

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES
QUE ABORTARON Y FUERON ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
KATTYA GRISSEL SERNA LOAYZA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA - PERÚ

2017

ASESOR

DR. WALTER BRYSON MALCA

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a Dios por haberme dado la fuerza y perseverancia suficiente para seguir adelante.

A mi asesor Dr. Walter Bryson Malca por el apoyo para poder realizar la presente tesis.

Al jefe de servicio de Gineco-obstetricia Dr. Rómulo Panaque Fernández, por sus enseñanzas y el apoyo para la realización de este estudio.

DEDICATORIA

A mi mami por su apoyo, consejos, comprensión, amor y sobre todo por estar siempre inculcándome y dándome fuerzas en todo momento, siendo mi soporte emocional y la motivación para seguir surgiendo en la vida. Sin ti mamita no hubiera sido posible este logro, Te amo. Y sé que nuestro angelito que está en el cielo está tan feliz como nosotras, siempre te tenemos presente papito Beli.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores personales de las adolescentes que abortaron y fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.

Material y Métodos: El estudio es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, de diseño no experimental, en pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto que fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre de 2016, en 97 pacientes de quienes se revisaron sus historias clínicas para identificar qué factores personales intervinieron para el aborto. El análisis en cuanto a la estadística se realizó en Microsoft Excel® 2010.

Resultados: Los factores personales que conllevan a un aborto fueron: Edad que con mayor frecuencia se encuentra entre el periodo de 15 a 17 años 11 meses 29 días con 66.5%, en el nivel de instrucción con mayor frecuencia encontramos a aquellos que culminaron la primaria completa con un 37%, las pacientes con mayor frecuencia son procedentes del agustino en un 63% y la mayoría no pertenece a ningún grupo religioso con un 64%. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos con mayor frecuencia encontramos a las primigestas con 70.9%, la nulíparas tienen un 81.2%, referente al tipo de aborto más frecuente con un 85.2% encontramos al aborto espontáneo y el procedimiento realizado con mayor frecuencia es el AMEU con un 58.3%

Conclusión: La incidencia del aborto en el periodo de Enero a Diciembre del 2016 es de 76.82 por 1000 abortos, la edad más frecuente se encuentra entre las 15 a 17 años 11 meses 29 días y 6 días y el procedimiento realizado más frecuente en nuestro estudio es el AMEU.

Palabras clave: Aborto, factores personales de las adolescentes, antecedentes gineco-obstétricos.

ABSTRACT

Objective: To determine the personal factors of the adolescents who aborted and were treated at the National Hospital Hipólito Unanue from January to December, 2016.

Material and Methods: The study is an observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study of non-experimental design in adolescent patients diagnosed with abortion who were treated at the National Hospital Hipólito Unanue from January to December 2016, of 97 patients whose histories were reviewed Clinics to identify which personal factors intervened for abortion. Statistical analysis was performed with the Microsoft Excel ® 2010.

Results: The personal factors that lead to an abortion were: Age that is most frequently between the period of 15 to 17 years 11 months 29 days with 66.5%, in the level of education with more frequency we find those that finished the complete primary with 37%, patients with the highest frequency are from the Augustinian in 63% and most do not belong to any religious group with 64%. With regard to the gynecological history, we found the primigravidae with 70.9%, the nulliparous women have a 81.2%, referring to the type of abortion more frequent with 85.2% we found the spontaneous abortion and the procedure performed more frequently is the AMEU with 58.3%.

Conclusion: The incidence of abortion in the period from January to December 2016 is 76.82 per 1000 abortions, the most frequent age is between 15 to 17 years 11 months 29 days and 6 days and the most frequent procedure in our study is the AMEU.

Keywords: Abortion, adolescent personal factors, gynecological history.

PRESENTACIÓN

El aborto es la interrupción de la gestación que puede ser espontánea o provocada que sucede antes de las 22 ss, que se contabiliza desde el primer día de la última regla con un peso inferior e igual a 500gr. (OMS). Según el tiempo de gestación encontramos al aborto temprano que se produce cuando la edad gestacional es inferior a las 9 ss, mientras que en el aborto tardío la edad gestacional es mayor a las 9 ss; según su forma de presentación se subdivide en espontáneo, inducido y el terapéutico, este último cuando hay riesgo de muerte materna.

Las formas clínicas del aborto espontaneo son la amenaza de aborto, aborto en curso, aborto incompleto, aborto completo, aborto retenido, aborto séptico, aborto de repetición.

En nuestro País cada vez aumenta el nivel de incidencia de la pacientes adolescentes que acuden a practicarse un aborto todo esto debido a varios factores personales como son la edad, nivel de instrucción, procedencia, grupo religioso así como en los antecedentes gineco-obstétricos como el número de gestas, paridad, el tipo de aborto, y el procedimiento a realizar

Es importante tener un conocimiento previo referente a lo mencionado para poder actuar de manera correcta y poder prevenir futuras complicaciones que dañan la integridad moral de la paciente y todo esto con el fin de llegar a un buen diagnóstico y así mismo emplear el tratamiento más adecuado pudiendo ser desde un AMEU, legrado uterino hasta en casos extremos la histerectomía.

ÍNDICE

CARATULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XII
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	01
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA.....	02
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	02
1.4. OBJETIVOS:.....	03
1.4.1. GENERAL.....	03
1.4.2. ESPECÍFICOS.....	03
1.5. PROPÓSITO.....	04

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	05
2.2.	BASE TEÓRICA.....	08
2.3.	HIPÓTESIS.....	25
2.4	VARIABLES.....	25
2.5.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	26

CAPÍTULO III: METOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	27
3.2.	AREA DE ESTUDIO.....	27
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.5.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	28

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.	RESULTADOS.....	29
4.2.	DISCUSIÓN.....	38

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	CONCLUSIONES.....	40
5.2.	RECOMENDACIONES.....	41

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
--	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	42
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	45
--------------------	-----------

LISTA DE TABLAS

TABLA 1:	Incidencia de aborto en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....	29
TABLA 2:	Rango de edad de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....	30
TABLA 3:	Nivel de instrucción de las adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....	31
TABLA 4:	Procedencia de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....	32
TABLA 5:	Pertenecen a algún grupo religioso las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016	33
TABLA 6:	Número de gestas de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....	34
TABLA 7:	Paridad de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....	35
TABLA 8:	Tipo de aborto más frecuente en las adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....	36

TABLA 9: Procedimiento realizado a las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....37

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1:** Rango de edad de las adolescentes que abortaron y fueron atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....30
- GRÁFICO 2:** Nivel de instrucción de las adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....31
- GRÁFICO 3:** Procedencia de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....32
- GRÁFICO 4:** Pertenecen a algún grupo religioso las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 201633
- GRÁFICO 5:** Número de gestas de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....34
- GRÁFICO 6:** Paridad de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....35
- GRÁFICO 7:** Tipo de aborto más frecuente en las adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....36
- GRÁFICO 8:** Procedimiento realizado a las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016.....37

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: Operacionalización de variables.....	45
ANEXO N° 2: Instrumentos.....	49
ANEXO N° 3: Validez de instrumentos – Consulta de expertos.....	52
ANEXO N° 4: Confiabilidad de instrumentos – Estudio Piloto.....	56

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Etimológicamente aborto procede del latín abortus o aborsus, derivado de an-rior opuesto a orior nacer. El aborto es la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm (OMS).”⁵

En el Perú el aborto no está legalizado en ninguna de sus formas, con la única excepción en tanto la madre como la del feto tienden a correr riesgo de vida ya sea en forma mutua o sea solo uno de ellos, en instituciones de salud acreditadas.

En el Perú las adolescentes representan la cuarta parte de la edad reproductiva, esta etapa se caracteriza por presentar una serie de cambios entre ellos sociales, físicos y emocionales, hoy en día aun el tema de sexualidad sigue siendo poco accesible para el conocimiento de la población en general y sobre todo en el grupo étnico mencionado, conllevando a muchos problemas tanto en el ámbito de salud, familiar y sociedad.

La gestación que se da en la etapa de vida de la adolescente es considerada de alto riesgo por no contar la joven madre con un desarrollo tanto físico como emocional conllevando a ser un gran problema de salud pública, aumentando el índice de morbi-mortalidad materna y perinatal, por ende se tiene que tomar mayor énfasis en ya sea en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de un ámbito de vida sexual y reproductiva en esta etapa de vida, siendo un compromiso tanto de la familia, instituciones educativas, grupos sociales, así mismo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. El sector salud tiene un gran compromiso en el seguimiento de estas pacientes cuyo embarazo frecuentemente terminan en

abortos. Seguir de manera estricta todos los protocolos de manejo en atención de embarazos en adolescentes y así también de su complicación más frecuente que es el aborto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores personales de las adolescentes que abortaron y fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a Diciembre del 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

Entre los problemas que conllevan el aumento de la morbi-mortalidad materna y perinatal se encuentra el embarazo en adolescente que en estos últimos años va en ascenso, las consecuencias más frecuente de este problema de salud es la interrupción del embarazo, es por ello que pretendemos en este estudio conocer los antecedentes personales que llevan a una adolescente a un aborto. Es necesario realizar esta investigación ya que no existen muchos estudios referentes al tema tanto en el ámbito nacional e internacional.

Justificación práctica

El conocer los factores personales nos ayuda a trabajar en ellos, en la prevención y promoción de salud sexual y reproductiva para evitar embarazos tempranos y sus respectivas consecuencias en el grupo etareo de estudio.

Justificación social

Este estudio de investigación está enfocado a la prevención del aborto adolescente, pues socialmente es mejor prevenir una enfermedad que tratarla, ya que con ello se disminuye el riesgo de padecer daños multiorgánicos que dejan secuelas severas en nuestras adolescentes y sumado a ello los gastos económicos que se generan son superiores a tomar medidas preventivas.

Por lo anterior mencionado realizar estudios sobre los factores personales para un aborto adolescente influye en un bienestar tanto social como económico para nuestro país.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores personales de las adolescentes que abortaron y fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de abortos de las adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.
- Identificar los factores personales: Edad, Nivel de instrucción, procedencia y grupo religioso de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.

- Conocer los antecedentes gineco-obstétricos: Número de gestas, paridad, tipo de aborto y procedimiento realizado de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.

1.5. Propósito

Identificar los factores personales que conllevan a que una adolescente que sale embarazada tome la decisión o sea influenciada para la interrupción del embarazo. Así mismo sus antecedentes gineco-obstétricos nos permitirán conocer más ampliamente los problemas de este grupo etario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Antecedentes internacionales

Hernandez Hernandez Patricia et all, titulado: “Factores personales y aborto en adolescentes”.¹ Realizaron un estudio de investigación de expedientes clínicos en el Hospital de Veracruz en el periodo enero-octubre del 2008, México – 2009.

Cuyo objetivo es: “Conocer los factores personales de las adolescentes que abortaron en el Hospital de Veracruz en el periodo enero-octubre del 2008.”¹

Dicho estudio es: “Descriptivo, retrospectivo y transversal porque la información se obtuvo de las historias clínicas. El universo estuvo compuesto por 213 expedientes clínicos de adolescentes, para la recolección de datos se utilizó una ficha, la cual contiene variables como: “Antecedentes personales (edad, estado civil, ocupación, escolaridad, procedencia, religión), antecedentes gineco-obstétricos (menarca, número de gestas, partos, tipo de aborto, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso y año)”.¹

Concluyó que “en cuanto a su estado civil con mayor frecuencia se encuentran solteras con un 52%, la mayoría de las adolescentes cuentan con primaria completa con 24.6%, así mismo con mayor frecuencia no pertenecen a ningún grupo religioso en un 70%, en relación con el número de gestaciones destaca con mayor prevalencia las primigestas con un 74% , Se encontró en mayor frecuencia a las nuliparas con un 82.6 % , a su vez el aborto incompleto es el diagnostico de ingreso más frecuente con un 56.3%, la mayoría de adolescentes tienen como diagnóstico de egreso de Legrado uterino instrumental (LUI) con un 66.7%.”¹

Dra. Sara Amneris Urguelles Carrera et all, titulado: “Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior”.² Realizaron un estudio en el Hospital Militar. La Habana, Cuba-2012.

Cuyo objetivo “fue determinar el comportamiento sexual, identificar antecedentes de abortos provocados y la morbilidad.”² **Dicho estudio:** “Es de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal. El nivel de instrucción de los casos estudiados se encontraban en: 1er y 3er año de carrera. La información obtenida fue a través de una entrevista.”² **Y se obtuvo el siguiente resultado**, la mayoría de adolescentes provocó la interrupción de su embarazo con un 42,2 %, el inicio de actividad sexual en el grupo de estudio fue frecuente entre 15-17 años con un 50.5%. **Se concluye que** “entre los factores de riesgo más frecuentes de aborto provocado en adolescente se encuentra el inicio de la actividad sexual precoz (entre 15-17 años) y la falta de protección en la actividad sexual.”²

Norma Isaura Doblado Donis et all, titulado: “Aborto en la adolescencia un problema de salud”.³ Realizaron el estudio en el hospital gineco-obstétrico. Matanzas, Cuba – 2010.

Cuyo objetivo es “relacionar y evaluar los aspectos sociales, demográficos y psicológicos de las adolescentes que interrumpen su embarazo. La población estuvo conformada por 128 adolescentes, y el instrumento utilizado para recolectar los datos fue una encuesta. El estudio realizado es de tipo descriptivo observacional.”³

Como resultado con las variables estudiadas se observó que “la edad más frecuente se encuentra entre el rango de 15-17 años con un 57.8% y el menos frecuente en menores de 14 años con un 10.9%, el estado civil más

predominante son las solteras con 71% seguido de las que conviven con 21.8% y en el último lugar con menor frecuencia las casadas con 12% ,con respecto al nivel educativo encontramos a las pacientes que culminaron la secundaria con 59.3% ,seguida de primaria completa con un 25% y con respecto a los antecedentes obstétricos , respecto a la paridad las nulíparas se encuentran con mayor frecuencia con un 82% , con menor incidencia las multigestas con un 17.9%, son pocas las adolescentes que presentan una historia de aborto anterior con un 60.9% y con un 39.6% pacientes sin antecedente previo de aborto.”³ **Se concluye en el estudio** que “el aborto en las adolescentes como problema de salud se debe predominantemente al inicio temprano de las relaciones sexuales, así mismo la falta de comunicación intrafamiliar ,por ende el poco conocimiento del tema sexual conllevan a la problemática mencionada como: La promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares disfuncionales, el no uso de métodos anticonceptivos y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación estadística en el estudio”.³

Antecedentes Nacionales

Jorge Aparicio et all, titulado: “Características del aborto en adolescentes en el hospital dos de mayo, Lima- 2013.”⁴

Teniendo como **objetivo** “el identificar las características del grupo mencionado. 71 pacientes fue el total del universo estudiado. Para dicho estudio se utilizó una ficha de recolección de datos.”⁴ Teniendo como **resultado** que “la mayoría de casos se encuentra entre los 16 a 18 años con un 92,7%, el estado civil más frecuente es el de convivientes con un 55,1%. El aborto incompleto con un 86.9% fue el diagnóstico de ingreso más

frecuente, dentro de los antecedentes el aborto anterior fue el más frecuente con un 10.1%.”⁴

Se Concluye que “en el estudio el aborto se encuentra con mayor frecuencia en la adolescencia tardía y con bajo nivel sociocultural.”⁴

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición

“Según la SEGO considera aborto a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatiforme, etc), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontaneo o provocado.”⁵

“Según la OMS el aborto es la Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm.”⁶

2.2.2 Clasificación

Clasificación Clínica del aborto

- **Tomando en cuenta el edad de gestación**

Aborto Temprano⁵

- “Cuando la edad gestacional es menor de 9 semanas (ss).”⁵
- “Cuando ocurre antes de las 12 semanas, acá también podemos considerar el aborto bioquímico y preclínico, que sucede antes de que el blastocito se implante. EL BHCG es la prueba más utilizada para el diagnóstico.”⁶

Aborto Tardío⁵

- “Cuando la edad gestacional es mayor a las 9 semanas.”⁵
- “Cuando ocurre a las 12 o más semanas durante la gestación.”⁶

• Forma de presentación del aborto

Inducido: “Como sabemos la ley peruana no acepta este tipo de aborto y el código penal contempla sanciones a quienes lo practiquen.”⁵

Aborto Terapéutico: “Terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre.”⁵

Espontáneo.

Tipos según la clínica

El dolor a nivel pélvico y el sangrado por vía vaginal es la sintomatología más frecuente de este aborto.

➤ **Amenaza de aborto**

“Se caracteriza por presentarse en un edad gestacional menor de 22 semanas sin alteraciones de cuello cervical acompañados de contracciones uterinas y sangrado por vía vaginal.”⁵

➤ **Aborto en curso , inevitable o inminente**

“Hay presencia de cambios cervicales, el OCI permeable, membranas integras acompañado de un aumento tanto en la actividad uterina y sangrado.”⁶

“Cuando hay presencia de intensificación de los signos y síntomas, la presencia de mayores cambios cervicales como un OCI>8mm y ruptura de membranas estamos frente a un aborto inevitable.”⁶

➤ **Aborto incompleto**

“Se aprecia a nivel de cuello cervical el OCE y OCI abiertos, una pérdida del producto de manera incompleta, el examen auxiliar de diagnóstico más utilizado es la ecografía.”⁶

➤ **Aborto completo**

“Caracterizada por la desaparición de los signos y síntomas mencionados y la perdida completa del producto, a nivel uterino y cervical ya se evidencia normalidad.”⁶

➤ **Aborto retenido**

“Se manifiesta con la muerte de producto a nivel uterino, manteniéndose ahí por un intervalo de tiempo largo, hay ausencia de sangrado y es más frecuente encontrar cuello uterino no abierto.”⁶

Con el estudio ecográfico se pueden distinguir 2 tipos:

- **Diferido**
- **Gestación anembrionada**

➤ **Aborto séptico**

“Hay mayor compromiso clínico, se caracteriza por presentar fiebre, sangrado por vía vaginal purulento en su gran mayoría, persiste el dolor a nivel pélvico. Un análisis complementario con presencia de leucocitosis nos hace sospechar que estamos frente a esta patología, por la localización los gérmenes gram (-) son los más frecuentes.”⁶

➤ **Aborto de repetición**

“Se debe excluir embarazos ectópicos o formación molar, considerar la presencia de abortos a repetición.”⁶

2.2.3. Epidemiología

“Patología obstétrica más frecuente; incidencia entre 11 y 20%, el aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud mundial. La OMS estima que más de 20 millones se realizan cada año bajo condiciones inseguras y que entre 10% y 50% de mujeres requieren cuidado médico por complicaciones, cerca del 13% de mortalidad materna en el mundo corresponde al aborto provocado, principalmente en países donde es ilegal, así: 20-25% de todas las muertes maternas en Asia, y 30-35% de las muertes en África y América Latina.”^{5,9-10}

“El aborto espontáneo aumenta con la edad materna: 11.1% entre 20-40años, 11.9% de 25-29 años ,15% de 30-34 años, 24.6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y del 93.4% a partir de los 45 años.”¹¹

“Las mujeres que ya han tenido un aborto tienen más posibilidades de abortar en un segundo intento (16%) y las que han tenido dos abortos tienen mayores probabilidades de tener un tercero (25%). A pesar de todo, una paciente que haya tenido tres abortos, aún tiene una posibilidad de 55% de tener un cuarto embarazo con éxito.”¹²

2.2.4. Incidencia

“La incidencia total del aborto es mucho mayor, la incidencia del aborto subclínico está entre 60 y 78%. Las pérdidas post implantación cerca de un 43% y la mayoría de ellas (33%) sólo diagnosticadas por un aumento de la HCG, y en un 11% fueron evidentes clínicamente. La mayoría de abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre en las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 22. El aborto recurrente se encuentra en 1% de todas las mujeres. En las adolescentes puede alcanzar entre 10 y

12%, mientras que en las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces.”⁵

2.2.5. Etiología

“Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno”¹³, o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. En la mitad o dos terceras partes de los casos están asociados a alteraciones cromosómicas.”¹⁴

2.2.6. Factores de riesgo

Entre ellos tenemos:

a. Factores personales maternos

- Edad
- Nivel de instrucción
- Procedencia
- Grupo religioso

b. Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos

- Numero de gestas
- Paridad
- Tipo de aborto
- Procedimiento realizado

c. Factores fetales

“Principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos es el desarrollo anormal del cigoto.”¹⁵

“Entre las anomalías cromosómicas más frecuentes se encuentra los abortos de tipo: Aneuploide, Tetraploidia y euploide.”¹⁵

d. Con respecto a la madre

- **Infeciosos:** “Toxoplasma gondii, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis y Ureaplasma . TORCH.”¹⁶
- **Enfermedades crónicas:** “Tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial.”¹⁶
- **Nutrición:** “El incremento del aborto espontáneo se debe a la desnutrición severa.”¹⁶
- **Endocrinas:** “Diabetes mellitus, Hipotiroidismo y síndrome de ovario poliquístico.”¹⁶
- **Anomalías en el útero :** “Sinequias, Leiomiomas.”¹⁶
- **Incompetencia cervical**
- **Lesiones de tipo traumático**

e. Con respecto al entorno ambiental :

- “El alcohol conjuntamente con el tabaco son considerados tóxicos para el embrión, también encontramos como factor predisponente la radiación.”¹⁶

f. Factores inmunológicos

2.2.7. Manifestaciones clínicas

- Presencia de sangrado vaginal y dolor a nivel pélvico.
- Ausencia de la menstruación.
- Compromiso general cuando nos encontramos frente a un caso de aborto séptico.

Tomar en cuenta la presencia de las siguientes manifestaciones de alarma:

“Fiebre materna, Hemorragia aguda con taquicardia e hipotensión, Sospecha de abdomen agudo quirúrgico, Compromiso del sensorio, Leucocitosis con desviación izquierda en el hemograma; coagulación, función renal y hepática anormales.”¹⁶

2.2.8. Diagnóstico

- **Anamnesis.** “Tomar en cuenta el tiempo de embarazo mediante el FUR, antecedentes gineco-obstetricos, la presentación de la ausencia de la menstruación, dolor a nivel de hipogastrio y sangrado vaginal, excluir el embarazo ectópico frente a la presencia de dolor a nivel de hipogastrio localizado.”¹⁷
- **Exploración física.** “Es muy importante descartar un abdomen agudo y confirmar la estabilidad hemodinámica. En cuanto al examen gineco-obstetrico tomar en cuenta las características del sangrado, el aspecto, la cantidad y el origen. Por último, se va realizar la extracción bimanual para poder corroborar si hay

dilatación cervical, de la misma manera en algunos casos identificar masas anexiales.”¹⁷

“Todo lo mencionado es importante para el diagnóstico, pero definitivamente el Gold standard es la ecografía acompañado de los niveles de BHCG aumentados.”¹⁷

- **Ecografía.** “La realización de este examen es obligatorio ante la sospecha de cualquier embarazada con sospecha de aborto.”¹⁵ “El uso de la sonda transvaginal también es recomendado.”¹⁶

“En caso de aborto diferido a nivel de la ecografía es frecuente encontrar:”¹⁷

- ✓ “Producto sin latidos cardiacos con mayor de 5 mm de tamaño.”¹⁷
- ✓ “Producto con mayor de 3,5mm de tamaño con ausencia de la actividad cardiaca, demostrada por un especialista.”¹⁷
- ✓ “Mayor de 20 mm a nivel del saco gestacional.”¹⁷

“La gestación es viable comprueba la presencia de latido cardiaco. Su detección por ecografía transvaginal es posible desde la aparición del tubo cardiaco (al inicio de la sexta semana), 21 días después de la fecundación. Se refiere a un embrión de 1,5-2mm. Alrededor del 5% de los embriones de 2-4mm no se identifica latido cardiaco y, no obstante, dan lugar a gestaciones evolutivas. La bradicardia <100 lpm aumenta la incidencia de aborto, se dice que si en una segunda exploración después de una semana continua la bradicardia, inevitablemente se producirá un aborto espontáneo.”¹⁸

- **Determinación de BHCG.** “Es de utilidad como complemento a la ecografía en caso de que no se haya podido localizar con seguridad la gestación. Una vez que corroboro la existencia de un embarazo intrauterino ya no es necesario la monitorización de los niveles de BHCG. Cuando es >1000 mUI/ml se localiza la gestación por ecografía y si es >1500 mUI/ml, es mucho más probable localizar una gestación intrauterina en hasta un 92% de los casos.”¹⁹

“En la gestación intrauterina viable, los niveles de BHCG tienden a duplicar su valor cada 48 horas, este incremento es de al menos el 53% de los casos, si el incremento es menor, se debe sospechar de una gestación ectópica. Cuando los niveles disminuyen a los 2 días, no encontramos ante una gestación no viable, ya sea intrauterina o ectópica.”²⁰

- **Exámenes Complementarios.**
 - “Anticoagulante lúpico y anticardiolipina.”²⁰
 - “Exámenes según criterio médico.”²⁰
 - “Estudio de contenido endouterino anatómico-patológico.”²⁰

2.2.8.1 Diagnóstico Diferencial

Sangrado por implantación. “Se trata de una hemorragia escasa, en cantidad menor a una menstruación, ocurre casi en el 50 % de las gestantes entre la semana 4 y 6. Muchas veces se confunde con la menstruación, lo que produciría una alteración en cuanto al cálculo de la edad gestacional, frente a

estos casos debemos conocer que no se trata de una amenaza de aborto.”²¹

- **Patología del aparato genital.** “La adecuada exploración ginecológica con especulo nos permitirá confirmar si la hemorragia es vulvo-vaginal o es de origen uterino. La causa más frecuente de hemorragia en el primer trimestre es el traumatismo ocasionado por las relaciones sexuales sobre una vagina o cérvix más friable, debido a los mismo cambios propios del embarazo.”²¹
- **Metrorragia disfuncional.** “Se debe solicitar un test de embarazo para descartar esta posibilidad a cualquier paciente que consulte por cuadro de metrorragia.”²¹
- **Embarazo ectópico.** “El diagnóstico diferencial se plantea cuando existe una prueba de embarazo positiva y mediante la ecografía no se puede localizar gestación. En este caso se debe cuantificar los niveles de BHCG. La sospecha de embarazo ectópico es alta cuando se procede a hacer una ecografía transvaginal y se evidencia un útero vacío, en los análisis de laboratorio los niveles BHCG son >1800 mUI/ml.”²²
- **Gestación molar.** “Se sospecha ante niveles muy elevados de BCHG juntamente con el hallazgo ecográfico de cambios hidrópicos placentarios y/o quistes.”²²
- **“Cervicitis, Pólipos cervicales, desgarros vaginales, cáncer de cuello uterino”**⁵

2.2.9. Tratamiento no farmacológico

Antes de indicar el tratamiento una vez establecido nuestro diagnóstico de “aborto espontáneo”, tenemos que tomar en cuenta medidas generales si no se realizaron durante en proceso diagnóstico:

- **Anamnesis.** “Acá se debe indagar sobre las enfermedades familiares y personales, así como los antecedentes obstétricos que pueden influir en el manejo terapéutico. Recordar la valoración de posibles alergias, como también seleccionar a la pacientes que puedan tener alguna historia psiquiátrica, entorno social desfavorecido, presión familiar o social.”²³
- **Exploración física.** “Se orienta a la evaluación de la enfermedades ya mencionadas en el proceso diagnóstico, en cuanto a la exploración obstétrica debemos valorar el tamaño y la posición uterino, así como el grado de maduración y dilatación cervical.”²³
- **Hematimetría.** “Se debe cuantificar la hemoglobina para así poder descartar algún tipo de anemia ya sea basal o secundaria al sangrado. Acá también es fundamental los valores de leucocitos y con ello descartar una infección activa.”²³
- **Estudio básico de coagulación.** “Puede ser necesario previo al tratamiento quirúrgico con anestesia.”²³
- **Grupo y factor.** “Imprescindible para seleccionar a las mujeres que requieren profilaxis anti-D o en casos de anemia moderada a severa que necesiten de transfusión.”²³
- **Otras determinaciones.** “HIV, Hepatitis B o C, etc.”²³

2.2.10. Tratamiento

a. Plan de Trabajo.

“Tratamiento oportuno del aborto, preservar la fertilidad futura, prevenir el deterioro materno, realizar interconsulta a otras especialidades y a UCI materna de ser necesario. En caso de complicaciones convocar manejo mediante Junta Médica. Consentimiento informado a paciente y/o familiares. Pacientes adolescentes deben ser hospitalizadas.”⁵

b. Lugar y Forma de Atención.

• Evaluación del Riesgo

“Acorde con el nivel de atención de la Institución, los casos no complicados podrán ser manejados ambulatoriamente de acuerdo a la guía clínica.”⁵

• Atención Integral a la Mujer

“Siendo el postaborto uno de los más críticos en la vida de una mujer, sea espontáneo o provocado, debe ofrecerse apoyo psicológico.”⁵

• Consejería en Planificación Familiar

“Ofrecimiento de métodos anticonceptivos post aborto. Asesorar y dar la oportunidad de escoger y optar un método anticonceptivo, si desea, o si su situación clínica lo amerita.”⁵

c. Medidas generales.

• En Pacientes Hemodinámicamente Estables

“Evacuación uterina a través de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en aborto no complicado Q de 12 semanas o Legrado uterino después de 12 semanas de edad gestacional. En caso de Aborto No Complicado el manejo post AMEU es ambulatorio. Los casos de aborto frustrado o retenido mayor de 12 semanas de gestación considerar manejo hospitalario y legrado uterino en centro quirúrgico previo estudio de los factores de coagulación.”⁵

• En Pacientes Hemodinámicamente Descompensadas: Por hemorragia o Infecciones

“Hospitalización de la paciente, colocación de una vía endovenosa con catéter Nº 18, reanimación hemodinámica con Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc a chorro luego 60 got/min y evaluar necesidad de transfusión sanguínea, oxigenoterapia 3 L/min con cánula binasal, antibioticoterapia endovenosa de amplio espectro, Colocar una Sonda Foley, Solicitar hemoglobina, hemograma, pruebas hepáticas y renales, perfil de coagulación, hemocultivo, pruebas cruzadas, ecografía transvaginal o pélvica, evacuación uterina a través de Legrado uterino en Centro Quirúrgico, si hay signos de abdomen agudo quirúrgico pasar a Sala de Operaciones para laparotomía exploratoria, en caso de fiebre o leucocitosis aplicar guía de aborto séptico, en caso de aborto con complicaciones se indicará hospitalización de la paciente con antibioticoterapia de amplio espectro.”⁵

d. Tratamiento farmacológico.

Misoprostol: “Se utiliza ante la presencia de abortos incompletos, de tipo retenido donde el producto no a sido expulsado de manera completa o parcial, en algunos casos se utiliza para maduración cervical para procedimietos quirúrgicos teniendo una mejor accesibilidad a la cavidad uterina.”⁵

e. Procedimientos quirúrgicos

- **Legrado uterino (LE):** “En presencia de una gestación interrumpida mayor de 12 semanas.”⁵
- **AMEU:** “La aspiración manual endouterina se realiza en abortos en gestación menos a 12 semanas.”⁵

f. Criterios de alta.

“Post LE y/o AMEU la paciente será dada de alta una vez estabilizada hemodinamicamente movilizándose independientemente y tolerando la via oral. Al alta la paciente debe recibir orientación sobre temas sexuales y reproductiva con la opción de elegir el método anticonceptivo deseado.”⁵

MEDIDAS ESPECÍFICAS.

Manejo del Aborto en curso

Requiere atención inmediata por lo que se debe hospitalizar para:

“Colocación de una vía endovenosa segura con ClNa 9‰, solicitar exámenes auxiliares: Ecografía transvaginal, hemograma, Grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, RPR, prueba de elisa VIH o prueba rápida. Reforzar actividad uterina con oxitocina, el uso de AINES para atenuar el dolor. La realización de procedimientos quirúrgicos según amerita el caso.”⁵

Manejo de aborto incompleto

“Colocación de vía endovenosa segura con ClNa 9‰. Solicitar exámenes auxiliares: Ecografía transvaginal, hemograma, Grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, RPR, prueba de elisa VIH o prueba rápida.”⁵

Procedimiento:

AMEU: “Frente a un útero menor de 12 cm, considerando la dilatación del cérvix.”⁵

LE: “Frente a un útero mayor de 12 cm, evidenciándose contracciones uterinas con un cérvix abierto, se opta por madurar el mismo con misoprostol de 200mcg c/6h con un máximo de 4 dosis.”⁵

“Si la metrorragia es abundante, colocar una vía segura con oxitocina y evacuar el contenido uterino inmediatamente en sala de operaciones. Si cérvix estuviera cerrado, realizar una dilatación instrumental seguida de legrado uterino, o mediante histerotomía abdominal en último caso. En caso de aborto incompleto no complicado el manejo es ambulatorio y en el aborto incompleto complicado se debe hospitalizar. Así mismo el manejo en pacientes adolescentes es hospitalario.”⁵

Manejo del Aborto retenido o frustrado

“Una vez hospitalizada la paciente se solicita exámenes auxiliares complementarios, en presencia de un OCE cerrado se requiere el uso de prostaglandinas por V.O o vaginal, si la gestación es < 12 semanas se opta por madurar el cérvix con “misoprostol de 400mcg Stat” y posterior a ello el AMEU. En caso de una edad gestacional > 12 semanas, de la misma manera se llega a la maduración cervical e inducción con prostaglandinas por las dos vías ya mencionadas y LE a posterior.”⁵

“Estar alerta a complicaciones hemodinámicas que se puedan presentar, para lo cual es necesario siempre contar con el grupo sanguíneo y paquetes globulares para el manejo si así se requiere, así mismo evitar y considerar como complicación la perforación uterina.”⁵

Manejo del Aborto completo

“Una vez confirmado el diagnóstico mediante la ecografía y niveles de BHCG elevado, tomar en consideración los procesos quirúrgicos como manejo.”⁵

Manejo del Aborto Séptico

“Para el manejo se requiere un estricto seguimiento de los protocolos y manejo en UCI.”⁵

g. Complicaciones.

Entre las más destacadas tenemos: “Anemia aguda, Hemorragia, shock hipovolémico, Septicemia, la perforación uterina y muerte materna.”⁵

2.3. Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo, no presenta hipótesis.

2.4. Variable:

Factores personales de las adolescentes que abortaron.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

- **Aborto:** “Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm.”¹⁷
- **Adolescente:** “Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, que se encuentra entre los 12-17 años 11 meses 29 días.”¹⁷
- **Edad:** “Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia Clínica.”¹⁷
- **Nivel de instrucción:** “El nivel de instrucción de una persona 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.”¹⁷
- **Procedencia:** “El origen de una persona, en este sentido, puede asociarse a su tierra natal o a la de su familia.”¹⁷
- **Grupo religioso:** “Movimientos pequeños dentro de la religión, pueden pertenecer o no a algún grupo religioso, ya sea católico, cristiano, etc.”¹⁷
- **Número de gestas:** “Número de embarazos que ya tenido el paciente, independientemente si termino con parto, aborto, o cesárea.”¹⁷
- **Paridad:** “Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.”¹

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, de diseño no experimental.

3.2. Área de estudio:

El área de investigación es el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.3. Población y muestra

Pacientes adolescentes con el diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero a diciembre del 2016 Lima – Peru, en nuestro estudio nuestra muestra toma toda la población, siendo de 97 pacientes.

3.3.1. Criterios de inclusión

Pacientes adolescentes con el diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero a diciembre del 2016 Lima – Perú.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue de investigación documental.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos mediante la historia clínica.

3.5. Diseño de recolección de datos

- Se solicitó a la jefatura del Departamento de Gineco–Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue la autorización para la realización del estudio.
- Posteriormente se inició la recabación de información exclusivamente con fines de estudio, respetando la confidencialidad de la paciente, de esta forma se llenaron las fichas de recolección de datos.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectados los datos a través de las fichas de recolección se procedió a la codificación, tabulación, ingreso de los datos a MS Excel y luego al programa estadístico statistical program for social sciences (SPSS) versión 20, aquí se evaluó estadísticamente, y posteriormente se vació dicha información en gráficos, empezando los reportes de frecuencia simple, luego se categorizo las variables para un análisis de datos agrupados.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 1262 casos de aborto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. De los cuales 97 se presentaron en adolescentes, siendo el 7.68%.

TABLA N° 01: INCIDENCIA DE ABORTO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

	N	Incidencia
Aborto en adolescentes	97	76.82
Total de abortos	1262	

Fuente: ficha de recolección de datos

$$P = \frac{\text{N° de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de poblacion en ese momento}} \times 1000$$

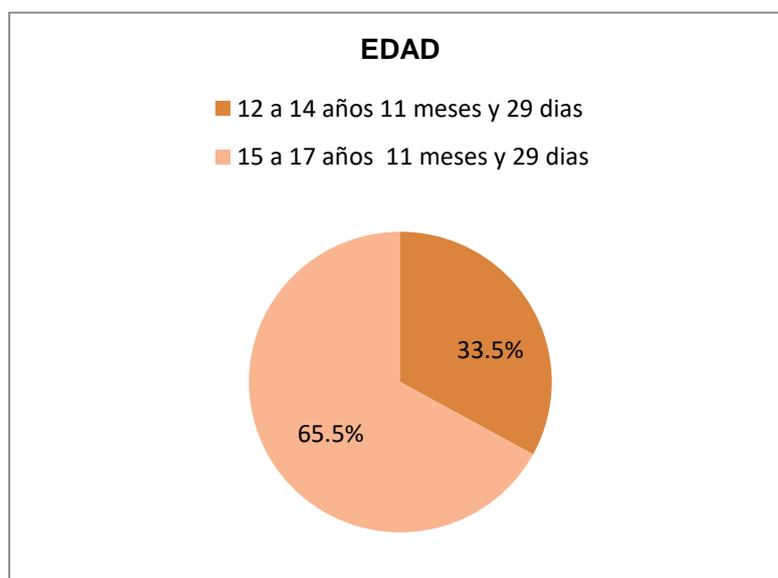
La tasa de incidencia de aborto en adolescentes y en el periodo de enero a Diciembre del 2016 es de 76.82 por cada 1000 abortos.

TABLA N° 2. RANGO DE EDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
12-14 años 11 meses y 29 días	32	33.5
15-17 años 11 meses y 29 días	65	66.5
TOTAL	97	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 1. RANGO DE EDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON



Fuente: Ficha de recolección de datos

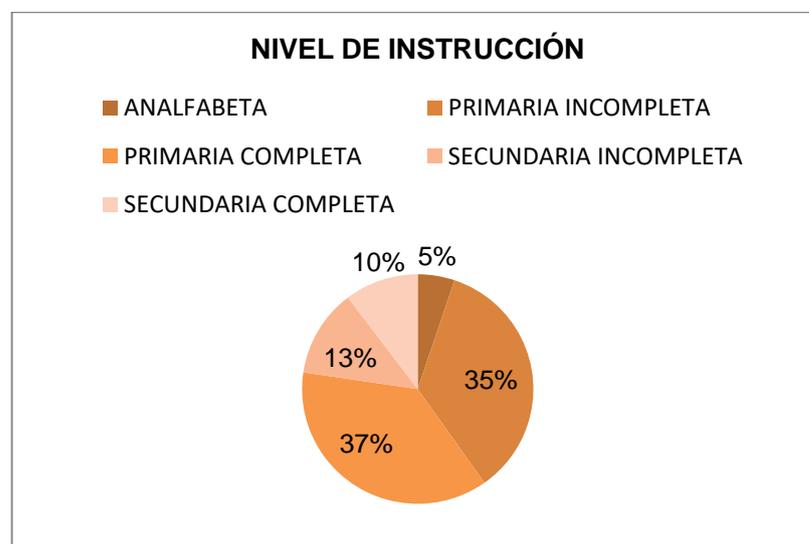
Interpretación: El rango de edad más frecuente en las adolescentes es de 15 a 17 años 11 meses y 29 días con un 65.5% y el de menor frecuencia es el rango de 12 a 14 años 11 meses y 29 días con un 33.5%.

TABLA N° 3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	5	5
PRIMARIA INCOMPLETA	34	35
PRIMARIA COMPLETA	36	37
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	13
SECUNDARIA COMPLETA	10	10
TOTAL	97	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON



Fuente: Ficha de recolección de datos

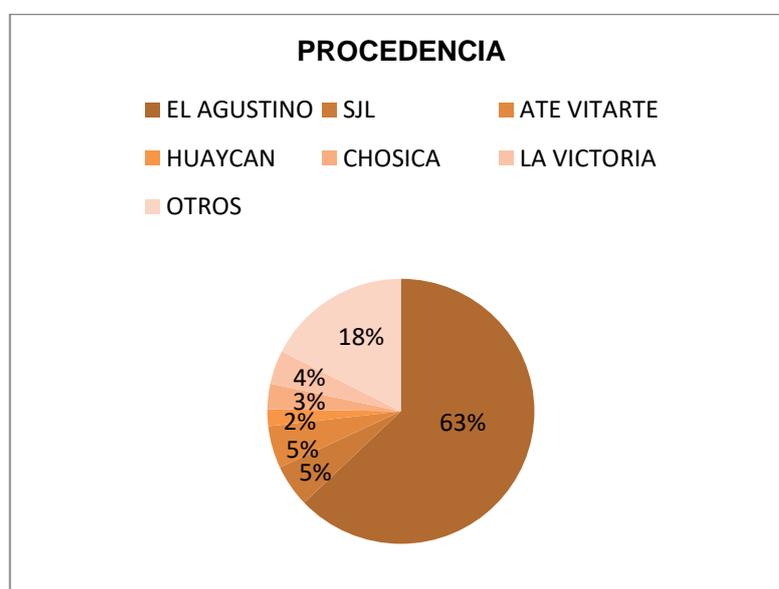
Interpretación: El nivel de instrucción más frecuente en las adolescentes es secundaria completa con un 37%, seguida por primaria incompleta con un 35% y el de menor frecuencia es analfabeta con un 5%.

TABLA N°4. PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
EL AGUSTINO	61	62.4
SJL	5	6.1
ATE VITARTE	5	5.6
HUAYCAN	2	2.3
CHOSICA	3	2.8
LA VICTORIA	4	3.8
OTROS	17	17
TOTAL	97	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°3. PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON



Fuente: Ficha de recolección de datos

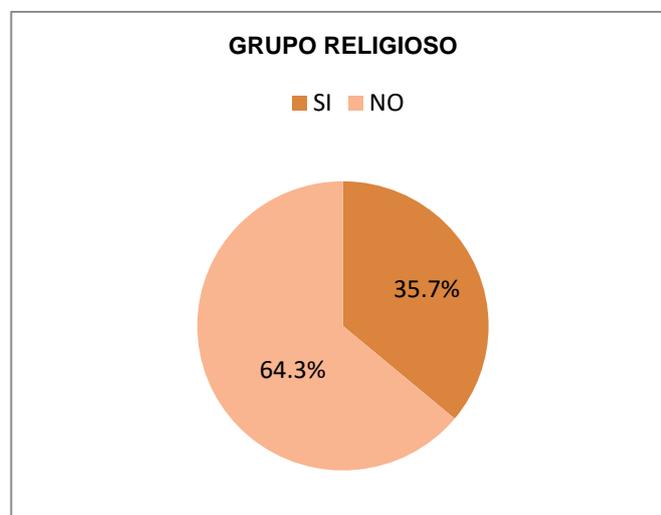
Interpretación: La procedencia más frecuente de las adolescentes es El Agustino con un 63% y el menos frecuente es Huaycan con un 2%.

TABLA N°5. PERTENECEN A ALGUN GRUPO RELIGIOSO LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON

GRUPO RELIGIOSO	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	35
NO	62	64
TOTAL	97	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°4. PERTENECEN A ALGUN GRUPO RELIGIOSO LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON



Fuente: Ficha de recolección de datos

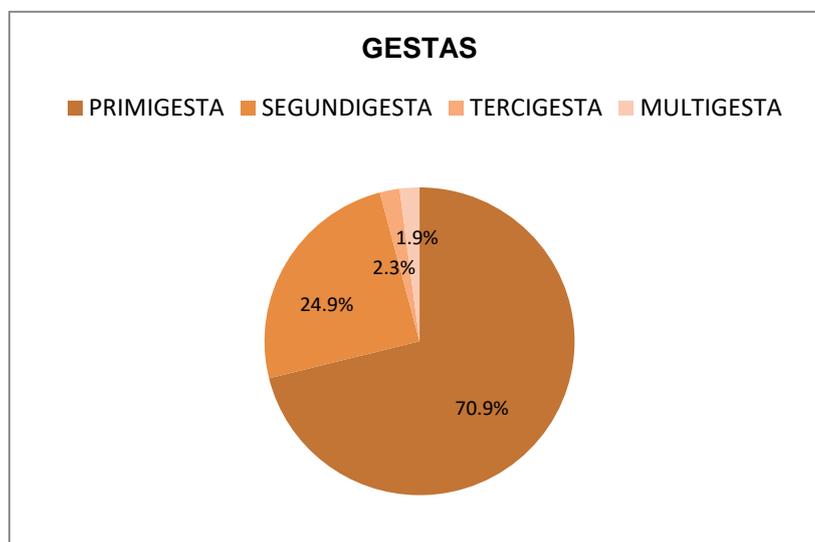
Interpretación: La mayoría de adolescentes que abortaron no pertenecieron a ningún grupo religioso con porcentaje de 64% y los que si pertenecían representan 36%.

TABLA N° 6. NÚMERO DE GESTAS DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON

NÚMERO DE GESTAS	Frecuencia	Porcentaje
PRIMIGESTA	69	70.9
SEGUNDIGESTA	24	24.9
TERCIGESTA	2	2.3
MULTIGESTA	2	1.9
TOTAL	97	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 5. NÚMERO DE GESTAS DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON



Fuente: Ficha de recolección de datos

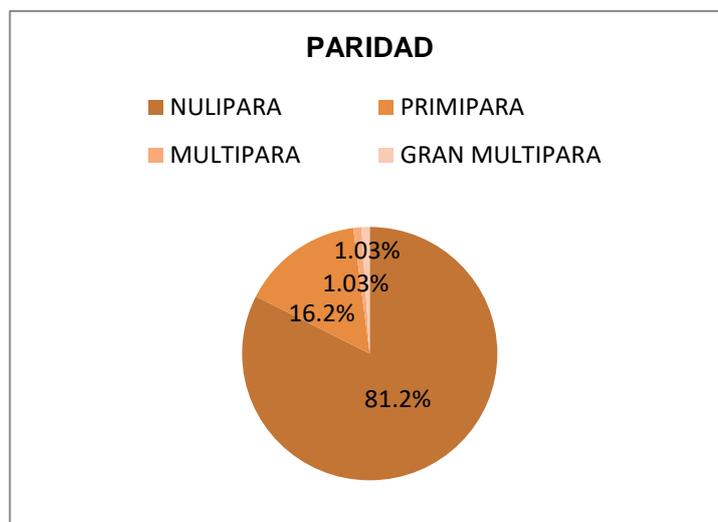
Interpretación: Las adolescentes que más abortaron fueron primigestas con un 70.9%, seguida de las segundigestas con un 24.9% y las menos frecuentes las multigestas con 1.9%.

TABLA N°7. PARIDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON

PARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
NULIPARA	80	81.2
PRIMIPARA	15	16.2
MULTIPARA	1	1.03
GRAN MULTIPARA	1	1.03
TOTAL	97	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°6. PARIDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON



Fuente: Ficha de recolección de datos

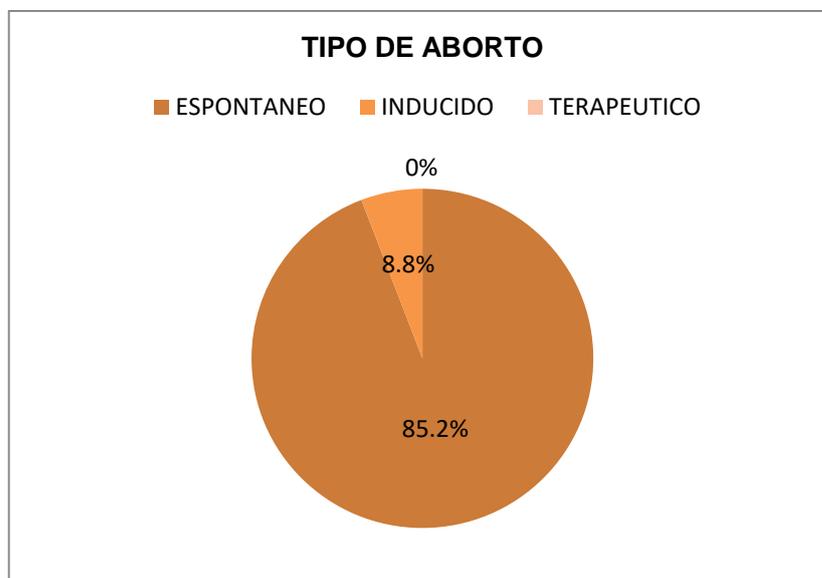
Interpretación: Las adolescentes que abortaron con mayor frecuencia son nulíparas en un 81.2% y en menor frecuencia son las gran múltiparas en un 1.03%.

TABLA N° 8. TIPO DE ABORTO MÁS FRECUENTE EN LAS ADOLESCENTES

TIPO DE ABORTO	Frecuencia	Porcentaje
ESPONTÁNEO	81	85.2
INDUCIDO	5	8.8
TERAPEÚTICO	0	0
TOTAL	97	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 7. TIPO DE ABORTO MÁS FRECUENTE EN LAS ADOLESCENTES



Fuente: Ficha de recolección de datos

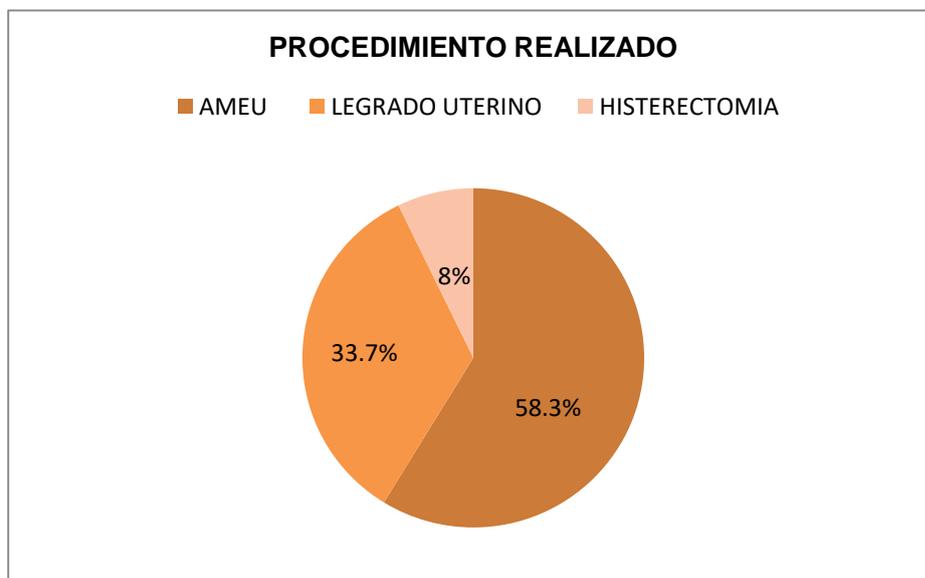
Interpretación: El tipo de aborto más frecuentes en el adolescentes es el espontaneo con un 94%, seguida por el aborto de tipo inducido con un 6% y menor frecuencia con un 0% el aborto de tipo terapéutico.

TABLA N° 9. PROCEDIMIENTO REALIZADO A LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON

PROCEDIMIENTO REALIZADO	Frecuencia	Porcentaje
AMEU	57	58.3
LEGRADO	33	33.7
HISTERECTOMIA	7	8
TOTAL	97	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 8. PROCEDIMIENTO REALIZADO A LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON



Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: El procedimiento más frecuente realizado en las adolescentes es el AMEU con un 58.3%, seguida del legrado uterino con un 33.7% y en menos frecuencia con un 8% la histerectomía.

4.2. Discusión

La tasa de incidencia de las adolescentes que abortaron en el periodo de estudio es de 76.82% por cada 1000 abortos.

- En el presente estudio el rango de edad de las adolescentes que abortaron oscila con mayor frecuencia entre los 15-17 años con un porcentaje de 66.5%, este resultado es coherente con estudios realizados tanto a nivel internacional como nacional, así tenemos a la Dra. Sara Amneris Urguelles en un estudio realizado en el Hospital militar. La Habana, Cuba en el año 2012 donde reportan que el aborto provocado en adolescentes está de la mano con el inicio de la actividad sexual precoz entre las edades de 15-17 años con un 50.5% ⁽²⁾, así mismo coincide con Norma Isaura Doblado Donis en un estudio realizado en el Hospital gineco-obstétrico. Matanzas, Cuba en el año 2010 reporta que el rango de edad se encuentra con mayor frecuencia entre los 15-17 años con un 57.8%⁽³⁾. A nivel nacional existen muy pocos estudios referente al tema, así según Jorge Aparicio en un estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo en el año 2013 donde concluyen que el rango de edad más frecuente 16 a 18 años con un 92.7%.⁴
- En nuestro estudio en cuanto al nivel de instrucción de las adolescentes que abortaron encontramos que un 37% de ellas culminaron su primaria completa, este resultado no coincide con estudios realizados a nivel internacional, así tenemos a Norma Isaura Doblado Donis en un estudio que lo llevo a cabo en el Hospital gineco-obstétrico. Matanzas, Cuba en el año 2010 donde concluye que las adolescentes culminaron la secundaria completa en un 59.3% seguida de las que terminaron la primaria completa con un 25% .³
- En nuestro estudio las adolescentes no pertenecen a ningún grupo religioso con un 64.3%, este resultado es coherente con el estudio realizado por Hernández Hernández Patricia, en el Hospital de

Veracruz. México en el año 2009. Donde así mismo con mayor frecuencia no pertenecen a ningún grupo religioso con un 70 %.¹

- En nuestro estudio encontramos con mayor frecuencia a las primigestas con 70.9%, este resultado es coherente con el estudio realizado por Hernandez Hernandez Patricia, en el hospital de Veracruz. México en el año 2009. Donde se percibe en relación al número de gestas con mayor prevalencia a las primigestas con un 74%.¹
- Tomando en cuenta como un factor gineco-obstétrico la paridad en las adolescentes que abortaron, se vio que es mas frecuente las nulíparas con un 81.2% coincidiendo con el estudio realizado por Hernandez Hernandez Patricia, en el hospital de Veracruz. México en el año 2009. Donde encuentran mayor incidencia en adolescentes que no han tenido ningún parto con 82.6% ⁽¹⁾, asi mismo en el estudio de Norma Isaura Doblado Donis, realizado en el Hospital gineco-obstetrico. Matanzas, cuba en el año 2010 concluyen que las nulíparas se encuentran con mayor frecuencia con un 82%.³
- En nuestro estudio en su gran mayoría las pacientes llegan con un tipo de aborto espontáneo en un 85.2% que no coincide con el estudio realizado por la Dra. Sara Amneris Urguelles realizado en el Hospital militar. La habana, Cuba en el año 2012, donde por el contrario en su mayoría las adolescentes provocan la interrupción de su embarazo con un 42.2%.²
- En nuestro estudio el procedimiento realizado más frecuente es el AMEU con un 58.3% que no coincide con el estudio realizado por Hernandez Hernandez Patricia, en el hospital de Veracruz. México en el año 2009.donde a la mayoría de adolescentes se les realiza el legrado uterino con 66.7%.¹

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. CONCLUSIONES

- Del total de abortos registrados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 97 se presentaron en adolescentes representando el 7.68%, por ende la tasa de incidencia de abortos en adolescentes en el periodo estudiado es de 76.82% por cada 1000 abortos.
- Dentro de los factores personales estudiados, la edad más frecuente se encuentra en el rango de 15-17 años 11 meses 29 días, con respecto al nivel de instrucción la mayoría de ellas culminaron la primaria completa, siendo de procedencia más frecuente del distrito del agustino con un y en su mayoría no pertenecían a ningún grupo religioso.
- En el estudio realizado, considerando los antecedentes gineco-obstetricos se observa que la mayoría de los casos son primigestas nulíparas, con el tipo de aborto más frecuente, el espontaneo y el procedimiento realizado con mayor frecuencia es el AMEU.

5.2. RECOMENDACIONES

- Disminuir la tasa de incidencia de abortos y tomar como prioridad el grupo etáreo adolescente, mediante la prevención con modelos educativos que inician en el hogar, instituciones educativas y grupos sociales enfocándonos a llevar una sexualidad responsable y oportuna, para evitar así los embarazos precoces y sus complicaciones como el aborto.
- Enfocar la actividades académicas como charlas en las adolescentes en el rango de edades de 15-17 años 11 meses 29 días, de forma temprana desde la educación primaria con explicaciones básicas de temas como sexualidad, induciendo al inicio de la actividad sexual en una edad oportuna donde se haya llegado a un mayor desarrollo físico y mental, el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazo a temprana edad que en la mayoría de sus casos conlleva a abortos.
- Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos, teniendo en cuenta que el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo, se debe tomar énfasis en los controles prenatales, y así mismo orientarlas en la identificación de los signos de alarma para un diagnóstico y manejo oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez Hernandez Patricia, Santos Dolores Eunice. Factores personales y aborto en adolescentes en el Hospital de Veracruz enero-octubre del 2008 en el departamento de gineco-obstetricia. Mexico, 2009.
2. Dra. Sara Amneris Urgellés Carrera, Dr. Enrique Reyes Guerrero, Dra. Mariela Figueroa Mendoza, Dr. Yoani Batán Bermúdez. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" en el departamento de ginecología y salud reproductiva. La Habana-Cuba; 2012.
3. Norma Isaura Doblado Donis, Idania De la Rosa Batista, Ana Junca Manrique. Aborto en la adolescencia un problema de salud en el Hospital Docente Gineco - obstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina". Matanzas-Cuba; 2010.
4. Jorge Aparicio, Jorge Ayal, Alexander Ascarruz, José Casquero. Características del aborto en las adolescentes en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Dos de Mayo. Lima, 2013.
5. Ministerio de Salud. Manual del facilitador en Orientación / consejería en salud sexual y reproductiva con adecuación cultural . Lima –Perú. 2008.<http://prodelcorp.edu.pe/material/2115GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20CLINICA.pdf>.
6. Aborto espontaneo. Protocolo SEGO. Disponible en: www.sego.es.
7. Deaton JL, Honore GM, Huffman CS, Bauguess P. Early transvaginal ultrasound following an accurately dated pregnancy: the importance of finding a yolk sac or fetal heart motion. Human Reprod. 2009; 12(12):2820-3.

8. Sawyer E, Ofuasia E, Ofili-Yebovi D, Helmy S, Gonzalez J, Jurkovic D. The measuring endometrial thickness and volumen on transvaginal ultrasound scan for the diagnosis of incomplete miscarriage. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 29:205-9.
9. Ministerio de Salud . Guía nacional de atención integral de la salud sexual y reproductiva . Lima Perú; 2008.
10. Arévalo J, Fuentes G, Rodríguez J. “Paquete Didáctico Del Taller sobre Orientación-Consejería en Planificación Familiar”, Dirección General de Planificación Familiar, México; 2013.
11. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ.* 2010;320:1708-12.
12. Knudsen UB, Hansen V, Juul S, Secher NJ. Prognosis of a new pregnancy following previous spontaneous abortions . *Eur J Obstret Gynecol Reprod Biol.* 2011;39:31-6.
13. Ñañez, Heliodoro y cols. Texto de Obstetricia y Perinatología. Primera edición. Universidad Nacional Instituto Materno Infantil. 2008, pp. 211-221.
14. Glass R, Golbus M. recurrent abortion. In: Creasy R, Resnik R, editor(s). *maternal and fetal Medicine.* 3rd Edition. Philadelphia: Saunders, 2009:445-52.
15. Cabill DJ, Wardle PG. Bleedig and pain in early pregnancy. En James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. *High risk pregnancy: management options.* 3era ed, Elsevier Saunders. Philadelphia, US: 2006, pp 84-104.
16. Cullen MT, Green JJ, Reece EA, Hobbins JC. A comparison of transvaginal and abdominal ultrasound in visualizing the first trimester conceptus. *J Ultrasound Med.* 2009;10:565-9.

17. Hately W, Case J, Campbell S. Establishin the death of an embryo by ultrasound: report of a public inquiry with recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 5: 353-7.
18. Doubilet PM, Benson CB. Embryonic heart rate in the early first trimester: what rate is normal? *J Ultrasound Med.* 1995; 144:431-4.
19. Chung K, Allen R. The use of serial human chorionic gonadotropin levels to establish a viable or a nonviable pregnancy. *Semin Reprod Med.* 2009; 26:383-90.
20. Savaris RF, Braun RD, Gibson M. When a pregnancy seems like an ectopic. *Obstet Gynecol.* 2007; 109:1439-42.
21. Harville EW, Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CG. Vaginal blleding in very early pregnancy. *Hum Reprod.* 2011;18:1944-7.
22. Nyberg DA, Filly RA, Laing FC, Mack LA, Zarutskie PW. Ectopic pregnancy. Diagnosis by correlated with quantitative HCG levels. *J Ultrasound Med.* 2013; 6:145-50.
23. The care of women requesting induced abortion, Evidence-based Clinical Guideline n°7.RCOG. September 2012.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

FACTORES PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON Y FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADORES	FUENTE
Aborto	Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm	Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm	Cualitativa	Nominal	SI NO	Historia clínica

Adolescente	Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, que se encuentra entre los 12-17 años 11 meses 29 días.	Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, que se encuentra entre los 12-17 años 11 meses 29 días.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Historia clínica
Edad	Tiempo de vida expresada en años	Tiempo de vida expresada en años	Cuantitativa	Ordinal	12-14 años11m 29d 15-17 años11m 29d	Ficha de recolección de datos
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.	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompleto	Cualitativa	Nominal	- Analfabeta - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa	Ficha de recolección de datos

Procedencia	El origen de una persona, en este sentido, puede asociarse a su tierra natal o a la de su familia.	El origen de una persona, en este sentido, puede asociarse a su tierra natal o a la de su familia.	Cualitativa	Nominal	El agustino SJL Ate vitarte Huaycan Chosica La Victoria Otros	Ficha de recolección de datos.
Grupo religioso	Movimientos pequeños dentro de la religión, pueden pertenecer o no a algún grupo religioso, ya sea católico, cristiano, etc.	Movimientos pequeños dentro de la religión, pueden pertenecer o no a algún grupo religioso, ya sea católico, cristiano, etc.	Cualitativa	Nominal	SI NO	Ficha de recolección de datos
Número de gestas	Número de embarazos que ha tenido el paciente, independientemente e si termino con parto, aborto, o cesárea.	Número de embarazos que ha tenido el paciente, independientemente si termino con parto, aborto, o cesárea	Cualitativa	Nominal	Primigesta Segundigesta Tercigesta Multigesta	Ficha de recolección de datos

Paridad	Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.	Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.	Cualitativa	Nominal	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Ficha de recolección de datos
Tipo de aborto	Clasificación de los distintos tipos de aborto	Clasificación de los distintos tipos de aborto	Cualitativa	Nominal	Espontáneo Inducido Terapéutico	Ficha de recolección de datos
Procedimiento realizado	Es aquel procedimiento realizado solo por un profesional de medicina. Salvaguardando la vida de la paciente.	Es aquel procedimiento realizado solo por un profesional de medicina. Salvaguardando la vida de la paciente.	Cualitativa	Nominal	AMEU Legrado uterino Histerectomía	Ficha de recolección de datos

ANEXO 02: INSTRUMENTOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FACTORES PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON
Y FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016**

I. FACTORES PERSONALES MATERNOS

1. Edad
 - A. 12-14 años 11 meses 29 días
 - B. 15-17 años 11 meses 29 días

2. Nivel de instrucción
 - A. Analfabeta
 - B. Primaria incompleta
 - C. Primaria completa
 - D. Secundaria incompleto
 - E. Secundaria completa

3. Procedencia
 - A. El agustino
 - B. SJL
 - C. Ate Vitarte
 - D. Huaycan
 - E. Chosica
 - F. La victoria
 - G. Otros

4. Grupo religioso

- A. SI
- B. NO

II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

1. Número de gestas

- A. Primigesta
- B. Segundigesta
- C. Tercigesta
- D. Multigesta

2. Paridad

- A. Nulípara
- B. Primípara
- C. Multípara
- D. D. Gran multípara

3. Tipo de aborto

- A. Espontáneo
- B. Inducido
- C. Terapéutico

4. Procedimiento realizado

- A. AMEU
- B. Legrado uterino
- C. Histerectomía

ANEXO 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS

FACTORES PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON Y FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

N°	DIMENSIONES/ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	<p>FACTORES PERSONALES MATERNOS:</p> <p>1. ¿En qué rango de edad se encuentra la paciente?</p> <p style="padding-left: 40px;">A. 12-14 años 11 meses 29 días</p> <p style="padding-left: 40px;">B. 15-17 años 11 meses 29 días</p> <p>2. ¿En qué nivel de instrucción se encuentra la paciente?</p> <p style="padding-left: 40px;">A. Analfabeto</p> <p style="padding-left: 40px;">B. Primaria incompleta</p>							

	<p>C. Primaria completa D. Secundaria incompleta E. Secundaria completa</p> <p>3. ¿Cuál es la procedencia de la paciente?</p> <p>A. El agustino B. SJL C. Ate Vitarte D. Huaycan E. Chosica F. La Victoria G. Otros</p> <p>4. ¿Pertenece a algún grupo religioso la paciente?</p> <p>A. SI B. NO</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS							
	<p>1. ¿Cuál es el número de gestaciones de la paciente?</p> <p>A. Primigesta B. Segundigesta C. Tercigesta D. Multigesta</p>						
	<p>2. ¿Cuál es el numero de partos que tiene la paciente?</p> <p>A. Núlipara B. Primipara C. Multípara D. Gran multípara</p>						
	<p>3. ¿Qué tipo de aborto tuvo la paciente?</p> <p>A. Espontáneo B. Inducido C. Terapéutico</p>						

	<p>4. ¿Cuál es procedimiento realizado en la paciente?</p> <p>A. AMEU</p> <p>B. Legrado uterino</p> <p>C. Histerectomía</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

Observaciones(precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()

JUECES EVALUADORES

	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	ESPECIALIDAD	FIRMA Y SELLO
01	ELSI BAZAN RODRIGUEZ	19209983	ESTADISTICO en SALUD	 LIC. ELSI NOEMI BAZAN RODRIGUEZ COESPE 444 COLEGIO DE ESTADISTICOS DEL PERU

02	Dr. JERONIMO DE LA GALA DE LOS SANTOS	42199572	Ginecología y Obstetricia	<p>J. Mauricio De La Gala De Los Santos MEDICO - GINECO OBSTETRA CMP 51067 RNE 029204</p>
03	Dr. VADEMAR ERNESTO SANDOVAL MURILLO	09434812	Ginecología y Obstetricia	<p>Dr. VADEMAR E. SANDOVAL M. Médico Gineco-Obstetra CMP: 38027 RNE: 17390</p>

ANEXO 04: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS – ESTUDIO PILOTO

FACTORES PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES QUE ABORTARON Y FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2016

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADORES	METODOLOGIA	INFORMANTE
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE	TIPO DE INVESTIGACION	FUENTE
¿Cuáles son los factores personales de las adolescentes que abortaron y fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016?	Determinar los factores personales de las adolescentes que abortaron y fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre	Por ser un estudio descriptivo, no cuenta con hipótesis.	Factores personales de las adolescentes	No experimental - descriptivo, transversal y retrospectivo	Ficha de recolección de datos

	del 2016.				
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICOS	VARIABLE	POBLACIÓN	
-¿Cuál es la incidencia de abortos de las adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016?	- Determinar la incidencia de abortos de las adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.	Por ser un estudio descriptivo no cuenta con hipótesis.	Aborto	Pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de julio a diciembre del 2016 Lima – Peru	Ficha de recolección de datos

<p>-¿Cuáles son los factores personales: Edad, Nivel de instrucción, procedencia y grupo religioso de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016?</p>	<p>- Identificar los factores personales: Edad, Nivel de instrucción, procedencia y grupo religioso de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.</p>				
<p>-¿Cuál los antecedentes gineco-obstétricos: Numero de</p>	<p>- Conocer los antecedentes gineco-obstétricos: Numero de</p>				

gestas, paridad, tipo de aborto y procedimiento realizado de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016?	gestas, paridad, tipo de aborto y procedimiento realizado de las adolescentes que abortaron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.				
--	--	--	--	--	--

