



**Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud  
Escuela Académico Profesional de Obstetricia**

**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES DEL  
ABORTO EN PACIENTES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO.  
PERIODO AGOSTO 2015 – ABRIL 2016.**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**BACH. OBST: BARDALES RÍOS, ELIZABETH**

**PARA OPTAR:**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ASESOR (A):**

**OBST. DRA: LEILA ROSA MARINO PANDURO**

**Pucallpa-Perú**

**2017**

## ÍNDICE

CARÁTULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	8
I. CAPÍTULO I	
PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	9
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	9
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.3 Formulación del problema	13
1.4 Objetivos de la investigación	14
1.5 Hipótesis de la investigación	15
1.5.1. Identificación y clasificación de variables e indicadores	15-16
1.6 Diseño de la investigación	17
1.7 Población y muestra	18
1.8 Técnica e instrumentación de la recolección de datos	19
1.9 Justificación e importancia de la investigación	21-22
II. CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	23
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	23
2.1.1 Antecedentes	23
A nivel internacional	23

A nivel nacional	26
A nivel local	29
2.1.2 Bases teóricas	30
2.1.3 Definición de términos básicos	38
III.    CAPÍTULO III	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	41
IV.    CONCLUSIONES	56-57
V.    RECOMENDACIONES	58
VI.    REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
VII.    ANEXOS	

**Dedico a:**

- A Dios, por su infinita bondad al brindarme vida y salud; y permite culminar una etapa más en mi vida.
- A mi madre por su apoyo incondicional para cumplir mi sueño de ser profesional.
- A mi esposo por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad.

### **Agradezco a:**

- Con especial gratitud a mi asesora de tesis, Obst. Dra: Leila Rosa Marino Panduro, por su esfuerzo, dedicación, conocimientos, orientación y motivación que ha sido primordial durante el desarrollo de mi tesis.
- A la Universidad Alas Peruanas y a cada uno de mis docentes que por mucho tiempo estuvieron brindándome sus conocimientos que formaron parte de mi crecimiento profesional.
- Al Hospital Amazónico donde me permitieron realizar las prácticas pre-profesionales para crecimiento y consolidación profesional.

## RESUMEN

El aborto ha sido reconocido como uno de los problemas más relevantes del contexto de la salud pública, a este se le atribuye un alto porcentaje en la morbilidad y mortalidad materna. Las adolescentes, debido a que primeramente no tuvieron una adecuada educación sexual y reproductiva y posteriormente se presenta un embarazo no deseado y por lo cual aquellas mujeres toman la decisión de realizar un aborto poniendo en riesgo su vida. El objetivo general de esta investigación Identificar los factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 – abril 2016. Este trabajo se realizó bajo la metodología de un estudio tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal, los datos fueron recolectados de las historias clínicas de las adolescentes de 12 a 19 años con diagnóstico de aborto. Como resultado tuvimos que la edad predominante fue de 15-19 años con 88%, el 42% tuvieron secundaria incompleta, el 15% tuvo antecedente de aborto, el 73% de las adolescentes tuvo su primera relación sexual entre las edades de 12-15 años, el 43% tuvieron mayor de 2 parejas sexuales, la patología más frecuente fue la anemia con 30%, el diagnóstico de aborto al ingreso fue: aborto incompleto con 67%, asimismo el procedimiento realizado fue la aspiración manual endouterina (AMEU) con 89%, y la complicación más frecuente fue la anemia aguda con 24%. Concluyendo que la edad, el grado de instrucción, los antecedentes de aborto que tuvo la adolescente y el inicio temprano de las relaciones sexuales, asimismo las patologías detectadas durante la estancia hospitalaria trae complicaciones como daños irreversibles, infecciones o hasta la muerte.

**Palabras claves:** Adolescentes, Aborto, Complicaciones, morbilidad, mortalidad, embarazo, anemia, anticoncepción.

## ABSTRACT

Abortion has been recognized as one of the most relevant problems in the context of public health, which is attributed a high percentage of maternal morbidity and mortality. The adolescents, because they first did not have an adequate sexual and reproductive education and later an unwanted pregnancy occurs and for which those women make the decision to perform an abortion putting their life at risk. The general objective of this research to identify the factors associated with abortion complications in adolescent patients attended at the Amazon Hospital. Period August 2015 - April 2016. This work was carried out under the methodology of a cross-sectional retrospective descriptive study, data were collected from the clinical records of adolescents aged 12 to 19 years with diagnosis of abortion. As a result we found that the predominant age was 15-19 years with 88%, 42% had incomplete secondary education, 15% had previous abortion, 73% of adolescents had their first sexual intercourse between the ages of 12-15 43% had more than 2 sexual partners, the most frequent pathology was anemia with 30%, the diagnosis of abortion at admission was: incomplete abortion with 67%, also the procedure was manual aspiration (MVA) with 89%, and the most frequent complication was acute anemia with 24%. Concluding that the age, educational level, history of abortion and the early onset of sexual intercourse, and the pathologies detected during the hospital stay bring complications such as irreversible damage, infections or even death.

**Key words:** Adolescents, Abortion, Complications, morbidity, mortality, pregnancy, anemia, contraception.

## INTRODUCCIÓN

El aborto ha sido reconocido como uno de los problemas más relevantes del contexto de la salud pública, a este se le atribuye un alto porcentaje en la morbilidad y mortalidad materna. Las mujeres jóvenes o adolescentes, debido a que primeramente no hubo una adecuada educación sexual y reproductiva y posteriormente se presenta un embarazo no deseado y por lo cual aquellas mujeres toman la decisión de realizar un aborto. Los riesgos que se expone una mujer cuando se somete a un aborto van desde daños irreversibles, como perforaciones en el útero, histerectomía, infecciones y hasta la muerte.

El problema del aborto en la mayoría de los casos deriva de la actividad sexual en los primeros años de la adolescencia producido por el comportamiento sexual precoz que expone a un riesgo potencial alto en la salud reproductiva de la joven. Del mismo modo la limitada información y dialogo de los padres, así como de las entidades formales.

En el Hospital Amazónico el aborto en adolescentes representa el 9.5% del total de abortos en la ciudad de Pucallpa, por estas razones es evidente la necesidad de contar con información actualizada en nuestra localidad con el fin de combatir directa o indirectamente los factores de riesgo que los predisponen.

Por consiguiente la presente investigación se desarrollará con el objetivo de Identificar los factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 – abril 2016.



## **CAPÍTULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de transición más importante del ser humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, en el que su desarrollo y crecimiento se acelera y está condicionada por múltiples procesos biológicos que estimulan el funcionamiento de los órganos reproductores femeninos y masculinos. El inicio de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (1)

La mayoría de los jóvenes del mundo viven en países en vías de desarrollo (casi el 85 %), con aproximadamente el 60 % en Asia solamente. El 23 % restante vive en las regiones en vías de desarrollo de África, América Latina y el Caribe. Para el año 2025, el número de jóvenes que vivirán en países en vías de desarrollo crecerá en un 89.5 %. (2)

Al año 2014, aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, es decir 1200 millones de personas (3). Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Un adolescente no es capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni de percibir el grado de control que tiene respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud o su comportamiento sexual. Muchos adolescentes son presionados a consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. (1)

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Aproximadamente el 11 % de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años y la mayor parte de ellos se registra en países de ingresos bajos y medianos. Las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 muestran que la tasa mundial de natalidad de las muchachas de esa edad asciende a 49 por 1000 y, en función de los países, oscila entre 1 y 229 por 1000. Esas cifras indican un marcado descenso desde 1990, que se refleja asimismo en la disminución de las tasas de mortalidad materna de las mujeres de 15 a 19 años. (3)

Cada año se producen en el mundo 7,3 millones de partos de niñas y adolescentes de hasta 18 años, de los cuales dos millones corresponden a niñas menores de 15 años, una cifra que, de mantenerse la tendencia actual, llegará a tres millones en 2030. Las tasas están bajando a nivel general, pero en América Latina y el Caribe los partos de niñas de menos de 15 años aumentaron. El informe del Estado Mundial de la Población 2013 señala que, Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje

más alto (28.1 %) de mujeres que dieron a luz antes de los 18 años, una cifra sólo superada por países del África Subsahariana. Detrás se sitúan Honduras con el 26,1 %, República Dominicana (24,8 %), El Salvador, Guatemala (24.4 %), Ecuador (21 %), Bolivia (20 %), Colombia (19.7 %), Brasil (16 %), Haití (15 %), Perú (14.4 %), Paraguay (13.2 %) y Cuba (9.4 %). La agencia de la ONU enfatiza que las cifras podrían ser mayores si incluyeran a las niñas menores de 15 años, un "tema invisible" para los Gobiernos de la región y el resto del mundo. No obstante, la ONU constata que América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de niñas de menos de 15 años están en aumento y se prevé que sigan aumentando hasta el 2030. (4)

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el embarazo adolescente en Perú subió al 14.6 % en 2014, lo que representó un incremento del 1.6 % desde el 2000. Respecto a la maternidad temprana en los últimos 14 años, creció en un 1 % el porcentaje de adolescentes que ya son madres y 0.6 % en las que quedan embarazadas por primera vez. El embarazo en adolescentes de 15 años subió de 1.0 % a 1.9 %, entre 2000 y 2014, en las de 16 años aumentó de 4.7 % a 5.4 %. Del total de mujeres de 15 a 19 años de edad con educación primaria, el 29.3 % ya eran madres el año pasado; porcentaje que baja a 11.2 % entre las adolescentes con educación secundaria y a 4.9 % entre las jóvenes con educación superior (5). En el año 2014, los departamentos con mayor proporción de madres adolescentes son Loreto 30,4%; Amazonas 28,1%, Madre de Dios 24,4%, San Martín 24,1% y Ucayali 21,2%. (6)

Las estadísticas requieren estandarizarse para mejorar la medición, interpretación e intervención de la política pública, ya que mientras el Ministerio de Salud (MINSA) considera embarazo adolescente entre los 12 a 17 años; el INEI-ENDES tiene las edades de 15 a 19 años como parámetro. No obstante, ambos parámetros de medición ocultan las cifras de embarazos en niñas menores de 12 años. Entre el 2011 y 2012, la

región Ucayali atendió a 5,279 adolescentes en estado de gestación y 80 niñas embarazadas menores de 12 años. Sin embargo, estas últimas no figuran en las estadísticas oficiales, por lo tanto no son consideradas en el diseño, ni en la implementación de las políticas públicas en materia de derechos, educación sexual, así como salud sexual y reproductiva. Durante el año 2012, el embarazo adolescente se presentó en todos los distritos de la región, principalmente en las ciudades en proceso de urbanización y con mayor número poblacional (Yarinacocha, Callería y Manantay). En el año 2011 se registró 1 caso de aborto en una menor de 12 años, incrementándose para el año 2012 a 3 casos. El aborto en adolescentes entre 12 a 17 años, se ha incrementado de 123 a 134 casos entre los años 2011 y 2012. (7)

Claramente, el estudio de esta problemática en la vida de las mujeres no es nuevo, sin embargo es necesario mantener los datos actualizados sobre las características y evolución de la fecundidad de las adolescentes, reflexionar y reforzar e impulsar políticas y acciones específicas que prevengan su riesgo físico y moral. En ese sentido, es menester de los profesionales que se especializan en obstetricia abordar frecuentemente el estudio de este tema que trae consecuencias sociales, económicas y de salud en el grupo importante para el desarrollo de la sociedad. (8)

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1. Delimitación espacial**

El presente estudio se realizará en el Hospital Amazónico, Establecimiento de Salud Nivel II.2, ubicado en el Distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali.

### **1.2.2. Delimitación temporal**

El estudio se realizará en el periodo agosto 2015 - abril 2016.

### **1.2.3. Delimitación social**

El estudio centrará la investigación en pacientes adolescentes que tuvieron diagnóstico de aborto y fueron atendidas en el hospital amazónico, periodo agosto 2015 - abril 2016.

## **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Problema principal:**

¿Cuáles son los factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?

### **1.3.2. Problemas Secundarios:**

¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?

¿Cuáles son los antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?

¿Cuáles son las Patologías más frecuentes que presentaron las pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?

¿Cuáles fueron las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Objetivo general**

Identificar los factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 – abril 2016.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar los factores sociodemográficos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.
- Conocer los antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.
- Determinar las patologías más frecuentes que presentaron las pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.
- Especificar las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.

## **1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

H(1) Existen factores sociodemográficos, Gineco-Obstétricos y patológicos, asociadas a las complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Agosto 2015 – Abril 2016.

H(0) No existen factores sociodemográficos, Gineco-Obstétricos y patológicos, asociadas a las complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico, periodo Agosto 2015 – Abril 2016.

### **1.5.1. Identificación y clasificación de variables e indicadores**

#### **Variable Independiente:**

Factores asociados

#### **Variable Dependiente:**

Complicaciones del aborto

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTO O DIMENSIONES	INDICADORES
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>    <b>FACTORES ASOCIADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores sociodemográficos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad</li> <li>✓ Grado de instrucción</li> <li>✓ Estado civil</li> <li>✓ Procedencia</li> <li>✓ Referencia</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes Gineco-obstetricos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de hijos</li> <li>➤ Antecedente de aborto</li> <li>➤ Edad de inicio de relaciones sexuales</li> <li>➤ N° de parejas sexuales</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologías detectadas al ingreso o durante la estancia hospitalaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) I.T.U/Pielonefritis</li> <li>b) Anemia</li> <li>c) Vaginosis bacteriana</li> <li>d) Sífilis</li> <li>e) Ninguna</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de aborto al ingreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Aborto Frustrado o retenido</li> <li>b) Aborto Incompleto</li> <li>c) Aborto Completo</li> <li>d) Aborto en Curso</li> <li>e) Aborto Inevitable</li> <li>f) Amenaza de Aborto</li> </ul>
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  <b>COMPLICACIONES DEL ABORTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones del aborto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Shock hipovolémico</li> <li>• Anemia aguda</li> <li>• Sepsis</li> <li>• Perforación uterina</li> <li>• Histerectomía</li> <li>• Muerte</li> <li>• Ninguna</li> </ul>



## **1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1. Tipo de investigación**

La investigación es de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal debido a que se basan en hechos concretos con respecto a su aparición, frecuencia, desarrollo o los eventos que nos interesan, midiéndolos, y evidenciando sus características en un periodo específico.

### **1.6.2. Nivel de investigación**

La investigación corresponde al diseño no experimental de tipo descriptivo con el propósito de describir variables y analizar su asociación sin intervenir en los mismos.

### **1.6.3. Método**

El método de investigación es cualitativo porque estudia la realidad en su contexto natural tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a su interpretación, analizando las asociaciones de significancia.

### **1.6.4. Prueba Estadística:**

Se trabajará en función de la técnica estadística de acuerdo al seguimiento del diseño respectivo y distribución de frecuencias que es la prueba de Chi Cuadrado, que ayudará a comparar y encontrar asociación entre las variables cualitativas. Cada una de las variables independientes se comparará con la variable dependiente, en lo que corresponde a la frecuencia observada de la esperada. La modificación de cada una de las variables independientes nos dirá la forma en la que influyen en la variable dependiente.

Fórmula: Chi Cuadrado

$$X^2 (df) = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Donde:

$x^2$  .- Chi cuadrada

df.- grados de libertad

$\Sigma$  .- suma de..

O.- eventos observados

E.- eventos esperados

## 1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.7.1. Población

Todas las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016. Teniendo una población de 146 pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto.

### 1.7.2. Muestra

Todas las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.

Se aplicara la formula estadística para población finita o conocida como variable cualitativa.

$$n = \frac{Z^2 N.P. q}{E^2 = (N-1) + Z^2 P q}$$

Donde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q= 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida o finita

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (146) (0.5)^2}{(0.05)^2 (146-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$n = 105.99 = \boxed{106}$$

## 1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

### 1.8.1 Técnicas

Las técnicas que se utilizarán en el presente estudio será:  
La observación estructurada no participante, para examinar y registrar mediante el instrumento de recopilación, la información registrada con antelación de hechos suscitados en situaciones reales.

### 1.8.2 Instrumentos

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, el mismo que se elaboró con antelación y nos permitirá recabar información de las historias clínicas de los casos en estudio. El instrumento está estructurado en cuatro componentes:

- > Factores Sociodemográficos,
- > Antecedentes Gineco-Obstétricos,
- > Patologías detectadas durante la estancia hospitalaria
- > Datos sobre el aborto

Estos componentes permitirán determinar los objetivos del estudio.

**Validez de los instrumentos.**- no se requiere de validar el instrumento debido a que los datos que sirvieron de fuente de información son aquellos que están plasmados en la historia clínica y serán utilizados sin realizar modificación alguna.

## **1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.9.1. Justificación**

La situación de casos de aborto en adolescentes es un tema importante que merece atención, y necesita la intervención de acciones de prevención. En Ucayali, el aborto en adolescentes entre 12 a 17 años, se ha incrementado de 123 a 134 casos al comparar los años 2011 y 2012, siendo grave el incremento de abortos sépticos, de 2 a 5 casos. (7)

Actualmente los parámetros de medición del embarazo en adolescentes no están estandarizados entre el INEI y el Ministerio de Salud. Ambos parámetros excluyen las cifras del embarazo en niñas menores de 12 años (7). Desde la perspectiva teórica, la presente aportará información actual referente a las características sociodemográficas y las complicaciones del aborto en las adolescentes comprendidas entre los 12 a 19 años ya que existen un sin número de reportes solo detallan al grupo comprendido entre 15 a 24 años, la cual no permite abordar acciones pertinentes e idóneas para prevenir y afrontar el problema.

En el 2013 la inversión para prevenir el embarazo en adolescentes fue de 10 centavos de nuevo sol asignados para cada adolescente de la región y sólo para recibir una atención preventiva al año. Esta asignación perpetúa la desigualdad y la exclusión de las/los adolescentes para acceder a servicios preventivos de salud sexual y reproductiva, lo cual resulta incoherente frente a la problemática del incremento del embarazo y de abortos en adolescentes (7). Desde la perspectiva social y cultural, la investigación contribuirá con la concientización de la población al exponer las consecuencias sociales, y por ser el aborto una de las principales causas que aún predominen en la mayor morbilidad y mortalidad materna.

Desde la perspectiva legal, a través de este estudio se expondrá las recomendaciones para tomar acciones políticas y legales que se adecuen y protejan a los adolescentes entre 12 a 19 años de edad contra los riesgos de su salud física y emocional, ya que en la actualidad se carecen de datos de este grupo importante en el desarrollo de la Región Ucayali.

### **1.6.2. Importancia**

Cada año, se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo. La cantidad total de abortos inseguros ha aumentado de alrededor de 20 millones en 2003 a 22 millones en 2008, si bien la tasa global de abortos inseguros no se ha modificado desde el año 2000 y, aproximadamente 47 000 muertes relacionadas con el embarazo son provocadas por complicaciones de un aborto inseguro. Además, se estima que 5 millones de mujeres sufren incapacidades como resultado de las complicaciones de un aborto inseguro. (9)

La situación del aborto en adolescentes es un tema importante que merece atención, ya que la mayoría termina con daños psicológicos, emocionales y hasta funcionales. Es importante mencionar que las cifras reportadas en diferentes estudios nos revelan la magnitud de este gran problema que es el aborto en las adolescentes, lo cual me motivo a realizar este trabajo, para determinar los factores asociados a complicaciones del aborto que afecta a este grupo vulnerable.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Entre los principales estudios, investigaciones o tesis encontradas, y tomadas como referentes, en esta propuesta de investigación están:

##### 2.1.1. ANTECEDENTES

###### A Nivel Internacional

En Cuba **Fernández, Gerez, Ramírez y Pineda (2014)** realizaron un estudio sobre la caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes con el **objetivo** de evaluar el comportamiento y correlacionar características biológicas, psicológicas y sociodemográficas de 62 jóvenes que asisten al servicio del policlínico "Hermanos Cruz" de Pinar del Río. **Material:** En el estudio consideraron las variables edad, edad de la primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales, uso de anticoncepción y motivo de la interrupción del embarazo. En los **resultados** el grupo de edad predominante estuvo entre 18-19 años con

48.4%, el 93.5 % tuvo la primera relación sexual entre los 14 y 17 años, 64.5 % ya había tenido 3 o más parejas, el 77.4 % de las jóvenes eran solteras. El 45.1 % usaba condón, y referente al motivo por el cual solicitaban la interrupción de su embarazo, el 90.3 % respondían que eran muy jóvenes para asumir el rol de la maternidad, el 77.4 % expreso que su motivo era la necesidad de continuar estudios, con menos frecuencia el 58 % dijo ser por la aspiración de no perder su proyecto de vida, y el 41.9 % sostuvieron que su motivo fue la interrupción de su desarrollo personal. **Conclusión:** el inicio precoz de las relaciones sexuales, el inadecuado uso de anticoncepción, la promiscuidad, y la esperada inexperiencia para asumir el rol de la maternidad, hacen pensar que aún existen dificultades en la educación de la sexualidad en las adolescentes. (9)

En Ecuador, **Suarez (2013-2014)** realizó una investigación sobre incidencias y complicaciones del aborto incompleto en adolescentes de 13 a 19 años del “Hospital Matilde Hidalgo De Procel” con el **objetivo** de disminuir la incidencia y complicaciones de aborto incompleto en adolescentes de 13 a 19 años que no tienen conocimiento sobre el tema de sexualidad. Los **resultados** revelan que el 45% de mujeres entre 15 a 17 años tuvieron aborto por causa de Automedicación con Misoprostol, el 17 % fue por causa traumática, el 13% por antecedentes personales; mientras el 25 % por otras causas (influencia familiar, influencia de amistades). El 37 % de mujeres utilizaron Misoprostol de 1 – 2 veces, el 50 % utilizaron de 3 – 4 veces adolescente de 15 a 17 año; mientras que el 13 % nunca utilizaron Misoprostol. El 38 % de mujeres tuvieron dolor abdominal como síntoma de aborto, el 32 % tuvieron sangrado transvaginal, 19 % tuvieron dolor lumbar, el 10 % tuvieron fiebre y escalofríos; mientras que el 1 % no tuvieron ningún síntoma. El 65% de las adolescentes no recibieron charla sobre sexualidad. **Conclusión:** el no recibir orientación e información sobre su sexualidad les conlleva a tomar decisiones de someterse a un aborto teniendo riesgo desde daños irreversibles, como perforaciones en el útero y hasta la muerte. (10)



En Argentina, **Barrozo y Pressiani (2011)** realizaron un estudio sobre el embarazo en adolescentes de 12 a 19 años con el **objetivo** de identificar los factores que inciden en el aumento de embarazo en 130 adolescentes entre 12 y 19 años del departamento de Santa Rosa durante el año 2010. **Resultado:** el 81% inicio su actividad sexual a temprana edad, (el 40% entre 14 años y 15 años de edad, mientras que el 36% entre 12 años y 13 años). El 46.2 % usó algún método anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual. Mientras el 41% no lo uso. El 49.2% de las jóvenes respondieron haber recibido información sobre salud reproductiva en los establecimientos educativos a los que concurren y el 18% en su seno familiar. **Conclusión:** El 91.5 % de las adolescentes tiene un buen nivel de percepción en cuanto al embarazo y sus riesgos. (11)

En Cuba, **Doblado, De La Rosa y Junco (2010)** realizaron un estudio sobre el comportamiento del aborto inducido con el **objetivo** de correlacionar y evaluar las características biológicas, psicológicas y sociodemográficas de las adolescentes que se interrumpen el embarazo en el servicio de aborto del hospital "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas. **Material:** Se estudiaron variables como: edad, edad de la primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales, uso de anticoncepción en la primera relación sexual, escolaridad, convivencia con los padres, antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia, vías por donde adquieren conocimientos sobre sexualidad, actitud ante el embarazo y quién decidió el aborto. En los **resultados**, el 57.8 % de adolescentes que se realizó aborto 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 o más parejas, el 39.6 % tenía abortos, 76.5 % no se protegió en su primera relación sexual, el 56.2 % continuaba sin protección, el 27.3 % vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia. **Conclusión:** 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. (12)

### **A Nivel Nacional**

**Paliza (2015)** realizó una investigación en la ciudad de Iquitos, sobre las complicaciones obstétricas y perinatales de adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, en la cual el **objetivo** específico identificar las características obstétricas de la gestante adolescente como: número de gestaciones, abortos, edad gestacional, control prenatal, tipo de parto; así como determinar las complicaciones obstétricas de la gestante adolescente, describen algunas variables que se trataran en el presente estudio. Los **resultados** fueron: El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, el 37.2% no lo presentaron. Entre las principales complicaciones obstétricas se menciona el aborto incompleto (6.2 %), en menor porcentaje (0.7 %) se presentó la amenaza de aborto. En la distribución de gestantes según control prenatal se observa que el 6.9% de las adolescentes no terminaron su embarazo; el 7.1% de las de 14 a 16 años y el 7.1% de las de 17 a 19 años no terminaron su embarazo, 9 fueron abortos (6.9%), y un caso de embarazo no evolutivo. **Conclusión:** Las gestantes adolescentes que se atiende en el Hospital II-1 de Moyobamba presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas que perinatales. (13)

**La Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza (2012)** expone datos importantes en su publicación con el **objetivo** de la “Prevención del embarazo adolescente en el Perú”, **Materiales:** entre los factores determinantes del problema se identifica la edad de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes sin información sobre su sexualidad y, la edad en la que ocurre el primer embarazo. Esto trae consecuencias como: Mayor incidencia de muertes maternas y perinatales debido a complicaciones obstétricas vinculadas con la

inmadurez biológica de la adolescente, abortos realizados en condiciones inseguras, incremento alarmante de los suicidios en adolescentes y jóvenes embarazadas, considerado como “causa indirecta de muerte materna”, el abandono de la escuela y, la reducción de oportunidades de desarrollo personal. **Resultado:** 13 de cada 100 adolescentes mujeres entre 15 y 19 años de edad ya son madres o están embarazadas por primera vez (12.5 % a nivel nacional, 19.7 % en el área rural y 25.3 % en las regiones selva). En diez años casi no se ha movido esta cifra. La maternidad es más frecuente entre las adolescentes mujeres pobres (22.4%), en comparación a los otros estratos sociales (2.5% pertenecen al quintil superior de riqueza). 33.9% de adolescentes embarazadas sólo tienen educación primaria. 8.6% de adolescentes embarazadas tienen educación superior. 452 es el total de muertes maternas notificadas en el país. 56 casos correspondían a adolescentes entre 10 y 19 años (12.38%) Huancavelica es la región que reporta más casos de muerte materna en adolescentes durante el 2010 (7 casos), seguida de La Libertad y Cajamarca (cada una con 5 casos). Tanto en Huánuco como en Junín y Loreto, sucedieron 4 muertes maternas en adolescentes. Entre las principales causas de muerte materna en adolescente corresponde al aborto en un 5 %. (14)

**Segundo Acho, Dennis Camposano, Eduardo Canova. (2005),** realizo un estudio en lima para la revista peruana de ginecología y obstetricia. Con el **objetivo** de determinar la incidencia, características sociodemográficas y complicaciones del aborto en las adolescentes. **Material y método:** estudio descriptivo, retrospectivo, tipo de serie de casos, realizado en el hospital nacional Cayetano Heredia, entre los años 2000 y 2003. **Resultado:** de un total de 2222 abortos, 325 correspondieron a adolescentes. La incidencia en adolescentes fue de 14.7%. La mayoría se concentró en el grupo de edad de 17-19 años (73.6%). El 81.5% de las pacientes eran primigestas, 18.4% tenía 2 o más gestaciones. El 59.4% interrumpió su embarazo antes de las 12 semanas. El diagnostico de ingreso más frecuente fue aborto incompleto 67.1%,

aborto frustrado 3.3%, aborto en curso 0.8%, aborto completo 0.4%, gestación anembrionada 1.2% y aborto inevitable 0.4%; el 12.8% aceptó haberse sometido a maniobras abortivas y un 9.4% había tenido un embarazo anterior. Las complicaciones más frecuentes fueron la anemia aguda en 52.7% e infección de las vías urinarias en 18.9%, choque hipovolémico 1.3% y choque + perforación uterina 1.3%. **Conclusión:** el aborto ocurrió con mayor frecuencia en la adolescencia tardía; el diagnóstico más frecuente fue el aborto incompleto y la complicación más frecuente la anemia aguda. (15)

**Moreno y Salazar (2004)** realizaron una investigación con el **objetivo** de identificar las complicaciones más importantes del embarazo y el parto en 200 pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el primer trimestre y algunos factores de riesgo de la misma. **Resultado:** En cuanto a las complicaciones maternas en la amenaza de aborto: el 61.1 % sufrió infecciones del tracto uterino, seguido de anemia en el 24.5 %, hipertensión inducida del embarazo en el 17.3 % y hiperémesis gravídica en el 11.5 %; los factores de riesgo de amenaza de aborto identificados fueron: madre añosa, número de gestaciones igual o menor a 4, antecedente de aborto habitual y/o aborto simple, y antecedente de óbito fetal. **Conclusión:** No existe evidencia de que el estado civil, paridad, ocupación o antecedente de cirugía uterina sea un factor de riesgo de amenaza de aborto así mismo, se observó en las gestantes con amenaza de aborto una serie de problemas como oligoamnios, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas, retención placentaria, membranas disociadas, atonía uterina y cesáreas. (16)

## **A Nivel Local**

**El Movimiento Manuela Ramos (2014)**, en su boletín informativo regional sobre los desafíos pendientes de las Políticas públicas en derechos sexuales y derechos reproductivos en la región Ucayali señala, que el crecimiento económico sostenido que evidencia el Perú en los últimos diez años no se corresponde con las condiciones de desigualdad que viven las niñas y adolescentes en la región Ucayali. La desigualdad se expresa en el incremento del embarazo adolescente, ya que esta región duplica el porcentaje de embarazos con relación a la cifra nacional. Así mismo concluye que: Actualmente los parámetros de medición del embarazo en adolescentes no están estandarizados entre el INEI y el Ministerio de Salud. Ambos parámetros excluyen las cifras del embarazo en niñas menores de 12 años. El embarazo adolescente demuestra una tendencia al incremento a nivel país (13.2%) y en la región Ucayali (26.5%). Todos los distritos de la región registran embarazo en adolescentes. La detección de la Violencia Basada en Género es casi nula en niñas menores de 12 años embarazadas y en adolescentes existe una brecha del 40%. El aborto en niñas y adolescentes se incrementó al comparar los años 2011 y 2012. La cifra de abortos en adolescentes entre 12 a 17 años, se ha incrementado de 123 a 134 casos entre los años 2011 y 2012, siendo grave el incremento de abortos sépticos, de 2 a 5 casos. Los abortos inseguros que enfrentan las niñas y adolescentes nos desafían como estado y sociedad en la necesidad de intervenir con acciones de prevención, así como adecuar nuestros marcos legislativos para el acceso a servicios de interrupción voluntaria segura y sin riesgos. Las adolescentes embarazadas entre 12 a 17 años, enfrentan abortos sépticos. Los servicios públicos aún no despliegan acciones de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes embarazadas. La asignación presupuestal para la prevención del embarazo adolescente es incoherente frente al incremento del embarazo adolescente y de abortos. (7)

## 2.1.2 BASES TEÓRICAS

### a) FACTOR DE RIESGO:

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (40)

### b) ADOLESCENCIA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo <sup>(1)</sup>. Garrido (2004) lo define como la fase de la vida de transformaciones más rápidas, profundas y radicales en las esferas psicológica, biológica y social. (1)

### c) ABORTO:

La definición de aborto establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la expulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Este estadio corresponde aproximadamente a 22 semanas de gestación. (23)

La SEGO **define aborto** como “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se

alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable (por ejemplo, huevos no embrionados, mola hidatiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado". (25)

Desde un aspecto etimológico la palabra aborto deriva del latín *abortus*, formada del prefijo ab (privación, separación del exterior de un límite) y orthus (nacimiento), esto se podría entender como privación de nacimiento. (20)

Como podemos advertir, la palabra aborto tal cual, tiene una fuerte significación respecto a la vida del otro ser, ello explicaría porque los diversos grupos pro implementación del aborto, dejan de utilizar éste término, denominándolo "interrupción voluntaria del embarazo" (IVE). Finalmente desde la óptica penal ponemos encontrar las siguiente definiciones sobre el aborto: **Maggiore**: "Interrupción violenta e ilegítima de la preñez mediante la muerte de un feto inmaduro, dentro o fuera del útero materno." **Francesco Carrara**: "la muerte dolosa del feto dentro del útero, o su violenta expulsión del vientre materno, de la que se sigue la muerte del feto", **Manzini**: "aborto provocado es cualquier hecho con el cual se determina la muerte del feto antes del parto fisiológico, con o sin expulsión del útero". (21)

## ➤ TIPOS DE ABORTO

- a. **Aborto espontáneo:** Se trata la interrupción del embarazo por causas naturales o, en todo caso, no intencionado. Un aborto espontáneo es un embarazo que termina abruptamente antes de la semana 20 del mismo. Esto ocurre antes de que el feto (el bebé en crecimiento) pueda sobrevivir fuera del útero. Cerca del 10 al 15 por ciento de los embarazos reconocidos termina en un aborto espontáneo. Hasta el 40 por ciento de los embarazos puede terminar

de esta manera ya que muchas pérdidas ocurren antes de que la mujer se dé cuenta de que está embarazada. (22)

- b. **Aborto incompleto:** Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable. (41)
  
- c. **Aborto completo:** Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor. (41)
  
- d. **Aborto en curso (inevitable):** Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas. (41)
  
- e. **Aborto recurrente:** también se denomina aborto habitual. Se define como la presencia de tres o más abortos consecutivos a las 20 semanas o menos de gestación o con un peso fetal menor de 500 g. En la mayoría de las mujeres con abortos recurrentes, existe muerte embrionaria o fetal y muy pocos abortos suceden después de las 14 semanas. (24)
  
- f. **Aborto inducido o provocado:** Es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser llevadas a cabo por la propia embarazada o por otra persona por encargo de ésta de forma doméstica, química o quirúrgicamente. También es conocido como intencionado, artificial o voluntario. (22)
  
- g. **Aborto terapéutico:** interrupción del embarazo por prescripción facultativa. Cualquier aborto legal provocado. (26)



Hay numerosas enfermedades tanto médicas como quirúrgicas que constituyen indicaciones para interrumpir un embarazo. En la actualidad la indicación más frecuente es prevenir el nacimiento de un feto con una deformidad anatómica, metabólica o mental. (24)

h. **Aborto retenido o frustrado:** se utiliza para describir a los productos muertos de la concepción que se retenían durante varios días, semanas o incluso meses dentro del útero con el orificio cerrado del cuello uterino. Con la ecografía es posible confirmar un embarazo anembriónico o la muerte del feto o embrión. (24)

i. **Aborto séptico:** El aborto séptico se define como un proceso infeccioso ascendente caracterizado por una endometritis, anexitis y parametritis por contaminación ovular durante las maniobras abortivas o por rotura espontánea de las membranas ovulares. Constituyen factores de riesgos el embarazo avanzado, ausencia de asepsia adecuada, dificultades técnicas en la evacuación uterina o presencia no sospechada de patógenos de transmisión sexual o de gérmenes de la flora normal potencialmente de la vagina, endocérvix, genitales externos y región perineal, que están constituido por Enterobacterias, Pseudomonas, anaerobios como Bacteroides y Clostridium. (27)

#### ➤ **CAUSAS DE ABORTO**

Las causas generadoras de aborto pueden resumirse en: (28)

1) **Causas ovulares:** aunque los progenitores sean aparentemente normales, en más de la mitad de los casos de aborto tempranos estos se producen por un desarrollo embriológico anormal debido a factores hereditarios o a defectos cromosómicos adquiridos. Se cree que por lo menos el 10% de las concepciones humanas tienen anomalías cromosómicas. (28)

- 2) **Causas maternas orgánicas:** se consideran enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción. Se subdividen en enfermedades generales, como tuberculosis, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas, y enfermedades locales, como son las organopatías pélvicas de todo orden –genitales o extragenitales- que pueden provocar el aborto; por ejemplo, infecciones genitales, tumores, displasias, hipoplasias, desgarros cervicales, alteraciones propias del útero. (28)
- 3) **Causas funcionales:** son aquellas enfermedades que pueden interferir en la normal evolución de la gestación. Lo constituyen los grandes trastornos metabólicos (diabetes) y fundamentales las endocrinopatías, ya sean extragonadales, como los distiroidismos, o gonadales –alteraciones del ovario, del trofoblasto o de la placenta. (28)
- 4) **Causas inmunológicas:** los mecanismos inmunológicos asociados al aborto son de tipo autoinmune (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares débilmente positivos) y aloinmunes (incompatibilidad ABO), trombofilias. (28)
- 5) **Causas psicológicas:** se incluyen a este grupo a todas aquellas pacientes infértiles, clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, en los que los causa traumas emocionales conscientes o subconscientes se asociarían al aborto. (28)
- 6) **Causas de origen tóxicos:** (intoxicaciones con plomo, mercurio, arsénico, fosforo, etc) o carencial, es decir, deficiencia nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales, etc). (28)
- 7) **Los traumatismos físicos:** de todo orden, directos o indirectos. (28)
- 8) **Abuso de drogas:** tabaco, alcohol y cafeína. (28)

➤ **CAUSAS DEL ABORTO PROVOCADO: (32)**

- ✓ Bajas condiciones socioeconómicas.
- ✓ Presión de la familia y de la pareja.
- ✓ Miedo a la expectativa social (marginación, truncamiento de sus expectativas en ese momento).
- ✓ Problemas de salud.
- ✓ Violación.
- ✓ Falta de educación sexual afectiva.
- ✓ Cuando la relación con su pareja no es estable.

➤ **COMPLICACIONES**

El aborto provocado, tanto el quirúrgico como el médico, presentan múltiples complicaciones. Éstas pueden ser tanto inmediatas, producidas durante, o en las 4 semanas siguientes al aborto, como a largo plazo. En ambos casos las complicaciones pueden ser graves. (29)

• **Hemorragia que precisa transfusión:**

Cuando una mujer presenta sangrado prolongado o excesivo y signos y síntomas de aborto incompleto, el sangrado se debe a retención de restos ovulares o a traumatismo de la vagina, cérvix o útero, incluyendo perforación uterina. (30)

Las hemorragias son una complicación frecuente y en numerosos casos llegan a precisar una transfusión sanguínea. (29)

• **Perforación de útero:**

Es una complicación relativamente frecuente, en torno a 1 de cada cien abortos. El diagnóstico de la complicación es difícil y en ocasiones requiere una nueva intervención. (29)

Por lo general, el resultado de un aborto realizado en condiciones de riesgo. Es una complicación que puede poner en riesgo la vida de la mujer y requiere de un manejo rápido dado que el riesgo de infección y de lesión de otros órganos abdominales o pélvicos es elevado. (30)

- **Desgarros cervicales**

Están presentes en al menos 1% de los abortos. El riesgo aumenta en embarazos de adolescente, del Segundo trimestre o si hay fallos de dilatación cervical. (29)

- **Embolia de líquido amniótico**

Se debe al paso de líquido amniótico al torrente vascular. Una vez producida asocia una mortalidad del 61-86%. Un factor predisponente es la rotura uterina. (29)

- **Coagulación Intravascular Diseminada**

Los factores de coagulación de la sangre se agotan y no pueden formar coágulos en los sitios de tejido realmente lesionado. Los mecanismos disolventes del coágulo también se incrementan. (29)

- **Cirugía no prevista**

Para eliminar restos no expulsados de la gestación, para reparar perforaciones uterinas, o para extirpar el útero en caso de hemorragia por atonía uterina. (29)

- **Infección y sepsis**

La infección es una complicación frecuente en las mujeres que presentan aborto. La retención de restos ovulares favorece el desarrollo de la infección, en especial cuando es el producto de abortos realizados en condiciones de riesgo o instrumental contaminado. La infección también se puede presentar después de un procedimiento médico de evacuación uterina si no se siguen las prácticas de prevención de infección o si existía una infección pélvica en el momento de la intervención. La infección pélvica puede generalizarse rápidamente (septicemia o sepsis) y llevar a un shock séptico con posibles consecuencias fatales. (30)

- **Enfermedad Pélvica Inflamatoria**

De las pacientes que tienen una infección por clamidia en el momento del aborto, un 23 % desarrollará EPI en cuatro semanas. Algunos estudios han arrojado que entre un 20 y un 27 % de pacientes que abortan sufren una infección por clamidia. (29)

- **Anemia**

Trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales. Según la clasificación fisiopatológica, la anemia es la consecuencia de tres procesos fundamentales: disminución de la producción de hemoglobina o de hematíes, aumento de la destrucción de hematíes o pérdida de sangre. (31)

- **Muerte**

Está registrado en diferentes estudios que el aborto es una causa importante en nuestro medio de mortalidad materna. En países en vías de desarrollo o sin desarrollarlas cifras son más altas, y en muchos casos la legalización del aborto no modifica la mortalidad ni las complicaciones severas. El riesgo de muerte por causas debidas al aborto crece un 38% por cada semana de gestación a partir de la 8ª. Comparadas con mujeres que abortaron en la 8 semana, las mujeres a las que se les practicó una aborto en el segundo trimestre, tienen una probabilidad significativamente mayor de fallecer por causas debidas al aborto. (29)

➤ **COMPLICACIONES A LARGO PLAZO:**

- **Placenta Previa:**

El aborto incrementa el riesgo de placenta previa en ulteriores embarazos (una circunstancia que pone en peligro tanto la vida de la madre como su embarazo deseado). El desarrollo anormal de la placenta debido a lesión uterina aumenta el riesgo de malformación fetal, muerte perinatal y efusión excesiva de sangre durante el parto. En

mujeres con uno o más abortos el riesgo de placenta previa aumenta un 30%. (29)

- **Abortos Espontáneos:**

Mujeres que han tenido un aborto provocado tienen un riesgo de dos a tres veces mayor de tener abortos espontáneos en los siguientes embarazos. La alta incidencia de incompetencia cervical resultante del aborto provocado eleva la incidencia de abortos espontáneos en un 30-40%. (29)

- **Embarazo Ectópico:**

El aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Los embarazos ectópicos, a su vez, amenazan la vida y pueden llevar a un descenso en la fertilidad. En caso del aborto médico, el riesgo de embarazo ectópico es 2,8 veces mayor que en mujeres sin aborto. (29)

- **Esterilidad:**

El riesgo de infertilidad secundaria a un aborto provocado es 3-4 veces mayor que en mujeres sin abortos. (29)

### **2.1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

- **Aborto.**

Interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero. (10)

- **Aborto espontáneo.**

Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación por una anomalía del producto de la concepción o del ambiente materno. (10)

- **Aborto provocado:**

El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es el como 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. (33)

- **Enfermedad pélvica inflamatoria:**

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una enfermedad infecciosa que afecta a la parte alta del aparato reproductor femenino interno (útero, ovarios y trompas de Falopio). Aparece por la ascensión de bacterias patógenas desde la vagina y el cuello uterino. (16)

- **Endometritis:**

Endometritis es una inflamación o irritación del revestimiento del útero (el endometrio). (24)

- **Esterilidad:**

Incapacidad de una persona, o de una pareja, para concebir hijos con la práctica de relaciones sexuales normales. (34)

- **Embarazo ectópico:**

Embarazo anormal en el que el huevo se implanta fuera de la cavidad uterina. (35)

- **Incontinencia urinaria:**

La incapacidad para retener la orina se conoce como incontinencia urinaria. Este es un problema común en las mujeres. En algunas mujeres ocurren pérdidas accidentales de pequeñas cantidades de orina. En otros casos, está perdida es frecuente o intensa. (16-(2)).

- **Infección:**

Invasión del organismo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican, causando un estado morboso por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped. (37)

- **Morbilidad.**

La OMS define la morbilidad materna como las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o puerperio, que afectan la integridad y salud física o psicológica de la mujer, en ocasiones de forma permanente. (27)

- **Mortalidad materna.**

La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (27)

- **Tasa de mortalidad materna.**

Número de muertes maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100.000 mujeres en edad fecunda en el mismo periodo. (28)

- **Parto prematuro.**

Parto que se produce antes de que el feto alcance entre 2000 y 2500 gr o antes de las 37 o 38 semanas de gestación. (10)

- **Placenta previa:**

Implantación anormal de la placenta en el límite del orificio interno del cuello uterino o cubriéndolo. (36)

- **Sepsis:**

Infección, contaminación. (38)



## **CAPÍTULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## TABLA N° 01

### EDAD DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016

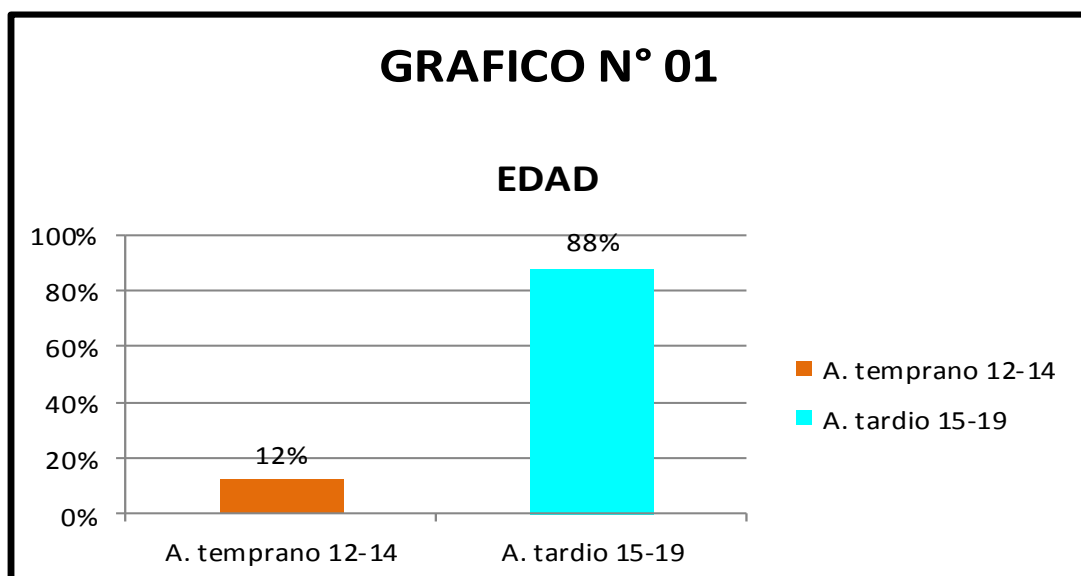
EDAD	N°	%
12-14	13	12
15-19	93	88
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 01 observamos que el 12% de las adolescentes se encuentra en el rango de edades de 12-14 años lo que equivale a la adolescencia temprana y el 88% corresponde a la adolescencia tardía con el rango de 15-19 años.

Contrastando con el estudio realizado en lima por Segundo Acho, Dennis Camposano, Eduardo Canova. (2005), cuyo objetivo fue "Determinar la incidencia, características sociodemográficas y complicaciones del aborto en las adolescentes", encontrándose en el grupo de edad de 17-19 años (73.6%), teniendo una similitud con nuestro estudio.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 02**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS  
CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO.  
PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016**

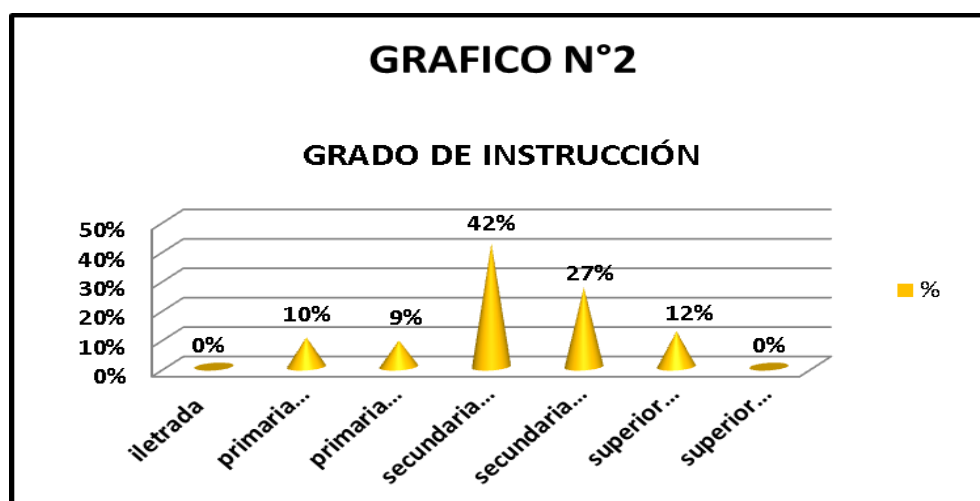
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
iletrada	0	0
primaria incompleta	11	10
primaria completa	10	9
secundaria incompleta	45	42
secundaria completa	29	27
superior incompleto	13	12
superior completo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Se observa en la tabla N° 02 que el 42% de las adolescentes tuvieron el nivel educativo de secundaria incompleta, seguido de secundaria completa con 27%, y el 12% tuvieron superior incompleto.

Contrastando el estudio realizado en el Perú por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2012) (Prevención del embarazo adolescente en el Perú) encontrándose que el 33.9% de adolescentes tienen educación primaria y el 8.6% tienen educación superior, estos resultados difieren de lo encontrado en nuestro estudio, encontrándose el mayor porcentaje de porcentaje en el nivel secundario.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 03**

**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON  
DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO.  
PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

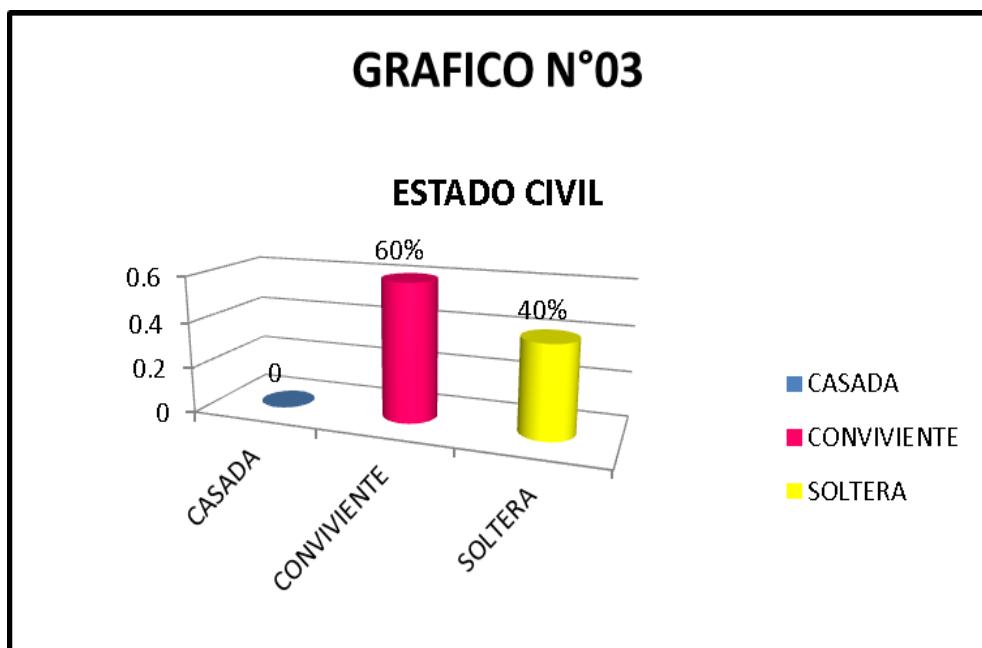
ESTADO CIVIL	N°	%
Casada	0	0
Conviviente	64	60
Soltera	42	40
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### ANÁLISIS E INTERPRTACIÓN

La tabla N° 03 muestra que el 60% de las adolescentes fueron convivientes, y el 40% de condición soltera.

En relación al estudio “Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes”, realizado por Fernández en cuba (2014), menciona que el 77.4% de las adolescentes eran solteras no habiendo similitud de resultados con nuestro estudio.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 04**

**PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

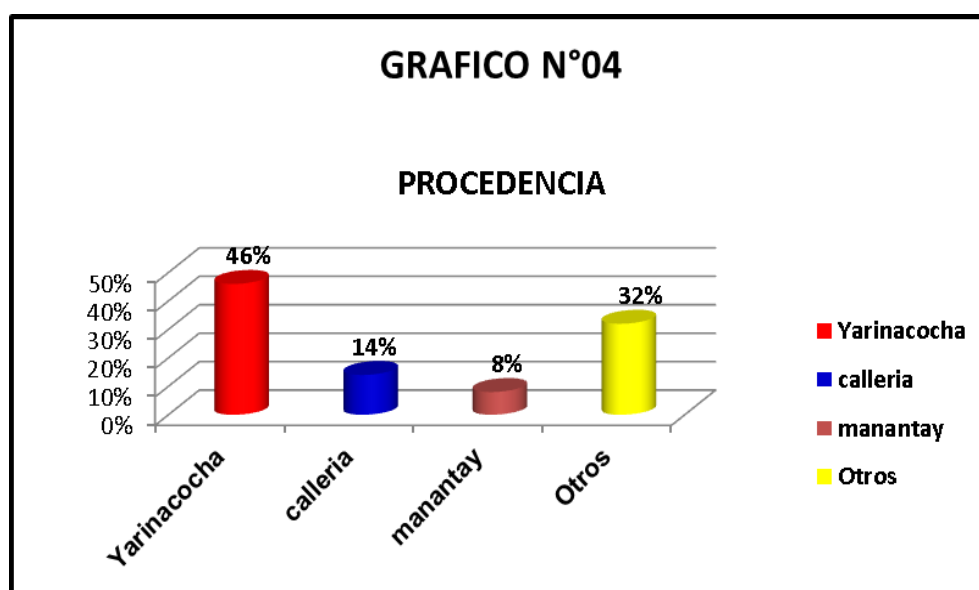
PROCEDENCIA	N°	%
Yarinacocha	49	46
Calleria	15	14
Manantay	8	8
Otros	34	32
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N° 04 nos indica que el 46% de las adolescentes provienen del distrito de Yarinacocha, seguido del 32% de otras jurisdicciones (Aguaytia, Irazola, Von Humbolt, Neshuya, Curimana, constitución, y Puerto inca, entre otros).

No se encontró estudios similares con estas variables para poder contrastarla.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 05**

**PACIENTES ADOLESCENTES CON O SIN HOJA DE REFERENCIA ATENDIDAS  
CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO.  
PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

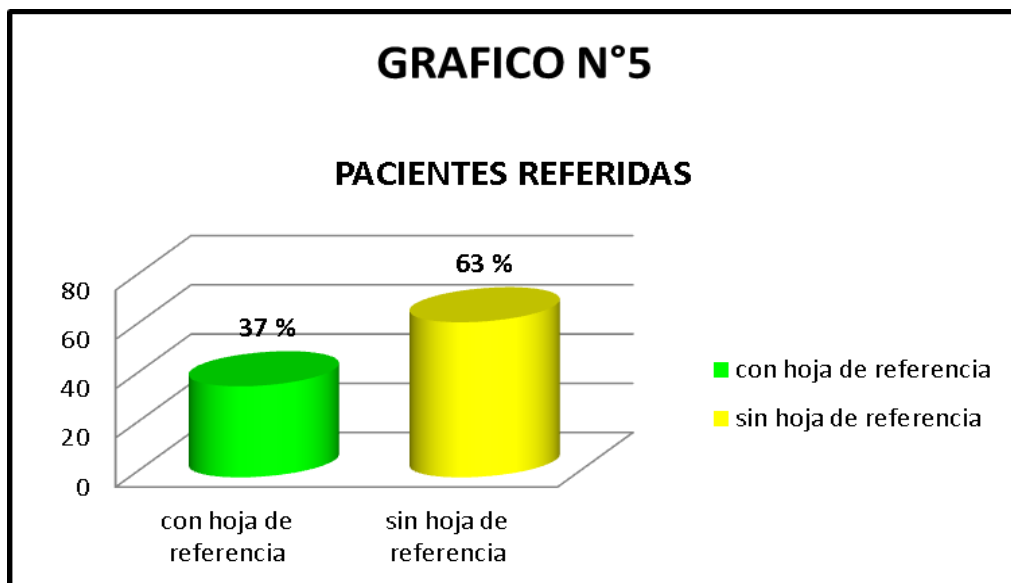
<b>PACIENTES REFERIDAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Con referencia	39	37
Sin referencia	67	63
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En la presente tabla se observa que el 63% de las adolescentes atendidas ingresaron sin referencia y solo el 37% presentaron documento de referencia.

No se encontraron datos relacionados con las variables mencionadas.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 06**

**PARIDAD DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

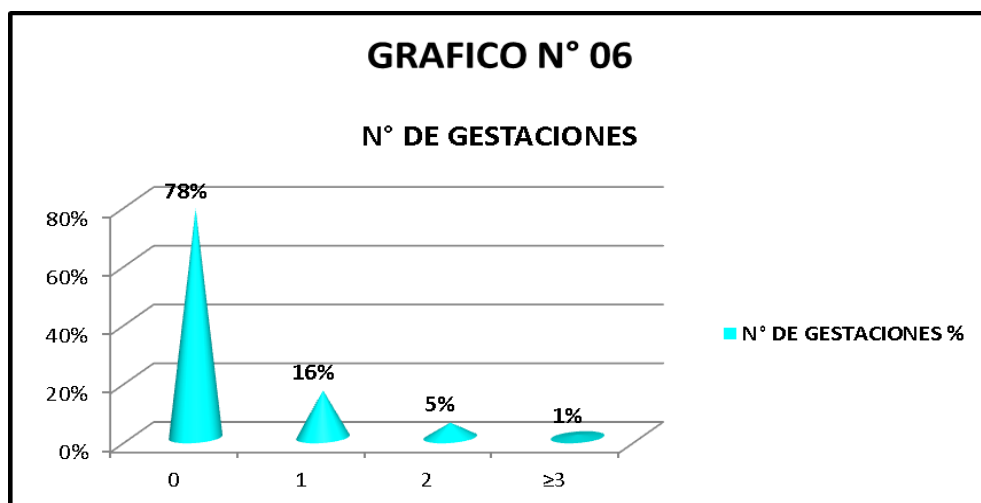
<b>N° DE GESTACIONES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
0	83	78
1	17	16
2	5	5
≥3	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La presente tabla nos muestra que el 78% de las adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto no tuvieron partos previos, y el 22% tuvieron alguna experiencia de parto.

Contrastando con el estudio realizado en Lima por Segundo Acho, Dennis Camposano, Eduardo Canova. "Con el objetivo de determinar la incidencia, características sociodemográficas y complicaciones del aborto en las adolescentes" (2005), encontrándose que el 81.5% de las adolescentes eran primigestas y el 18.4% tenía dos o más gestaciones previas, encontrándose similitud en relación a las primigestas.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 07**

**ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS  
CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO.  
PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

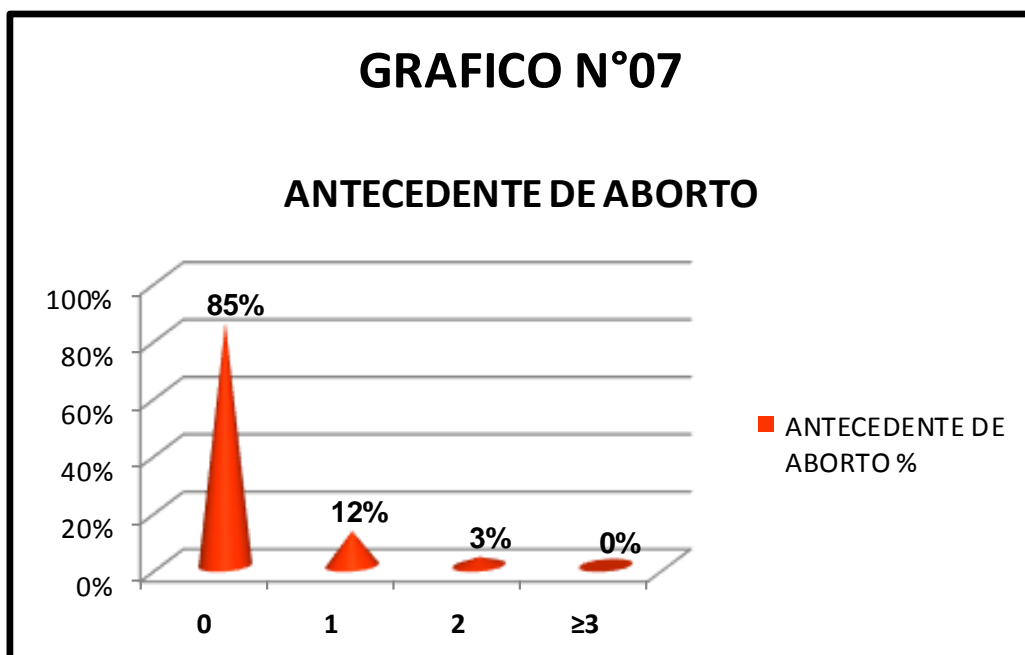
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
0	90	85
1	13	12
2	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En la tabla N° 07 se muestra, que 85% de las adolescentes refirieron no tener antecedente de aborto, y el 15% si los tuvo.

Contrastando con el estudio sobre el “Comportamiento del aborto inducido” realizado por Doblado, De La Rosa y junco, Cuba (2010) nos indica que el 39.6% de las adolescentes tuvo antecedente de aborto, difiriendo con nuestros resultados.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.



**TABLA N° 08**

**INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

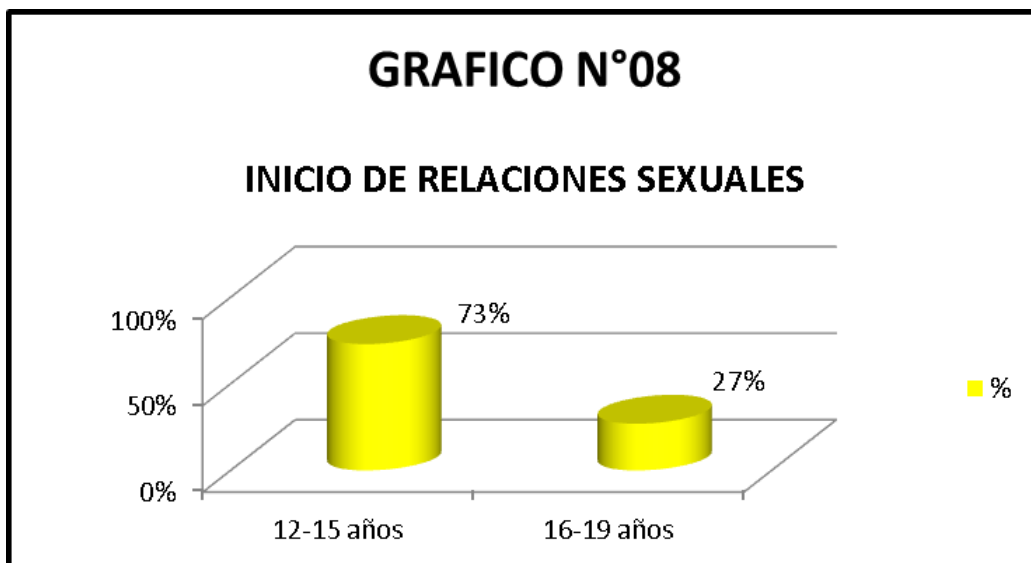
<b>INICIO DE RELACIONES SEXUALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
12-15	77	73
16-19	29	27
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

La tabla N°08 nos muestra que el 73% de las adolescentes iniciaron su relación sexual entre las edades de 12-15 años, y el 27% iniciaron entre las edades de 16-19 años.

Contrastando el estudio realizado en Argentina por Barrozo y Pressiani. "Embarazo en adolescentes de 12 a 19 años" (2011), nos muestra que el 36% de las adolescentes tuvo su primera relación sexual entre 12 y 13 años, y el 40% entre 14 y 15 años, encontrándose relativa similitud con nuestro estudio.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 09**

**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

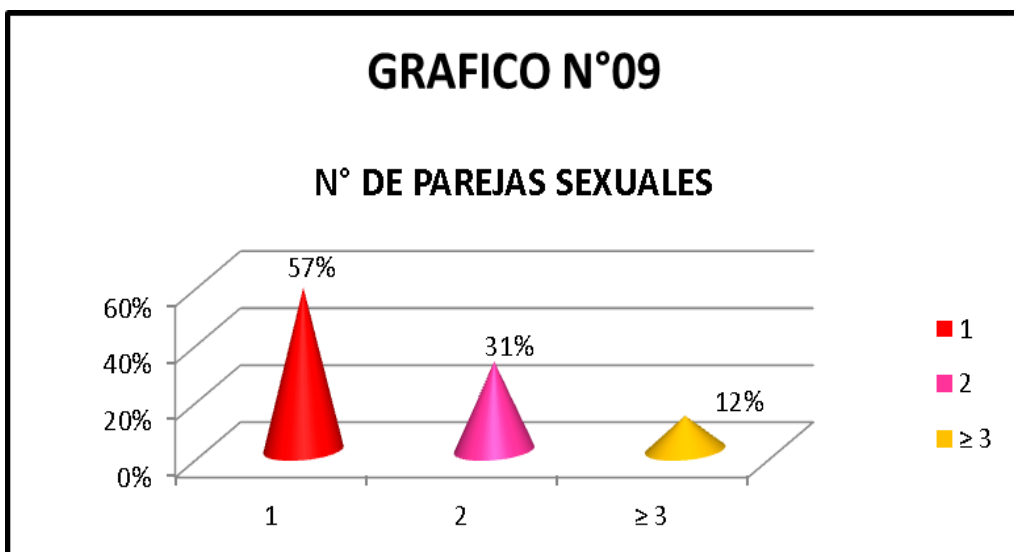
N° DE PAREJAS SEXUALES	N°	%
1	60	57
2	33	31
≥ 3	13	12
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N° 09 nos indica que el 57% de las adolescentes tuvieron una pareja sexual, a diferencia del 43% tuvieron mayor de 2 parejas sexuales.

Relacionando el estudio realizado en Cuba, por Fernández, Gerez, Ramírez y Pineda. "Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes" (2014), el 64.5% de las adolescentes tuvieron 3 o más parejas sexuales. Mientras el estudio realizado en Cuba, por Doblado, De La Rosa y Junco (2010), nos indica que el 49.2% de las adolescentes tuvo 3 o más parejas sexuales, encontrando una similitud con nuestro resultado.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 10**

**PATOLOGÍAS DETECTADAS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

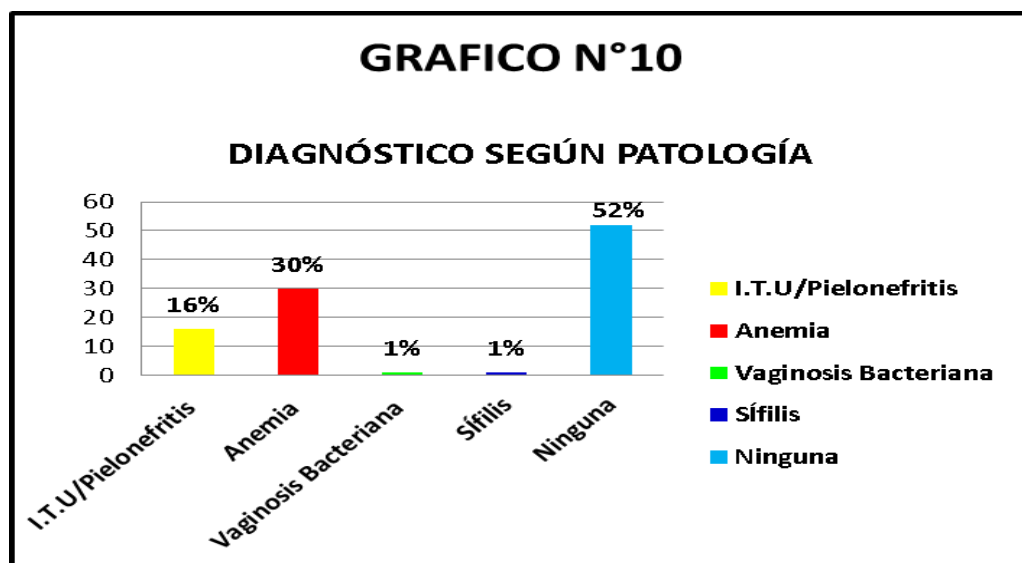
DIAGNÓSTICO SEGÚN PATOLOGÍA	N°	%
I.T.U/Pielonefritis	17	16
Anemia	32	30
Vaginosis Bacteriana	1	1
Sífilis	1	1
Ninguna	55	52
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla N°10 que el 46% de las adolescentes atendidas durante la estancia hospitalaria presentaron patologías como la anemia, infecciones del tracto urinario y vaginosis bacteriana; el 52% no presentaron ninguna complicación.

No se encontraron estudios relacionados con estas variables para poder contrastarla.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 11**

**DIAGNÓSTICO DE ABORTO AL INGRESO DE PACIENTES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO.  
PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

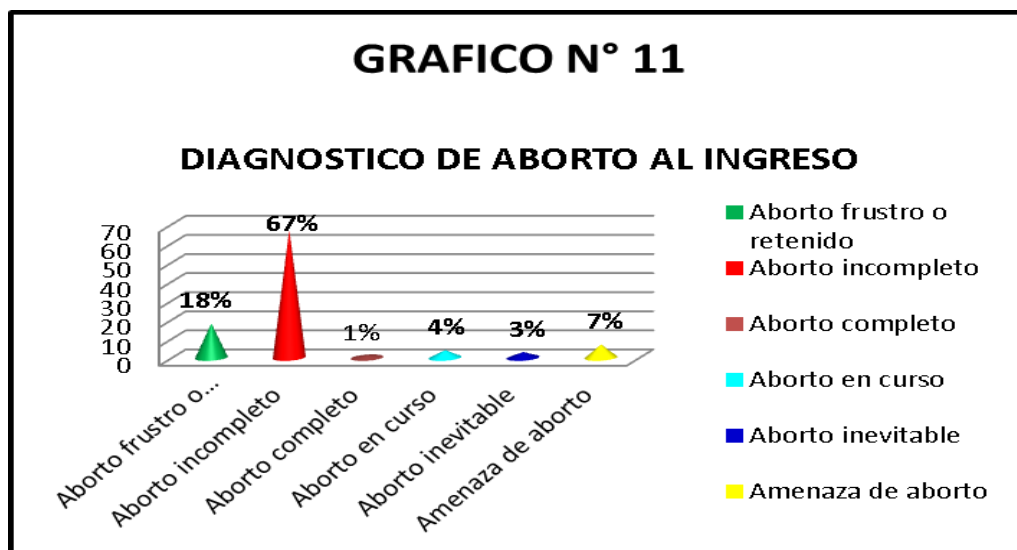
DIAGNÓSTICO AL INGRESO	N°	%
Aborto frustrado o retenido	20	18
Aborto incompleto	71	67
Aborto completo	1	1
Aborto en curso	4	4
Aborto inevitable	3	3
Amenaza de aborto	7	7
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Se observa que el 67% de las adolescentes presentaron aborto incompleto, seguido del 18% con aborto frustrado o retenido, y el 7% tuvieron diagnóstico de aborto en curso o inevitable.

Relacionando con el estudio realizado en Lima por Segundo Acho, Dennis Camposano, Eduardo Canova. "Determinar la incidencia, características sociodemográficas y complicaciones del aborto en las adolescentes" (2005), menciona que el diagnóstico de aborto al ingreso fue: aborto incompleto con 67.1%, aborto frustrado 3.3%, aborto en curso 0.8%, aborto completo 0.4%, gestación anembrionada 1.2% y aborto inevitable 0.4%, encontrándose similitud con nuestro estudio.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 12**

**TIPO DE PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

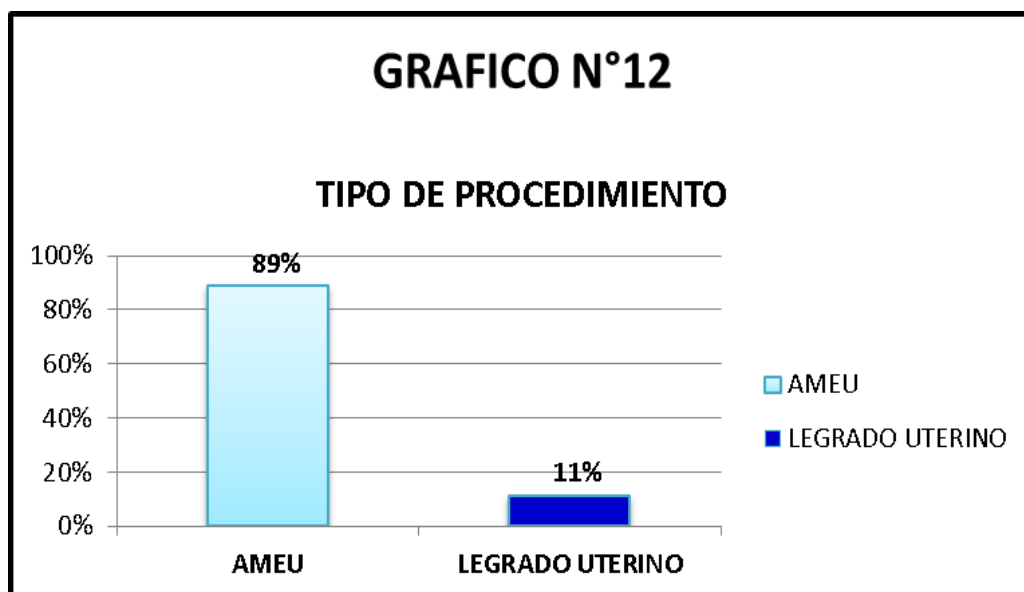
<b>PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL ABORTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Aspiración Manual Endouterino (AMEU)	94	89
Legrado uterino	12	11
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En la siguiente tabla se observa que el 89% de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto, los profesionales médicos realizaron el procedimiento de AMEU, y en el 11% de los casos se practicó el legrado uterino.

No se encontró datos relacionados a nuestro estudio para contrastar los resultados.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 13**

**COMPLICACIONES QUE PRESENTARON LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

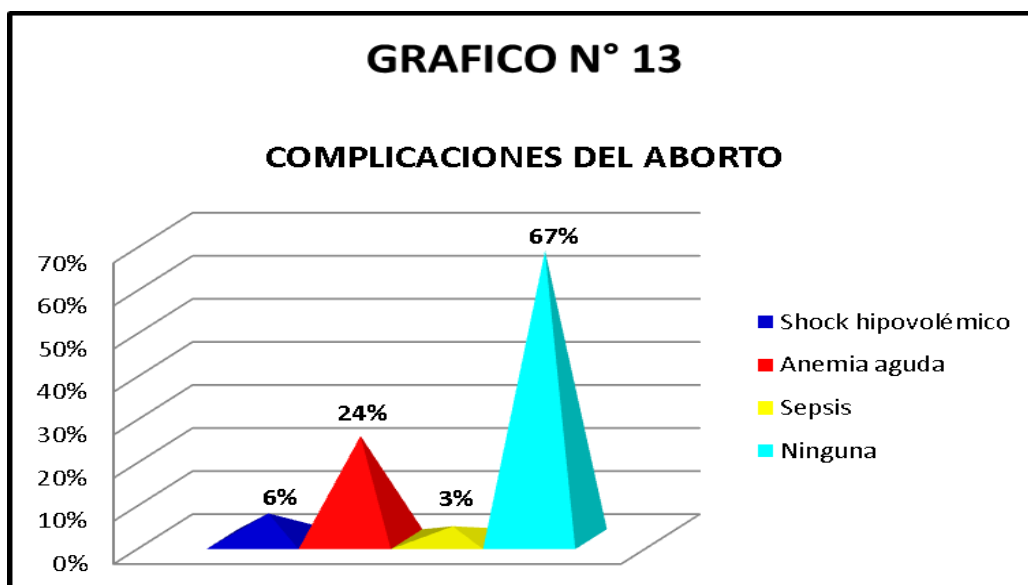
COMPLICACIONES DEL ABORTO	N°	%
Shock hipovolémico	6	6
Anemia Aguda	26	24
Sepsis	3	3
Ninguna	71	67
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N°16 se observa que la complicación más frecuente que presentaron las pacientes adolescentes fue la anemia aguda con 24%, seguido del 6% con shock hipovolémico y el 3% de ellas presentaron sepsis.

Contrastando con el estudio realizado en Lima por Segundo Acho, Dennis Camposano, Eduardo Canova. “Determinar la incidencia, características sociodemográficas y complicaciones del aborto en las adolescentes” (2005), tiene como resultado que las complicaciones más frecuente fueron la anemia aguda en 52.7% e infección de las vías urinarias en 18.9%, choque hipovolémico 1.3% y choque más perforación uterina 1.3%, sien menor el resultado de anemia aguda en nuestro estudio.



Fuente: historia clínica del HAY periodo 2015-2016.

**TABLA N° 14**

**EVALUACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES QUE PRESENTARON LAS PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO. PERIODO AGOSTO 2015 - ABRIL 2016.**

<b>FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES DEL ABORTO</b>	<b>CHI 2</b>	<b>P</b>	<b>DIST. CHI2 α=0.05</b>
EDAD	8.7853	0.0124	3.8410
GRADO DE INSTRUCCIÓN	58.1460	0.0000	5.9910
ESTADO CIVIL	11.7914	0.0006	3.8410
PROCEDENCIA	3.4042	0.3334	7.8150
REFERENCIA	0.1412	0.7071	3.8410
EMBARAZOS	1.2223	0.7477	7.8150
ANTECEDENTE DE ABORTO	15.1327	0.0005	5.9910
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	19.0643	0.0000	3.8410
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	5.5209	0.0633	7.8150
PATOLOGÍA AL INGRESO	76.1529	0.0000	9.4880
TIPO DE ABORTO AL INGRESO	2.7555	0.7376	11.0700
PROCEDIMIENTO	10.7833	0.0010	3.8410

Nivel de significancia  $p < 0,05$

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Con un valor de significancia  $p < 0.05$  se observa que existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos como la edad, grado de instrucción y el estado civil con las complicaciones del aborto. No existe asociación significativa entre la procedencia y la referencia con las complicaciones del aborto. Para el caso de los factores gineco obstétricos evaluados, existe asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de aborto y la edad de inicio de relaciones sexuales con las complicaciones del aborto, mas no existe asociación con el número de embarazos previos y el número de parejas sexuales con las complicaciones del aborto. Existe asociación estadísticamente significativa entre las patologías detectadas al ingreso o durante la hospitalización, con las complicaciones del aborto. Así también con los procedimientos realizados durante la hospitalización.

## CONCLUSIONES

Luego de obtener los resultados de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En relación a los factores sociodemográficos, 88% (93) de las adolescentes que participaron del estudio se encontraron entre las edades de 15-19 años, el 42%(45) tuvieron secundaria incompleta, el 60% (64) de las adolescentes ya convivían con su pareja, el 46%(49) provenían del distrito de Yarinacocha, y solo el 32% (34) acudieron de otras jurisdicciones, el 63% (67) de la población en estudio llegaron al establecimiento de salud sin portar documento de referencia, lo que representa un manejo inapropiado del caso.
2. En relación a los antecedentes Gineco-Obstetricos de las pacientes en estudio, el 73% (77) manifestaron haber tenido su primera relación sexual entre las edades de 12-15 años, el 43% (46) de ellas indicó haber tenido más de dos parejas sexuales, el 78%(83) indicaron no tener partos previos, el 15%(16) de las adolescentes mencionaron haber tenido entre uno o dos abortos al momento del estudio.
3. Dentro de las patologías más frecuente que presentaron las adolescentes al momento del estudio tenemos la anemia con un 30% (32) de casos, y el 16% (17) presento infecciones del tracto urinario.
4. También se observó que el diagnostico de ingreso al establecimiento de salud fue: aborto incompleto con el 67% (71) de casos, de las cuales el 89% (94) de las pacientes, se empleó como procedimiento para resolver el aborto incompleto la aspiración manual endouterina (AMEU), siendo este un procedimiento menos invasor, menos lesivo.
5. Dentro de las complicaciones más frecuentes asociadas al aborto en la población adolescente, se encontró que el 24% (26) de ellas tuvieron anemia aguda debido al exceso de sangrado, y el 6% (6) presentaron shock



hipovolémico que representa un potencial riesgo de morbimortalidad materna.

6. Entre los factores sociodemográficos asociados a las complicaciones del aborto en pacientes adolescentes en el presente estudio, se identificó la edad, el grado de instrucción y el estado civil. Así mismo los factores Gineco obstétricos asociados a las complicaciones del aborto son los antecedentes de aborto que tuvo la adolescente y la edad de inicio de relaciones sexuales. Al referirnos a los factores patológicos asociados a las complicaciones del aborto, se identificó las patologías existentes al ingreso al establecimiento o durante la hospitalización.
7. En relación a la Hipótesis de Investigación se afirma que existe asociación entre los factores Sociodemográficos, Gineco-Obstétricos, y Patológicos que se encuentran asociados a las complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo de estudio.

## RECOMENDACIONES

Concluida la investigación recomendamos lo siguiente:

1. Las adolescentes al confirmar el embarazo deben acudir de inmediato a los establecimientos de salud para identificar oportunamente factores de riesgo que pongan en peligro su salud y la del producto de la gestación.
2. Que los establecimientos de salud cuenten con personal capacitado en la atención diferenciada de adolescentes que garantice un ambiente cálido entre proveedor y usuaria.
3. Las adolescentes y su entorno familiar deben reconocer oportunamente factores de riesgo como el sangrado vaginal, que es una de las principales complicación que lleva a la adolescente a una anemia aguda ya que acuden tardíamente a los establecimientos de salud.
4. Que las adolescentes cuenten con conocimiento indispensable de metodología anticonceptiva para prevenir embarazos no deseados que podría conllevar a complicaciones de su salud física y mental.
5. Proseguir con nuevas investigaciones en población adolescente, sobre todo en temas de salud sexual reproductiva que redunde en la identificación de factores de riesgo prevenibles.
6. Que el ente rector MINSA, en coordinación con las Diresas, y los establecimientos de salud, realicen mayores campañas de difusión sobre métodos anticonceptivos poniendo especial énfasis en el trabajo con las/los adolescentes facilitando el acceso a los programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva implementando consultorios diferenciados para la población adolescente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. Citado el 06/11/2016. Disponible en [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
2. Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU). ¿Qué significa “jóvenes” para las Naciones Unidas y cómo son diferenciados de los niños? Citado el 06/11/2016. Disponible en [http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/preguntas\\_frecuentes/](http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/preguntas_frecuentes/).
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Nota descriptiva N°345, Mayo de 2014. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
4. INFOABE. Niñas madre: 20.000 menores de 18 años dan a luz por día en América Latina. MIÉRCOLES 30 DE OCTUBRE 2013. Disponible en <http://www.infobae.com/2013/10/30/1520058-ninas-madre-20000-menores-18-anos-dan-luz-dia-america-latina/>.
5. RPP Noticial (Sitio de Internet). INEI: Embarazo adolescente en Perú sube al 14,6 %. 9 Julio, 2015. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-sube-al-146-noticia-815582>.
6. INEI. En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez. Citado el 06/11/2016. Disponible en <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>.
7. Movimiento Manuela Ramos. Desafíos pendientes de las políticas públicas, derechos sexuales y derechos reproductivos de la región Ucayali. Boletín informativo regional. Lima, Perú. Abril, 2014. Disponible en <http://www.manuela.org.pe/wp-content/uploads/bsk-pdf->

[manager/Desafios Pendientes de las politicas publicas derechos sexuales y derechos reproductivos region Ucayali 175.pdf](#).

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo 2013. Lima, 2015. Disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf).
9. Fernández H, Gerez S, Ramírez N, Pineda A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2014; 40 (2). Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40\\_2\\_14/gin07214.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin07214.htm).
10. Suarez AC. Incidencias y complicaciones del aborto incompleto en adolescentes de 13 a 19 años del “Hospital Matilde Hidalgo De Procel” de septiembre del 2012 a febrero del 2013 de la Provincia del Guayas. Tesis de pregrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil. 2013 – 2014. Disponible <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1805/1/tesis%20empastar%20TOTAL.....pdf>.
11. Barrozo, M. y Pressiani, G. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. Tesis de grado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina. 2011. Disponible en [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf).
12. Doblado NI, De La Rosa I y Junco A. Ginecología y Salud Reproductiva: Aborto en la adolescencia un problema de salud Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(3)409-421. Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol\\_36\\_03\\_10/gin11310.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin11310.pdf).
13. Paliza OU. Complicaciones obstétricas y perinatales de adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba. Tesis de pregrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015. Disponible en <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/550/1/Tesis%20completa.pdf>.
14. La Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza. Prevención del embarazo adolescente en el Perú. Por una mejor calidad de vida de

las y los adolescentes. 2012 Disponible en <http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/MCLCP-Embarazo-Adolescente.pdf>.

15. Segundo Acho, Dennis Camposano, Eduardo Canova. (2005). Aborto en adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Per Ginecol Obstet [internet] 2005 [citado 29 abril 2017]; pag: 100-104. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/402/371>.
16. Moreno CA y Salazar MR. Complicaciones del embarazo y parto en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el primer trimestre Hospital Central de la Policía Naional del Perú “Luis N. Sáenz”, julio 2000 – junio 2003. Tesis de grado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa de Cybertesis Perú, 2004. Disponible en [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2972/1/Moreno\\_sc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2972/1/Moreno_sc.pdf).
17. Diccionario Médico. Términos de obstetricia. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/definiciones-por-temas/diccionario-de-obstetricia>.
18. Diccionario Médico. Términos de cirugía. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/definiciones-por-temas/diccionario-de-cirugia>.
19. Diccionario Médico. Términos de embriología. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/definiciones-por-temas/diccionario-de-embriologia>.
20. Hernández R, Fernández A, Baptista P. Metodología de la investigación México: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
21. Ander-Egg E. Técnicas de investigación social Buenos Aires: Editorial LUMEN; 1995.
22. Arias F. El proyecto de investigación. Guía para su elaboración Caracas, Venezuela; 1999.
23. Sánchez JM. Técnicas de Muestreo Estadístico. : Universidad Rey Juan Carlos; 2003.

24. Diana V, Jorge R. obstetricia integral siglo XXI [internet]. 2da ed. Bogotá: 2010. [actualizado 25 Mar 2011; citado 5 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf>.
25. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Spong. Aborto. En: Javier de León Fraga. Williams obstetricia. 23ª ed. México: McGrawHill; 2011.p. 215-237.
26. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo [internet]. Madrid.:2009. [citado 5 ene 2017]. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>.
27. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Aborto; p. 4.
28. Ramón C, Ana A, Osvaldo M Y María Y. Aborto septico. Revista Cubana Med Milit [revista en internet] 2006. [acceso 5 ene 2017]. 35(4). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35\\_4\\_06/mil09406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_4_06/mil09406.htm).
29. Schwarcz, Salas, Duverges. Embarazo patológico. En: Ricardo Leopoldo schwarcz. Obstetricia. Buenos aires: argentina; 2009.p: 193-290.
30. Congreso Mujer y realidad del aborto [internet]. España: 2007 [6 ene 2017]. Complicaciones médicas del aborto. [aprox. 11 pantallas]. Disponible en: <http://www.mujieryaborto.com/archivospdf/complicacionesmedicas.pdf>.
31. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [internet]. Bogotá: 2014 [citado 6 de ene 2017]. Atención postaborto (ApA) y sus complicaciones [aprox. 76 pantallas]. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-IVE-DT-Atencion-postaborto.pdf>.
32. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Anemia; p. 64.
33. blogspot.pe. [internet]. Blogspotpe; 2011 [actualizado 21 jul 2011; citado 10 ene 2017]. Disponible en: <http://mireliabonilla1.blogspot.pe/2011/07/el-aborto-causas-y-efectos.html>.

34. Marco H. Aborto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet] 2015 [citado el 10 de ene 2017]. Disponible en:  
[https://prezi.com/nntivtylm\\_qy/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-define-al-aborto/](https://prezi.com/nntivtylm_qy/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-define-al-aborto/).
35. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Esterilidad; p. 527.
36. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Embarazo ectópico; p. 446.
37. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Placenta previa; p. 1041.
38. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Infección; p. 742.
39. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. infección; p. 1168.
40. Organización mundial de la salud (OMS), Temas de salud; factores asociados [internet] 2002. [citado 21 de jul 2017]. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
41. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica: Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013. Disponible en:  
[http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_de\\_aborto\\_espontaneo.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf).

# **ANEXOS**





## ANEXO: 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

**TÍTULO: Factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
			VARIABLE	INDICADORES	
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL:</b> ¿Cuáles son los factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?</p> <p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?</li> <li>• ¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?</li> <li>• ¿Cuáles son las Patologías más frecuentes que presentaron las pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?</li> <li>• ¿Cuáles fueron las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Identificar los factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar los factores sociodemográficos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.</li> <li>• Conocer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.</li> <li>• Determinar las patologías más frecuentes que presentaron las pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.</li> <li>• Especificar las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.</li> </ul>	<p>Existen factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y patológicos, asociadas a las complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico, periodo agosto 2015 – Abril 2016.</p>	<p><b>V.I</b> Adolescentes</p>	<p>Adolescentes de: 12-14 años 15-19 años</p>	<p>El método de investigación es cualitativo porque estudia la realidad en su contexto natural tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a su interpretación, analizando las relaciones de significado.</p>
<p><b>V.D</b> Factores asociados a complicaciones del aborto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Factores sociodemográficos</li> <li>✓ Antecedentes Gineco-obstétricos</li> <li>✓ Patologías más frecuentes</li> <li>✓ Complicaciones más frecuentes.</li> </ul>				

ANEXO: 02



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

---

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

---

**Título de la investigación:** Factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.

**Objetivo:** Identificar los factores asociados a complicaciones del aborto en pacientes adolescentes atendidas en el hospital amazónico. Periodo agosto 2015 - abril 2016.

**I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:**

**1.- Edad:**

- a)  $\leq 14$
- b) 15-19

**2.- Grado de instrucción:**

- a) Ilustrada
- b) Primaria incompleta.
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Superior incompleto
- g) Superior completo

**3.- Estado civil:**

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

**4.- Procedencia:**

- a) Yarinacocha
- b) Calleria
- c) Manantay
- d) Otros

**5. Pacientes referidas:**

- a) Pacientes con hoja de referencia.
- b) Pacientes sin hoja de referencia.

## **II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:**

### **6.- N° de hijos:**

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d)  $\geq 3$

### **7.- Antecedente de aborto:**

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d)  $\geq 3$

### **8.- Edad de inicio de relaciones sexuales:**

- a) 12-15
- b) 16-19

### **9.- N° de parejas sexuales:**

- a) 1
- b) 2
- c)  $\geq 3$

## **III. PATOLOGÍAS DETECTADAS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA:**

### **10.- Diagnósticos según patología:**

- a) I.T.U./pielonefritis
- b) Anemia
- c) Vaginosis bacteriana
- d) Sífilis
- e) Ninguna

## **IV. DATOS SOBRE EL ABORTO:**

### **11.- Diagnóstico de aborto al ingreso:**

- a) Aborto Frustrado o retenido
- b) Aborto Incompleto
- c) Aborto Completo
- d) Aborto en curso
- e) Aborto Inevitable
- f) Amenaza de aborto

### **12.- Tipo de procedimiento utilizado en el aborto:**

- a) AMEU
- b) Legrado uterino

**13.- Complicaciones del aborto:**

- a) Shock hipovolémico
- b) Anemia aguda
- c) Sepsis
- d) Perforación uterina.
- e) histerectomía
- f) Muerte
- g) Ninguna