35
Gráfica N° 10	Tipo de aborto según el Número de gestaciones en las adolescentes	36
Gráfica N° 11	Tipo de aborto según Edad gestacional de las adolescentes	36

Resumen

Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba 2014 **Bach. Lenin Nemesio Urcuhuaranga Upiachihuay**

Introducción

El aborto es un problema en la población de adolescentes debido a los embarazos no deseados, en el Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN, el aborto se encuentra en tercer lugar de las primeras causas de morbilidad hospitalaria, siendo cerca del 38% en adolescentes; por lo que motivo a realizar el presente estudio, con el propósito de conocer el problema y proponer estrategias a la reducción de la tasa de aborto, evitando la presencia de embarazo no deseado.

Objetivo

Determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín. 2014.

Metodología

El presente estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo; la población la constituyeron 138 abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba-SAN MARTIN en el 2014; la muestra fueron 102 abortos en adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; se recolectó la información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y el informe operatorio del legrado uterino.

Resultados

Las adolescentes con aborto presentan entre los 17 a 19 años de edad (68.6%), solteras (88.2%), proceden de la zona urbanomarginal (42.2%) y zona urbana (37.3%), con nivel de instrucción secundaria (67.6%).

El 23.5% han tenido antecedente de aborto, el 73.5% son primigesta, el 61.8% tienen entre las 10 a 20 semanas y el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación.

La principal sintomatología de los casos de aborto son sangrado (100%) y dolor en la región de hipogastrio (95.1%), al examen el 45.1% de los casos presentaron el orificio externo abierto y en el 54.9% no hay registro. El 68.6% fueron catalogados como espontáneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto séptico.

Los abortos espontáneos se presentaron en adolescentes de 17 a 19 años de edad (81.4%), solteras (85.7%), proceden de la zona urbanomarginal (40.0%) y urbana (38.6%), secundaria (77.1%), con antecedente de aborto (14.3%), primigesta (76.8%), entre 10 a 20 semanas de gestación (68.6%).

Los abortos inducidos fueron en adolescentes de 14 a 16 años de edad (61.5%), solteras (96.2%), proceden de la zona urbanomarginal (46.2%) y urbana (38.5%); secundaria (50%), con antecedente de aborto (46.2%), primigestas (65.4%), entre 10 a 20 semanas de gestación (50.0%).

Los abortos sépticos tuvieron igual frecuencia entre las adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años de edad (50.0%), solteras (83.3%), proceden de la zona urbanomarginal (50.0%), secundaria (33.3%), primigestas (50%); entre 5 a 9 semanas de gestación (66.7%).

Conclusiones

El Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN atiende con frecuencia a adolescentes que presentan casos de abortos por lo que se requiere fortalecer las medidas preventivas para mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

Palabras claves: Abortos, características, Moyobamba

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Información General

- 1.1. Nombre del Hospital: Hospital II 1 MOYOBAMBA
- 1.2. Dirección: Av. Grau S/N
- 1.3. Teléfonos: 563325 / 563597
- 1.4. Radio (frecuencia):
- 1.5. Página Web y dirección electrónica: hospitalmoybamba@hotmail.com
- 1.6. Número total de camas: 110
- 1.7. Índice de ocupación de camas en situaciones normales: del 70 -100%
- 1.8. Descripción (aspectos generales, institución a la que pertenece, categoría del establecimiento, cobertura de la población, área de influencia, número de personal asistencial y administrativo, etc.) -Hospital II-1 MINSA Moyobamba , que tiene una cobertura de atención del 70% a nivel de la población del alto mayo , contando con un personal ocupacional de 140 trabajadores.
- 1.9. Capacidad Hospitalaria (número total de camas y capacidad de expansión por servicio, de acuerdo con la organización del hospital: medicina, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia).
Servicio:

Medicina	: 25 CAMAS
Pediatría	: 23 CAMAS
Ginecología y Obstetricia	: 26 CAMAS
Cirugía	: 20 CAMAS
Emergencia	: 06 CAMAS
Neonatología	: 10 CAMAS, 2 INCUBADORAS

Situación General En años anteriores la provincia de Moyobamba fue afectada por desastres naturales como por ejemplo terremotos, lluvias e inundaciones, huaycos, vientos huracanados causando incremento de la morbilidad y mortalidad de la población. En la actualidad la provincia de Moyobamba a sufre un incremento de la delincuencia y el pandillaje juvenil debido al incremento de la población migrante causando desorden y muerte en la provincia

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define al aborto como interrupción de la gestación desde la implantación del blastocito en el endometrio hasta las 20 semanas completas de gestación o peso fetal menor o igual a 500 g.¹

En el mundo, millones de mujeres arriesgan sus vidas y su salud para poner fin a embarazos no deseados. Cada día se realizan 55 000 abortos en condiciones de riesgo y el 95 % de ellos se realiza en países en vías de desarrollo y conducen a la muerte a más de 200 mujeres diariamente. Muchos de ellos son realizados en condiciones de riesgo por lo que representa un porcentaje significativo de todas las muertes maternas.²

En el Perú, aun cuando el aborto es considerado un delito, su abordaje no solo es penal, también hay preocupación de la salud pública al señalar obligaciones tanto para la prevención

como para la protección de las mujeres que han abortado ³. Al igual que la mayoría de países de la región, el aborto solo se permite en determinadas circunstancias ⁴, siendo la más extendida por razones de salud, denominada también “causal salud”, cuya definición proviene de los acuerdos generados por un conjunto de organizaciones vinculadas con los derechos reproductivos ⁵.

En el caso del Perú, esta causal se fundamenta en la protección de la salud de la mujer y está tipificado en el Código Penal, el cual señala: No es punible el aborto, practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente ⁶.

La adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años. Es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, y de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad entre otros ⁷.

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.⁸

Algunos aspectos que caracterizan los embarazos no deseados en adolescentes son las relaciones sexuales particularmente precoces, sin protección y 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.⁹

El aborto adolescente es un tema de controversia y sobre todo un problema social que no distingue clase, nacionalidad, nivel de educación ni raza. Actualmente es un tema muy discutido por la polémica que genera, puesto que la legalización de este se encuentra en tela de juicio en diversos países, principalmente en los latinoamericanos aunque ya algunos países optaron por su aprobación a pesar de la controversia y reacciones encontradas que causo en la sociedad; a pesar de encontrarse riesgos en el aborto para las adolescentes es mejor optar por mantener la opción del aborto, ya que si se prohíbe, las consecuencias de los abortos ilegales serían desastrosos ¹⁰.

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos no deseados en adolescentes en las últimas décadas; como consecuencia de este embarazo no deseado la adolescente solo tiene dos oportunidades, a continuar el embarazo o terminarlo.

El aborto ha sido un problema que ha estado presente durante todas las épocas de existencia del ser humano, adquiere en la actualidad una gran importancia, tanto por sus implicaciones, como por las diferentes posturas que existen frente a él. Resultados de una investigación demuestran que el aborto en adolescentes se presenta con mayor frecuencia en edades comprendidas entre los 15 y 16 años, esto es por la falta de conocimiento de las complicaciones del aborto y por falta de uso de un método anticonceptivo. Al mismo tiempo que predominan las primeras relaciones sexuales entre los 11 y 14 años, relacionándose con la edad del primer aborto.

En nuestro país el aborto es un tema muy debatido en la actualidad. Lo que se sabe del aborto es que es un método muy recurrido entre las adolescentes para terminar el embarazo que no es deseado.

Durante la rotación del internado en el Hospital II-1 de Moyobamba, observamos que el aborto se encuentra en tercer lugar de las primeras causas de morbilidad hospitalaria, siendo cerca del 38% en adolescentes; por lo que motivo a realizar el presente estudio, con el propósito de conocer el problema y proponer estrategias a la reducción de la tasa de aborto, evitando la presencia de embarazo no deseado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba. 2014?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín. 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las características sociodemográficas (edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción) de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, SAN MARTIN en el 2014
- Identificar las características obstétricas (antecedente de aborto, número de gestaciones, edad gestacional, morbilidad asociada) de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, SAN MARTIN en el 2014
- Identificar las características clínicas y el tipo de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, SAN MARTIN en el 2014

CAPITULO II

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Aborto

La palabra aborto deriva del termino latin “*abortus*”; donde “*ab*” significa privación y “*ortus*” nacimiento, entonces se deduce que el aborto es la privación de nacimiento ¹⁰.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20-22 semanas. Como en el aborto retenido no ha ocurrido la expulsión, se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20-22 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos. Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12a semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación ¹¹.

4.2 Situación del Aborto en el Perú

La práctica del aborto es tan antigua como la misma humanidad, se reconoce en nuestros días que los pueblos primitivos permitían el aborto, el cual era reconocido como un derecho absoluto del padre sobre los hijos. Las culturas griegas y romanas, también toleraban el aborto en ciertas circunstancias, a pesar de las penalidades severas que establecían las leyes de la época. Filósofos y médicos defendían o atacaban el aborto, citándose a razones de orden moral, económico y político ¹², esta tendencia se ha mantenido a lo largo de los siglos, estando vigente en la actualidad.

Según la ONG Flora Tristan, las cifras del aborto en el Perú, señala que 370,000 abortos clandestinos se producen anualmente en el país, lo que significa que hay 5 mujeres que abortan por cada 100 gestantes. Los abortos inseguros y las complicaciones derivadas de ellos son la tercera causa de mortalidad materna y la primera causa de morbilidad de hospitalización de las mujeres ¹³.

La mayoría de mujeres que interrumpe su embarazo acude a personas no calificadas (44%), el 39% a una obstetriz y el 17% a un/a profesional médico/a. Estos porcentajes se agravan en las zonas rurales donde la gran mayoría (65%) recurre a personal no calificado ¹³.

El 57% de nacimientos ocurridos entre el 2000-2005 se dio sin haber sido deseados, es decir, un estimado de 1.8 millones ¹³.

De 3.8 millones mujeres sexualmente activas, cerca del 30%, 1.4 millones, están expuestas al riesgo de embarazos no deseados por falta de acceso a métodos anticonceptivos ¹³.

Al 2009, el 13.7 de las adolescentes en el país se encontraba gestando o ya era madre por primera vez ¹³.

El artículo 119 del código penal peruano ¹⁴ propone tres condiciones que deben confluir para que un aborto no sea penalizado. En 2010, Dador ¹⁵ analizó estas condiciones y señaló que la obligación que sea practicado por un médico, implica la participación de un profesional calificado, que junto con su competencia técnica tiene también la obligación de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de sus pacientes y debe, así mismo, guardar la confidencialidad y garantizar el consentimiento informado. Además, que sea la mujer quién lo solicite -basada en el principio de autonomía, la prerrogativa está en la mujer afectada- al igual que otras condiciones sanitarias, esto solo puede ser obviado en un contexto de emergencia o cuando una mujer esté imposibilitada de expresar sus propias decisiones y no cuente con un representante legal. Respecto a la tercera condición, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave y permanente, Dador señala que con esta condición se establecen dos protecciones distintas, aunque relacionadas, “evitar la muerte” y “preservar la salud”; el primero está vinculado al derecho a la vida y el segundo a la preservación de la salud, que incluye estar libre de enfermedades o de daños, y la garantía de contar con servicios de salud geográficos y financieramente accesibles, oportunos y pertinentes ¹⁶

Tal como se interpreta de esta norma, ninguna mujer tiene que estar en inminente peligro para permitir la interrupción del embarazo, pues el eje del aborto por razones de salud es la prevención de daños y no la exposición a riesgos innecesarios ^{5,17}.

Según el Código Penal, el aborto está catalogado con penas que no superan los dos años ¹⁸, cuatro años para los profesionales que lo realicen y cinco años si la mujer muere a causa del aborto ¹⁹ y la no penalidad del aborto por “causal salud” está vigente desde 1924.

Hay también figuras atenuadas del delito de aborto que reducen las penas a un menor tiempo, tal es el caso del aborto en caso de violación, o por daños eugenésicos. En el primer Código Penal del Perú, de 1863, la pena se reducía cuando el aborto era practicado por móvil de honor, que en términos de Dador, dicha tolerancia estaba dirigida a Proteger la reputación de las mujeres y sobre todo, de la familia a la que pertenecían ^{15,16}.

4.3 Tipos de Aborto

La **amenaza de aborto** consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50% de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica ¹¹.

aborto en curso al cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento y dilatación cervicales y sangrado de origen uterino. Las membranas ovulares se encuentran íntegras. El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos parenterales, reforzar la actividad uterina si es necesario y esperar la expulsión fetal para proceder al legrado o la revisión uterina ¹¹.

El **aborto inminente**, se presenta con una sintomatología con más exageración de los síntomas anteriores, dolores más intensos y sostenidos, hemorragias más abundantes con coágulos, hay dilatación del cuello del útero ²⁰.

Aborto retenido, En estos casos el embrión muere o se desprende pero queda retenido dentro del útero. Debe sospecharse cuando el útero no aumenta de tamaño, los síntomas y signos del embarazo disminuyen hasta desaparecer y el control ecográfico visualiza embrión sin actividad cardíaca, con distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y, en embarazos del segundo trimestre, cabalgamiento de los huesos del cráneo. El advenimiento de la ecografía permite el diagnóstico de la muerte embrionaria y de la muerte fetal en forma precoz; por esta razón, para el manejo clínico no tiene lugar en la actualidad el considerar aborto retenido solamente a aquel que tiene tres o más semanas de muerte intrauterina ¹¹.

Se denomina **aborto incompleto** al cuadro clínico caracterizado por la expulsión parcial de los productos de la concepción. Cuando queda retenida la placenta el tratamiento consiste en completar el aborto por medio del legrado o la revisión uterina. La pérdida del líquido amniótico ya configura un cuadro de aborto incompleto ¹¹.

Sin embargo, se utiliza el término de **aborto inevitable** cuando las contracciones uterinas son más enérgicas, el cuello sufre borramiento y dilatación, las membranas están rotas y se palpan a través del cuello las partes fetales.

Se denomina **aborto completo** a la situación en la cual hay expulsión total del embrión o del feto y de las membranas ovulares.

El **aborto séptico**, es el aborto complicado con infección o incompleto que no es solucionado adecuadamente, porque no decir, es una complicación del aborto criminal o inducido en algunos casos y una de las mayores causas de Mortalidad Materna en Obstetricia entre las mujeres de 15 a 19 años de edad; al examen se encuentran síntomas y signos del aborto a lo que se agrega la sintomatología del proceso infeccioso: fiebre, escalofríos, pelvisperitonitis, síndrome tóxico, hipertensión y prolapso ^{20,21}.

Se considera **aborto espontáneo** a la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Un 8 y 15% de los embarazos, según las fuentes, que se detectan terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos. Existen muchas doctas opiniones que dicen que incluso el 50 por ciento de los embarazos pueden considerarse fracasados y terminar de forma espontánea. La mayoría de los abortos espontáneos, tanto conocidos como desconocidos, tiene lugar durante las primeras 12 semanas de embarazo y en muchos casos no requieren de ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. De igual forma también la inmensa mayoría de los abortos inducidos se dan antes de las 12 semanas ²².

El **aborto inducido**, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta. Desde las primeras leyes a principios del siglo pasado, el aborto provocado ha ido siendo despenalizado en muchos países, tanto del primer, segundo o tercer mundo y su despenalización ha supuesto en estos países una disminución drástica de la morbilidad y mortalidad materna ²².

4.4 Complicaciones del Aborto

Las complicaciones del aborto pueden ser diferentes según sea un aborto inducido o espontáneo. Entendemos que el aborto espontáneo se produce en muchos casos de una forma en que pasa totalmente desapercibido, por lo que es fácil comprender que no dan ningún tipo de síntoma o patología.

Las complicaciones en el embarazo y el aborto constituyen una de las cinco causas principales de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad. El embarazo adolescente y sus consecuencias afectan los derechos a la vida y a la salud de los adolescentes y también impide el derecho a la educación y a la no discriminación en todas las esferas de la vida ²³.

La mortalidad debida al aborto inducido es muy baja en los países desarrollados, donde usualmente el procedimiento es legal, sin embargo, en las regiones en vías de desarrollo (excluyendo China), donde generalmente el aborto es ilegal o está bastante restringido, la mortalidad por aborto es cientos de veces más alta que en los países desarrollados. Se considera que existen en los países donde es ilegal el aborto 330 muertes por cada 100.000 abortos ²⁴.

Por otra parte, las mujeres que se hacen más de un aborto se enfrentan a un mayor riesgo de las complicaciones, tanto las inmediatas como las de larga duración y las adolescentes tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones relativas al aborto, como el daño a la fertilidad ²⁵.

Las complicaciones más frecuentes ²⁴:

- Evacuación incompleta: en algunos casos puede ser necesaria una nueva intervención para evacuar el útero.
- Sangrados abundantes: normalmente se deben a evacuaciones incompletas.
- Infecciones: muy poco habituales debido entre otras cosas a la técnica y a la protección antibiótica que se suele aportar.
- Perforaciones o desgarros.

Cuando la extracción del embarazo es incompleta se produce la retención de restos ovulares. En estos casos la mujer puede sangrar en forma continua, pasaje de grandes coágulos de sangre con fuertes cólicos, sangrado por más de tres semanas, o signos de embarazo que duren más de una semana como por ejemplo, pechos inflamados, náuseas, etc. El otro problema importante es la posibilidad de infecciones que puede llevar a la muerte de la persona ²⁵.

La hemorragia genital que ocurre inmediatamente después de la evacuación uterina puede ser ocasionada por falta de contracción del músculo uterino, retención de restos ovulares, perforación, problemas de coagulación, laceración cervical, etc. Rara vez este sangrado es tan intenso como para requerir una transfusión sanguínea. El sangrado vaginal también puede ser síntoma de embarazo ectópico también las pérdidas

intermitentes de color parduzco o una hemorragia vaginal pueden ser síntoma de embarazo molar, que es otra variante de aborto natural. Con la práctica de un examen pélvico bimanual, la visualización del cuello uterino y la ecosonografía se puede diagnosticar la causa y establecer la terapia adecuada ²⁵.

Una infección puede surgir si las bacterias de la vagina o del cuello uterino entran al útero después de un aborto. El dolor pélvico y la fiebre son los signos más comunes de infección postaborto. Las pacientes que presentan dolor pélvico severo, fiebre mayor de 38 °C, sangrado genital importante o signos de irritación peritoneal, pueden estar desarrollando endometritis, salpingitis, celulitis pélvica y peritonitis pélvica y/o generalizada ²⁵.

La perforación uterina se ha señalado que puede ocurrir entre de 1 a 2/1.000 procedimientos. El sitio donde más frecuentemente ocurre es en el medio del fondo del útero. El riesgo de perforación uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos. La perforación rara vez produce hemorragia severa y puede pasar desapercibida en muchos casos. En algunos casos puede haber sangrado importante que requiere de una intervención para cerrar la zona de perforación. En pocos casos se requiere de una histerectomía que diversas complicaciones adicionales ²⁵.

4.5 Adolescencia

La adolescencia se define como “el periodo que transcurre entre los 10 y 19 años. Durante esta etapa el individuo adquiere la capacidad reproductiva, se transforman los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolidan la independencia socioeconómica y la identidad sexual.^{26,27}.

La adolescencia se divide en tres fases: temprana de los 10 a 13 años, considerada como el periodo peripuberal, fase en la que ocurren grandes cambios corporales y funcionales; adolescencia media, entre los 14 a 16 años, en la cual se completa el crecimiento y desarrollo somático; finalmente, la fase tardía, de los 17 a 19 años, que se caracteriza por ser el periodo de aceptación de estos cambios ²⁸.

4.6 Embarazo en Adolescencia

En el Perú, el comportamiento sexual y la edad de inicio de las relaciones sexuales varían según la identidad étnica, región de procedencia, nivel educativo y estrato socioeconómico al que se pertenece. Las adolescentes en situación de pobreza y exclusión social son las más vulnerables, tanto en las áreas urbano-marginales como en las áreas rurales del país ²⁹.

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años ³⁰.

4.7 Situación en el Perú del Embarazo en adolescencia

Desde hace 20 años el alto porcentaje de embarazos en adolescentes en el Perú no ha variado. Para muchas, el embarazo no planeado es una experiencia negativa para nuestra salud y nuestra vida emocional y social, que nos marca para siempre. Ello impide salir del ciclo de pobreza y afecta los derechos para lograr un mejor futuro ³¹.

Entre los años 2000 y 2011, se ha observado una tendencia hacia el incremento de la proporción de madres adolescentes en los departamentos de Madre de Dios (de 23.6 a 27.9%), Pasco (de 13.4 a 17.0%), Ica (de 8.8 a 14.6%), Tumbes (de 11.1 a 17.5%), Piura (de 9.7 a 13.3%), Junín (de 10.4 a 15.1%), Puno (de 12.0 a 14.5%), Moquegua (de 7.1 a 9.1%) y Tacna (de 8.0 a 9.0%) ²⁹.

Se identifican dos tipos de escenarios geográficos donde el embarazo en adolescentes se concentra con mayor proporción: 1) zonas rurales en la selva de los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas; y 2) zonas urbano-marginales de áreas metropolitanas de Lima, Callao, Piura y Trujillo ²³.

En los estratos de mayor riqueza el embarazo en adolescentes representa la décima parte de la observada en las zonas más pobres. Aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí donde se registra una leve tendencia al aumento, a diferencia de la tendencia al descenso registrada en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en áreas de la selva (superior al 30% en el 2012 en Loreto) ³².

En el 2013, el 13.2% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez. En el área rural son el 21,5% y en la selva son el 27.5%. Los mayores porcentajes de adolescentes madres o embarazadas se presentan en las mujeres sin educación (56,7 %), en las residentes de la selva (27,5 %), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (26,1 %) y en el área rural (21,5 %). Mientras que en Lima Metropolitana se aprecian menores porcentajes (7,7 %), entre aquellas con educación superior (4,4%) y en las del quintil superior de riqueza (2,6%) ³³.

4.8 Embarazo no deseado

La iniciación de la vida sexual no conlleva a que las y los adolescentes se encuentren informados sobre los MAC o los usen, puesto que solo el 12,8% de las adolescentes mujeres entre 15 y 19 años usa algún método anticonceptivo. Entre las adolescentes unidas y entre las sexualmente activas el porcentaje de uso es mayor 60.7%, pero sigue siendo menor en comparación al de otros grupos etarios ²⁹.

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo. Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, la mujer puede continuar con la gestación y llevar a término el embarazo o, si la legislación vigente del país o territorio lo contempla, practicar una interrupción voluntaria

del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del periodo de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada ³⁴.

En todo el mundo, el 38 % de los embarazos son no deseados, el 21 % de ellos se da en adolescentes (de los cuales entre el 30 y el 60 % terminan en un aborto); unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo ³⁴.

4.9 Antecedentes de investigación

ACHO y col. (2005) ³⁵ determinaron la incidencia. Características sociodemográficas y complicaciones del aborto en tas adolescentes; realizando un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, en el Hospital Nacional' Cayetano Heredia, entre los años 2000 y 2003. De un total de 2222 abortos, 325 correspondieron a adolescentes La incidencia en adolescentes fue de 14. 7 %. La mayoría se concentró en el grupo de edad de 17 a 19 años (73, 6 %), El 5.9. 4 % interrumpió su embarazo antes de las 12 semanas. El diagnóstico de egreso más frecuente fue aborto incompleto (67,1 %); ¡2.8% aceptó haberse sometido a maniobras abortivas y un 9.4% había tenido un embarazo anterior. Las complicaciones más frecuentes al ingreso fueron la anemia en 54,1% e infección de la vía urinaria en 9,4 %. Ei aborto ocurrió con mayor frecuencia en tu adolescencia tardía: el diagnóstico más frecuente fue el aborto incompleto y ia complicación más frecuente la anemia aguda.

CALDERON y col. (2006) ³⁶ determinaron la influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes, su estudio de casos y controles; los casos fueron 58 adolescentes con aborto provocado que acudieron al Hospital Regional Docente de Trujillo, por hemorragia, y el grupo control fueron 58 adolescentes pareadas según edad de la paciente, edad gestacional y nivel socioeconómico, que continuaron con el embarazo y acudieron al control prenatal en el mismo hospital. Resultados: Sólo 20% de los casos comunicó a sus padres sobre el embarazo, a diferencia del 62% de los controles ($p < 0,001$), la falta de confianza hacia los padres estuvo asociada con el aborto

provocado (OR: 4,5; IC95: 1,7-12,3), no se encontró asociación con el antecedente familiar de aborto o con la violencia intrafamiliar. Las reacciones negativas (violencia, retirar a la afectada de los estudios o hacerla trabajar) de los padres ante la noticia del aborto fueron más frecuentes en el grupo con aborto (OR: 14,1; IC95: 3,9-50,9); así como la presentación de molestias y discusiones entre los miembros de las familias de los casos (OR: 23,9; IC95: 12,4-208,7). Concluyen que la comunicación y el nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo están fuertemente relacionados con el aborto provocado, en las adolescentes de Trujillo.

CIARAVINO y col. (2006) ³⁷ analizaron las características socio-demográficas y perinatales de adolescentes hasta 16 años con embarazo terminado en aborto y la asociación entre estas características y la forma de terminación del aborto. Determinar la proporción de adolescentes que se embarazaron al año siguiente. Realizaron un estudio descriptivo y prospectivo en las adolescentes menores de 16 años que fueron asistidas por aborto en el Instituto de Maternidad de Tucumán durante el año 2004. Se revisaron las historias clínicas de estas pacientes y los embarazos ocurridos al año siguiente. Se realizó un análisis descriptivo y de asociación mediante los test Mann-Whitney y Exacto de Fisher. Se asistieron en el año 2004 en el Instituto de Maternidad 12.811 embarazadas, el 18% (2.368) terminó en aborto. En el grupo de 10 a 16 años se asistieron 647 embarazadas y finalizaron en aborto el 11% (n= 69). La edad de mayor frecuencia correspondió a 16 años (55%), La mayor proporción completó el primario (78%), pero solo el 20% cursa el secundario, se observó que el 58% son solteras. El 15% presentó embarazos previos. El 9% manifestó que el aborto fue provocado. La mayor proporción de los abortos fue entre las 9 y 12 semanas (41%). En el 7% se presentaron complicaciones. El 28% de los casos consultaron al año siguiente por estar embarazadas. La infección fue la complicación más frecuente del aborto provocado, éste se hizo a edades gestacionales más tardías y el embarazo al año siguiente del aborto está relacionado con el tipo de pareja.

ENRIQUEZ y col. (2010) ¹ determinaron el comportamiento del aborto en esas edades, identificar la frecuencia de abortos inducidos en los grupos de adolescentes y su morbilidad, describir algunos factores epidemiológicos presentes en las pacientes

estudiadas; realizaron una investigación empírica, descriptiva, observacional y transversal sobre el comportamiento del aborto inducido en la adolescencia en el Hospital Materno infantil 10 de octubre durante los años 2006-2007. Se identificó la frecuencia de realización en las adolescentes y se describieron algunos factores epidemiológicos presentes en las pacientes estudiadas. El universo de estudio estuvo compuesto por todas las adolescentes que en ese periodo de tiempo acudieron al servicio de aborto para realizarse una interrupción de la gestación en el primer trimestre del embarazo. Se incluyeron en la investigación a todas las adolescentes (1 110), que acudieron al servicio de aborto de dicho hospital a realizarse un aborto inducido y que dieron su consentimiento en participar en la investigación.

El grupo etario que predominó fueron las adolescentes intermedias con el 52,3 %. La edad de inicio de las relaciones sexuales que prevaleció fue 15 a 17 años para un 62,2 %. El 56,7 % de las adolescentes no usaba métodos anticonceptivos y el motivo por el cual no los utilizaban era por olvido (28,8 %) o por temor (25 %). El motivo más frecuente de solicitud para interrumpir la gestación: ser muy joven para asumir el rol de la maternidad (50,4 %). Solamente el 3,8 % presentó alguna morbilidad.

DOBLADO y col. (2010) ³⁸ correlacionaron 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. 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 quién decidió el aborto. Los datos fueron procesados, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows Versión 11.5, expresando los resultados en tablas. El grupo de edad predominante estuvo entre 15-17

años, 40,6 % de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años, 49,2 % ya había tenido 3 ó 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. 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.

5 HIPOTESIS

Según el diseño de estudio no experimental descriptivo, el presente estudio no requiere hipótesis.

6 VARIABLES

Variable Dependiente

- Aborto
 - Espontáneo
 - Inducido
 - Terapéutico
 - Séptico

Variables Independientes

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Estado civil
 - Procedencia
 - Nivel de Instrucción
- Características obstétricas
 - Antecedente de Aborto
 - Número de Gestación
 - Edad gestacional
- Características Clínicas
 - Sangrado
 - Fiebre
 - Dolor abdominal
 - Molestias urinarias
 - Nauseas/Vómitos
 - Orificio externo:
 - Orificio interno:

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio como su edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil.	Fecha de nacimiento registrada en el SIS o historia clínica	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el aborto. Edades: < 14 años, 14 a 16 años, 17 a 19 años	Continua
	Estado civil registrado en el SIS o historia clínica	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales Soltera: que vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Conviviente: que convive con su pareja pero no tienen vinculo legal Casada: que tiene vinculo legal (civil) con su pareja	Nominal
	Dirección registrada en el SIS o historia clínica	Procedencia: se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio retrospectivo Urbano: que procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: que procede de áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: que procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción registrada en el SIS o historia clínica	Nivel de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior. Sin instrucción: no curso estudios en un centro educativo Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta	Nominal
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS Es el conjunto de	Antecedente de cesárea anterior registrada en la historia	Antecedente de aborto: adolescente que refiere haber tenido anteriormente la	Nominal

características obstétricas de la unidad,	clínica	presencia de aborto.	Nominal
	Formula obstétrica	Número de Gestaciones:	
VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
de estudio, como: aborto, gestaciones, edad gestacional	registrada en la historia clínica	número de embarazos que ha tenido la adolescentes	
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, como: aborto, gestaciones, edad gestacional,		Edad Gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud.	Nominal
CARACTERISTICAS CLINICAS Es el conjunto síntomas y signos de la presencia de aborto	Síntomas y signos registrada en la historia clínica	Clínica de aborto: Presencia de dolor abdominal en región hipogastrio, sangrado vaginal, molestias urinarias, etc.	Nominal
ABORTO: extracción del producto antes de las 20 semanas de gestación a través del cuello uterino	Historia clínica Reporte operatorio	Aborto espontáneo: pérdida de la gestación antes de las 20 semanas en forma espontánea. Aborto inducido: perdida de la gestación debido a maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Aborto séptico: aborto complicado con infección o incompleto que no es solucionado adecuadamente. Aborto Terapéutico: aborto realizado por indicación médica por las condiciones medica de la madre.	Nominal

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo

- **Descriptivo:** Porque describe las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los casos de aborto en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba del departamento de San Martín.
- **Transversal:** Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- **Retrospectivo:** Porque el evento que es el aborto adolescente ha ocurrido antes del estudio.

8.2 Población y Muestra:

a) Población

La población estuvo constituida por 138 abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba del departamento de San Martín entre Enero a Diciembre del 2014.

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por 102 abortos en adolescentes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

c) Tamaño muestral

El tamaño de la muestra fue calculado a través de la fórmula para estudio de casos controles:

Cálculo del tamaño de la muestra de los casos = $n/(1 + (n/N))$

$$n = (Z^2)(p)(q)/e^2$$

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - p$$

e = error estándar, que su valor es de 0.05

N = población, que es 138

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$TM = 384.16/(1 + (384.16/138)) = 102$$

Los criterios de inclusión serán:

- Aborto en adolescente atendida en el Hospital II-1 de Moyobamba
- Historia clínica de la madre completa.
- Informe operatorio del Legrado uterino

Los criterios de exclusión al estudio:

- La no existencia total o parcial de la Historia clínica
- La no existencia total o parcial del informe operatorio del legrado uterino
- Historia clínica con letra ilegible

El muestreo será probabilístico a través de número de Randon.

8.3 Técnicas e Instrumentos:

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y el

informe operatorio del legrado uterino; la ficha de recolección de datos obtiene información sobre las características sociodemográficas (edad, estado civil, procedencia y nivel e instrucción); características obstétricas (antecedente de aborto, número de gestaciones, edad gestacional); características clínicas del aborto, y tipo de aborto.

8.4 Procedimiento de recolección de datos:

Durante el internado se recopiló la información en forma retrospectiva y prospectiva de todos los casos de aborto en adolescentes que ingresaron al Hospital II-1 de Moyobamba con apoyo de los médicos del servicio; se revisaron las historias para saber si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión al estudio.

Los datos recolectados serán verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenarán según las variables a estudiar para su almacenamiento.

8.5 Análisis e interpretación de datos:

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 15.0, luego se procedió a realizar análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia.

8.6 Protección de los Derechos Humanos:

Se ha revisado la declaración de Helsinki médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información.

CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a) Características sociodemográficas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN

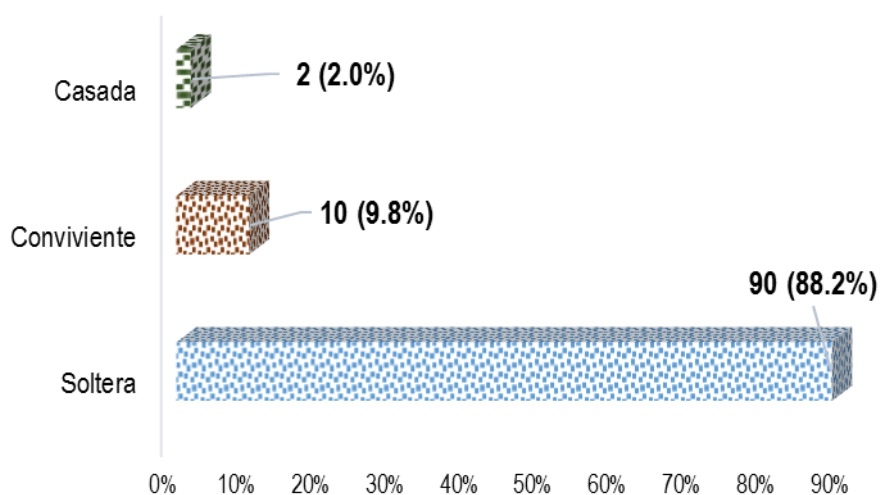
El 68.6% de las adolescentes con aborto tuvieron entre los 17 a 19 años de edad y el 31.4% entre los 14 a 16 años de edad (Tabla N° 1).

Tabla N°1
Edad de las adolescentes con aborto
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014

Edad	Nº	%
< 14 años	0	0.0%
14 a 16 años	32	31.4%
17 a 19 años	70	68.6%
Total	102	100.0%

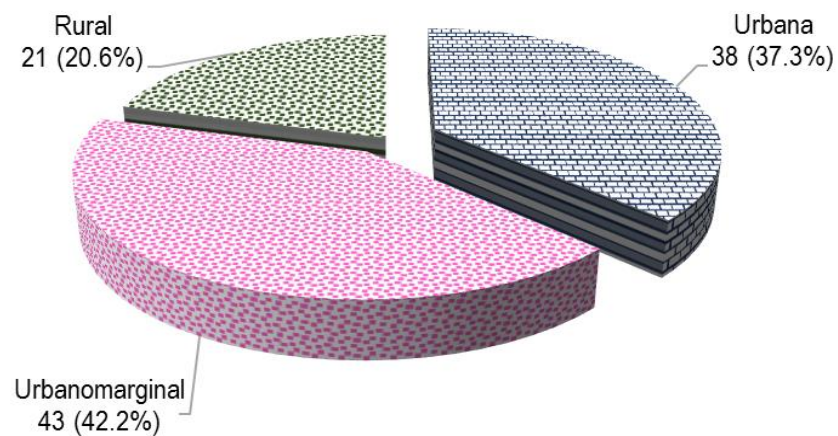
El 88.2% de las adolescentes con aborto son solteras, el 9.8% son convivientes y el 2.0% casadas (Gráfica N° 1).

Gráfica N° 1
Estado Civil de las adolescentes con aborto
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



El 42.2% de las adolescentes con aborto proceden de la zona urbanomarginal, el 37.3% de la zona urbano y el 20.6% de la zona rural (Gráfica N° 2).

Gráfica N° 2
Procedencia de las adolescentes con aborto
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



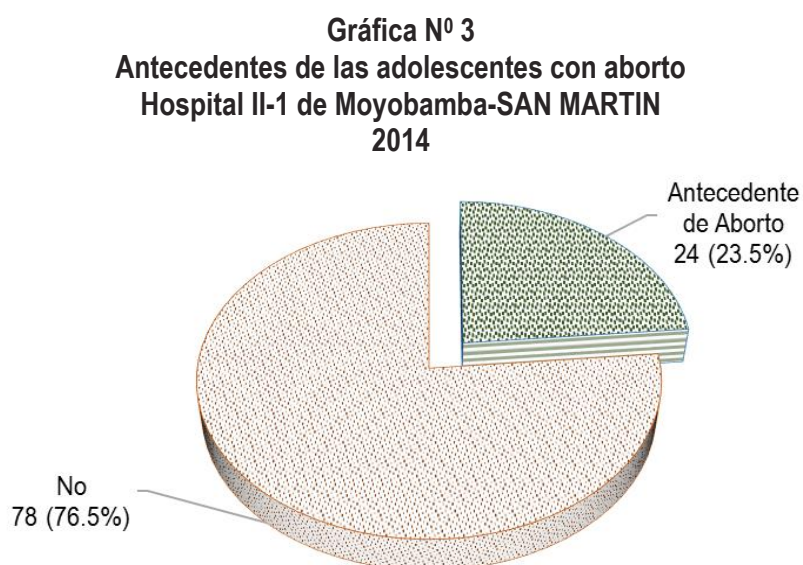
El 67.6% de las adolescentes con aborto tienen nivel de instrucción de secundaria, el 15.7% de técnica/superior y el 14.7% de primaria (Tabla N° 2).

Tabla N°2
Nivel de Instrucción de las adolescentes con aborto
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014

Nivel de instrucción	Nº	%
Sin estudios	2	2.0%
Primaria	15	14.7%
Secundaria	69	67.6%
Técnica/Superior	16	15.7%
Total	102	100.0%

b) Características obstétricas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba

El 23.5% de las adolescentes con aborto refieren haber tenido antecedente de aborto (Gráfica N° 3).



El 73.5% (75) de las adolescentes con aborto son primigesta y el 24.5% (25) son segundigesta, solo el 2% (2) fueron tercigesta (Tabla N° 3).

Tabla N°3
Número de gestaciones de las adolescentes con aborto
Hospital II-1 de Moyobamba
2014

Número de gestaciones	Nº	%
1	75	73.5%
2	25	24.5%
3	2	2.0%
Total	102	100.0%

El 61.8% (63) de las adolescentes con aborto tuvieron entre las 10 a 20 semanas de gestación; el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación y el 10.8% \leq de 4 semanas de gestación (Tabla N° 4).

Tabla N°4
Edad gestacional de los abortos en las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014

Edad gestacional	N°	%
\leq 4 semanas	11	10.8%
5 a 9 semanas	28	27.5%
10 a 20 semanas	63	61.8%
Total	102	100.0%

c) Características clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba

La sintomatología de los casos de aborto en las adolescentes fueron principalmente sangrado (100%) y dolor en la región de hipogastrio (95.1%) seguido de molestias urinarias (18.6%) y vulvovaginitis (18.6%) (Tabla N° 5).

Al examen se reportó que el 45.1% de los casos de aborto presentaron el orificio externo abierto y en el 38.2% el orificio interno, en el 54.9% no hubo reporte en la historia clínica (Tabla N° 5).

Tabla N°5
Hallazgos clínicos de los casos de aborto en las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014

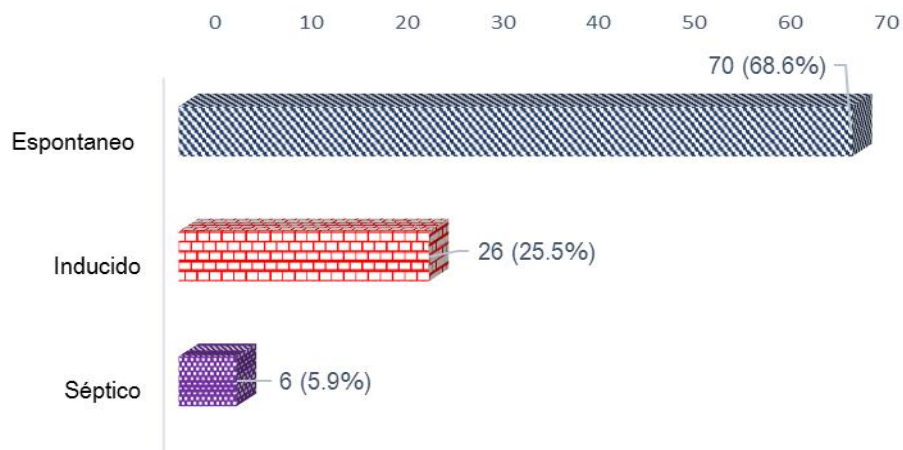
Hallazgo Clínico	N°	%
Sangrado	102	100.0%
Dolor hipogastrio	97	95.1%
Molestias urinarias	19	18.6%
Vulvovaginitis	19	18.6%
Nauseas/Vómitos	11	10.8%
Fiebre	6	5.9%
Orificio externo abierto	46	45.1%

Orificio interno abierto	39	38.2%
No reporte	56	54.9%

d) Tipo de aborto en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN

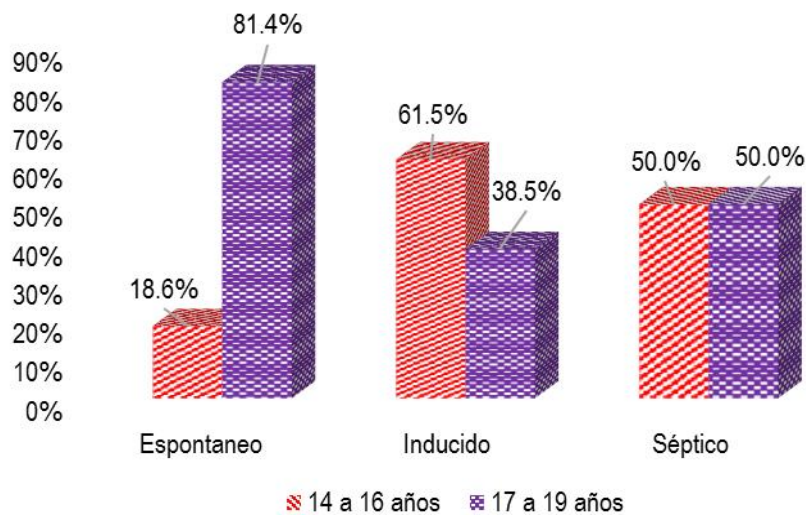
El 68.6% de los abortos en las adolescentes fueron catalogados como espontaneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto séptico (Gráfica N° 4).

Gráfica N° 4
Tipo de aborto de las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



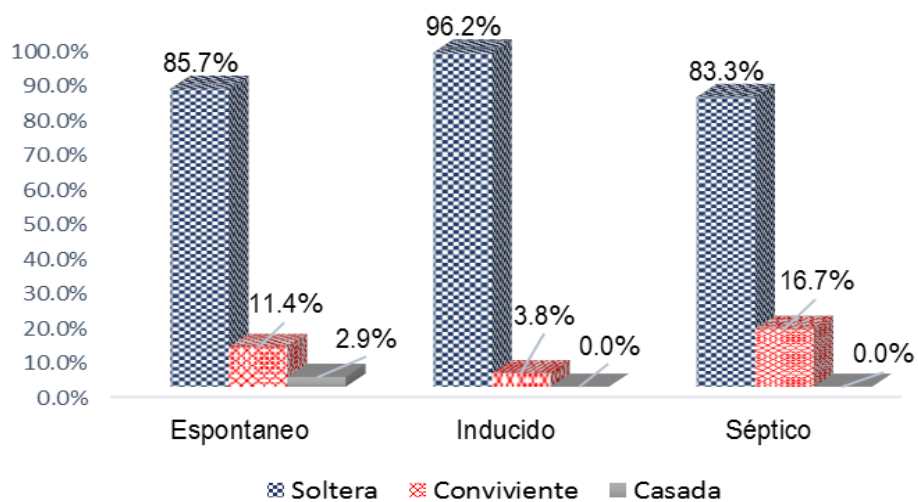
El 81.4% de los abortos espontáneos ocurrieron en las adolescentes de 17 a 19 años, el 61.5% de los abortos inducidos ocurrieron en las de 14 a 16 años, los abortos sépticos fueron similar en ambos grupos de edad (Gráfica N° 5).

Gráfica N° 5
Tipo de aborto según la Edad de las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



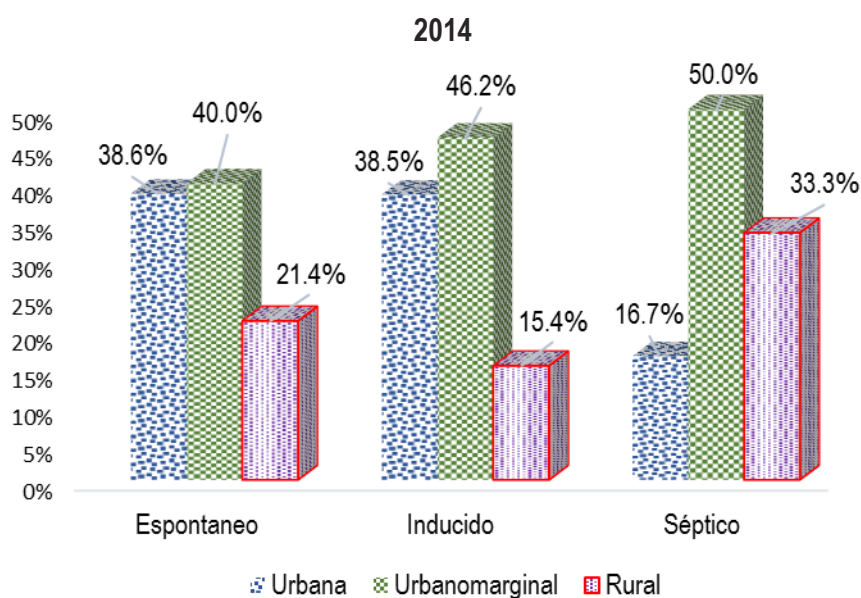
Los abortos espontáneos (85.7%), los inducidos (96.2%) y los sépticos (83.3%) predominaron en las solteras (Gráfica N° 6).

Gráfica N° 6
Tipo de aborto según la Estado Civil de las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



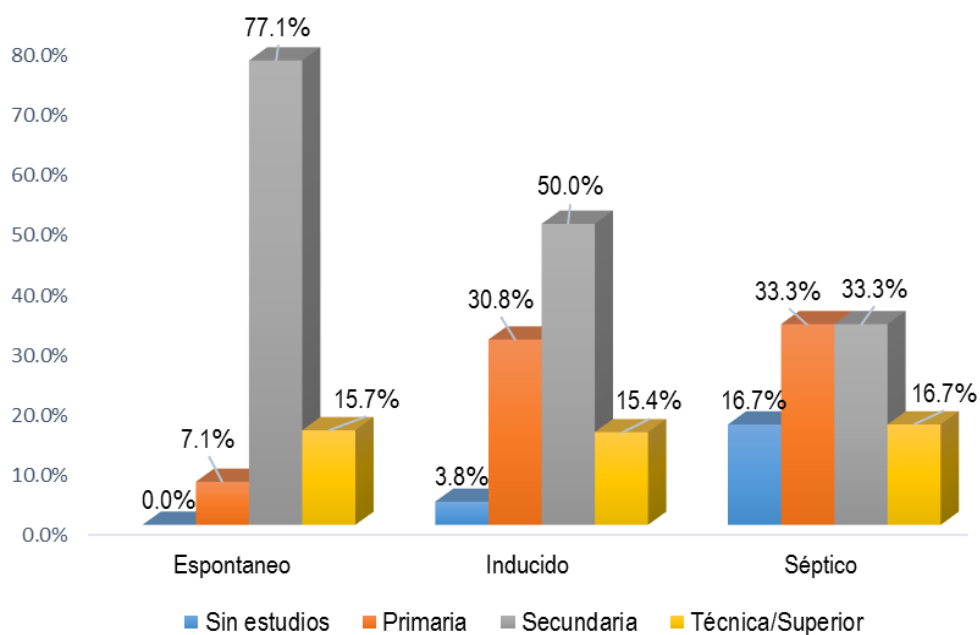
Los abortos espontáneos proceden de la zona urbanomarginal (40.0%) y urbana (38.6%), los abortos inducidos de la zona urbanomarginal (46.2%) y urbana (38.5%); los abortos sépticos (50.0%) proceden de la zona urbanomarginal (Gráfica N° 7).

Gráfica N° 7
Tipo de aborto según la Procedencia de las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN



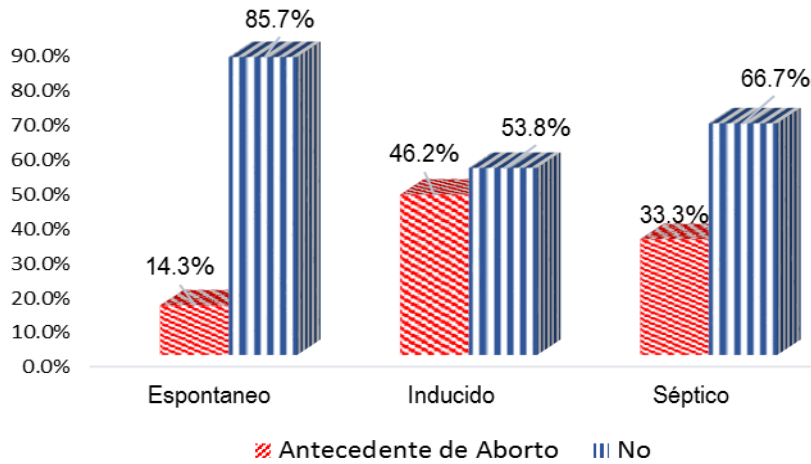
El 77.1% de los abortos espontáneos y el 50.0% de los abortos sépticos fueron en adolescentes con nivel de instrucción de secundaria, en los casos de abortos sépticos se encontró que el 33.3% son de secundaria y el 33.3% de primaria (Gráfica N° 8).

Gráfica N° 8
Tipo de aborto según el Nivel de Instrucción de las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



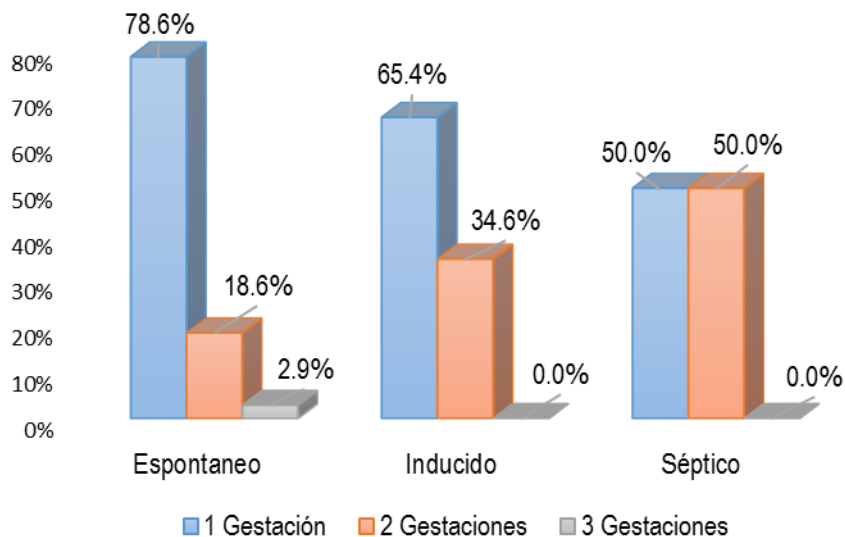
El 46.2% de los abortos inducidos tienen antecedente de aborto, mientras que en los abortos espontáneos fue del 14.3% y en el aborto séptico en 33.3% (Gráfica N° 9).

Gráfica N° 9
Tipo de aborto según el antecedente de Aborto en las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



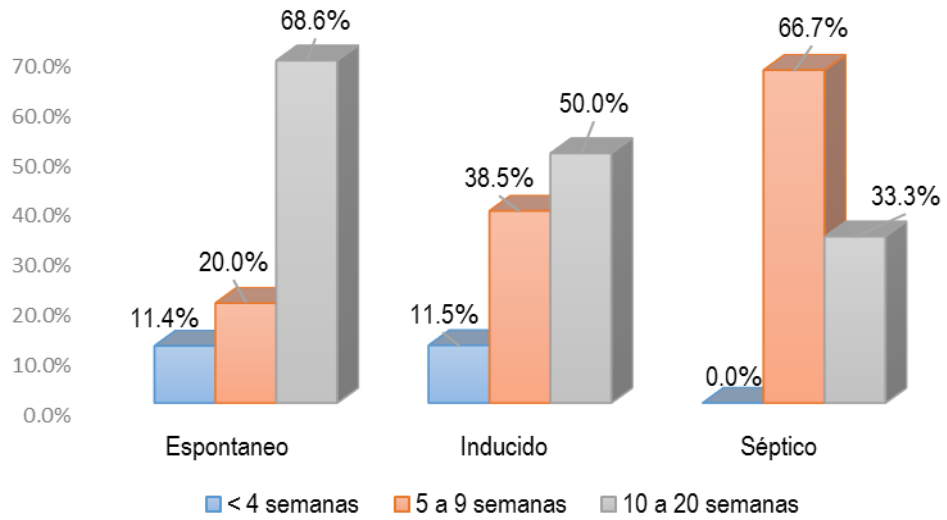
Los abortos espontáneos (76.8%), inducido (65.4%) y séptico (50%) presentaron adolescentes primígetsas (Gráfica N° 10).

Gráfica N° 10
Tipo de aborto según el Número de gestaciones en las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



Los abortos espontáneos (68.6%), inducido (50.0%) tuvieron entre 10 a 20 semanas de gestación; el 66.7% de los aborto sépticos se presentan entre 5 a 9 semanas de gestación (Gráfica N° 10).

Gráfica N° 11
Tipo de aborto según Edad gestacional de las adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba-SAN MARTIN
2014



10. DISCUSION

En los casos de aborto estudiados hubo predominio de las adolescentes de 17 a 19 años de edad (68.6%), ACHO ³⁵ encontró similar tendencia con el grupo de edad de 17 a 19 años (73.6 %), en el estudio de CIARAVINO ³⁷ la edad de mayor frecuencia correspondió a 16 años (55%). ENRIQUEZ ¹ encuentra que la mayor frecuencia fueron las adolescentes de intermedia intermedias. DOBLADO ³⁸ encuentra que el grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años.

La mayoría son solteras (88.2%) es lo que se espera ya que a esa edad no hay una relación estable con la pareja y hay dependencia de los padres; CIARAVINO ³⁷ encuentra una menor frecuencia de 58% que son solteras; la no dependencia económica y emocional con la pareja es uno de los motivos de considerar que el embarazo sea no deseado y con riesgo de realizar una práctica de aborto.

La mayoría de las adolescentes con aborto tienen nivel de instrucción secundaria (67.6%); CIARAVINO ³⁷ por su grupo de edad que estudio encuentra que la mayor proporción completó el primario (78%), la edad de estudio nos permiten encontrar a la mayoría de las adolescentes entre nivel secundario y primario como lo describen las estadísticas del INEI.

El 23.5% han tenido antecedente de aborto, una frecuencia menor al estudio de DOBLADO ³⁸ donde el 39,6 % habían tenido antecedente de abortos; aunque no se ha investigado, los datos mostraron que el 50% de los antecedentes de abortos presentaron aborto espontáneo y el 41.2% aborto inducido, pudiendo estar relacionado de que exista un mayor número de abortos inducidos en este grupo de edad.

El 73.5% son primigesta y el 24.5% son segundigesta, ACHO ³⁵ encuentra que solo el 9.4% son segundigesta, CIARAVINO ³⁷ encuentra un 15% con embarazos previos.

La mayoría de los abortos ocurren entre las 10 a 20 semanas (61.8%) y el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación. ACHO ³⁵ encuentra que la mayoría (59.4%) de los embarazo se interrumpieron antes de las 12 semanas. CIARAVINO ³⁷ encuentra que la mayor proporción

de los abortos fue entre las 9 y 12 semanas (41%). al revisar los datos observamos que cerca del 36% de los abortos inducidos fueron entre las 5 a 9 semanas, mientras que entre los 10 a 20 semanas fueron más espontaneos (76.2%).

Las principales manifestaciones de los casos de aborto fueron el sangrado y el dolor en la región de hipogastrio como se describe en la literatura; se encuentra que cerca del 18% tenían molestias urinarias como los descrito en el estudio de ACHO ³⁵ que la infección de la vía urinaria lo presentaron en el 9,4 %; la infección urinaria se le ha asociado a casos de prematuridad y aborto.

Los abortos espontaneos fueron los que predominaron (68.6%) sobre los inducidos (25.6%) y sépticos (5.9%); ACHO ³⁵ encuentra que solo el 2.8% de los casos estudiados aceptó haberse sometido a maniobras abortivas. CIARAVINO ³⁷ reporta que el 9% manifestó que el aborto fue provocado.

11. CONCLUSIONES

- Las adolescentes con aborto presentan entre los 17 a 19 años de edad (68.6%), solteras (88.2%), proceden de la zona urbanomarginal (42.2%) y zona urbana (37.3%), con nivel de instrucción secundaria (67.6%).
- El 23.5% han tenido antecedente de aborto, el 73.5% son primigesta, el 61.8% tienen entre las 10 a 20 semanas y el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación.
- La principal sintomatología de los casos de aborto son sangrado (100%) y dolor en la región de hipogastrio (95.1%), al examen el 45.1% de los casos presentaron el orificio externo abierto y en el 54.9% no hay registro. El 68.6% fueron catalogados como espontaneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto séptico.
- Los abortos espontáneos se presentaron en adolescentes de 17 a 19 años de edad (81.4%), solteras (85.7%), proceden de la zona urbanomarginal (40.0%) y urbana (38.6%), secundaria (77.1%), con antecedente de aborto (14.3%), primigesta (76.8%), entre 10 a 20 semanas de gestación (68.6%).
- Los abortos inducidos fueron en adolescentes de 14 a 16 años de edad (61.5%), solteras (96.2%), proceden de la zona urbanomarginal (46.2%) y urbana (38.5%); secundaria (50%), con antecedente de aborto (46.2%), primigestas (65.4%), entre 10 a 20 semanas de gestación (50.0%).
- Los abortos sépticos tuvo igual frecuencia entre las adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años de edad (50.0%), solteras (83.3%), proceden de la zona urbanomarginal (50.0%), secundaria (33.3%), primigestas (50%); entre 5 a 9 semanas de gestación (66.7%).

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar

- A las autoridades sanitarias para que realice campañas preventivas educacional en la zona urbano marginal de la ciudad de Moyobamba.
- A las gestantes adolescentes deben realizar su primer control prenatal e informarles sobre las complicaciones severas de los abortos, sobre todo los inducidos y ante cualquier eventualidad o duda acceder a un centro de salud más cercano
- Realizar campañas educativas en coordinación con autoridades locales sobre el riesgo del aborto inducido
- Reforzar el conocimiento del daño en su salud que le puede conducir el aborto inducido
- Tener en cuenta a la población adolescente gestante del riesgo de haber tenido antecedente de un aborto cualquiera que fuera la causa

CAPITULO V

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Enríquez Domínguez Bárbara, Bermúdez Sánchez Raúl, Puentes Rizo Elisa María, Jiménez Chacón María Caridad. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(2): 145-159
2. Guzmán A, Arturo MC, Fuzhtner C. Estado actual del aborto en la región boliviana. Su impacto en la salud reproductiva femenina. Semanario Internacional "Responsabilidad de la Sociedades de Obstetricia y Ginecología frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna. Rev Ecu Gin Obst. 2000;7(3):259-61.
3. Congreso de la República del Perú. Ley 26842. Ley General de Salud. Título II, Capítulo III, Artículo 29. 09 de julio de 2013.
4. Távara Orozco L, Jacay Munguía AV, Dador Tozzini M. Apuntes para la acción; El derecho de las mujeres a un aborto legal. Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para la ampliación de las causales de aborto por violación y malformaciones congénitas incompatibles con la vida. Lima. PROMSEX; 2007.
5. La Mesa por la Vida de las Mujeres y la Alianza por el Derecho a Decidir. Causal Salud. Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos. Bogotá: Cotidiano Mujer; 2009.
6. Sistema Peruano de Información Jurídica. Decreto Legislativo 635. Código Penal . Libro Segundo. Título I. Capítulo II. Art. 119. 03 de abril del 1991
7. Alarcón R., Coello J., Cabrera J., Monier G.. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer. 2009; 25(1-2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007&lng=es.
8. Salomón N, Álvarez L. Embarazos en la adolescente: Una mirada biológica, sociodemográfica y psicosocial. En: Álvarez L, Cabrera A, Sanabria G, compiladoras. Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes cubanos. La Habana: Casa Editora Abril; 2009. p. 66-95.
9. Silver T. Prevención y Promoción de la Salud Adolescente. En: Silver T, Munist M, Madaleno M, Suárez EN, editores. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie Paltex No. 20., Washington, D.C.: OPS; 1992.

10. Causas del Aborto Adolescente en el Perú.
<http://causasdelabortoadolescente.blogspot.com/>
11. Parra A. Aborto. <http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Aborto.pdf>
12. Peláez JM. Elementos históricos en torno al aborto. En: Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia. Capítulo XX. Problemática del aborto y el embarazo en las adolescentes. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007
13. Las cifras del Aborto en el Perú.
<http://www.flora.org.pe/web2/images/stories/bonnie/PDF/HojaInformativa28Sep.pdf>.
14. Sistema Peruano de Información Jurídica. Decreto Legislativo 635. Código Penal . Libro Segundo. Titulo I. Capitulo II. Art. 119. 03 de abril del 1991
15. Dador Tozzini MJ. El aborto terapéutico en el Perú . Lima: PROMSEX; 2010.
16. Chávez Alvarado S.. Aborto terapéutico, ausencia injustificada en la política sanitaria. Rev. perú. med. exp. salud publica [online]. 2013, vol.30, n.3 [citado 2015-07-07], pp. 494-499
17. Álvarez VM. Viabilidad jurídica de una guía técnica para la interrupción terapéutica del embarazo. Lima: PROMSEX; 2008.
18. Sistema Peruano de Información Jurídica. Decreto Legislativo 635. Código Penal. Libro Segundo. Titulo I. Capitulo II. Art. 114. 03 de abril del 1991.
19. Sistema Peruano de Información Jurídica. Decreto Legislativo 635. Código Penal. Libro Segundo. Titulo I. Capitulo II. Art. 115. 03 de abril de 1991
20. Schwarz. Obstetricia. 5ta Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1995. Pag.175-179.
21. Mortalidad materna. El aborto y la mortalidad materna. Medicina y desarrollo. Vol. VI. 1993. Pag.8.
22. <http://www.monografias.com/trabajos64/aborto-consecuencias/aborto-consecuencias2.shtml#ixzz3fCcQYJ3f>
23. Informe Alternativo de Organizaciones de la Sociedad Civil sobre el cumplimiento de la Plataforma para la Acción de Cairo a 20 años en el Perú. Lima. 2013.
24. Complicaciones del aborto. http://www.abortos.com/complicaciones_aborto.htm.
25. http://www.fertilab.net/gineclopedia/anticoncepcion/aborto/cuales_son_las_complicaciones_del_aborto_1

26. Mayer ML, Barrias AL, Barboza-Galeano SB, Fochesatto NA. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. 2006;160:1-4.
27. Nolazco ML, Rodríguez LY. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. 2006;156:13-18.
28. Rodríguez-Rigual M. Necesidad de creación de unidades de adolescencia. An Pediatr. 2003;58(supl 2):104-6.
29. Grupo de trabajo para la prevención del Embarazo adolescente seguimiento concertado. Alerta N° 01. 2012.
30. Ramírez G, Juárez C., Pérez J. Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2008
31. Embarazo en Adolescente. Perú. 2013.
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Embarazo-Adolescente-Peru.pdf>.
32. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):471-9 .
33. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2012. Lima: INEI. 2013
34. Speidel J., Harper C., Shields W. The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy. **Contraception Editorial September 2008**
35. Acho S., Campossano D., Canova E. Aborto en Adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev. Per. Ginecol. Obset. 2005;51(2):100-104
36. Calderón J., Alzamora de los Godos L. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2006,23(4).
37. Ciaravino H.; Martínez A.; Benvenuto S.; Gómez R.; Torres S.; Robles C. Aborto en adolescentes menores de 16 años. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 25, núm. 4, 2006, pp. 167-171
38. Doblado N., De la Rosa I., Junco A.. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol . 2010; 36(3): 409-421

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS, OBSTETRICAS Y CLINICAS DE LOS
ABORTOS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-1 DE MOYOBAMBA
2014**

1. Características sociodemográficas

Edad:..... años

Estado civil: 1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada

Procedencia: 1. Urbano 2. Urbano-marginal 3. Rural

Nivel de Instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria
4. Superior/Técnica

2. Características obstétricas

Antecedente de Aborto: 1. Si 2. No

Número de Gestación:.....

Edad gestacional: semanas de gestación

3. Características clínicas

Sangrado ()

Fiebre ()

Dolor abdominal ()

Molestias urinarias ()

Nauseas/Vómitos ()

Otros:

Orificio externo:

Orificio interno:

4. Aborto:

Espontaneo ()

Inducido ()

Terapéutico ()

Séptico ()

No definido ()