



**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ABORTO EN
ADOLESCENTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL
TAHUANTINSUYO BAJO – LIMA, 2016”**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

ROSMERY LILY LAPA RIVAS

ASESORA:

Mg. SIRILA HOLGA CORNEJO QUISPE

ICA-PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este momento, y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mi Madre por haberme forjado como la persona q soy en la actualidad; muchos de mis logros se lo debo a Ella; entre los que se incluye este. Me formo con reglas y con algunas libertades; pero al final de cuentas, me motivó constantemente para alcanzar mis anhelos. Gracias Madre.

Rosmery Lily

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la fortaleza, seguridad y perseverancia en mi camino.

A la Universidad Alas Peruanas, por darme la oportunidad de formarme profesionalmente y ser mi primera casa de estudios profesionales, por abrirme sus puertas y guiarme en la formación académica.

Al personal docente y administrativo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, por darme una formación humanizada, moral y ética profesional, por transmitirme sus conocimientos y virtudes en cada etapa de mi carrera profesional.

A mi asesora, por su invaluable guía, disposición, comprensión y paciencia, que hicieron posible la realización de la presente Tesis.

A todos, que Dios los bendiga, ya que sin su apoyo no hubiese podido hacer realidad una de mis metas principales. Mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

El presente estudio tuvo por **objetivo:** Determinar la incidencia del aborto y las características sociodemográficas en adolescentes del centro materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima en el año 2016. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, no experimental, prospectivo, cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 83 adolescentes con diagnóstico de aborto. Como técnica se utilizó la observación y como instrumento una ficha de recolección de datos obtenidos de las historias clínicas. **Resultados:** La edad predominante fue de 15 a 16 años 57.8%, procedencia predominante urbana 41%, el estado civil predominante fue el ser soltera 53%, la ocupación más frecuente fue el ser estudiante 56.6%, y el nivel educativo el tener secundaria incompleta 59%. En el análisis de la incidencia del aborto: La incidencia es de 20.4% (78 casos de aborto en adolescentes de 406), el tipo de aborto más frecuente fue el espontáneo 85.5%, diagnóstico de aborto predominante aborto incompleto 71.1%, semana en que se presentó el aborto 4° a 9° semana 56.7%, patología gineco-obstétrica predominante fue la hemorragia 37.3%. **Conclusiones:** La incidencia del aborto en adolescentes del Centro Materno Tahuantinsuyo Bajo de Lima en el año 2016 es 20.4%. Existen factores sociodemográficos significativos que condicionan al aborto: Tener 15 a 16 años, proceder de zona urbana, ser soltera, tener como ocupación estudiante, y grado de instrucción secundaria incompleta.

Palabras clave: Aborto en adolescentes, características sociodemográficas de adolescentes con aborto.

ABSTRACT

The **objective** of this study was to determine the incidence of abortion and sociodemographic characteristics in adolescents of the Tahuantinsuyo Bajo, Lima maternity center in 2016. **Materials and methods:** Descriptive, non-experimental, prospective, quantitative study. The sample consisted of 83 adolescents with a diagnosis of abortion. As a technique, observation was used and, as a tool, a data collection form obtained from clinical histories. **Results:** The predominant age was 15 to 16 years 57.8%, predominant urban origin 41%, the predominant marital status was single 53%, and the most frequent occupation was the student 56.6%, the educational level having incomplete secondary 59%. In the analysis of the incidence of abortion: The incidence is 20.4% (78 cases of abortion in adolescents of 406), the most frequent type of abortion was spontaneous 85.5%, diagnosis of abortion predominant incomplete abortion 71.1%, week in which the abortion was presented from 4th to 9th week 56.7%, predominant gynecological-obstetric pathology was hemorrhage 37.3%. **Conclusions:** The incidence of abortion in adolescents of the Centro Materno Tahuantinsuyo Bajo de Lima in 2016 is 20.4%. There are significant sociodemographic factors that condition abortion: Having 15 to 16 years old, coming from an urban area, being single, having a student occupation, and incomplete secondary education.

Key words: Abortion in adolescents, sociodemographic characteristics of adolescents with abortion.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	10
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA	12
1.3.1. Problema Principal	12
1.3.2. Problemas Secundarios	12
1.4. OBJETIVOS	13
1.4.1. Objetivo General	13
1.4.2. Objetivos Específicos	13
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.5.1. Hipótesis General	13
1.5.2. Operacionalización de Variables	14
1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	15
1.6.1. Tipo de Investigación	15
1.6.2. Nivel de Investigación	15
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA	15
1.7.1. Población	15
1.7.2. Muestra	15
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	16
1.8.1. Técnicas	16
1.8.2. Instrumentos	17
1.9. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	17

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.2. BASES TEÓRICAS	24
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	42
CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	45
3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	45
3.2. DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	
• Anexo N° 1. Ficha de Recolección de datos	
• Anexo N° 2. Matriz de Consistencia	
• Anexo N° 3. Base de Datos Excel	

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las estadísticas de la incidencia del aborto en nuestro país ha ido en aumento, según las estadísticas del INEI y el ENDES en conjunto con el Ministerio de Salud, las cifras de aborto en las mujeres adolescentes han aumentado debido a diversos factores que condicionan dicho problema, como son los aspectos sociodemográficos y ginecoobstétricos.

El embarazo en la adolescencia ocurre entre los 10 y 19 años, transcurridos desde la menarquía y cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Esta etapa es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero su adelantada maduración sexual las lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas, con inicio de su vida sexual activa, que desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva los expone a disímiles problemas que en lo general están dados por una inadecuada educación sexual.

El embarazo en la adolescencia constituye un resultado no esperado en el proceso de reproducción cuyas causas hay que encontrarlas en factores sociológicos, psicológicos, culturales y otros factores que son analizados en su evolución secular

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que aproximadamente 20 millones de embarazos terminan anualmente en aborto inseguro, la gran mayoría de ellos en países en desarrollo y responsables de 80.000 muertes anuales (~400 muertes maternas/100.000 abortos) y recomienda a los países tomar las medidas para transformar el aborto inseguro en aborto seguro. En los países en desarrollo el aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna por infección, hemorragia o intoxicación por sustancias utilizadas para inducir el aborto. De ahí que la OMS recomienda a los países transformar el aborto inseguro en seguro mediante su legalización, facilitando el acceso al aborto seguro y a los métodos modernos de anticoncepción, como también la capacitación de los proveedores para el adecuado tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro.

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y psicólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes.

En este contexto, surge la necesidad de analizar las características de las adolescentes con diagnóstico de aborto en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo bajo de Lima durante el año 2016, con la finalidad de analizar el problema y sus principales condicionantes en el contexto peruano.

CAPITULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El embarazo en adolescente es cada día más frecuente en nuestro medio, es un problema importante de salud pública, tanto en los países en vías de desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños.

El inicio de la reproducción durante la adolescencia provoca limitaciones en el desarrollo integral de las mujeres, así como el empeoramiento de su situación socioeconómica especialmente en aquellas de hogares pobres. Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos. Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios y de trabajar en algún tipo de profesión⁽¹⁾.

Hoy en día las mujeres adolescentes que acuden al área de emergencia Gineco-obstétrica de los hospitales por causa de hemorragias vaginales, el 60% pertenecen a un diagnóstico de aborto incompleto, al momento del ingreso es difícil determinar si el proceso del aborto ha sido de forma espontánea o inducida bajo condiciones potencialmente inseguras⁽²⁾.

En los últimos años, la mortalidad materna en adolescentes ha registrado una tendencia al aumento, pasando de 4.6% en el 2010 a 9.6% en el 2012, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2012) debido especialmente a casos de violencia sexual en adolescentes, la poca información sobre métodos de planificación familiar y la falta de educación sexual en los colegios⁽³⁾.

Luis Távara Orozco coordinador del Comité sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), plasmó en un informe que, de un millón de embarazos que se registran anualmente en el Perú, 400.000 mil terminan en abortos que generan la muerte de un 15% de mujeres. Estos datos indican que cada hora se producen más de 40 abortos y más de mil al día. Los estudios señalan que son mujeres de varias clases sociales y económicas, sólo que las mujeres con mayores recursos pueden acceder a servicios de salud más adecuados y más seguros. Por lo que la probabilidad de hospitalización es más alta si la mujer es pobre: el 13,6% de las mujeres que abortan viven en de poblaciones urbanas y el 18,5 % en poblaciones rurales⁽⁴⁾.

Según los servicios de salud, afirman que un 62% son mujeres menores de 30 años, y de este porcentaje, un 14% son menores de 20 años. Más del 50% de las mujeres recurre al aborto porque no desea ser madre, y un 28% es por razones económicas⁽⁵⁾.

Los abortos inseguros y sus complicaciones constituyeron en el periodo 2002-2011 la tercera causa (9,8%) de mortalidad materna en el Perú⁽⁶⁾ y en el periodo 2012-2013 fue la primera causa de hospitalización en el Perú⁽⁷⁾.

Actualmente se realiza esta práctica Abortiva en la adolescencia, muchas veces por ser un embarazo no deseado, esto genera graves problemas como traumas psicológicos difícilmente superables y riesgos para la salud reproductiva debido a que en muchos casos quedan incapacitadas para su vida reproductiva a futuro⁽⁸⁾.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

121. DELIMITACION TEMPORAL

El presente estudio se realizó de Enero a Diciembre 2016

122. DELIMITACION ESPACIAL

El estudio se realizó en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima.

123. DELIMITACION SOCIAL

La investigación considero a las adolescentes con aborto atendidas en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima.

124. DELIMITACION CONCEPTUAL

En el presente estudio se desarrolló y analizó temas referentes a las variables de estudio:

- Incidencia del aborto en adolescentes
- Características sociodemográficas de las adolescentes con aborto.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

131. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la incidencia del aborto y las características sociodemográficas en adolescentes del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima 2016?

132. PROBLEMAS ESPECIFICOS

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes con aborto del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la incidencia del aborto y las características sociodemográficas en adolescentes del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar las características sociodemográficas de las adolescentes con aborto del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima 2016.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Por ser una investigación descriptiva univariable no se plantea hipótesis.

152 Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	TIPO Y NATURALEZA	FUENTE: INSTRUMENTO
VARIABLE ÚNICA ABORTO	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 antes de las 20- 22 semanas	Aborto en adolescentes	1) Tipo de aborto: a) Espontaneo b) Provocado 2) Diagnóstico de ingreso: a) Aborto incompleto b) Aborto completo c) Otro diagnostico 3) Edad gestacional a) 4-9° semana b) 10-12° semana c) 13-15° semanas d) 16-20° semanas 4) Patología gineco obstétrica asociada: Hemorragia, EIP, perforación útero, ITS, Infección urinaria	Nominal Cualitativa	Ficha de recolección de datos de las adolescentes con aborto del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016
VARIABLE INTERVINIENTE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Son las características tanto sociales como demográficas que poseen los las adolescentes, los cuales caracterizan a cada sujeto en la investigación.	Características sociodemográficas	Edad: a) 10-14 años b) 15-16 años c) 17-19 años Lugar de procedencia a) Urbano b) Urbano marginal c) Rural Grado de instrucción educacional a) Analfabeta b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Educación técnica incompleta g) Educación técnica completa h) Superior universitario incompleta i) Superior universitario completa Estado civil a) Soltera b) Casada c) Conviviente Ocupación a) Estudiante b) Ama de casa c) Trabajo independiente d) Trabajo dependiente	Ordinal - cuantitativa Nominal - cualitativa Nominal - cualitativa Nominal - cualitativa Nominal - cualitativa	Ficha de recolección de datos de las adolescentes con aborto del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

1.6.1. Tipo de investigación.

Investigación no experimental por que no se modifican las variables
Es una investigación descriptiva, observacional, retrospectiva y transversal.

Es Observacional porque el investigador examinó la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los resultados.

Es prospectivo por que la investigación se realizó en meses anteriores. .

Es Transversal, porque las variables se midieron en una sola ocasión.

1.6.2 Nivel de investigación.

El presente estudio es observacional, el cual permite determinar la incidencia y las características sociodemográficas de las adolescentes con diagnóstico de aborto.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA.

1.7.1. Población

La población estuvo conformada por todas las adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima de Enero a Diciembre del año 2016, los cuales hicieron un total de 406.

1.7.2 Muestra

La muestra está conformada por 83 casos de adolescentes del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016, que tuvieron diagnóstico de aborto.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes con diagnóstico de aborto.
- Historias clínicas completas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con el diagnóstico de aborto no adolescentes
- Historias clínicas incompletas.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**1.8.1. Técnicas****Técnicas de recolección de datos.**

Para recolectar datos se hizo las siguientes acciones:

- a) Se solicitó permiso y colaboración a las autoridades del Centro Materno Infantil para ejecutar el estudio.
- b) Se realizó revisión bibliográfica en la biblioteca de la UAP y otros centros de estudio, lo que permitió formular el marco teórico.
- c) Se solicitó la relación de historias clínicas de las adolescentes con diagnóstico de aborto.
- d) Se seleccionó las historias clínicas de las adolescentes con aborto, que cumplieron con los requisitos de inclusión y exclusión.
- e) Se revisó y analizó las historias clínicas, para luego codificarlas y realizar el análisis estadístico.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se creó una base de datos con el programa Excel versión 2013. Para analizar el estudio, se utilizó la estadística descriptiva, mediante la codificación de datos en el Programa Microsoft Excel y se empleó también el programa estadístico SPSS Versión 21 para la obtención de frecuencias y porcentajes de los datos recolectados. Se utilizó estadísticas descriptivas para detallar las características de las variables, haciendo uso de la media aritmética y promedios ponderados, los cuales se reflejaron en tablas y gráficos circulares o de barra.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento de recolección de datos fue una ficha de recolección de datos de las historias clínicas, consignando áreas de recojo de información referente a las variables de investigación.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación.

La magnitud y la trascendencia de este problema justifican el presente estudio.

Por ser el aborto una de las principales causas que aún predominan en morbi-mortalidad materna y debido al aumento en la frecuencia de casos que se han presentado durante estos últimos años.

América del Sur presenta la razón más elevada (47 por 1000), seguida de cerca por África Oriental (31 por 1000), África Occidental (25 por 1000), África Central (22 por 1000) y Asia meridional (22 por 1000)⁽⁹⁾.

Los abortos causan 68.000 muertes cada año. Se estima que, si las mujeres no quieren procrear, si utilizaran métodos anticonceptivos eficaces, cada año se podrían evitar no menos de 100.000 defunciones maternas. Surge el deseo de investigar producto de la experiencia obtenida durante el internado en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima; la incidencia del aborto en adolescentes.

La investigación sustenta un alcance y límite al nivel del área Gineco-Obstétrica en el periodo de Enero a Diciembre 2016.

Importancia:

El estudio es importante, porque aporta diversos datos estadísticos sobre la incidencia y características sociodemográficas de las adolescentes, considerando el contexto peruano, en comparación con otras investigaciones que dan a conocer la problemática de este estudio a nivel

internacional y Nacional. Asimismo el estudio es importante porque con los resultados se está proponiendo las posibles soluciones a nivel institucional y abordaje obstétrico para el mejoramiento de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Los estudios relacionados al presente proyecto son los siguientes:

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **López F; y Morales K. (2015)** en el estudio: **Frecuencia de aborto y características sociodemográficas en pacientes atendidas en el hospital Homero Castanier Crespo**. Tuvieron como objetivo: Establecer la frecuencia de aborto y características sociodemográficos asociados con el aborto. En sus resultados: La frecuencia de aborto fue de 6,91% lo que representa 201 casos; siendo más frecuente en la población de 15-19 años con el 43,8%; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 43,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y Vaginosis 6%. Las características obstétricas fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido. Concluyen que la prevalencia de aborto es elevada en el Hospital Homero Castanier Crespo y su caracterización no es diferente a la reportada en la bibliografía⁽¹⁰⁾.

- **García M; Cruz V. (2015)** en el estudio: **Prevalencia de los factores de riesgo del aborto en la adolescencia**. El objetivo fue describir la prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en adolescentes. El universo se constituyó 195 pacientes. En sus resultados: La edad promedio de las adolescentes que participaron en el estudio fue de 16,1 años. El 45,1 de la muestra tuvo dos o más interrupciones con intervalo de 6 a 12 meses y solo el 21,5 % usaron algún tipo de método anticonceptivo después del proceder. Conclusión: la adolescencia intermedia fue la etapa que mostró un mayor número de casos con aborto reiterado, y con intervalo de menos de un año. La mayoría de las adolescentes se mantuvieron sin pareja estable después de la primera interrupción, no hubo cambios significativos en su forma de pensar respecto a los riesgos de un nuevo embarazo⁽¹¹⁾.
- **Malcolm A; Rodríguez A. (2015)** titulado: **Aborto en la adolescencia. Cuba**. Realizaron un estudio con 1360 adolescentes que acudieron de forma voluntaria al servicio de aborto. En sus resultados: predominio del grupo de 15 a 17 años con un 55%, en el grupo de 11 a 14 años ya el 19% habían tenido su primera experiencia sexual. El 79% de las adolescentes eran solteras, solo el 3% eran casadas. El 41% de las pacientes obtuvieron información a través de los medios de comunicación, el 16% de las pacientes encuestadas viven con ambos progenitores. Conclusiones: el inicio precoz de las relaciones sexuales, pobre uso de anticoncepción, la promiscuidad, los hogares mono parentales, y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron la mayor representación⁽¹²⁾.
- **Brito C. y col. (2013)** en el estudio **Incidencia y factores del aborto. Guayaquil, Ecuador**. Realizaron un con 430 pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto, que acudieron al Hospital Maternidad “Mariana de Jesús” En sus resultados: La incidencia de

abortos fue 11%, El aborto espontáneo constituyo (AE) 69.8%, y del tipo clínico 77% fueron abortos incompletos; la edad media fue de 26,38 años; un 54,2% tuvo instrucción secundaria, el 46,3% reside en zonas urbano-marginales; el 58,4% tenía Unión libre; la ocupación más común son los quehaceres domésticos 73,7%. Según los antecedentes gineco-obstétricos 22,1% tuvo un aborto previo; 40,9% usaba métodos anticonceptivos (AO). El inicio de relaciones sexuales tuvo una media de 16,8 años⁽¹³⁾

- **Pérez E. et al. (2016) en el estudio: Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar, Venezuela.** El Objetivo fue caracterizar clínica y epidemiológicamente el aborto. Se recolecto datos de 207 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto. En los resultados se encontró que la edad prevalente de aborto fue de 16 a 18 años con 42%. La edad gestacional más frecuente de las pacientes fue de 1 a 8 semanas con 50%. De estas 93,5% no cumplieron control prenatal. El tipo de aborto más frecuente fue espontáneo con 98,5%. Se realizó legrado uterino a 97%, de las cuales, 8,5% presentaron complicaciones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la edad materna con la edad gestacional. Conclusiones. Existió alta prevalencia de aborto espontáneo en el grupo de 16 a 18 años de edad, presentados entre las semanas 1 a 8 de gestación. La técnica más segura fue el legrado uterino. Finalmente, se encontró bajo cumplimiento del control prenatal⁽¹⁴⁾.
- **Doblado N; De La Rosa I; y Junco A. (2010) en el estudio: Aborto en la adolescencia un problema de salud.** Realizaron un estudio sobre el comportamiento del aborto. El universo de trabajo estuvo integrado por 128 adolescentes. en sus resultados: 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. Concluyen que 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⁽¹⁵⁾.

212 ANTECEDENTES NACIONALES

- **Álvarez W. (2014)** en el estudio: **Factores personales y gineco obstétricos en las adolescentes hospitalizadas con el diagnóstico de aborto**. Realizaron el estudio descriptivo con una muestra de 55 abortos en adolescentes, la mayoría está en el grupo etario de edad de 17 a 19 años 90,9% y sólo el 9,1% de ellas tienen 14 ó 16 años. Se encontró que tienen grado de instrucción secundaria completa, 61,8% y sólo el 1,8% de ellas presentaron grado de instrucción técnico superior además proceden de un distrito de Arequipa (70,9%), de otro departamento 12,7% y sólo un 1,8% de ellas son extranjeras. El Estado Civil prevalente fue soltera 56,4% en cuanto a las que conviven es 43,6%. Tuvieron su primera menstruación a los 12 años que es el 34,5% y sólo el 1,8% de ellas a los 9 ó 16 años. Iniciaron relaciones sexuales a los 17 años es decir de 25,5%, a la edad de 18 años el 20,0% y sólo el 1,8% a los 20 años. El 16,4% abortaron a la 8 semana de gestación y el 8% de las adolescentes abortaron en la semana de gestación 17 ó 21. La paridad en las adolescentes fue Primigestas (81,8%), en tanto las adolescentes Segundigestas son el 14,5% y sólo el 3,6% de ellas son multigestas. El tipo de aborto con mayor frecuencia fue el espontáneo (90,9%). El método anticonceptivo elegido por las adolescentes con su pareja, en su mayoría fue ninguno método anticonceptivo 67,3%, el 7,3% de ellas usaron anticonceptivo oral y el 20,0% usaron preservativo. Conclusión: la población adolescente que curso con

embarazo a temprana edad en su mayoría está en el grupo etario de 17- 19 años que pertenecen a la etapa de adolescencia tardía, muchas de las cuales tienen grado de instrucción primaria completa además no tienen ocupación y son convivientes. Las adolescentes iniciaron relaciones sexuales sin método anticonceptivo y predomina el diagnóstico de aborto espontáneo⁽¹⁶⁾.

- **Ytala M. (2012) en el estudio: Incidencia de abortos en la población joven en el Hospital Regional de Cusco.** El objetivo fue determinar la tasa de incidencia de abortos y las características sociales en la población joven internada en el hospital Regional de Cusco en el año 2011. En sus resultados, encontró que la edad predominante es de 15 a 19 años (43%), el estado civil predominante fue el ser soltera (48%), la ocupación mayormente fue ser estudiante (44%), el grado de escolaridad secundaria (69.63%), procedencia urbana (68%), edad de inicio de relaciones entre los 15 y 19 años (59%), el 85% no usa métodos anticonceptivos, y el aborto se presentó mayormente entre cero a seis semanas de gestación (46%). Las causas del aborto más frecuente fue los traumatismo (54%)⁽¹⁷⁾.
- **Luna S; y López L. (2014) en el estudio: Factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al hospital San Juan de Lurigancho, 2014.** El objetivo fue determinar los factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes. Se realizó un cuestionario a 384 gestantes adolescentes. en sus resultados: con relación a los factores individuales, se encontró que la edad de mayor prevalencia es de 19 años, con 22,7 %. El estado civil de soltera fue de 59,6 %. En su mayoría, las adolescentes son amas de casa (43 %). En cuanto a los factores familiares en antecedentes de embarazo en adolescencia, se halló que a madre que sí estuvo embarazada a su edad en 12 %. Con relación a los factores sociales, el nivel socioeconómico (entendido como el ingreso mensual) es de 600 a 1000 soles en 62,5 %. Conclusiones: los

factores individuales del embarazo en la adolescencia son la edad de 19 años, solteras, con secundaria completa, de ocupación ama de casa. La edad promedio de la menarquia es de 12 años. Se iniciaron sexualmente a los 15 años. Solo tuvieron una pareja sexual y sí utilizaron un método anticonceptivo; con mayor frecuencia, el condón⁽¹⁸⁾.

213. ANTECEDENTES REGIONALES Y/O LOCALES.

Tipian V. (2016) en el estudio: **El aborto en la adolescencia.** Chíncha, Perú. El objetivo fue analizar las características de las adolescentes con aborto. Material y método: Estudio descriptivo con 8 adolescentes embarazadas. Resultados: La edad predominante fue entre 17-18 años (87.5%), la escolaridad predominante fue la secundaria básica (75%), ser amas de casa y las adolescentes con unión estable (62.5%), predominaron en el grupo de estudio. El método anticonceptivo más utilizado fue el DIU (62.5%). La presencia de gestaciones anteriores fue lo más significativo dentro los antecedentes obstétricos (50%). El estado nutricional predominante a la captación fue el normo peso (62.5%), seguido de una ganancia insuficiente y el parto pre término⁽¹⁹⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1.- ABORTO:

2.2.1.1. Definición:

Según la RAE (2011), el aborto se define como la “Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito”⁽²⁰⁾. Según Gary F et al., al igual que la OMS, definen al 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 antes de las 20- 22 semanas⁽²¹⁾.

López (2010)⁽²²⁾ sostiene: El término aborto significa la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable. Lo más frecuente es que el aborto ocurra antes de la vigésima semana de gestación; si la interrupción tiene lugar entre el primero y tercer mes se habla de aborto precoz, denominándose aborto tardío entre el tercero y sexto mes de embarazo.

En la práctica hay una única distinción médicamente válida: aborto espontáneo, que cursa de modo natural, independiente de la voluntad, tanto de la paciente como del médico; y aborto provocado consecuencia de la acción directa del médico, o de cualquier otra persona, sobre la evolución de un embarazo normal o no. Desde el punto de vista conceptual esta clasificación médica del aborto es una realidad evidente y así, en publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se utiliza la distinción entre los dos grandes grupos: «aborto espontáneo» y «aborto provocado»⁽²³⁾.

Actualmente se realiza esta práctica en la adolescencia, muchas veces por ser un embarazo no deseado, esto genera graves problemas como traumas psicológicos difícilmente superables y riesgos para la salud reproductiva debido a que en muchos casos quedan incapacitadas para su vida reproductiva a futuro.

2.2.1.2. Etiología del aborto:

Aborto espontaneo o natural.

Muchas veces no se saben las causas específicas de la interrupción del embarazo, esto se trata del hecho que se da de manera natural no electiva. Hablaremos de las más frecuentes⁽⁸⁾:

- **Causas fetales:** Se dan por una anomalía del feto que vendría a ser consecuencia de unos fallos en los primeros días de gestación, en la mayoría de los casos se da hasta las veinte semanas de gestación, en anomalías genéticas o también cuando las células están formadas alrededor del huevo

mayormente en las mujeres mayores de 35 años ya que corren más riesgo de sufrir un aborto, u otro tipo de anomalías.

- **Causas maternas:** Se pueden dar por alteración uterina, infecciones, agresiones externas, factores ambientales o por el simple hecho de que el embarazo no está normalmente desarrollado y ya no se puede hacer nada al respecto.

Aborto provocado o inducido.

El Aborto inducido es la interrupción de un embarazo provocado intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica. Según 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.

Las principales causas del aborto provocado o inducido son:

- 1) Miedo de la mujer a hablar con sus padres y exponerles esta situación. Como tienen miedo al cómo reaccionarán, prefieren callar y ocultar lo que les pasa antes de enfrentar la realidad.
- 2) Otra causa es porque no está la certeza de que se tendrán los medios económicos para poder alimentar y criar al bebé. El pensar en todo lo que implica ser madre y el peso que conlleva, hace que la decisión de detener el proceso, se tome de manera más fácil.
- 3) Una tercera causa puede ser la amenaza de la pareja, que si no se detiene la gestación, ellas serán abandonadas, donde la visualización de ser madres solteras las paraliza y aterra.
- 4) Como cuarta causa están los conflictos psicológicos no solucionados, en el caso de mujeres que han tenido una mala experiencia de vínculo con sus propias madres, surge el miedo latente a enfrentar su propia experiencia de maternidad.

- 5) Como quinta razón se encuentra el factor social, donde “el qué dirán” para ellas es fundamental. Tienden a pensar que serán juzgadas y criticadas por los otros y no se sienten preparadas ni con las herramientas necesarias para enfrentar al mundo.
- 6) Como sexta causa –importantísima-, está la edad de la mujer, ya que es muy diferente quedar embarazada a los 29 años que a los 14 años. Cuando la adolescente se encuentra en esta situación, surgen muchos miedos a la vez y decide abortar por sentir que es muy joven para tener un hijo.
- 7) **Por razones de violación:** En este caso al tener al bebé de una manera forzada las lleva a la idea de abortar y tienen también más posibilidades de tener traumas psicológicos, siendo así una concepción indeseada ya que no llego a tener un hijo mediante afecto, amor y consentimiento.

2.2.1.3. Clasificación y cuadro clínico del aborto:

Existen muchas clasificaciones en la literatura obstétrica, según Camacho (2011) señala que existen 7 clases de aborto según el punto de vista médico, señalando sus características clínicas (signos)⁽²⁶⁾:

-Amenaza de aborto:

Se sospecha el diagnóstico clínico de amenaza de aborto cuando aparece cualquier flujo vaginal hemático o sangrado durante la primera mitad del embarazo. Ocurre con una frecuencia muy elevada, una de cada cuatro o cinco mujeres presentan sangrado escaso por vía vaginal o uno más intenso durante el comienzo de la gestación. Se trata de una situación que generalmente tiene un buen pronóstico; en el 90-96% de los casos la gestación sigue su curso, aunque siempre es un signo de alarma, y en algunos casos se asocia a malos resultados perinatales.

-Aborto en curso:

Es muy semejante a la de la amenaza de aborto, con la diferencia de que los síntomas son mucho más intensos. Si en la amenaza de aborto el sangrado suele ser escaso, en el aborto en curso el sangrado es de mayor cuantía e incluso puede obligar a tomar una actitud activa de urgencia.

-Aborto incompleto:

Se caracteriza por la expulsión de parte del contenido uterino, pero todavía quedan restos embrionarios y/o ovulares dentro del útero.

-Aborto completo:

En esta forma clínica de aborto ya se ha producido la expulsión completa del huevo, lo que siempre se ha de comprobar mediante ecografía. En esta situación el sangrado es escaso o nulo y la paciente no tiene dolor.

-Aborto diferido:

Esta situación clínica se caracteriza porque el embarazo se ha interrumpido, no existe actividad cardíaca o no se visualiza el embrión a pesar de no tratarse de una gestación incipiente (también denominado en este último caso “huevo huero” o gestación anembrionada); pero el huevo no se expulsa y esto se produce sin que haya hemorragia vaginal o dolor.

Los huevos vacíos (hueros) se tratarían de gestaciones que pueden ser inicialmente con embrión, en las que la muerte fetal ha ocurrido muy precozmente y en las que incluso se ha podido reabsorber el embrión y por ello no se visualiza ecográficamente. Todos los sacos gestacionales en los que se observe saco amniótico o vesícula vitelina, aunque no se vea embrión, no pueden corresponder a gestaciones anembrionadas, ya que estas estructuras requieren la existencia del embrión para aparecer.

-Aborto tardío:

Aquel que ocurre entre las 12 y 20 semanas de gestación. Sólo un 10-15 % de los abortos espontáneos ocurren después del primer trimestre, pero estos abortos tardíos presentan en general características diferenciales importantes con el aborto precoz⁽²⁶⁾.

-Aborto recurrente o de repetición:

El aborto de repetición se suele definir como la pérdida de tres o más gestaciones consecutivas antes de la semana 20, siendo el peso fetal en ese momento igual o inferior a 500 gr.

Aunque según Barrantes, et al., (2013) menciona que existen dos grandes grupos aborto desde el punto de vista médico que son los abortos espontáneos que incluye todos los mencionados por el anterior autor denominados abortos espontáneos y los abortos provocados que según este autor se subdividen en dos, aborto eugenésico y aborto terapéutico⁽²⁷⁾.

Abortos provocados: aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Este se puede dividir en dos subgrupos:

a) Aborto Eugenésico:

Es el que se hace con el fin de evitar la transmisión de taras. No es recomendable, ese tipo de aborto, sino más bien la esterilización de uno de los cónyuges. Eugenesia proviene de dos voces griegas: eu que significa bueno y genesia, derivado de genes, por lo tanto es engendrar bien.

b) Aborto Terapéutico:

Se entiende como la interrupción del embarazo cuando así lo exige la ciencia porque la mujer es incapaz de dar a luz un hijo sin poner en peligro su vida o su salud. En estas condiciones el aborto es permitido y constituye una indicación justificada para que el médico proceda en bien de la mujer embarazada⁽²⁸⁾.

Aborto según la edad gestacional, puede ser:

- Precoz, antes de las 12 semanas y
- Tardío a las 12 semanas o más.

Cuadro clínico: Signos y síntomas.

La hemorragia es el signo más frecuente de todas las formas clínicas de aborto, variando desde un discreto spotting asintomático a un cuadro de shock. La presencia de dolor hipogástrico y contracciones no es constante. El tamaño del útero puede ser, o no, acorde con la edad gestacional, en cuyo caso se sospecharía la expulsión previa del saco embrionario. El cuello uterino puede estar cerrado o presentar Dilatación, mostrando o expulsando restos abortivos. Se distinguen varias formas clínicas de aborto, destacando en la práctica las situaciones de amenaza de aborto, aborto inevitable o en curso, el aborto diferido y el aborto séptico⁽²⁴⁾.

Cuando un embarazo amenaza interrumpirse en los 3 primeros meses, aparece habitualmente el sangramiento, que puede acompañarse de dolores referidos en el hipogastrio. Esto se debe a que en ese tiempo el huevo está cubierto de vellosidades que recuerdan un erizo, y las pequeñas contracciones patológicas que desprenden las tenues vellosidades no siempre provocan dolor y aparece como primera manifestación la pérdida de sangre⁽²⁵⁾.

Cuando se trata de un embarazo de más de 3 meses, el corion ha sufrido las transformaciones estructurales que dan lugar a la formación de la placenta.

Por consiguiente, se manifiesta primero el dolor, causado por las contracciones tendentes a expulsar al feto, y después sobreviene el sangramiento como consecuencia del desprendimiento placentario.

El aborto que ocurre en los primeros 3 ó 4 meses puede ser típico o atípico.

En el aborto típico (en un tiempo), el huevo se elimina en bloque con las caducas refleja y parietales, completo o roto. Es más frecuente cuanto más joven es el embarazo. En este caso, la pérdida sanguínea suele ser escasa y la intervención quirúrgica puede no ser necesaria.

En el aborto atípico (en 2, o eventualmente, en 3 tiempos) se elimina primero al feto y después los elementos ovulares y la caduca, que algunas veces se expulsa sola en un tercer tiempo.

Esta forma es más común después del tercer mes. Requiere generalmente intervención quirúrgica por las dificultades que significa el desprendimiento de los anejos ovulares al provocar hemorragias.

2.2.1.4.- Diagnóstico

El diagnóstico de aborto debe siempre ser producto de una valoración clínica y ecográfica exhaustiva de cada caso, siendo importante correlacionar estos hallazgos con los niveles de la hormona del embarazo (Beta HCG) sobre todo en abortos de menos de 6 semanas, donde la visualización del embrión muchas veces es difícil o imposible⁽³⁰⁾.

- **Criterios clínicos:**

Cuello uterino dilatado y permeable acompañado o no de sangrado genital y dolor pélvico. Los criterios clínicos siempre se complementan con los ecográficos.

- **Criterios ecográficos:**

- Ausencia de actividad cardíaca (en embrión de 7 semanas o más y obviamente en los casos de embarazos avanzados cuando se considera un feto).
- Saco gestacional localizado en el cuello uterino

- Saco gestacional de 25 mm o más con ausencia de embrión (Huevo huero / saco anembrionado)
- Otros: saco gestacional irregular / colapsado, embrión grande pero mal definido o más pequeño para la edad gestacional por lo general se complementan con la verificación de la falta de incremento de los niveles hormonales de Beta HCG los cuales suelen mantenerse iguales o disminuir cada 48 hrs.

Diagnóstico diferencial.

Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras patologías que producen hemorragia en la primera mitad del embarazo:

- Lesiones malignas o benignas del tracto genital inferior: Toda lesión observada debe ser adecuadamente investigada, incluyendo colposcopia, biopsia.
- Gestación molar: la ecografía y la determinación de los valores circulantes de Beta-HCG (siempre mayores de 100.000 mUI/ml) resultan determinantes para el diagnóstico, cuya determinación definitiva es anatomopatológica.
- Embarazo ectópico: en caso de que no se observe gestación intrauterina ecográficamente, la cifra de Beta-HCG sanguínea y su evolución posterior, nos permitirá orientar el diagnóstico⁽³¹⁾.

2.2.1.5.- Tratamiento⁽³²⁾

En los casos de aborto, el tratamiento requiere inicialmente:

- Hospitalización.
- Instalar vía EV segura con ClNa 9‰

Si el tamaño uterino es menor de 12 cm:

Legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino, si fuera necesario.

Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm:

- Si el cuello uterino está abierto, existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, procurar la expulsión de restos

con infusión oxitócica 30 UI en 500 cc de CNa 9‰. Luego realizar legrado uterino.

- Si el cuello uterino está cerrado y no existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, madurar el cuello con prostaglandinas: 200 microgramos de Misoprostol en el fondo de saco vaginal cada 6 horas, máximo 4 dosis. Luego realizar legrado uterino contando con una vía endovenosa segura.
- Si la metrorragia es abundante, colocar una vía segura con oxitocina y evacuar el contenido uterino inmediatamente. Si el cuello uterino estuviera cerrado, realizar una dilatación instrumental seguida de legrado uterino, o mediante histerotomía abdominal en último caso⁽³²⁾.

2.2.1.6. Complicaciones

Las hemorragias y los procesos infecciosos son las complicaciones más frecuentes, siendo menor su incidencia en los casos de aborto espontáneo que en el provocado, que deberá sospecharse ante un cuadro pos abortivo muy hemorrágico o febril⁽³³⁾.

La cuantía de la hemorragia es muy variable, pudiendo en casos extremos conducir a un cuadro de shock, haciendo obligatoria la evacuación uterina urgente. Entre tanto, resulta eficaz la administración de oxitócica para cohibir la hemorragia.

La infección postaborto puede asociarse a complicaciones como bacteriemia, abscesos pelvianos, tromboflebitis, CID, shock séptico, insuficiencia renal e incluso conducir a la muerte. De todos los procedimientos terapéuticos el legrado por aspiración es el que conlleva menos complicaciones infecciosas. Son factores de riesgo las infecciones previas del tracto genital, el aborto en fases tardías y el empleo de anestésicos locales.

Otra complicación a tener en cuenta, aunque es menos frecuente, es la coagulopatía intravascular diseminada (CID), sobre todo en casos de aborto diferido, aborto séptico con shock séptico y en casos de instilación intrauterina de soluciones hipertónicas. Una complicación postquirúrgica es la perforación uterina.

Es infrecuente, en torno al 0,2%. La favorecen la inexperiencia del cirujano, los abortos tardíos y la multiparidad. El tratamiento varía en función de la sintomatología. Ante la sospecha de perforación, el legrado debe interrumpirse, manteniendo una actitud conservadora. La aparición de irritación peritoneal por lesión visceral, hemorragia intensa o hematoma extenso son indicaciones de laparotomía urgente.

El Síndrome de Asherman (sinequias uterinas) es en el 60% de los casos secundario a un legrado uterino, disminuyendo su frecuencia mediante maniobras suaves y precisas, eligiendo la técnica del legrado por aspiración en vez del curetaje quirúrgico. No hay que olvidar que se puede provocar infertilidad en la mujer debido a este síndrome.

Las repercusiones psicológicas del aborto pasan a menudo desapercibidas. En la mayoría de los casos es imposible anticipar o detectar el sentimiento de angustia o indefensión de la paciente.” (SEGO)⁽²⁴⁾.

2.2.1.7. Implicaciones del aborto:

Implicaciones legales

“El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente” (Ley General de Salud ,1997)⁽³⁴⁾.

Esta ley indica que los centros de salud y los médicos tienen el deber de informar a la policía cuando exista una sospecha de aborto criminal.

En el Código Penal (1991) dice :“La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena Privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuenta y dos a ciento cuatro jornadas”⁽³⁵⁾.

Está penado legalmente el aborto por parte de la mujer que lo permita.

En el código penal del Perú dice bien claro que está penado el aborto a la persona que practica el aborto y a quien lo realiza.

Implicaciones médicas

Meza (2010)⁽³⁶⁾, dice que las mujeres que se someten al aborto corren el riesgo cuatro veces más de morir que las que siguen con su embarazo y dan a luz.

El aborto es más peligroso que el parto normal sin lugar a dudas, pues con el aborto hay más probabilidades de morir, ya sean por causas naturales, suicidios o enfermedades post aborto.

Uroz V., secretaria de la Asociación de Víctimas del Aborto (AVA, 2015)⁽³⁷⁾ afirma que las complicaciones inmediatas son desgarros cervicales, perforación uterina, sangrado y persistencia de restos del embrión dentro del útero.

Las complicaciones tardías son las adherencias o sinequias uterinas, las cicatrices e incompetencia cervical, que producen parto prematuro y riesgo de pérdida aumentada del siguiente hijo.

El aborto puede traer varias complicaciones después de haberlo aplicado a la mujer, entre esas complicaciones están los desgarros

cervicales, sangrado y restos del embrión dentro del útero que producen dolores a la mujer.

El aborto provocado aumenta los riesgos de alteraciones en el estado del ánimo (depresión y autolesión), enmarcadas en el síndrome post-aborto.

El aborto también trae consigo implicaciones psicológicas como son los cambios constantes de ánimo en la mujer entre ellas la depresión y la autolesión que son muy dañinas e influyen demasiado en la vida de la persona, pues el aborto trae consigo mucha culpa en la persona.

Implicaciones Sociales

Según estudios, al 52% de las encuestadas les molesta ver a mujeres embarazadas porque les recuerda a su propio hijo abortado⁽⁸⁾.

Las mujeres que han abortado al encontrarse en la calle caminando o en cualquier lugar público a veces se sienten demasiada incómodas porque ven a mujeres embarazadas las cuales le hacen recordar la vez que ellas abortaron llegando a sentirse mal.

2.2.1.8.- Controversias sobre el aborto

Sin duda el aborto ya es un tema polémico, grandes organizaciones dan razones para sustentar que hay tipos de abortos que no deben de ser penados, así como también otras organizaciones dan razones para afirmar que no existe motivo alguno que justifique el aborto⁽⁸⁾.

En el Perú la iglesia católica es la asociación más sólida en la idea de que no existe motivo alguno para realizar un aborto, la idea que ellos defienden es que desde el momento de la concepción ya hay vida y por lo tanto al recurrir al aborto se está efectuando un

homicidio. Desde un punto de vista biológico también podemos decir que a partir de la concepción hay vida, ya que desde ese momento el hombre empieza a crecer pasando por diferentes etapas desde ser un feto hasta reproducirse y formar una familia. Como mencionamos al inicio no solo hay grupos en contra del aborto, también hay grupos que están a favor del aborto como en casos en que la mujer ha sido víctima de violación, hijos con problemas de salud, hijos con malformaciones, bebés que atentan contra la vida de la gestante⁽⁸⁾.

2.2.2. LA ADOLESCENCIA.

2.2.2.1. Concepto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “La adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19” años, en la que se consideran tres fases, la adolescencia temprana, media y tardía⁽³⁸⁾.

La adolescencia comienza con la pubertad, es decir, con una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente.

El intervalo temporal en que transcurre comienza a los 11-12 años y se extiende hasta los 18-20. Sin embargo no podemos equiparar a un niño de 13 con uno de 18 años; por ello hablaremos de “adolescencia temprana” entre los 11-14 años (que coincide con la pubertad), y luego de un segundo periodo de “juventud” o “adolescencia tardía” entre los 15-20 años; su prolongación hasta llegar a la adultez, dependerá de factores sociales, culturales, ambientales, así como de la adaptación personal.

En la adolescencia temprana, el individuo continúa la búsqueda de independencia pero con nuevo vigor y en nuevas áreas. Desea más privilegios y libertades, como también, menos supervisión

adulta. Se preocupa principalmente de su "status" con sus pares inmediatos, quiere parecerse a los otros por la sensación de encontrarse fuera de lugar con respecto a ellos. Sus diferencias individuales son más marcadas, pero su calidad de individuo único todavía no es completamente entendida ni aceptada. El adolescente mayor comparte muchas de las preocupaciones del adolescente temprano, pero además tiene el problema de hacerse un lugar en la sociedad adulta, siente la obligación de encontrar una identidad propia⁽³⁹⁾.

2.2.2.2. Clasificación de la Adolescencia

Se suele dividir las fases de la adolescencia en tres. Cada fase trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento.

Se habla de **pre-adolescencia entre los 10 y los 11 años**. Es la etapa final de la niñez, donde los conflictos internos adolescentes empiezan a manifestarse. Comienza la preocupación por el físico, por vincularse a un rol sexual, por tener un círculo íntimo de amistades.

Adolescencia temprana, 10-14 años. Coincide con la pubertad, que el cambio físico del cuerpo del niño al de adolescente. Las niñas tienen su primera menstruación y los niños comienzan a experimentar el cambio de voz y otros signos de la edad adulta. En esta etapa, la preocupación por los cambios experimentados en el propio cuerpo, las dudas sobre sexo y el contacto con grupos de amigos del mismo sexo para forjar la identidad, son primordiales. Comienzan las dudas sobre su papel en la sociedad. No se ve encajado en el grupo de los adultos ni mucho menos en el de los niños, por lo que unas veces se adscribe a un papel y otras a otro.

Adolescencia media. 15 – 16 años. El adolescente empieza a asumir su nuevo cuerpo y su nueva identidad. Ya no se ve a sí

mismo como un niño. Paralelamente, comienzan los contactos con el sexo opuesto y las pandillas mixtas. La principal preocupación es el sexo y conseguir gustar y seducir a los miembros del sexo contrario. Son frecuentes las dudas sobre orientación sexual y la experimentación con estímulos fuertes como el alcohol, las drogas y el tabaco.

Adolescencia tardía 17- 19 años. Los conflictos internos de identidad se van resolviendo, el grupo de amigos pierde importancia frente a la búsqueda de pareja. Teniendo en cuenta, que para algunos autores, la adolescencia termina cuando un joven es totalmente independiente emocionalmente y económicamente de sus padres, esta etapa puede alargarse muchísimo⁽⁴⁰⁾.

2.2.2.3. Embarazo en la adolescencia.

Definición.

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". Es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, por las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de la madre. De ahí la importancia de un acercamiento con base en la comunicación desde la mirada del género a esta problemática⁽⁴¹⁾.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes.

Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Factores predisponentes

- a) Menarquia Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo⁽⁴²⁾.
- b) Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- c) Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- d) Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- e) Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de

trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

- f) Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- g) Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- h) Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- i) Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- j) Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- k) Factores determinantes: Relaciones Sin Anticoncepción, Abuso Sexual, Violación

Complicaciones y riesgos⁽⁴³⁾.

Según los expertos, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor.

El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad

de la maternidad. Las adolescentes que se quedan embarazadas presentan en muchos casos:

- Cuadros de mala nutrición, con carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del bebé
- Un mayor número de abortos espontáneos
- Partos prematuros, hay un gran número de bebés de adolescentes que nacen antes de la semana 37 de gestación
- Sus bebés tienen un peso bajo ya que la inmadurez de su cuerpo hace que su útero no se haya desarrollado completamente
- Las mamás adolescente tienen niños con más problemas de salud y trastornos del desarrollo
- En los casos de embarazos de niñas de menos de 15 años, el bebé tiene más posibilidades de nacer con malformaciones

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **INCIDENCIA:** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- **ABORTO:** Es la interrupción deliberada del embarazo. Cuando una mujer o joven, queda embarazada sin desear o cuando no se está preparado para tenerlo⁽⁴⁴⁾.
- **AMENAZA DE ABORTO:** Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo antes de la semana 20 del embarazo. La amenaza de aborto se caracteriza por dolor en el bajo vientre (hipogastrio), sangrado por vagina, sin dilatación del cuello del útero o expulsión de partes del producto de la concepción.
- **ABORTO ESPONTANEO:** O aborto natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. o natural, es una interrupción espontánea del embarazo que se produce antes de que el feto sea viable, aunque se le proporcione una atención específica.

- **ABORTO INCOMPLETO:** Cuando no se expulsa por completo el contenido del útero después de la muerte fetal. Requiere tratamiento médico para eliminar los restos que pudieran haber quedado y así evitar hemorragias o infecciones, que suponen un verdadero riesgo para la madre.
- **RELACIÓN SEXUAL:** Es aquella que se realiza en la pareja (dos personas de diferentes sexos).
- **EMBARAZO:** Proceso de gestación de un hijo que va desde la implantación en el útero del óvulo fecundado hasta el parto. En la especie humana el embarazo dura aproximadamente 9 meses⁽⁴⁵⁾.
- **EMBARAZO PRECOZ:** Es aquel que ocurre en una niña o adolescente inexperta menor de edad que por no haber tenido una buena educación sexual, queda embarazada por tener relaciones sexuales apresuradamente.
- **EDAD GESTACIONAL:** Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización
- **ADOLESCENCIA:** Es la etapa del ser humano más confusa y esta ocurre entre los 13-19 años de edad, tanto para el hombre como para la mujer, en esta etapa el cuerpo humano se desarrolla con suma rapidez. En esta edad se tienen muchas inquietudes, preocupaciones y deseos por saber sobre el sexo⁽⁴⁴⁾.
- **PATOLOGÍA OBSTÉTRICA:** Todas aquellas manifestaciones patológicas que ocurren en la mujer embarazada como consecuencia de su estado de gravidez. Son unas patologías que ocurren como consecuencia del embarazo y que, presumiblemente, también deben desaparecer con él.

- **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:** Son el conjunto de características biológicas, socio-economico-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles
- **ZONA URBANA:** Es aquella zona que se encuentra habitada por una cantidad mayor a los 2000 habitantes, esta se caracteriza por su amplio desarrollo en los sectores de industrias y sectores de servicios.
- **ZONA RURAL:** Aquella zona que se componen de campos en los cuales se desarrolla la agricultura y se cría ganado. No hay un desarrollo industrial y existen pocos servicios tecnológicos.
- **ZONA URBANO-MARGINAL:** Territorio que alberga una alta concentración poblacional que sufre profundo déficit de integración causadas, entre otras razones, por las condiciones de carencias materiales y simbólicas.
- **GRADO 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. Se distinguen los siguientes niveles: Primaria, secundaria, superior.
- **ESTADO CIVIL:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- **CONDICION LABORAL:** Es la situación del individuo en relación a su estado de participación económicamente activa, es decir si se encuentra trabajando o no.
- **TRABAJO INDEPENDIENTE:** Engloba a aquellas personas que no están vinculadas a una empresa mediante un contrato de trabajo.
- **TRABAJO DEPENDIENTE:** Considera aquellas personas que están trabajando dentro de una empresa mediante un contrato de trabajo, al mando de un Jefe.

CAPÍTULO III.
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

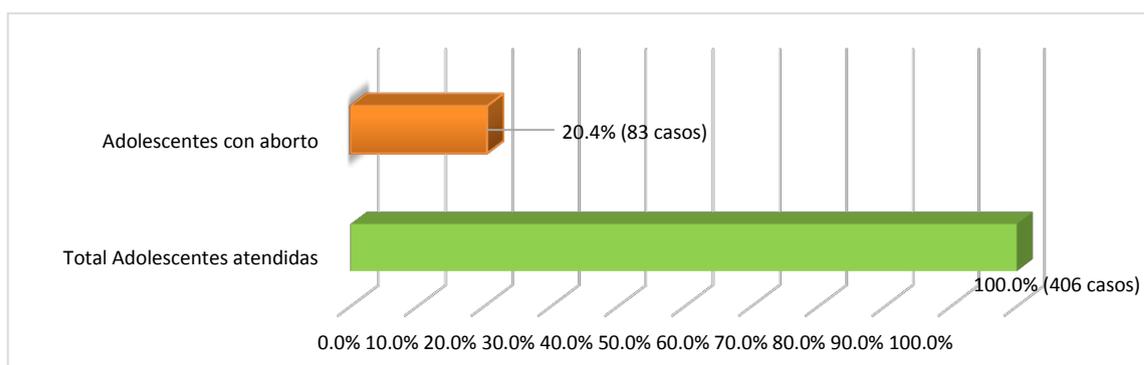
I. INCIDENCIA DEL ABORTO.

Tabla 1. Incidencia del aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

$$\frac{83}{406} \times 100 = 20.44\%$$

Incidencia	F	%
Total de Adolescentes atendidas	406	100.00%
Adolescentes con aborto	83	20.4%

Gráfico 1. Incidencia del aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



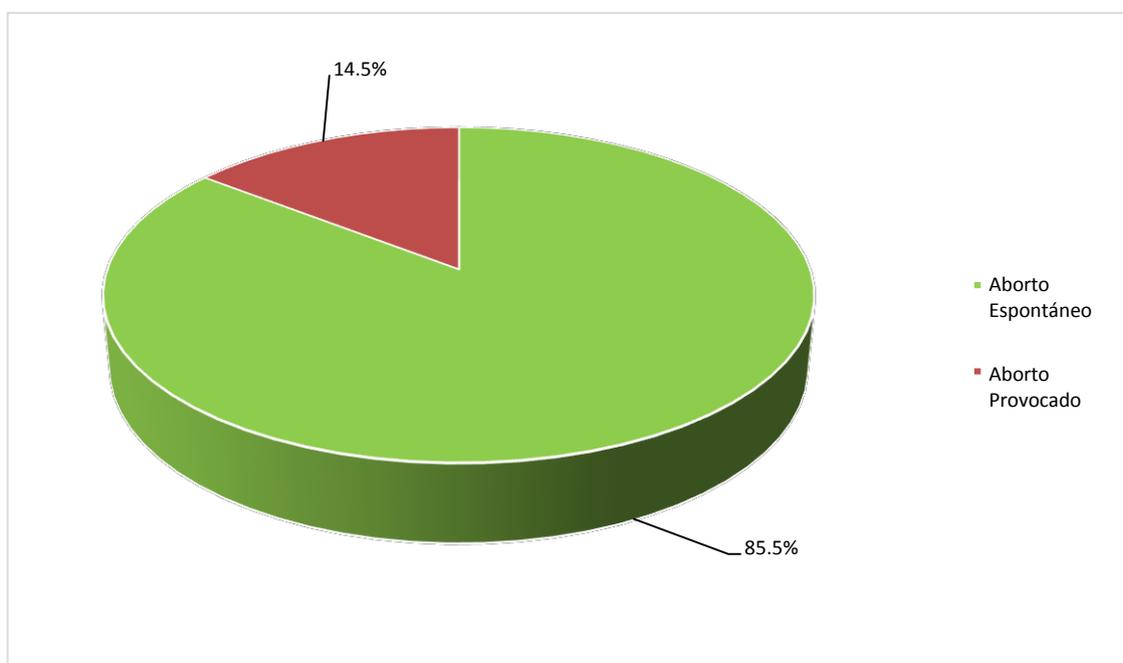
Interpretación: De las 406 adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo de Lima en el año 2016, el 20.4% tuvo aborto.

Tabla 2. Tipo de aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

Tipo de aborto	f	%
Espontáneo	71	85.5
Provocado	12	14.5
Total	83	100%

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 2. Tipo de aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



Interpretación:

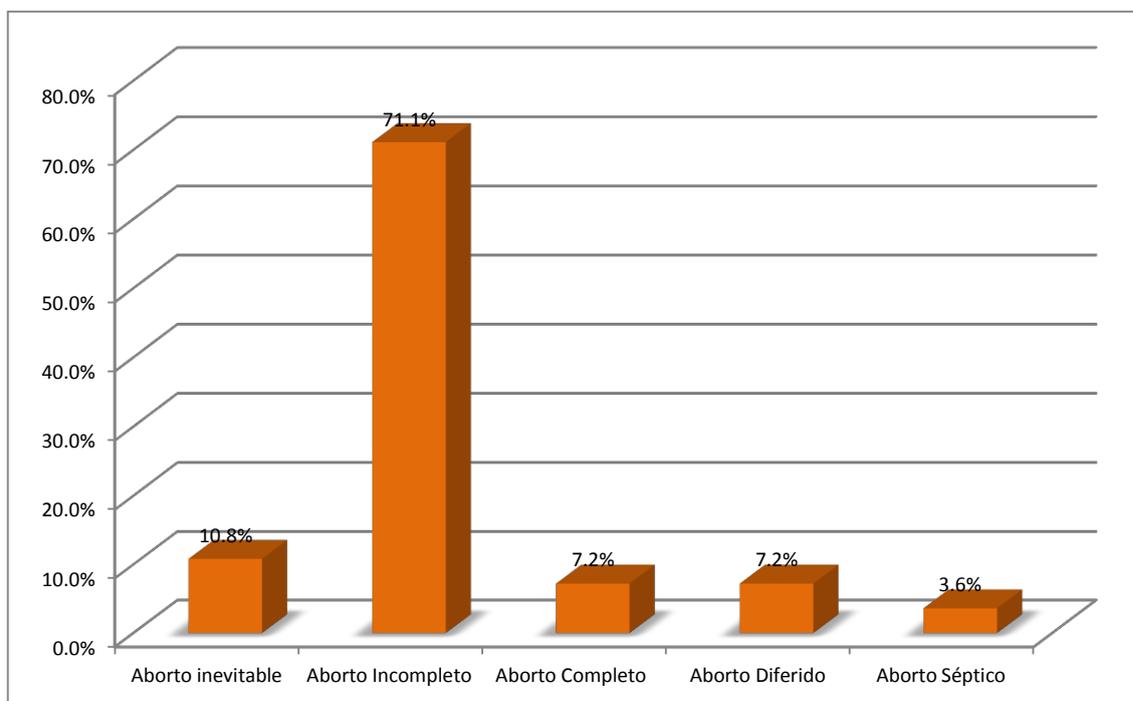
Se analizó las historias clínicas de las adolescentes que presentaron aborto, encontrándose que el 85.5% de ellas tuvo un aborto espontáneo, y el 14.5% presentó un aborto provocado.

Tabla 3. Diagnóstico de aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

Diagnóstico de aborto	f	%
Aborto inevitable	9	10.8
Aborto incompleto	59	71.1
Aborto completo	6	7.2
Aborto diferido	6	7.2
Aborto séptico	3	3.6
Total	83	100%

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 3. Diagnóstico de aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



Interpretación.

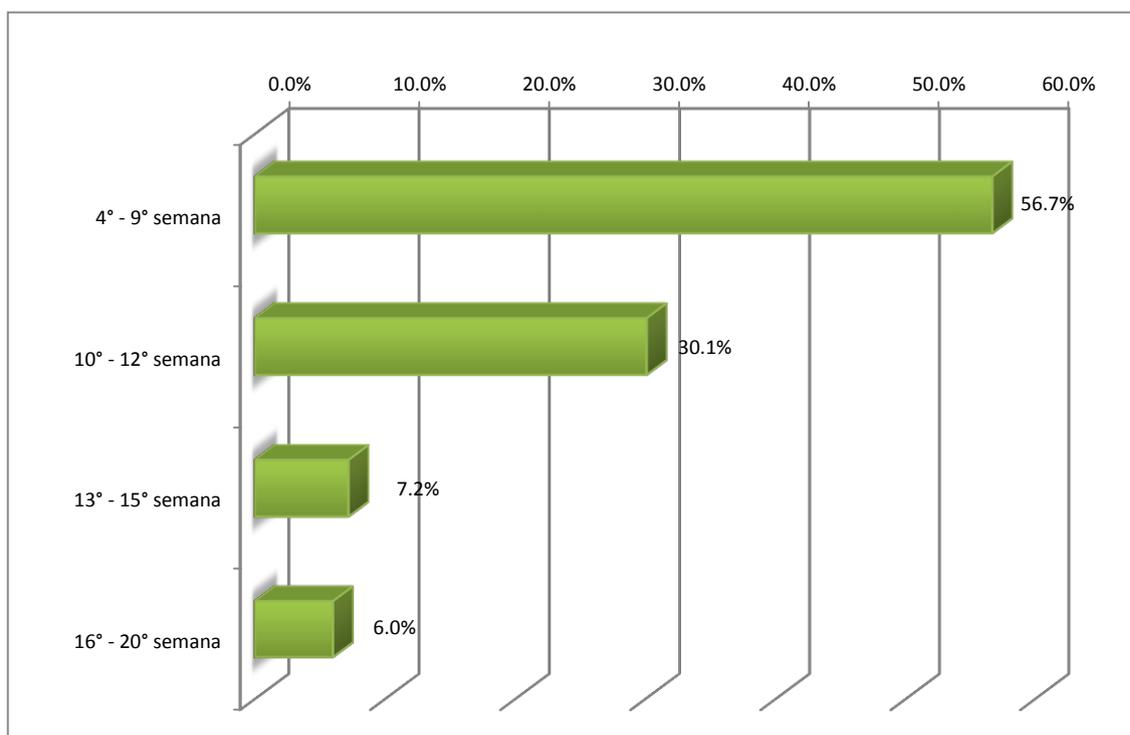
En cuanto al diagnóstico de ingreso por aborto, se evidencio que el 71.1% de las adolescentes presentaron un aborto incompleto, 10.8% un aborto inevitable, 7.2% tuvieron aborto completo, 7.2% aborto diferido, y 3.6% de las adolescentes presentaron aborto séptico.

Tabla 4. Edad gestacional en que se presentó el aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

Edad gestacional	f	%
4° - 9° semana	47	56.7
10° - 12° semana	25	30.1
13° - 15° semana	6	7.2
16° - 20° semana	5	6.0
Total	83	100%

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 4. Edad gestacional en que se presentó el aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



Interpretación:

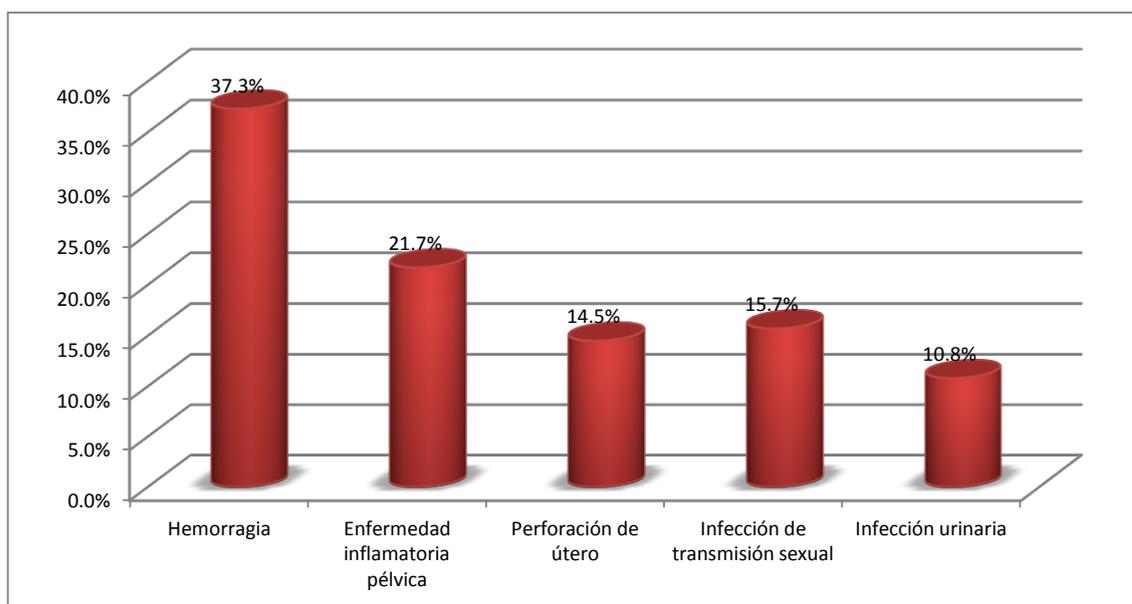
En relación a la edad gestacional en la que se presentó el aborto, se observa que el 56.7% de las adolescentes tuvo su aborto entre la cuarta y novena semana, 30.1% entre la décima y la doceava semana, 7.2% entre la treceava y quinceava semana, y 6% entre la dieciseisava semana y la veinteava semana.

Tabla 5. Patología Gineco-obstétrica asociada al aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016.

Patología gineco-obstétrica	f	%
Hemorragia	31	37.3
Enfermedad inflamatoria pélvica	18	21.7
Perforación de útero	12	14.5
Infección de transmisión sexual	13	15.7
Infección urinaria	9	10.8
Total	83	100%

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 5. Patología Gineco-obstétrica asociada al aborto en las adolescentes, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016.



Interpretación:

En cuanto a la patología obstétrica asociada al aborto, que presentaron las adolescentes que tuvieron aborto, se observa que el 37.3% presentó hemorragia vaginal, 21.7% presentaron enfermedad inflamatoria pélvica, 14.5% presentaron perforación de útero, 15.7% presentaron infección de transmisión sexual, y 10.8% presentaron infección urinaria como patología gineco-obstétrica.

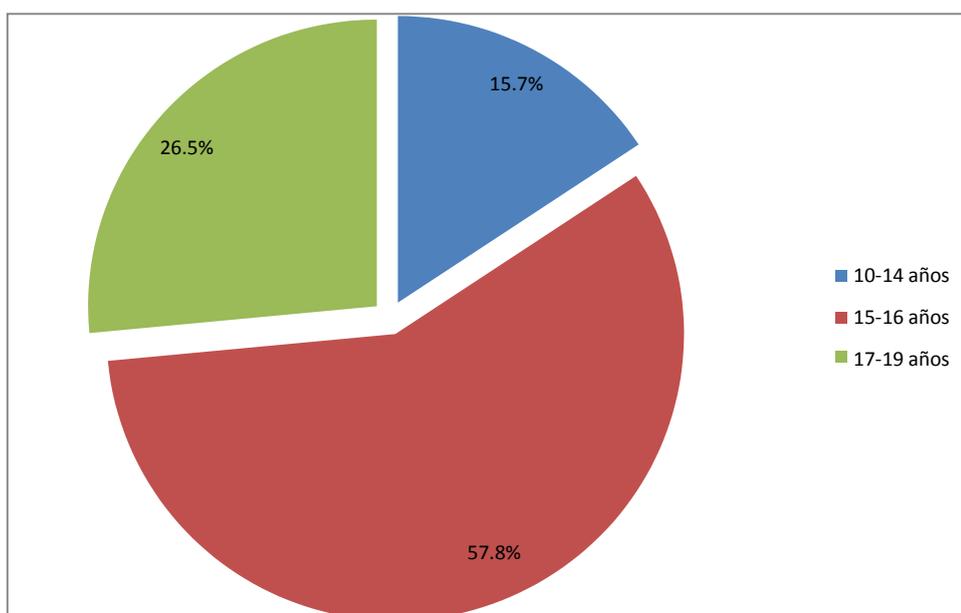
II. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 6. Edad de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

Edad	f	%
10-14 años	13	15.7
15-16 años	48	57.8
17-19 años	22	26.5
Total	83	100%

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 6. Edad de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



Interpretación:

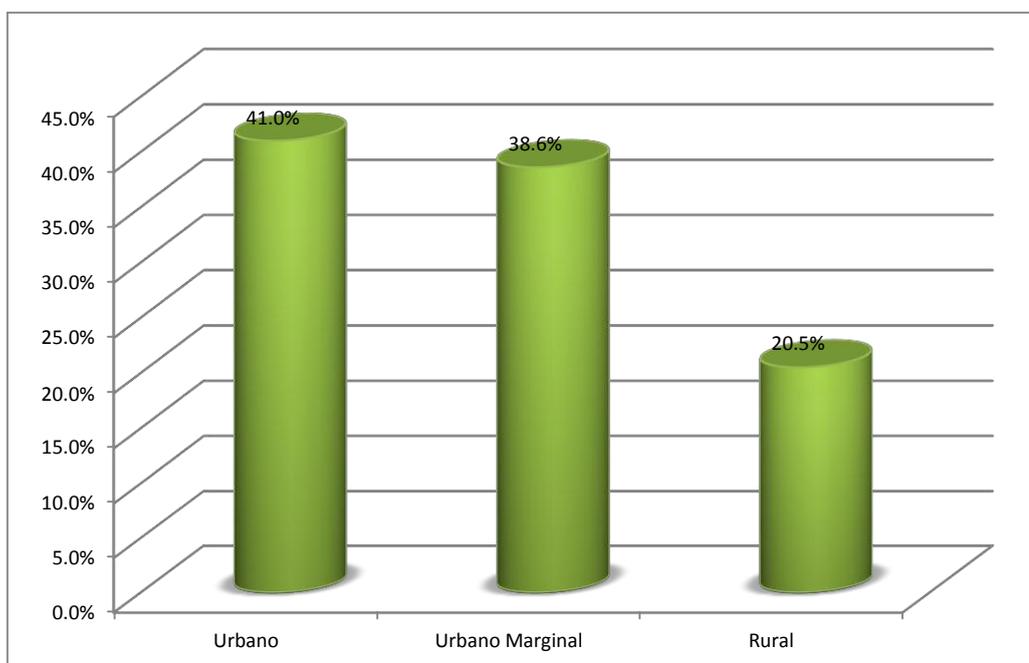
En relación a la edad de las adolescentes, se observa que el 57.8% tiene entre 15 a 16 años, 26.5% entre 17 a 19 años, y 15.7% tienen entre 10 a 14 años de edad.

Tabla 7. Procedencia de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

Procedencia	f	%
Urbano	34	41.0
Urbano marginal	32	38.6
Rural	17	20.5
Total	83	100

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 7. Procedencia de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



Interpretación:

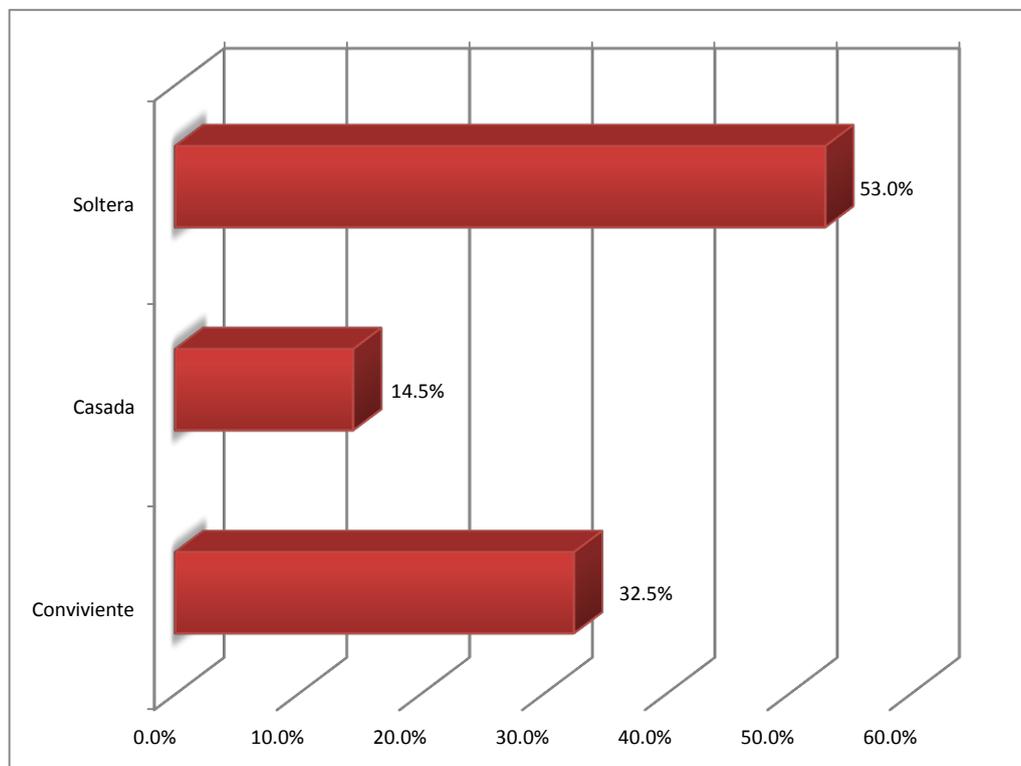
En relación al lugar de procedencia, el 41% de las adolescentes provienen de la zona urbana, 38.6% de la zona urbano marginal, y 20.5% de la zona rural.

Tabla 8. Estado civil de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

Estado civil	f	%
Soltera	44	53.0
Casada	12	14.5
Conviviente	27	32.5
Total	83	100

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 8. Estado civil de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



Interpretación:

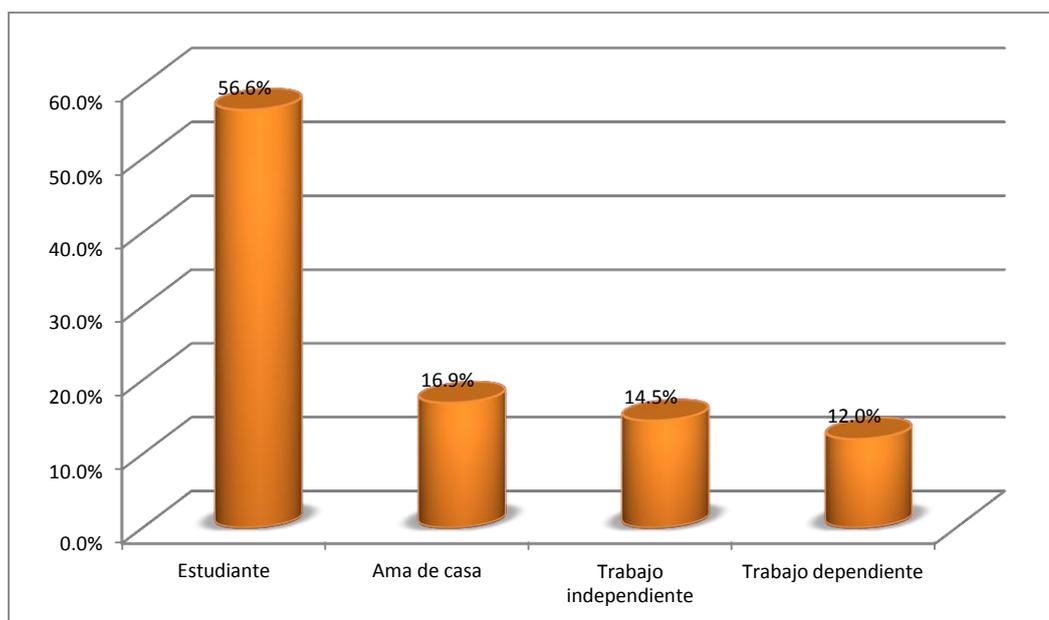
En relación al estado civil de las adolescentes, el 53% son solteras, 32.5% son convivientes, y 14.5% son casadas.

Tabla 9. Ocupación de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

Ocupación	f	%
Estudiante	47	56.6
Ama de casa	14	16.9
Trabajo independiente	12	14.5
Trabajo dependiente	10	12.0
Total	83	100%

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 9. Ocupación de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



Interpretación:

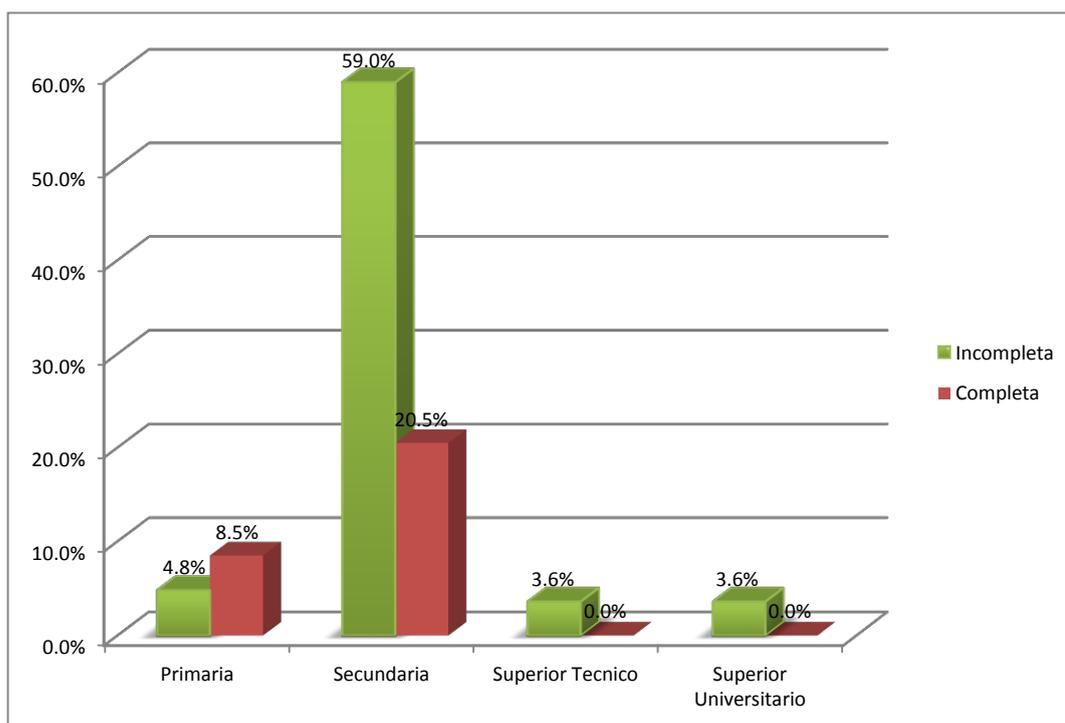
En relación a la ocupación, se observa que el 56.6% de las adolescentes se dedican a estudiar, 16.9% son amas de casa, 14.5% son trabajadoras independientes, y 12% tienen un trabajo dependiente.

Tabla 10. Nivel educativo de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016

Nivel educativo	f	%
Primaria incompleta	4	4.8
Primaria completa	7	8.5
Secundaria incompleta	49	59.0
Secundaria completa	17	20.5
Superior técnico incompleto	3	3.6
Superior técnico completo	0	0.0
Superior universitario incompleto	3	3.6
Superior universitario completo	0	0.0
Total	83	100%

Fuente: Historias Clínicas de las adolescentes con aborto

Gráfico 10. Nivel educativo de las adolescentes con aborto, Centro materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo – Lima 2016



Interpretación:

En relación al nivel de instrucción educacional, se observa que el 4.8% tiene primaria incompleta, 8.5% primaria completa, 59% tiene secundaria incompleta y 20.5% secundaria completa; 3.6% tiene superior técnico incompleto, y 3.6% tiene superior universitario incompleto.

3.2. DISCUSIÓN.

El aborto, constituye un problema sanitario en nuestro país, sobre todo en las adolescentes, por su edad temprana y riesgos para la salud de las mismas y pérdida del feto. En el presente estudio se analizó la incidencia del aborto en las adolescentes del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo de Lima durante el año 2016. El análisis estuvo dirigido a conocer no solo el porcentaje de la incidencia, sino también las características clínicas en las que se presentó el aborto. Asimismo se determinó las características sociodemográficos de las adolescentes con diagnóstico de aborto.

Incidencia del aborto en adolescentes:

Al analizar las historias clínicas en el Centro Materno Tahuantinsuyo Bajo de Lima, se encontró 406 casos de adolescentes atendidas, de los cuales 83 tuvieron diagnóstico de aborto, constituyendo una incidencia del 20.4%, resultados que difieren con el estudio de **López F y Morales K (2015)**, quien encontró en sus resultados que la incidencia del aborto en adolescentes fue de 43.8% de 201 casos. **Pérez Et al. (2016)** evidenció también 42% de adolescentes con diagnóstico de aborto de 207 casos.

En cuanto a las características del aborto, se encontró que el tipo de aborto más frecuente fue el espontáneo (85.5%), y en menor proporción el provocado (14.5%), resultados que coinciden con el estudio de **Brito C. y col (2013)** quien encontró en sus resultados mayor cantidad de abortos espontáneos (69.8%). Asimismo **Pérez E. et al. (2016)** encontró en sus resultados que el aborto más frecuente fue el espontáneo con 98.5%. **Álvarez W. (2014)** encontró 90.9% de aborto espontáneo en adolescentes.

En lo que respecta al diagnóstico de aborto encontrado por el médico, se evidencia que en mayor proporción fue el aborto incompleto 71.1%, seguido del aborto inevitable con 10.8%, aborto completo y diferido 7.2% cada uno, y aborto séptico 3.6%. Resultados que coinciden con el estudio de **López F, y Morales (2015)** quienes encontraron aborto incompleto en mayor frecuencia (52.2%). **Brito C. y col (2013)** también encontró 77% de aborto incompleto.

En cuanto a la semana gestacional en la que se presentó el aborto, en el presente estudio se evidencia con mayor frecuencia entre la 4ta y 9na semana (56.7%) y la 10ma y doceava semana con 30.1%. Resultados que coinciden con el estudio de **Pérez E. et al. (2016)** quien encontró en sus resultados que la edad gestacional más frecuente en el aborto fue de 1 a 8 semanas (50%); sin embargo **Álvarez W. (2014)** encontró que sólo el 16.4% abortó a la 8va semana de gestación. **Ytala M. (2012)** coincide con el presente estudio encontrando 46% de adolescentes que abortaron entre 0 a 6 semanas.

Por otro lado, se analizó la patología obstétrica presente en las adolescentes con diagnóstico de aborto, encontrando en mayor frecuencia la hemorragia con 37.3%, seguida de la enfermedad inflamatoria pélvica (21.7%), infección de transmisión sexual (15.7%), perforación de útero (14.5%), e infección urinaria (10.8%). El estudio de **López F; y Morales K. (2015)** coincidió con la infección urinaria, encontrando infección urinaria con 25.9% y la presencia de ITS (Vaginosis) con 6%.

Datos sociodemográficos.

El presente estudio también analizó las características demográficas y sociales encontrando que la edad de las adolescentes con aborto, fue con mayor frecuencia entre los 15 a 16 años (57.8%), resultados que coinciden con **García M; Cruz V. (2015)** quienes encontraron que la edad promedio fue de 16.1 años. Asimismo **Malcolm A; Rodríguez A. (2015)** encontró 55% de adolescentes con 15 a 17 años. Sin embargo, **Pérez E. et al (2016)** encontró 42% de adolescentes entre 16 a 18 años con aborto. En el estudio de **Álvarez W. (2014)** se encontró 90.9% de adolescentes que abortaron con edades entre los 17 a 19 años, y **Tipian V. (2016)** encontró que la edad frecuente es de 17 a 18 años (87.5%).

En cuanto a la procedencia, en el presente estudio se encontró que mayormente las adolescentes provienen de la zona urbana (41%) y la zona urbano marginal (38.6%). La zona rural obtuvo 20.5%. Resultado que coincide con **López F y Morales K. (2016)** quienes encontraron mayormente procedencia urbana (59.7%), y **Brito C. y col (2013)** encontró 46.3% que

provenían de zona urbano-marginal. Asimismo **Ytala M. (2012)** encontró mayor porcentaje en las adolescentes de procedencia urbana con 68%.

El estado civil de las adolescentes también fue analizado en el presente estudio, encontrándose 53% solteras, 14.5% casadas y 32.5% convivientes. Resultados que coinciden con el estudio de **Álvarez W. (2014)** quien encontró que mayormente las adolescentes que abortaron son solteras (56.4%); **Itala M. (2012)** encontró también mayor porcentaje de solteras (44%).

En cuanto a la ocupación de las adolescentes que abortaron, se encontró que el 56.6% son estudiantes, 16.9% amas de casa, 14.5% tienen un trabajo independiente, y 12% tienen trabajo dependiente. Resultados que coinciden con el estudio de **Ytala M. (2012)**, quien encontró en sus resultados que la ocupación mayormente fue ser estudiante (44%).

Finalmente se analizó el grado de instrucción de las adolescentes con aborto del Centro Materno Tahuantinsuyo 2016, encontrando en mayor proporción la educación secundaria incompleta (59%), seguida de la secundaria completa (20.5%) la primaria completa (8.5%), primaria incompleta (4.8%), superior técnico incompleta (3.6%) y superior universitario incompleto (3.6%). Resultados que coinciden con el estudio de **Brito C. y col (2013)** quien encontró mayormente instrucción secundaria (54.2%), **Álvarez W. (2014)** también encontró 61.8% de adolescentes que abortaron con educación secundaria, e **Ytala M. (2012)** con 69.63% de adolescentes con educación secundaria; asimismo **Tipián V. (2016)** encontró en las características del aborto 75% de adolescentes con educación secundaria.

CONCLUSIONES

1. La incidencia del aborto en las adolescentes del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo de Lima durante el año 2016 es del 20.4%, es decir que de 406 adolescentes atendidas, 83 tuvieron aborto.
2. En las características del aborto en las adolescentes, se encontró que el 85.5% fue espontáneo y 14.5% provocado. Mayormente el 71.1% de las adolescentes presentó un aborto incompleto, 10.8% un aborto inevitable, 7.2% tuvieron aborto completo, 7.2% aborto diferido, y 3.6% de las adolescentes presentaron aborto séptico. El 56.7% de las adolescentes tuvo su aborto entre la cuarta y novena semana, 30.1% entre la décima y la doceava semana, 7.2% entre la treceava y quinceava semana, y 6% entre la dieciseisava semana y la veinteava semana. el 37.3% presentó hemorragia vaginal, 21.7% presentaron enfermedad inflamatoria pélvica, 14.5% presentaron perforación de útero, 15.7% presentaron infección de transmisión sexual, y 10.8% presentaron infección urinaria como patología gineco-obstétrica.
3. En cuanto a las características sociodemográficas de las adolescentes con aborto, se evidenció con mayores porcentajes en adolescentes con edades comprendidas entre 15 a 16 años (57.8%), adolescentes de procedencia urbana (41%), adolescentes con estado civil soltera (53%), aquellas que tienen como ocupación estudiante (56.6%), y finalmente en mayor proporción adolescentes que tienen grado de instrucción secundaria incompleta (59%).

RECOMENDACIONES

1. A la Institución Centro Materno Tahuantinsuyo Bajo de Lima, seguir analizando anualmente la incidencia del aborto en las adolescentes, considerando sus características y formas de presentación, y comparándolos en relación a años anteriores.
2. A las autoridades de la Institución de salud, caracterizar y observar las características sociodemográficas de las adolescentes atendidas, en especial en aquellas que presentan aborto provocado, considerando su situación sociodemográfica, el cual es condicionante de su situación de salud materna. A la vez, desarrollar programas e intervenciones educativas en las adolescentes que acuden al centro materno, con la finalidad de concientizar sobre las causas y consecuencias del aborto provocado, disminuyendo así la incidencia del mismo.
3. A los profesionales de la salud que laboran en la institución, seguir realizando investigaciones sobre las características del aborto, fomentando la publicación de trabajos investigativos sobre esta problemática, el cual servirá de remanente teórico para el desarrollo de futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paliza O. Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el hospital II-1 de Moyobamba. Tesis pregrado. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú 2015.
2. Pluas M. Incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del hospital de Bahía de Caráquez “Miguel Hilario Alcívar” en el periodo setiembre 2012 a Febrero 2013. Tesis pregrado. Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2013.
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Se eleva la mortalidad materna en adolescentes. Diario Perú.com. Lima, Perú 2013.
4. Távara L. Contribución de la revista Peruana de Ginecología y Obstetricia al desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos en Perú. Rev. Peru. Ginecol. Obstet. vol.62 no.1 Lima, Perú. 2016
5. Rodríguez B. Perú registra 400.000 abortos al año. Artículo de AmecoPress.. Madrid, España. Actualizado a Julio del 2017
6. Dirección General de Epidemiología. Mortalidad materna en el Perú 2002-2011. Lima Perú 2013. Disponible en: [http:// www.unfpa.org.p e/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf](http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf).
7. Ministerio de Salud [<http://www.minsa.gob.pe/>]. Perú: Oficina General de Estadística e Informática [actualizada en 2013]; consultado el 9 de Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/HSMacros.asp?00>.
8. Briceño A; Portocarrero A; Gargate J; Del Castillo L; Pequeño A. El aborto. Marco teórico electrónico. Lima, Perú. 2013. Disponible en: <http://elabortoue.blogspot.pe/2013/05/marco-teorico.html>
9. OMS. Informe sobre la salud en el Mundo. Datos y cifras. Ginebra, Suiza 2011.
10. López F; y Morales K. Frecuencia de aborto y características sociodemográficas en pacientes atendidas en el hospital homero castanier cresco. Tesis pregrado. Universidad de Cuenca-Medicina. Cuenca, Ecuador 2015.

11. García M; Cruz V. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.41 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2015
12. Malcolm A; Rodríguez A. aborto provocado en la adolescencia. Rev. Miltimed 2015; 19(4): 5-18. Cuba, 2015.
13. Brito C. et al. Incidencia y factores epidemiológicos del aborto en el hospital Maternidad Mariana de Jesús. Tesis de grado. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Ecuador, 2013.
14. Pérez E. et al. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar, Venezuela. Rev Biomed Venezuela 2016; 27:3-9.
15. Doblado N; De La Rosa I; y Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010
16. Álvarez W. Factores personales y gineco obstétricos en las adolescentes hospitalizadas con el diagnóstico de aborto en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Goyeneche tesis pregrado. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú 2014.
17. Ytala M. Incidencia de abortos en la población joven en el Hospital Regional de Cusco. Tesis maestría. Universidad Andina Nestor Cáceres Velásquez-postgrado. Cusco, Perú 2012.
18. Luna S; y López L. Factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al hospital San Juan de Lurigancho, 2014. Tesis de grado. Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú 2014.
19. Tipian V. (2016). El aborto en la adolescencia. Trabajo de investigación para titulación. Universidad Autónoma de Ica-Enfermería. Chíncha, Perú. 2016.
20. Real Academia Española. Definición de Aborto. España, 2011.
21. Gary F. et al. Williams Obstetricia. 23° ed. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. México, 2011.
22. Lopez, G. El Aborto. Anàlisis de la Situacion Actual. Navarra: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. 2010.
23. Astete C; Beca J; Lecaros A. Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. Rev. méd. Chile vol.142 no.11 Santiago nov. 2014

24. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Capítulo 50 aborto: concepto y clasificación, etiología, anatomía patológica, clínica y tratamiento López Hernández c, herreros López J, Pérez-Medina T pág.415-423.
25. Ruiperez E. Tratamiento médico del aborto espontáneo del primer trimestre. Tesis doctorado. Universidad complutense de Madrid. Madrid, España 2015
26. Camacho, M. *Tratamiento del aborto espontáneo (Médico Vs. Legrado): Experiencia en un año en el hospital Virgen de la Victoria. España, 2011*
27. Barrantes Freer A, Jiménez Rodríguez M, Rojas Mena B, Vargas García A. Embarazo y aborto en adolescentes. Med Leg Costa Rica 2013; 20(1):80-102.
28. Bergallo P; Gonzáles A. Interrupción legal del embarazo por la causal violación: Enfoques de salud y jurídico. Mesa por la vida y la salud de las mujeres. Bogotá, Colombia. 2012.
29. Rivera, O. *El aborto, ¿Qué sabes sobre él?*. Bogotá, Colombia 2010. :
Editorial CLC [Internet] Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=m5oOEWGK7VQC&printsec=frontcover&dq=aborto&hl=es&sa=X&ei=qXGEUefOLpK89gTUIIGQBw&ved=0CDkQ6AEwAg#v=onepage&q=aborto&f=false>
30. Lugo F. Aborto. ¿Qué es y cómo se diagnostica? Artículo personal. Barcelona, España. 2015. [Internet] Disponible en: <http://drfelixlugo.com/aborto-que-es-y-como-se-hace-el-diagnostico/>
31. OMS. Aborto. Consideraciones y estadísticas. Ginebra, Suiza 2012. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/
32. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Guía Técnica. Lima, Perú. 2007.
33. Ministerio de Salud de Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de práctica clínica. Dirección Nacional de Normatización, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

34. República del Perú. Ley General de Salud N° 26842. Lima, Perú 1997.
Disponible en: http://www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp?file_id=203140
35. Código Penal Peruano. Decreto Legislativo N° 635. Gobierno del Perú.
Lima, Perú 1991. Disponible en:
https://apps.contraloria.gob.pe/unetealcontrol/pdf/07_635.pdf
36. Meza M, et al. Impacto social del aborto inducido. Hospital Materno
Comandante Manuel Piti Fajardo. Rev. Ciencia Médicas de Mayabeque.
Cuba, 2010. Disponible en:
<http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/490/828>
37. Uroz V. Consecuencias médicas del aborto provocado en mujeres.
Asociación de víctimas del aborto (AVA). 2015. Disponible en:
<http://www.medicosconscientes.net/consecuencias-medicas-del-aborto-provocado-en-mujeres.html>
38. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente.
OPS/OMS Washington. 2010.
39. Dirección General de Salud Reproductiva Secretaria de Salud México. En
Buen Plan. Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes.
2008.
40. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Fondo de las Naciones Unidas para
la Infancia (UNICEF). Nueva York, EE.UU. 2011
41. Barbón O. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y
prevención del embarazo adolescente. ev Cubana Hig Epidemiol vol.50 no.2
Ciudad de la Habana, Cuba. 2012
42. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Rev. Posgrado Vía Medicina. Agosto
2011.
43. Caraballo A. Embarazo adolescente: Riesgos y Consecuencias.
Psicoadolescencia. Argentina. Sf. [Internet] Disponible en:
<http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/embarazo/emba007.pdf>
44. FCECEP. Programa de educación sexual y reproductiva. Documento
institucional, Colombia. 2012
45. Enciclopedia Salud.com. Definición de embarazo. Tarragona, España. 2016

A N E X O S



“INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ABORTO EN ADOLESCENTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO – LIMA, 2016”

ANEXO N° 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INCIDENCIA DEL ABORTO

1. Tipo de aborto:

- a) Provocado ()
- b) Espontaneo ()

2. Diagnóstico de ingreso:

- a) Aborto inevitable ()
- b) Aborto incompleto ()
- c) Aborto completo ()
- d) Aborto diferido ()
- e) Aborto séptico ()

3. Edad gestacional en que se presentó el aborto: _____

4. Patología gineco obstétrica asociada al aborto

- a) Hemorragia
- b) Enfermedad inflamatoria pélvica
- c) Perforación de útero
- d) Infección de transmisión sexual
- e) Infección urinaria

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

5. Edad:

- a) 10-14 años ()
- b) 15-16 años ()
- c) 17-19 años ()

6. Lugar de procedencia

- a) Urbano ()
- b) Urbano Marginal ()
- c) Rural ()

7. Estado Civil

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Conviviente ()

8. Ocupación

- a) Estudiante ()
- b) Ama de casa ()
- c) Trabajo independiente ()
- d) Trabajo dependiente ()

9. Grado de instrucción

- a) Primaria incompleta ()
- b) Primaria completa ()
- c) Secundaria incompleta ()
- d) Secundaria completa ()
- e) Superior técnico incompleto ()
- f) Superior técnico completo ()
- g) Superior universitario incompleto ()
- h) Superior universitario completo ()

ANEXO N° 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>PRINCIPAL ¿Cuál es la incidencia del aborto y las características sociodemográficas en adolescentes del centro materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima 2016?</p> <p>ESPECÍFICO ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes con aborto del centro materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima 2016?</p>	<p>GENERAL Determinar la incidencia del aborto y las características sociodemográficas en adolescentes del centro materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima 2016</p> <p>ESPECÍFICO Identificar las características sociodemográficas de las adolescentes con aborto del centro materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima 2016</p>	No aplica.	<p>Variable Única Aborto</p> <p>Variable Interviniente Características sociodemográficas</p>	<p>Incidencia del aborto</p> <p>Características sociodemográficas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de la incidencia • Tipo de aborto • Diagnóstico de ingreso • Edad gestacional en que se presentó • Patología gineco obstétrica asociada al aborto • Edad • Lugar de procedencia • Estado civil • Ocupación • Grado de instrucción 	<p>Tipo de investigación: Descriptivo, prospectivo observacional, transversal.</p> <p>Población y muestra: Población: Todas las adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima: 406.</p> <p>Muestra: Adolescentes con diagnóstico de aborto que se atendieron en el servicio de gineco obstetricia del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo: 83 casos.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.</p>

ANEXO N° 3. BASE DE DATOS EXCEL

	DATOS SOCIODEMOGRAFICOS					INCIDENCIA DEL ABORTO			
N°	EDAD	PROCED	ECIVIL	OCUPAC	INSTRUCC	TIPO DE ABORTO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	EDAD GESTACIONAL	PATOLOGÍA GINECO
1	1	1	1	1	4	2	2	1	3
2	3	3	3	3	5	2	2	2	2
3	2	2	1	1	4	2	3	1	4
4	1	3	3	2	6	2	2	1	1
5	2	2	2	1	4	1	2	2	5
6	1	1	3	2	4	2	4	1	1
7	2	1	3	1	5	2	2	4	2
8	3	1	1	1	4	2	1	1	5
9	2	3	2	1	4	1	2	2	1
10	1	2	1	2	3	2	2	1	1
11	3	1	1	1	4	2	5	2	4
12	2	1	1	1	4	2	2	1	1
13	2	2	1	1	4	1	4	1	3
14	3	3	1	2	4	2	2	2	1
15	3	1	3	1	3	2	2	1	5
16	1	1	1	2	4	1	1	4	1

17	2	3	3	1	4	2	2	1	2
18	3	1	2	2	4	2	3	1	4
19	2	2	3	1	5	1	2	2	3
20	3	2	1	4	4	2	2	1	2
21	1	1	3	1	5	2	2	2	5
22	2	3	1	2	4	1	1	1	1
23	3	2	2	1	4	2	2	3	4
24	2	1	1	1	5	2	5	1	1
25	1	3	2	3	4	1	2	1	5
26	2	2	1	2	4	2	2	2	1
27	2	1	3	1	6	1	1	1	2
28	2	2	1	1	4	2	2	2	1
29	3	1	2	2	5	2	2	1	5
30	1	3	3	1	4	2	3	2	1
31	2	1	3	3	4	1	4	1	4
32	2	1	1	2	5	2	2	4	3
33	2	1	3	4	4	2	1	1	2
34	2	3	1	1	5	2	2	2	5
35	2	2	2	2	8	1	3	1	1
36	3	1	1	1	4	2	2	2	3
37	2	1	3	1	4	2	5	1	4
38	1	1	2	4	5	1	2	2	2
39	3	1	3	3	4	2	2	1	3

40	2	2	3	3	4	2	1	2	1
41	2	3	1	1	5	1	4	1	5
42	1	1	2	2	4	2	2	3	3
43	3	2	1	1	6	2	2	1	1
44	2	2	1	4	4	1	2	4	4
45	2	3	3	1	5	2	2	1	1
46	1	1	1	3	4	1	3	2	2
47	2	2	1	2	4	2	2	1	5
48	2	3	3	4	4	1	1	3	1
49	2	2	1	1	5	2	4	1	3
50	3	1	2	1	4	2	2	2	1
51	3	3	1	3	5	1	2	1	2
52	2	2	3	1	4	2	2	4	4
53	3	3	1	1	5	2	1	1	1
54	2	1	2	2	4	1	3	2	2
55	2	3	1	1	4	2	2	1	3
56	3	2	3	1	8	2	2	1	1
57	2	1	1	3	4	1	4	2	2
58	3	3	2	1	4	2	2	1	1
59	2	2	1	4	5	1	2	1	4
60	2	1	1	1	4	1	1	1	1
61	1	3	3	3	4	2	2	2	2
62	2	1	1	1	4	2	2	1	1

63	2	2	1	1	5	1	2	2	4
64	2	2	1	1	4	1	2	1	1
65	2	1	1	3	4	2	2	1	2
66	3	2	3	1	4	1	2	2	1
67	2	2	1	1	5	1	2	3	4
68	2	2	1	4	4	2	2	1	3
69	3	1	3	1	4	1	2	1	2
70	3	2	1	3	5	2	2	2	1
71	2	2	1	1	4	2	2	1	3
72	2	1	3	1	5	1	2	1	2
73	3	2	3	1	4	2	2	3	1
74	1	2	1	4	8	2	2	1	4
75	2	2	3	1	4	2	2	2	2
76	2	1	1	3	5	1	2	1	1
77	2	2	1	1	4	2	2	1	1
78	2	2	3	1	4	2	2	3	2
79	3	1	3	4	5	2	2	1	3
80	2	2	1	1	4	2	2	2	1
81	2	1	1	1	4	2	2	1	2
82	2	2	1	1	4	2	2	2	1
83	1	1	1	4	5	2	2	1	4