

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto
atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva,
Amazonas 2022.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PUBLICA

PRESENTADO POR:

Obsta. Carmen Sofia, Chigne Mozombite

Obsta. Liliana Yagaira, Eguia Yupanqui

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

HUANCAVELICA – PERÚ

2023



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 12:10 horas del día once de septiembre del año dos mil veintitrés, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N°0511-2023-D-FCS-R-UNH, de fecha 29 de agosto del 2023, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
<https://orcid.org/0000-0002-4583-6384>
DNI N°: 28271119

Secretario : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
<https://orcid.org/0000-0002-1903-1355>
DNI N°: 20108555

Vocal : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
<https://orcid.org/0000-0003-1544-8863>
DNI N°: 42145123

Con la finalidad de llevar a cabo el acto académico de sustentación de la tesis de segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, titulada: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL I SANTA MARÍA DE NIEVA, AMAZONAS 2022**, aprobada mediante Resolución N°522-2023-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):

CHIGNE MOZOMBITE, CARMEN SOFIA

DNI N°: 19096550

EGUIA YUPANQUI, LILIANA YAGAIRA

DNI N°: 45209370

Asesor:

Dr. LEONARDO LEYVA YATACO

<https://orcid.org/0000-0003-2236-5062>

DNI N°: 0941082

Concluida la sustentación de forma presencial, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que se procede a deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **MAYORIA**.

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los once días del mes de septiembre del 2023.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DOCENTE

PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE

SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE
VOCAL

TÍTULO DE LA TESIS

Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Autor:

Obsta. Carmen Sofia, Chigne Mozombite

DNI N°: 19096550

Obsta. Liliana Yagaira, Eguia Yupanqui

DNI N°: 45209370

Asesor:

Dr. Leonardo Leyva Yataco

<https://orcid.org/0000-0003-2236-5062>

DNI N°: 09410828

Dedicatoria

A Dios por darme la vida.
A mi madre desde el cielo quien guía mi camino.
A mi padre mi motivación de cada día.
A mi pareja Miguel quien me acompaña en mis anhelos.
A mi madrina René por ser mi ejemplo de lucha.
A mi mascota Luna quien me acompaña en cada momento.

Liliana Y. Eguia

A mis padres Isidro y Narcisa quienes con su amor y apoyo me permitieron lograr una de mis grandes metas.
A mí por mi perseverancia y enfrentar las dificultades.
A mis tres amores Axel, Dylan y Ariana Ángeles Coral por su amor y cariño; por estar presente en mi vida.
A toda mi familia porque de una forma u otra me acompañaron en todo.

Carmen S. Chigne

Agradecimiento

Al Programa de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, a mi asesor de tesis y a mis docentes quienes formaron conocimientos y fortalezas.

Al director del Hospital y al personal de salud quienes nos brindaron todas las facilidades para el desarrollo del estudio.

Liliana Y. Eguia

Al Programa de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, a mi asesor de tesis y a mis docentes que con sus enseñanzas hicieron crecer mis conocimientos como profesional.

Al director del hospital, oficina de estadística y al personal de salud por el apoyo en la recolección de datos de las historias clínicas.

Carmen S. Chigne

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	14
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.4. Justificación	17
1.5. Limitaciones.....	19
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos.....	40
2.4. Identificación de variables	41
2.5. Operacionalización de variables	42
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
3.1. Ámbito temporal y espacial	43
3.2. Tipo de investigación	43
3.3. Nivel de investigación.....	44
3.4. Métodos de investigación.....	44
3.5. Diseño de investigación	44
3.6. Población, muestra y muestreo	44
3.7. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	45
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	45
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	
4.1. Análisis de información	46
4.2. Discusión de los resultados	52
Conclusiones	56
Recomendaciones.....	57

Referencias bibliográficas.....	58
Anexos	65
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	66
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	69
Anexo 3: Juicio de expertos	72
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	75

Índice de tablas

Tabla 1.	Características personales de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.	46
Tabla 2.	Características gineco-obstétricas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.	48
Tabla 3.	Características clínicas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.	50

Resumen

Objetivo. Determinar el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022. **Método.** Investigación retrospectiva, descriptiva, transversal. Método inductivo, diseño descriptivo simple. Población: todas las adolescentes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital de Amazonas de enero a diciembre del 2022; que según registros estadísticos fueron un total de 44 pacientes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** El 25% (11) fueron adolescentes de 12 a 14 años y el 75% (33) adolescentes de 15 a 17 años. El 68,2% (30) procedían de zonas urbano marginales, el 43,2% (19) educación secundaria incompleta, el 59,1% (26) fueron solteras, el 54,5% (24) fueron estudiantes y el 45,5% (20) se dedicaban a labores del hogar. El 65,9% (29) tuvieron su menarquia de 12 a 13 años, el 61,4% (27) su primera relación sexual de 12 a 14 años, el 40,9% (18) tuvieron dos parejas sexuales, el 90,9% (40) no usaron métodos anticonceptivos, el 79,5% (35) fueron nulíparas, el 79,5% (35) no tuvieron periodo intergenésico por ser primigestas, el 29,5% (13) presentaron algún antecedente de riesgos obstétricos. Según la edad gestacional, el 68,2% (30) tuvieron aborto precoz, el 93,2% (41) tuvieron aborto incompleto, el 59,1% (26) tuvieron anemia moderada o leve, el 77,3% (34) peso normal (IMC: 18,5 a 24,9), el 63,6% (28) presentaron morbilidades antes del aborto, el 13,6% (6) tuvieron complicaciones a consecuencia del aborto. **Conclusiones.** La mayoría de las adolescentes fueron de 15 a 17 años, de IMC normal, estudiantes, de zonas urbano marginales con secundaria incompleta, solteras, con menarquia \leq 13 años, las cuales no usaron métodos anticonceptivos, fueron primigestas, con antecedente de riesgos obstétricos, anemia y otras morbilidades. La mayoría presentó aborto incompleto, precoz y complicaciones a consecuencia del aborto.

Palabras clave: Aborto, perfil epidemiológico, aborto en adolescentes, complicaciones del aborto, tipo de aborto.

Abstract

Objective. Determine the epidemiological profile of adolescents with abortion treated at the Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022. **Method.** Retrospective, descriptive, cross-sectional research. Inductive method, simple descriptive design. Population: all adolescents with a diagnosis of abortion treated at the Amazonas Hospital from January to December 2022; which according to statistical records were a total of 44 patients. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument the data collection form. **Results.** The 25% (11) were adolescents from 12 to 14 years old and 75% (33) adolescents from 15 to 17 years old. 68.2% (30) came from marginal urban areas, 43.2% (19) incomplete secondary education, 59.1% (26) were single, 54.5% (24) were students and 45.5% (20) were engaged in household chores. 65.9% (29) had their menarche between 12 and 13 years, 61.4% (27) had their first sexual relation between 12 and 14 years, 40.9% (18) had two sexual partners, 90.9% (40) did not use contraceptive methods, 79.5% (35) were nulliparous, 79.5% (35) did not have an intergenesis period due to being primiparous, 29.5% (13) presented some history of obstetric risks. According to gestational age, 68.2% (30) had early abortion, 93.2% (41) had incomplete abortion, 59.1% (26) had moderate or mild anemia, 77.3% (34) normal weight (BMI: 18.5 to 24.9), 63.6% (28) presented morbidities before the abortion, 13.6% (6) had complications as a result of the abortion. **Conclusions.** Most of the adolescents were between 15 and 17 years old, with a normal BMI, students, from marginal urban areas with incomplete high school, single, with menarche \leq 13 years, who did not use contraceptive methods, were primiparous, with a history of obstetric risks, anemia and other morbidities. The majority presented incomplete, early abortion and complications as a result of the abortion.

Keywords: Abortion, epidemiological profile, adolescent abortion, abortion complications, type of abortion.

Introducción

Se calcula que las adolescentes de 15 a 19 años de los países de ingreso mediano bajo tuvieron 21 millones de embarazos al año, de los cuales la mitad fueron no deseados (5); y de estos una parte terminan en aborto, que pone en peligro la vida de las adolescentes. La inmadurez biológica, psicológica, la inseguridad, las presiones de orden familiar, social, la deficiente educación se ha asociado a la aparición del aborto en adolescentes. (6). Muchas de ellas optan por la interrupción voluntaria del mismo (7). Los informes de la organización mundial de la salud, mencionan que, según el contexto, las adolescentes, pueden ser vulnerables debido al acceso no equitativo a los servicios de aborto sin riesgos (8).

Las complicaciones relacionadas con el aborto son una importante causa de morbilidad y mortalidad entre adolescentes en países de bajos y medianos ingresos. Si bien se considera que las adolescentes más jóvenes (entre 10 y 14 años) tienen un riesgo particularmente alto de resultados adversos, existen pocos datos empíricos disponibles sobre su salud sexual y reproductiva (9).

En el Perú 12.6 de cada 100 adolescentes están embarazadas o ya son madres; cifra que da cuenta de la necesidad de continuar acercando los servicios de salud sexual y reproductiva a este grupo etario (11). Según ENDES 2021, del total de adolescentes de 12 a 17 años de edad, el 2,9% estuvieron alguna vez embarazadas, de estas el 1,6% ya eran madres y el 1,3% estaban gestando por primera vez; de estos una proporción son embarazos no deseados que terminan en abortos, lo cual expone a riesgo la salud de la madre (12).

En el lugar de estudio existe poca información sobre los aspectos epidemiológicos de las adolescentes con aborto, por esta razón investigar esta situación de manera contextualizada permitirá conocer y comprender el aborto en adolescentes.

El estudio consta de cuatro capítulos: Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II contiene el marco teórico, el Capítulo III plantea la metodología del estudio y el IV Capítulo presenta los resultados del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

En América Latina, la tasa de aborto es aproximadamente de 48 por cada mil mujeres casadas y 29 por cada mil mujeres solteras (1). Entre 2015 y 2019 hubo en el mundo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados (en condiciones de seguridad o sin ellas) (1, 2). La frecuencia del aborto es del 20% al 25% en las gestantes; la proporción depende de las características del contexto y factores de riesgo (3). En los países europeos el aborto es una complicación seria del embarazo, con una tasa de 15% de casos (4).

Se calcula que las adolescentes de entre 15 y 19 años de los países de ingreso mediano bajo tenían 21 millones de embarazos al año, de los cuales aproximadamente el 50% eran no deseados (5); de estos embarazos una parte terminan en aborto, que pone en peligro la vida de las adolescentes, si no es atendida en el sistema de salud oportunamente.

La inmadurez biológica y psicológica, la inseguridad y las presiones de orden familiar y social parecen incidir en la aparición del aborto en adolescentes. La falta de educación y la formación deficiente en valores también se han asociado a dicha situación. La legalización del aborto naturaliza su práctica y lo facilita en algunos contextos. Entre las consecuencias biológicas del aborto se incluyen hemorragias, infecciones, dolor pélvico crónico e infertilidad; entre las psicológicas, baja autoestima, ansiedad, irritabilidad y depresión, y entre las sociales, aislamiento, estigmatización y pérdida del rol previo (6).

El embarazo adolescente condiciona su vida de tal modo que puede suponer un grave quebranto tanto para su situación física como emocional, social y económica, que afecte a su futuro de forma definitiva. La mayoría de los embarazos adolescentes son no deseados, y optan por la interrupción voluntaria

del mismo. Estos hechos deberían estimular la preocupación de la sociedad en general y de los profesionales en salud mental en particular (7).

Los informes de la organización mundial de la salud, en relación al acceso a los servicios de salud mencionan que según el contexto, las mujeres solteras, las adolescentes, aquellas que viven en la pobreza extrema, entre otras, pueden ser vulnerables al acceso no equitativo a los servicios de aborto sin riesgos (8).

Las complicaciones relacionadas con el aborto son una importante causa de morbilidad y mortalidad entre adolescentes en países de bajos y medianos ingresos. Si bien se considera que las adolescentes más jóvenes (entre 10 y 14 años) tienen un riesgo particularmente alto de resultados adversos, existen pocos datos empíricos disponibles sobre su salud sexual y reproductiva (9). El 17% de las adolescentes jóvenes acudieron a los centros con 15 o más semanas de gestación. El 70% de las adolescentes de 10 a 14 años buscaron atención para el aborto legal, mientras que el resto buscó atención integral postaborto (9). La gran mayoría (91,2%) de los embarazos fueron no intencionales; esta cifra alcanzó el 94,8% entre las adolescentes de 10 a 14 años. Sin embargo, el 62,1% de las adolescentes no habían utilizado ningún método anticonceptivo (9).

En el Perú la práctica del aborto es transversal a todos los niveles socioeconómicos; sin embargo, la mayor cantidad de mujeres que reportaron un aborto fueron de los estratos económicos medios y bajos (10). El 12.6 de cada 100 adolescentes están embarazadas o ya son madres; una cifra que da cuenta de la necesidad de continuar acercando los servicios de salud sexual y reproductiva a este grupo etario (11). A través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, el Minsa detalló que los adolescentes entre los 12 a 17 años representa al 10.8% de la población en el Perú. De este total, el embarazo en adolescentes registra el 10.1% en zona urbana y 22.7% en zona rural (11).

Según ENDES 2021, del total de adolescentes de 12 a 17 años de edad, el 2,9% estuvieron alguna vez embarazadas, de estas el 1,6% ya eran madres y el 1,3%

estaban gestando por primera vez. La mayor proporción de adolescentes de 12 a 17 años de edad alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (4,8%). Los mayores porcentajes de adolescentes de 12 a 17 años de edad que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las residentes en la selva (4,8%) y las que se ubican en el quintil inferior de riqueza (5,1%); en el otro extremo, se encuentra a las mujeres residentes en la costa (2,5%) y las ubicadas en el quintil superior de riqueza (0,7%) (12).

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, por los embarazos no deseados, los abortos que expone a riesgo la salud de la madre y por las consecuencias sociales, económicas y de salud (12).

En el lugar de estudio existe poca información sobre los aspectos epidemiológicos de las adolescentes con aborto, por esta razón investigar esta situación de manera contextualizada permitirá conocer y comprender el aborto en adolescentes y de esta manera implementar acciones de prevención primaria y secundaria en el primer nivel de atención.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características personales de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022?

- ¿Cuáles son las características gineco-obstétricas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022?
- ¿Cuáles son las características clínicas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características personales de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.
- Identificar las características gineco-obstétricas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.
- Identificar las características clínicas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

1.4. Justificación

Existen muchas barreras, retos y mitos acerca del aborto en la adolescencia temprana y esto responde a varias razones; la naturalización del embarazo en niñas y adolescentes, la falta de entrenamiento de los y las proveedoras y la falta de recursos, entre otros, obligando muchas veces a estas niñas y

adolescentes a un embarazo forzado o exponiéndolas a prácticas inseguras, poniendo en grave riesgo su salud (13).

En el Perú la práctica del aborto es transversal a todos los niveles socioeconómicos; sin embargo, la mayor cantidad de mujeres que reportaron un aborto fueron de los estratos económicos medios y bajos; por otra parte las mujeres que reportan una experiencia de aborto son de todas las edades (10).

En general, el aborto en adolescentes se presenta cuando llevan mayor tiempo de gestación y de forma más insegura que en las mujeres adultas, ya que suelen identificar el embarazo de manera tardía y recurren a métodos inseguros, a prestadores no calificados, en condiciones inapropiadas, o suelen demorar la búsqueda de atención médica cuando presentan complicaciones (13).

Según el Ministerio de Salud, dentro de las principales causas de muerte en las adolescentes fallecidas durante el embarazo están las complicaciones relacionadas al aborto (10.9%) y las lesiones autoinfligidas / envenenamientos (10.9%) (14). Por lo cual el aborto en adolescentes es un problema de salud relevante que tiene que ser estudiado para plantear alternativas que contribuyan a solucionar el problema.

En los servicios de gineco-obstetricia del Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas, se observa diversos casos de aborto y se desconoce el perfil epidemiológico de estas pacientes, información que permitiría plantear estrategias de prevención primaria y secundaria; es por esta situación que se planteó realizar un estudio sobre tal situación.

Es importante comprender que el aborto, es un problema complejo en la salud de la adolescente y requiere de intervenciones estratégicas en prevención primaria, así como una oportuna intervención previo conocimiento de sus características epidemiológicas; a fin de poder realizar una intervención adecuada.

1.5. Limitaciones

La alta demanda de los servicios de salud del Hospital, por los usuarios, genero demoras en recabar la información de las historias clínicas y registros de atención; por lo cual el recojo de información se realizó en los días y horas de menor demanda de pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Bravo et al (15), estudiaron las características clínico-epidemiológicas en relación a los resultados de los métodos empleados para la interrupción precoz y voluntaria de la gestación en adolescentes en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Mariana Grajales”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Método: se realizó una investigación descriptiva, transversal; la población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes adolescentes a las que se les realizó aborto inducido. Resultados: De las adolescentes que acudieron para la interrupción voluntaria de la gestación: el 50,9% (225) tuvieron de 18 a 19 años, el 45,25% (200) tuvieron de 15 a 17 años y el 3,8% (17) de 11 a 14 años de edad. En cuanto a la interrupción del embarazo el 54,1% (239) fue a las 7 semanas, el 29,9% (132) a las 8 semanas y el 11,3% (50) a las 9 semanas. El 59,5% (263) tuvieron sus primeras relaciones sexuales de 15 a 17 años, el 34,5% (154) de 11 a 14 años. En cuanto al uso de anticonceptivos el 82,6% (365) no utiliza MAC. Las adolescentes tratadas con misoprostol presentaron edad media menor. La interrupción se realizó alrededor de la séptima semana de gestación y se observó comienzo precoz de las relaciones sexuales. Conclusiones: el misoprostol mostró mayor cantidad de complicaciones, sobre todo restos y fallo del método.

Cardenal et al (16), investigaron los factores de riesgos asociados a la amenaza de aborto; el estudio tuvo como objetivo determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes embarazadas en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre del año 2015; el estudio fue analítico de casos y controles donde la muestra fue de 120 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron con amenaza de aborto al

HBCR captadas mediante información reflejada en los expedientes clínicos recolectadas por medio de una ficha de recolección de datos, de las cuales 40 correspondieron a los casos y 80 a los controles tomándose por cada caso diagnosticado 2 controles; en los resultados se encontró que la mayoría de las adolescentes con amenaza de aborto se encontraban en el grupo etario de 15 a 19 años, con escolaridad media, de ocupación ama de casa, acompañadas, 57,5% de estas con antecedentes patológicos personales y familiares en un 68,33%, 67,5% habían usado algún método anticonceptivo, el 45% correspondieron a pacientes primigestas, el 92,5% negaron antecedentes de óbito o cesárea; el 62,5% de los controles evolucionaron a un parto vaginal sin mayores complicaciones y 25% terminaron en aborto y 12,5% en cesárea; se concluyó que los factores de riesgo con mayor significancia estadística en el presente estudio para la amenaza de aborto en pacientes adolescentes fueron las enfermedades del embarazo actual como las infecciones del tracto urinario y las infecciones de transmisión sexual y la anemia así como los antecedentes patológicos familiares principalmente la HTA y la Diabetes mellitus, con respecto a los antecedentes gineco obstétricos la mayor incidencia de amenaza de aborto se encontró en pacientes primigestas.

Dioses (17), investigo los factores asociados al aborto de mujeres adolescentes del Hospital de Chulucanas II-1, Piura; año 2020, con el objetivo de identificar la relación de los factores gineco-obstétricos, sexuales y sociodemográficos con el aborto de mujeres adolescentes. Metodología: Diseño no experimental, correlacional de corte transversal y retrospectivo, cuya muestra fue 60 historias clínicas de mujeres adolescentes atendidas con diagnóstico de aborto. Resultados: Entre los factores gineco-obstétricos de mayor relevancia el 50% de las adolescentes tuvieron de 1 a 2 atenciones prenatales, el 13.3% presentaron abortos previos y el 26.7% evidenciaron infecciones de vías urinarias. Según factores sexuales un 80.0% tuvieron solo una pareja; 16.7% dos parejas y 3.3% tuvieron tres parejas sexuales. Sobre el inicio de las actividades sexuales el 85% se dio entre los 15 a 19 años y 15% en menores de 14 años. El uso de métodos anticonceptivos estuvo representado por 95% de

adolescentes que no accedieron ni usaron a los métodos anticonceptivos; el 3.30% usaban anticonceptivos orales y el 1.70% el uso de preservativos. En relación a los factores sociodemográficos: El 96.7% fueron adolescentes de 15 a 19 años; cuya procedencia fueron de la zona rural en un 73.3%; con estudio de secundaria incompleta 55% y secundaria completa 35%; el 75% fueron amas de casa y de condición civil convivientes en un 73.3%. Se registró 88.3% de abortos tempranos y 11.7% de abortos tardíos. Conclusión: Según el factor gineco-obstétrico infección urinaria se relacionó con el aborto de adolescente pues se encontró p -valor 0,026.

Cotera (18), identifico los factores biomédicos asociados al aborto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019. Método. La investigación fue analítica, observacional, retrospectiva; epidemiológica de casos y controles. La población fueron todas las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen; de la región Junín, de julio a diciembre del 2019; que según registros del SIP 2000, fueron un total de 273. Los casos fueron 40 gestantes adolescente que tuvieron aborto; los controles fueron 120 gestantes adolescentes sin aborto. Se utilizó el estadístico Wald y $\exp(B)$ de la regresión logística y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Resultados. La edad promedio en las gestantes adolescentes fue de 17 años, la edad más frecuente fue de 18 años, la edad mínima 11 años y la máxima 19 años; el 25% tuvo menos de 16 años, el 75% tuvo menos de 18 años. Según el IMC el 7.5% tuvieron bajo peso, el 78.8% tuvieron peso normal, el 11.3% tuvieron sobrepeso y el 2.5% tuvieron obesidad. Los factores infección cérvico-vaginal, anemia en la gestante, antecedente de aborto, enfermedad crónica en la gestante, bajo peso, peso normal, sobrepeso; tuvieron un test de Wald menor a 3.841 y un p -valor mayor a 0.05 (Sig. > 0.05). El factor presencia de infección de tracto urinario en la gestante adolescente, tuvo un test de Wald de 7.311 con una significancia estadística de 0.007 (p -valor < 0.05). Para este factor se halló un Odds Ratio Ajustado (Exp B) de 3.843 con un IC 95% (1.448–10.195). Conclusiones. Se encontró como factor de riesgo asociado al aborto en

adolescentes a la infección de tracto urinario; el cual aumenta en 3.8 veces la posibilidad de tener un aborto.

Acero (19), estudio las características e incidencia de aborto en adolescentes de 12 a 18 años de edad en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, de Enero – Junio del 2019. Metodología: El estudio fue descriptivo, retrospectivo, la muestra estuvo conformada por 62 adolescentes, el instrumento de recolección de datos fue la ficha de recolección de datos conformado por diecisiete ítems. Resultados: el 53% de características sociodemográficas tiene más incidencia, el 47% de características clínicas tiene menos incidencia de aborto en adolescentes. Respecto a las características sociodemográficas se observa que el 44% son de edades de 14 a 16 años, el 63% son del área urbana, el 87% es soltera, el 76% cuenta con secundaria, el 71% vive actualmente con sus padres, el 81% es estudiante. Asimismo sobre las características clínicas se observa que el 48% inicio su primera relación sexual entre los 14 a 16 años, el 61% no utilizo ningún método anticonceptivo, el 58% no tiene vida sexual activa, el 84% no tiene contacto con otras personas, el 42% tuvo un aborto incompleto, el 87% tuvo un legrado uterino, el 56% presento sangrado, el 81% no se realizó un examen de laboratorio, el 57% tuvo su recurrencia por primera vez, y el 58% no tuvo orientación respecto a las consecuencias del aborto.

Ríos et al (20), estudio el “Aborto en adolescentes atendidas en el Hospital I. Florencia de Mora, EsSalud, enero 2016 – diciembre 2017”; el estudio fue ambispectivo, descriptivo y de corte transversal, que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: Se atendieron 10 abortos (2016) y 18 abortos (2017); predominaron en la adolescencia tardía (100%) y (77.8%), la mayoría fueron nulíparas (59%) y (66.7%), solteras (70%) y (61.1%), con secundaria (80%) y (77.8%), sin control prenatal (61.1%), obreras (50%) y (38.9%), desconocimiento de métodos anticonceptivos (100%). Abortaron con una edad gestacional promedio de: 7.5 ± 0.799 semanas (año 2016) y de: 8.67 ± 0.895 semanas (año 2017), predominó el aborto incompleto (90%) y (83.3%). Hubo

complicaciones: Anemia (10%) y (27.8%), infección de vías urinarias (16.7%), pelviperitonitis por perforación uterina (5.5%). Conclusiones: El aborto incompleto predominó en la adolescencia tardía.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aborto

El aborto se define como la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión de un embrión o feto no viable. El aborto puede producirse en cualquier momento desde la fecundación hasta el límite de la viabilidad fetal. El límite de la viabilidad es un concepto dinámico, desplazándose a edades gestacionales cada vez menores, producto de los avances en cuidados intensivos neonatales. Por convención se considera aborto a un feto que pesa menos de 500 g o de una edad gestacional menor a 20 semanas de amenorrea (21).

Según la Edad Gestacional, el aborto puede ser precoz o tardío. **El aborto precoz** es aquel que se produce antes de las 12 semanas de gestación; afecta del 10 al 20% de las gestaciones; la mayoría de las pérdidas se producen antes de las 10 semanas de gestación: 2/3 de las mismas se producen en el período preimplantacional (22). **El aborto tardío** es el que ocurre de 12 a 20 semanas (22).

2.2.1.1. Incidencia

En términos de incidencia, la tasa estimada de abortos para América Latina y el Caribe, es de 65 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil, con cifras más altas en las áreas urbanas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que entre dos y cuatro millones de abortos en el mundo ocurren en adolescentes y el 13% de las muertes maternas en el mundo se deben a los abortos y sus complicaciones (23).

En el Perú la práctica del aborto es transversal a todos los niveles socioeconómicos; sin embargo, la mayor cantidad de mujeres que reportaron un aborto fueron de los estratos económicos medios y bajos (10). El 12.6 de cada 100 adolescentes están embarazadas o ya son madres; una cifra que da cuenta de la necesidad de continuar acercando los servicios de salud sexual y reproductiva a este grupo etario (11).

Según el Ministerio de Salud, dentro de las principales causas de muerte en las adolescentes fallecidas durante el embarazo están las complicaciones relacionadas al aborto (10.9%) y las lesiones autoinfligidas / envenenamientos (10.9%) (14). Por lo cual el aborto en adolescentes es un problema de salud relevante que tiene que ser estudiado para plantear alternativas que contribuyan a solucionar el problema.

2.2.1.2. Cuadro clínico

La paciente con amenorrea y síntomas subjetivos de embarazo refiere tener pérdida de sangre; al principio sangra poco, de forma fluida o intermitente, y la sangre es roja y otras veces negruzca; el sangrado puede asociarse con sensación de peso o dolor ligero en el bajo vientre, sensación de pesadez en la raíz de los muslos e ingle, así como sacro lumbalgias (24).

Al efectuar el examen vaginal se palpa el útero aumentado, de tamaño correspondiente al tiempo de amenorrea referido por la paciente, reblandecido, aunque puede endurecerse por contracciones provocadas durante el examen por el estímulo del tacto; el cuello uterino, también reblandecido, mantiene su longitud; en la nulípara los orificios interno y

externo están cerrados; en la múltipara el orificio externo puede estar abierto (24).

2.2.1.3. Factores de riesgo

Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en (24-26):

- Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos.
- Mujeres con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea).

Factores de Riesgo de la amenaza de aborto (24-26):

- Enfermedades crónicas:
 - Diabetes Mellitus descompensada o no controlada.
 - Hipertensión arterial.
 - Enfermedad renal.
 - Síndrome antifosfolipídico.
 - Lupus.
 - Enfermedad tiroidea.
- Enfermedades o problemas agudos (24-26):
 - Infecciones.
 - Traumatismos.
- Patologías o problemas físicos (24-26):
 - Congénitos.
 - Adquiridos.
 - Incompetencia ístmico cervical.
- Factores exógenos (24-26):
 - Alcohol.
 - Tabaco.
 - Cocaína u otras drogas.
 - Radiaciones.

2.2.1.4. Clasificación clínica del aborto

Aborto incompleto: aborto en que no todos los productos de la concepción han sido expulsados; los productos retenidos pueden ser parte del feto, la placenta, o las membranas (27). Se caracteriza por cuadro de dolor cólico hipogástrico intenso, con metrorragia abundante, modificaciones cervicales (cuello permeable) e incluso palpación de restos ovulares en el canal cervical y con altura uterina levemente menor de la que corresponde a la edad gestacional; la ecografía vaginal muestra restos en la cavidad endometrial (grosor endometrial ≥ 15 mm); se produce con mayor frecuencia en abortos $>$ a 10 semanas (27).

Aborto completo: aborto en que todos los productos de la concepción han sido expulsados sin la necesidad de una intervención quirúrgica o médica; el cuadro se caracteriza por historia previa de dolor cólico intenso, acompañado de metrorragia y eliminación de restos ovulares, pero que en el momento de la consulta presenta escaso dolor, escasa metrorragia, generalmente un cuello uterino cerrado o poco modificado y un tamaño uterino similar al de un útero no grávido (27). Se da más comúnmente en abortos que se producen precozmente, antes de las 8 semanas, ya que el producto de la gestación es más pequeño y se elimina en forma íntegra; la ecografía vaginal muestra un endometrio de $<$ de 15 mm de grosor (27).

Aborto retenido: Ausencia de vitalidad fetal, en la que no se ha producido ninguna actividad uterina que expulse los productos de la concepción; es un cuadro asintomático, diagnosticado por ecografía; la presentación clínica sólo

consiste en un tamaño uterino adecuado o levemente menor al esperado para la edad gestacional (27). Puede formularse el diagnóstico en dos escenarios:

Embrión sin LCF: en la ecografía TV es posible la detección de LCF en embriones > 3 mm; para mayor seguridad, hacemos el diagnóstico de aborto retenido en presencia de un embrión >5 mm de LCN en que no se detectan LCF; cuando se hace una ecografía, y se observa un embrión de 3-4 mm, sin LCF, se solicita repetir la ecografía en 2 semanas (mínimo 10 días) para verificar el desarrollo embrionario o confirmar la sospecha de aborto retenido (27).

Huevo anembrionado: corresponde a un embarazo en que se desarrolla el saco gestacional, pero el embrión no es visible en la ecografía; es posible formular el diagnóstico de huevo anembrionado si el saco gestacional es > 30 mm (algunos autores hablar de $> a 20$ mm) y el embrión no es visible (27). Si detectamos un saco gestacional de 10-30 mm, y el embrión no es visible, solicitamos repetir la ecografía en 2 semanas para verificar el crecimiento normal y aparición del embrión, o confirmar la sospecha de aborto retenido (27).

Recordar: Si en una mujer con embarazo de 7 semanas según FUM, se observa un saco gestacional de 1-2 cm (no se visualiza el embrión), existen dos posibilidades: un embarazo normal de 5 semanas, o un huevo anembrionado (de 7 semanas), el diagnóstico definitivo se efectúa repitiendo la ecografía en dos semanas (27).

Aborto séptico: Se define como la invasión y colonización microbiana del embrión y anexos ovulares, lo que da lugar al desarrollo de un cuadro séptico de gravedad variable; se

trata de una condición potencialmente grave, que requiere de tratamiento adecuado y oportuno (27).

Tipos de aborto séptico

Espontáneo (poco frecuente)

Se refiere a un aborto espontáneo con una infección (causante del aborto o secundaria); la infección suele ser ascendente y facilitada por la presencia de un DIU, aunque también puede ser de origen hematógena; existen casos en que un cuadro séptico sistémico (diverticulitis, colecistitis, apendicitis) produce una colonización uterina y se produce un aborto séptico secundario (27).

Provocado

Se denomina así a abortos sépticos secundarios a maniobras abortivas; habitualmente se presentan en contextos socialmente vulnerables, en que el aborto es inducido mediante la introducción al útero de sondas o tallos vegetales; el uso difundido de Misoprostol (análogo sintético de la PGE1) como método abortivo ha disminuido la tasa de abortos sépticos en países desarrollados (27).

El aborto inevitable o aborto en curso: es una hemorragia vaginal con dilatación del cuello uterino que se produce durante el comienzo del embarazo. Habitualmente, la hemorragia vaginal y los dolores espasmódicos son mayores que en una amenaza de aborto, pero no ha expulsado tejido embrionario a través del orificio cervical (24, 28).

Aborto habitual: Se denomina así al aborto que se presenta en dos o más ocasiones consecutivas de forma espontánea; se debe en primer lugar a las alteraciones cromosómicas en el mayor número de casos, y están dadas fundamentalmente por la traslocación y la inversión de los cromosomas en uno

de los componentes de la pared (24). Las otras causas más aceptadas y fáciles de demostrar son la incompetencia istmo-cervical, en estos casos el aborto siguiente es de menos edad gestacional que el anterior y la incompetencia de la cavidad uterina dada por malformaciones, tumores, adenomiosis o sinequias, que se caracterizan por abortos de mayor edad gestacional cada vez; con la valoración clínica de pacientes con aborto habitual y algunos exámenes como ultrasonografía, histerosalpingografía, histeroscopia y laparoscopia, muchas veces podemos demostrar que no existen afecciones uterinas ni cervicales que expliquen el aborto habitual, y entonces tenemos que detectar las anomalías cromosómicas estudiando a los fetos de los abortos o a la pareja (24).

2.2.1.5. Atención integral post aborto

La consejería en anticoncepción puede brindarse antes o después del tratamiento post aborto, aunque es preferible que sea al comienzo. Si por el estado clínico de la mujer no fuera posible o apropiado comenzar con la consejería sobre métodos anticonceptivos antes del tratamiento, es conveniente realizarla enseguida de concluido este (29). En ese caso se evaluarán los métodos posibles en ese momento y luego, cuando la mujer concurra a su control médico, podrá cambiar de método si así lo desea. Siempre, antes de iniciar la consejería, es de buena práctica que el/la profesional de la salud le pregunte a la mujer si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción (29).

La privacidad y la confidencialidad son esenciales, por lo que se recomienda mantener el encuentro en un espacio

privado o en las mejores condiciones posibles. Es importante que al inicio del encuentro el/la profesional le asegure a la mujer que lo que hablarán es confidencial y le pregunte, además, si desea que su pareja o acompañante esté presente.

2.2.2. Adolescencia

El Ministerio de Salud del Perú, bajo la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, determina el nuevo rango de edades para definir la etapa de vida adolescente de los 12 a los 17 años, 11 meses y 29 días (30).

Los adolescentes constituyen la tercera parte de la población peruana y tienen potencialidades que van a contribuir al desarrollo de sus regiones y del país (30, 31).

Es necesario recordar que los patrones de comportamiento que se adquieren durante la adolescencia, los hábitos, el uso de medidas de seguridad y la forma de hacer frente a los conflictos y riesgos, se instalan para toda la vida, afectando su salud y bienestar (31).

La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) divide a la adolescencia en tres etapas:

Adolescencia temprana: “abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14. Se caracteriza fundamentalmente por el inicio de la pubertad, donde se producen los grandes cambios físicos, que afectan al crecimiento y maduración sexual” (32).

En este curso de vida hay mayor relación con amigos del mismo sexo, cuyas opiniones adquieren mucha importancia; existe una gran presión del grupo en la toma de decisiones; por ello es necesario que las relaciones aporten valores positivos. Asimismo en esta etapa ocurre la falta de control de impulsos, desafiando a la autoridad y dando lugar a conductas arriesgadas o peligrosas (32).

Adolescencia media: entre los 15 y los 17 años. Caracterizada, sobre todo, por los conflictos familiares, debido a la importancia que adquiere

el grupo (32). “En esta etapa hay un mayor conflicto con los padres, ya que tienen afán de contradicción; se vuelven más independientes, con personalidad e intereses propios, aunque los padres todavía son muy importantes” (32).

“Esta es la etapa de máxima interacción con los amigos y sus valores, las diferentes formas de vestir entre otros y se separan más de la familia; empiezan, también, las relaciones heterosexuales, también aparecen los comportamientos de riesgo: accidentes, drogadicción, embarazos entre otros” (32).

Adolescencia tardía: desde los 18 a los 21 años. Caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades propias de la edad adulta (32).

2.2.2.1. Patrones normales del crecimiento y desarrollo físico en los adolescentes.

El inicio de los cambios puberales viene determinado tanto por variables genéticas como ambientales (alimentación, condiciones de salud personal y ambiental, higiene, actividad deportiva, lugar geográfico, estímulos psíquicos, sociales, etc) (33).

Cambios hormonales

Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal

En la infancia y la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias (hormona foliculoestimulante [FSH] y hormona luteinizante [LH]) están inhibidas por acción de mecanismos inhibidores del sistema nervioso central y por una alta sensibilidad a la retroalimentación negativa de los esteroides gonadales, de modo que aún con niveles muy bajos, son capaces de frenar la producción de GnRH; “la pubertad comienza con una disminución de la sensibilidad

de las neuronas hipotalámicas productoras de hormona liberadoras de gonadotropinas (GnRH) a la inhibición ejercida por los esteroides gonadales” (33).

“De esta forma, se van incrementando la secreción y los pulsos de GnRH; la GnRH actúa sobre la hipófisis estimulando la secreción de gonadotropinas (FSH y LH), las cuales a su vez estimulan la gónada, con el consiguiente incremento en la producción de andrógenos y estrógenos” (33). El ratio LH/FSH (basal o tras GnRH) es útil para identificar el comienzo de la pubertad, ya que es diferente en el periodo prepuberal (predomina FSH y es < 1), que en el período puberal (predomina LH y es > 1) (33).

Suprarrenales

“Entre los 6-8 años de edad ósea se produce la adrenarquia o maduración de las suprarrenales; se inicia unos 2 años antes que el aumento de los esteroides gonadales, y es independiente del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal” (33).

Eje hipotálamo-hipófiso-somatomedínico

En la pubertad se produce la activación de este eje, ocasionando que el hipotálamo aumente la producción de la hormona liberadora de la hormona del crecimiento (GH), que, a su vez, aumenta los niveles de factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGFI) y proteína transportadora de IGF tipo 3; este incremento se produce antes en las mujeres que en los hombres (33).

Crecimiento y maduración física

El inicio y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad; la edad media de inicio del desarrollo mamario fue de 10,6 (± 1) años, la edad media de inicio del desarrollo testicular

de 12,3 ($\pm 1,1$) años, y la edad media en la cual se presenta la menarquia es de 12,7 ($\pm 0,9$) años; los cambios físicos en la pubertad son: aceleración y desaceleración del crecimiento óseo y de órganos internos, cambios de la composición corporal y maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios) (33).

Crecimiento y desarrollo en la pubertad

“Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las chicas y entre los 14 y 15 años en los chicos; el crecimiento puberal supone del 20 al 25% de la talla adulta definitiva” (33). En ambos sexos, durante el segundo año del crecimiento es cuando el incremento es mayor, de 5,8 a 13,1 centímetros en los hombres y de 5,4 a 11,2 centímetros en las mujeres; cada adolescente tiene su propio patrón de desarrollo, cuanto más precoz es la edad de inicio de la pubertad, la ganancia de talla durante la pubertad es mayor (33).

Este crecimiento puberal no es armónico, sino que se crece por «segmentos», con crecimiento inicial del segmento inferior (extremidades inferiores) y con un orden de crecimiento de distal a proximal, crecen primero los pies; la talla definitiva se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos (33).

Cambios de la composición corporal y el desarrollo de sistemas y órganos

El aumento de peso durante el crecimiento puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto; las chicas acumulan más grasa que los chicos, y en estos

predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro en los varones (33).

Maduración sexual

“El primer signo de la pubertad en las chicas es el botón mamario, suele coincidir con una edad ósea de 11 años; el tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos 4 años, pero puede variar de 1,5 a 8 años; la primera manifestación de desarrollo puberal en los chicos es el aumento del tamaño testicular (4 ml del orquidómetro de Prader) y de la bolsa escrotal, que se enrojece y adquiere mayor rugosidad, esto acontece a una edad ósea de 13 años”; entre las fases 2 y 3 de Tanner, que es el periodo de crecimiento testicular más rápido, suelen transcurrir de 12 a 14 meses (33). Los caracteres sexuales secundarios, tanto en el sexo masculino como en el femenino, dependen de la estimulación androgénica, salvo el desarrollo mamario, que depende del estímulo estrogénico; su aparición, adelantada o retrasada, frente al grupo de iguales es muy importante para el adolescente, pudiendo ocasionarle problemas de autoestima y psicológicos (33).

Menarquia

Se la define como el “inicio del primer período menstrual de una mujer; ocurre después del comienzo de las modificaciones físicas que definen la pubertad” (24, 27, 34-36); desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad (24, 27, 34-36). Las edades extremas de aparición de la menarquía son de 10.5 y 15

años aproximadamente, que corresponden a $\pm 2DS$ del promedio, siendo alrededor de los 12.8 años en nuestro medio (24, 27, 34-36).

2.2.2.2. Aspectos psicosociales en los adolescentes

Durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez; sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal (33). Giedd demostró que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer, razonar y controlar los impulsos; esto explica la conducta de riesgo del adolescente (33).

Independencia familiar.

Durante la adolescencia temprana existe menor interés en actividades paternas y recelo para aceptar sus consejos; se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento y disminución del rendimiento escolar (33). En la adolescencia media aumentan los conflictos con los padres y se dedican a los amigos; al final de la adolescencia se integra con la familia y es capaz de apreciar sus consejos y valores (33).

Relación con amigos, se establecen las parejas.

En la fase temprana existe gran interés por amigos del propio sexo, adquiriendo gran influencia sus opiniones y relegando a los padres; puede suponer un estímulo positivo (deporte, lectura) o negativo (alcohol, drogas) (33). Sensaciones de ternura hacia sus iguales, y puede conducirles a miedos y relaciones homosexuales; en la

adolescencia media es poderoso el papel de los amigos, la intensa integración en la subcultura de estos, la conformidad con valores, reglas y forma de vestir, separándose más de la familia; integración creciente en relaciones heterosexuales y en clubes; en la fase tardía, se establecen relaciones íntimas (parejas) (33).

2.2.2.3. Importancia del contexto o entorno en los comportamientos adolescentes

Son muchos los estudios y autores que acentúan la importancia del entorno o los “contextos” como determinantes de las formas de ejercer la condición adolescente, las que dependerían, según esta interpretación, de cómo se conforman unos contextos vitales, cuyas variables son relativamente posibles de aislar (37). El comportamiento de las adolescentes están en función de las posibilidades que tienen de serlo, de las dinámicas, interacciones y prácticas adolescentes que se produzcan en estos años de su vida y, finalmente, en función de las respuestas que reciban de las instituciones adultas que les rodean (37). Los adultos somos responsables en gran medida de esta creación social, pero no individual, sino colectivamente; al igual que los demás fenómenos sociales modas, costumbres, movimientos; producen un sentimiento de impotencia en las personas que intentan cambiarlos o evitarlos (37).

2.2.2.4. Situación de Vulnerabilidad del Adolescente

Es aquella que se presenta por múltiples causas, de modo que los riesgos afecten el desarrollo integral o la seguridad personal de las niñas, niños y adolescentes, lo que conlleva a una carencia de protección de sus derechos, requiriendo

las medidas de protección oportunas y eficaces para mitigar o superar dicha situación, adolescentes privadas de libertad, adolescentes involucradas en pandillas, adolescentes víctimas de explotación sexual, adolescentes víctimas de explotación laboral, adolescentes en situación de calle, adolescentes pobres, pobres extremos, adolescentes de familias disfuncionales y adolescentes víctimas de abandono familiar, entre otros (30).

2.2.3. Factores de riesgo obstétricos

2.2.3.1. Infecciones bacterianas

Infecciones de tracto urinario

La infección del tracto urinario (ITU) es una condición en la cual las bacterias se establecen y multiplican en cualquier sector del tracto urinario, causando daño ya sea directo o secundario a la respuesta inflamatoria. En las mujeres jóvenes existen ciertos factores que predisponen a la ITU como: susceptibilidad anatómica, vida sexual activa, vaciado incompleto de la vejiga y deficiencia de estrógenos. Si a estos factores se suman los cambios fisiológicos en el período gestacional en el que hay una disminución del tono ureteral, menor peristaltismo ureteral e insuficiencia temporal de las válvulas vésico uretrales, se aumenta el riesgo de padecer ITU (38).

El embarazo es un estado fisiológico en el que se producen múltiples adaptaciones en el sistema cardiovascular, inmunológico y renal con la finalidad de satisfacer la demanda metabólica y proteger al feto, en este período se producen alteraciones anatómicas y fisiológicas en el tracto urinario, por lo general se encuentra libre de bacterias, sin embargo, éstas ascienden desde la zona rectal y pueden originar infecciones en las vías urinarias, tales como cistitis,

pielonefritis, hidronefrosis del embarazo, aumento del volumen vesical, disminución del tono vesical y ureteral, aumento de pH de la orina, éxtasis urinario, aumento del reflujo vesico uretral; glucosuria, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal, las cuales están relacionadas con el incremento del riesgo de parto pre término y retardo del crecimiento intrauterino (38).

2.2.3.2. Infección cérvico vaginal

Es una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo (15 a 20 % de las gestantes); se ha descrito la existencia de cierta relación entre la infección cérvico vaginal y los resultados adversos del embarazo como parto prematuro, rotura prematura de membranas ovulares entre otros. La mayoría de las bacterias aisladas a partir del estudio de las membranas pertenecen al grupo de las que se asocian con la infección cérvico vaginal (39).

2.2.3.3. Gestación normal y diabetes mellitus

En toda gestación, los cambios metabólicos son necesarios para proveer la liberación energética para el desarrollo de la concepción; la combinación de cambios hormonales tempranos en la gestación, los niveles bajos de glicemia, la promoción de depósitos grasos y el incremento del apetito por el aumento de los niveles de estrógenos y progesterona son los que aumentan la producción y secreción de insulina, mientras se eleva la sensibilidad hística por la hormona; el resultado es, por tanto, una disminución de la glucosa en ayunas, que llega al máximo alrededor de las 12 semanas y se mantiene sin cambios hasta el parto; el descenso es en

promedio de 15 mg/dL y los valores normales de una gestante estarán entre 70 y 80 mg/dL; existe también un descenso en los valores posprandiales; esta acción en la gestación normal protege el desarrollo del embrión de la acción de los niveles altos de glucosa; en suma, el lactógeno placentario (HPL) y otras hormonas asociadas con la gestación facilitan el cúmulo energético materno en el primer trimestre y entonces se asiste a la derivación energética para el feto al final de la gestación, tal como se incrementan las demandas (39).

Un buen control de la glucosa sanguínea reduce el riesgo de aborto espontáneo y de muerte fetal o intrauterina (39).

2.2.3.4. Anemia:

La anemia es un síndrome caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se asocia a una reducción en el recuento eritrocitario total y/o disminución en la concentración de hemoglobina (Hb). En relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal la OMS clasifica la anemia durante la gestación con los respectivos valores de hemoglobina y hematocrito:
Severa Menor de 7,0 g/dL
Moderada Entre 7,1 –10,0 g/dL
Leve Entre 10,1- 10,9 g/dL (40).

2.3. Definición de términos

Perfil epidemiológico es la expresión del estado de salud de un grupo de personas o población; cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen.

Aborto. El aborto es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la semana 20 de la gestación o bien en ausencia de criterios de fechado precisos, aquel que pesa menos de 500 gramos al nacer (26).

Morbilidad. Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población; la morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento.

Características. Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas.

Complicaciones en el embarazo. Son problemas de salud que se dan durante el período de gestación; pueden ser obstétricos o médicos. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas.

2.4. Identificación de variables

- **Variable:** Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto.
- **Dimensión: Características personales.**
 - Grupo de edad de la adolescente.
 - Lugar de procedencia de la adolescente.
 - Nivel educativo de la adolescente.
 - Estado civil de la adolescente.
 - Tipo de ocupación de la adolescente.
- **Dimensión: Características gineco-obstétricas.**
 - Edad de la menarquia.
 - Edad de la primera relación sexual.
 - Número de parejas sexuales.
 - Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo.
 - Paridad de la adolescente.
 - Periodo intergenésico de la adolescente.
 - Antecedentes de riesgo obstétrico de la adolescente.
- **Dimensión: Características clínicas.**
 - Tipo de aborto según edad gestacional.
 - Tipo de aborto diagnosticado.
 - Tipo de anemia.
 - Índice de masa corporal pregestacional.
 - Comorbilidades médicas antes del aborto
 - Complicaciones a consecuencia del aborto.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto.	Es la expresión o patrón de las adolescentes con aborto; cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen.	Análisis documental de las historias clínicas de las adolescentes con aborto y registro en la ficha de recolección de datos	Características personales.	Grupo de edad de la adolescente.	Edad de la adolescente en años, registrada en la historia clínica y clasificación según	Edad de 12 a 14 años (1) Edad de 15 a 17 años (2)
				Lugar de procedencia de la adolescente.	Lugar de procedencia de la adolescente, registrada en la historia clínica.	Urbano (1) Urbano marginal (2) Rural (3)
				Nivel educativo de la adolescente.	Nivel educativo de la adolescente registrada en la historia clínica.	Sin instrucción (1), Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8)
				Estado civil de la adolescente.	Estado civil de la adolescente registrada en la historia clínica.	Soltera (1), Conviviente (2) Casada (3), Viuda (4) Divorciada (5)
				Tipo de ocupación de la adolescente	Tipo de ocupación de la adolescente registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Características gineco-obstétricas.	Edad de la menarquia.	Edad de la menarquia registrada en la historia clínica.
			Edad de la primera relación sexual.		Edad de la primera relación sexual registrada en la historia clínica.	Ordinal.
			Número de parejas sexuales.		Número de parejas sexuales registrada en la historia clínica.	Ordinal.
			Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo.		Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo, registrada en la historia clínica.	Si (1) No (2)
			Paridad de la adolescente.		Número de partos de la adolescente, registrada en la historia clínica y categorización.	Nulípara (1), Primípara (2) Multípara (3) Gran multípara (6 a +) (4)
			Periodo intergenésico de la adolescente.		Periodo intergenésico de la adolescente, registrada en la historia clínica.	Sin periodo intergenésico (1) Corto (menor a 18 meses) (2) Normal (de 18 a 60 meses) (3) Largo (mayor a 60 meses) (4)
			Antecedentes de riesgo obstétrico de la adolescente.		Antecedentes de riesgo obstétrico de la adolescente, registrada en la historia clínica.	Nominal
			Características clínicas.	Tipo de aborto según edad gestacional.	Tipo de aborto según edad gestacional registrada en la historia clínica.	Aborto precoz (1) Aborto tardío (2)
				Tipo de aborto diagnosticado.	Tipo de aborto diagnosticado, registrado en la historia clínica.	Nominal.
				Tipo de anemia.	Clasificación del tipo de anemia según el valor de hemoglobina de la gestante registrado en la historia clínica.	Anemia Severa (1) Anemia Moderada (2) Anemia Leve (3) Sin anemia (4)
				Índice de masa corporal pregestacional.	Índice de masa corporal pregestacional, calculado del peso y talla registrada en la historia clínica. Cálculo = $(\text{peso}/\text{talla} \times \text{talla})$.	Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (≥ 30) (4).
				Comorbilidades médicas antes del aborto	Comorbilidades médicas antes del aborto, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Complicaciones a consecuencia del aborto	Complicaciones a consecuencia del aborto que presentó la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Ámbito temporal y espacial

El estudio sobre el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto se realizó en el Hospital I Santa María de Nieva, el cual se encuentra en el distrito de Nieva, que es uno de los tres que conforman la provincia de Condorcanqui, ubicada en el departamento de Amazonas en el Norte del Perú. Limita por el Norte con el distrito de Río Santiago; por el Este con el departamento de Loreto; por el Sur con la provincia de Bongará y la provincia de Utcubamba y; por el Oeste con el distrito de El Cenepa y la provincia de Bagua (41).

Abarca una extensión de 4,484.63 km² y tiene una población estimada mayor a 20,000 habitantes. El distrito de Nieva es el más poblado de la provincia de Condorcanqui y tiene la mayor densidad poblacional en la provincia. Su capital es el pueblo de Santa María de Nieva que está situada en la desembocadura del río Nieva en el Marañón a 230 msnm. Incluye al sector del río Nieva, la quebrada Domingusa y la parte del río Marañón que se extiende desde la comunidad de Huaracayo hasta la comunidad de Tsamajain (junto al Pongo Manseriche) (41).

El clima del distrito es tropical, con fuertes precipitaciones pluviales, alcanzando los 3,000 mm anuales, altas temperaturas (hasta 35 °C) en la época de menos lluvias (de julio a noviembre), y 25 °C en la época lluviosa (de febrero a mayo); la humedad relativa supera el 90% (41).

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación, retrospectiva, descriptiva, transversal; retrospectivo porque se recolecto la información que se produjo con anterioridad, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con la finalidad de describir la variable y analizarla (42-44).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo, su propósito fue describir el comportamiento de la variable en forma independiente; la caracterización de un hecho o fenómeno en un grupo de individuos (42, 45-47).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general.

Se utilizó el método inductivo. Parte de casos particulares para inferir en los casos generales, en otras palabras, de lo pequeño a lo grande (48).

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural (48).

3.5. Diseño de investigación

El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple (40); porque se trabajó para describir el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, de Amazonas, de enero a diciembre del 2022 (44, 46, 47).

Donde:

M O

M: Pacientes adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva.

O: Perfil epidemiológico.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, de Amazonas, de enero a diciembre del 2022; que según registros estadísticos fueron un total de 44 pacientes. Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que

concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar (44, 46, 49, 50).

3.6.2. Muestra

El estudio fue censal (44, 46, 49, 50).

3.7. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica utilizada fue el **análisis documental**. Esta técnica permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros; de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, de Amazonas, de enero a diciembre del 2022. La información fue recolectada por personas capacitadas.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos**. Instrumento que fue elaborada en función al propósito, objetivos y variable de estudio.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático (51).

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa estadístico SPSS versión 18 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo como la tabulación, frecuencias, cruce de datos, estadísticas de dos o más variables o subvariables (51).

El ingreso de datos lo realizo una persona con experiencia. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de información

Resultados de la investigación sobre el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Tabla 1. Características personales de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Características personales de las adolescentes	Frecuencia n=44	Porcentaje h%=100%	Porcentaje acumulado
Grupo de edad de la adolescente			
Adolescentes de 12 a 14 años	11	25,0%	25,0%
Adolescentes de 15 a 17 años	33	75,0%	100,0%
Lugar de procedencia			
Urbano marginal	30	68,2%	68,2%
Rural	9	20,5%	88,6%
Urbano	5	11,4%	100,0%
Nivel educativo de la adolescente			
Primaria incompleta.	17	38,6%	38,6%
Primaria completa	2	4,5%	43,2%
Secundaria incompleta.	19	43,2%	86,4%
Secundaria completa.	6	13,6%	100,0%
Estado civil de la adolescente			
Soltera	26	59,1%	59,1%
Conviviente	18	40,9%	100,0%
Tipo de ocupación de la adolescente			
Estudiante	24	54,5%	54,5%
Labores del hogar	20	45,5%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Tabla 1. Del total de adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022. El 25% (11) fueron adolescentes de 12 a 14 años y el 75% (33) adolescentes de 15 a 17 años.

El 68,2% (30) procedían de zonas urbano marginales, el 20,5% (9) de zonas rurales y el 11,4% (5) de zonas urbanas. El 88,6% (39) fueron de zonas urbano marginal o rural.

El 38,6% (17) tuvieron educación primaria incompleta, el 4,5% (2) educación primaria completa, el 43,2% (19) educación secundaria incompleta y el 13,6% (6) educación secundaria completa.

El 59,1% (26) fueron solteras y el 40,9% (18) fueron convivientes.

El 54,5% (24) fueron estudiantes y el 45,5% (20) se dedicaban a labores del hogar.

Tabla 2. Características gineco-obstétricas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Características gineco-obstétricas	Frecuencia n=44	Porcentaje h%=100%	Porcentaje acumulado
Edad de la menarquia en años			
De 10 a 11 años	6	13,6%	13,6%
De 12 a 13 años	29	65,9%	79,5%
De 14 a 15 años	9	20,5%	100,0%
Edad de la primera relación sexual en años			
Primera relación sexual de 12 a 14 años	27	61,4%	61,4%
Primera relación sexual de 15 a 17 años	17	38,6%	100,0%
Número de parejas sexuales			
Una pareja sexual	13	29,5%	29,5%
Dos parejas sexuales	18	40,9%	70,5%
Tres a más parejas sexuales	13	29,5%	100,0%
Métodos anticonceptivos antes del embarazo			
No uso métodos anticonceptivos	40	90,9%	90,9%
Uso métodos anticonceptivos	4	9,1%	100,0%
Paridad antes del embarazo actual			
Nulípara	35	79,5%	79,5%
Primípara	9	20,5%	100,0%
Periodo intergenésico			
Sin PIG por ser primigesta	35	79,5%	79,5%
PIG Corto (menor a 18 meses)	7	15,9%	95,5%
PIG Normal (de 18 a 60 meses)	2	4,5%	100,0%
Antecedentes personales de riesgo obstétrico			
Violencia sexual	4	9,1%	9,1%
Aborto	3	6,8%	15,9%
Atonía uterina	1	2,3%	18,2%
Desgarro cervical	1	2,3%	20,5%
Embarazo molar	1	2,3%	22,7%
Parto pretérmino	1	2,3%	25,0%
Retención de restos placentarios	1	2,3%	27,3%
VIH/SIDA	1	2,3%	29,5%
No registro antecedentes de riesgo obstétrico	31	70,5%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Tabla 2. Del total de adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

El 13,6% (6) de las adolescentes tuvieron su menarquia de 10 a 11 años, el 65,9% (29) de 12 a 13 años y el 20,5% (9) de 14 a 15 años.

El 61,4% (27) tuvieron su primera relación sexual de 12 a 14 años y el 38,6% (17) de 15 a 17 años.

El 29,5% (13) tuvieron una pareja sexual, el 40,9% (18) dos parejas sexuales, y el 29,5% (13) Tres a más parejas sexuales.

El 90,9% (40) no usaron métodos anticonceptivos y el 9,1% (4) usaron métodos anticonceptivos.

El 79,5% (35) fueron nulíparas y el 20,5% (9) primíparas.

El 79,5% (35) no tuvieron periodo intergenésico (PIG) por ser primigestas, el 15,9% (7) tuvieron PIG Corto (menor a 18 meses) y el 4,5% (2) PIG Normal (de 18 a 60 meses).

El 29,5% (13) tuvieron como antecedentes de riesgos obstétricos la violencia sexual en un 9,1% (4), el aborto en un 6,8% (3), y en mínimas proporciones atonía uterina, desgarro cervical, embarazo molar, parto pretérmino, retención de restos placentarios y VIH/SIDA en un 2,3% (1) cada uno respectivamente. El 70,5% (31) no registraron antecedentes de riesgo obstétrico.

Tabla 3. Características clínicas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Características clínicas	Frecuencia n=44	Porcentaje h%=100%	Porcentaje acumulado
Tipo de aborto según edad gestacional			
Aborto precoz	30	68,2%	68,2%
Aborto tardío	14	31,8%	100,0%
Tipo de aborto diagnosticado			
Aborto incompleto	41	93,2%	93,2%
Aborto retenido	2	4,5%	97,7%
Aborto completo	1	2,3%	100,0%
Tipo de anemia			
Anemia Moderada (7.0 – 9.9 g/dL)	17	38,6%	38,6%
Anemia Leve (10.0 - 10.9 g/dL)	9	20,5%	59,1%
Sin Anemia (\geq 11.0 g/dL)	18	40,9%	100,0%
Índice de masa corporal pregestacional			
Bajo peso (< 18,5)	5	11,4%	11,4%
Peso normal (18,5 a 24,9)	34	77,3%	88,6%
Sobrepeso (25 a 29,9)	5	11,4%	100,0%
Comorbilidades médicas antes del aborto			
Candidiasis vaginal	15	34,1%	34,1%
Síndrome de flujo vaginal	11	25,0%	59,1%
Enfermedad tiroidea	1	2,3%	61,4%
VIH/SIDA	1	2,3%	63,6%
No registro comorbilidades	16	36,4%	100,0%
Complicaciones a consecuencia del aborto			
Shock hipovolémico	4	9,1%	9,1%
Enfermedad inflamatoria pélvica y shock séptico	1	2,3%	11,4%
Sepsis de foco ginecológico	1	2,3%	13,6%
No registro complicaciones	38	86,4%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Tabla 3. Del total de adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Según la edad gestacional, el 68,2% (30) tuvieron aborto precoz y el 31,8% (14) aborto tardío.

Según el diagnóstico clínico el 93,2% (41) tuvieron aborto incompleto, el 4,5% (2) aborto retenido y el 2,3% (1) aborto completo.

El 38,6% (17) tuvieron anemia moderada (Hb: 7.0-9.9 g/dL), el 20,5% (9) anemia leve (Hb: 10.0-10.9 g/dL) y el 40,9% (18) no tuvieron anemia (Hb: \geq 11.0 g/dL).

Según el índice de masa corporal el 11,4% (5) tuvieron bajo peso (IMC < 18,5), el 77,3% (34) peso normal (IMC: 18,5 a 24,9) y el 11,4% (5) sobrepeso (IMC: 25 a 29,9).

El 63,6% (28) tuvieron comorbilidades o morbilidades antes del aborto como candidiasis vaginal en un 34,1% (15), síndrome de flujo vaginal en un 25,0% (11) y en mínimas proporciones enfermedad tiroidea y VIH/SIDA en un 2,3% (1) cada uno respectivamente. El 36,4% (16) No registro comorbilidades.

El 13,6% (6) tuvieron complicaciones a consecuencia del aborto como shock hipovolémico en un 9,1% (4), enfermedad inflamatoria pélvica y shock séptico en un 2,3% (1) y sepsis de foco ginecológico en un 2,3% (1). El 86,4% (38) No registraron complicaciones.

4.2. Discusión de los resultados

Del total de adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

El 75% de las adolescentes tuvieron de 15 a 17 años; así mismo en el estudio la mayoría de las adolescentes procedían de zonas urbano marginales (68,2%), tuvieron su primera relación sexual de 12 a 14 años (61,4%) y no usaron métodos anticonceptivos (90,9%); estos resultados fueron similar a lo hallado por Bravo et al (15), Cardenal et al (16), Dioses (17), Cotera (18), Acero (19) y Ríos et al (20); la única diferencia es que la actividad sexual en los adolescentes estudiados se inició a edades más tempranas. Todos estos hallazgos indican que los adolescentes de estas edades ya han iniciado su actividad sexual, no utilizan métodos anticonceptivos, y viven en contextos sociales no muy favorables para su desarrollo personal, situación que los expone a un mayor riesgo de embarazo no deseado y como consecuencia a un aborto. Es probable que en este contexto exista un limitado acceso a la educación en salud sexual y reproductiva; y que las estrategias sanitarias no están dando los resultados esperados; Por lo que es pertinente fortalecer acciones relacionadas a la prevención primaria enfatizando la promoción de la salud y la protección específica.

El 86,4% aun no tienen educación secundaria completa [primaria incompleta (38,6%), primaria completa (4,5%), secundaria incompleta (43,2%)]; resultado similar a lo hallado por Dioses (17). Un bajo nivel educativo puede limitar la comunicación y comprensión de las intervenciones sanitaria sobre todo en educación para la salud, promoción de la salud y participación familiar; por lo cual el sector salud debe implementar nuevas estrategias comunicacionales dirigidas específicamente a los adolescentes de acuerdo a su contexto, por un equipo de salud capacitado, con énfasis en salud sexual, salud reproductiva, métodos anticonceptivos y plan de vida o desarrollo personal.

Los resultados también indicaron que aproximadamente seis de cada diez adolescentes fueron solteras y estudiantes.

La mayoría de las adolescentes se caracterizaron por haber tenido su menarquía de 12 a 13 años y tener dos a más parejas sexuales. En relación a las parejas sexuales el estudio mostró resultados diferentes al hallado por Dioses (17), quien encontró que la mayoría de los adolescentes tenía sólo una pareja sexual, esta diferencia probablemente se deba a la edad de los adolescentes, al contexto social, a la educación sanitaria entre otros factores; lo cual necesita ser evaluado a mayor profundidad; ya que a menor número de parejas sexuales disminuye el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Asimismo, el haber encontrado que las adolescentes en su mayoría tienen una menarquía precoz, indicaría que su capacidad reproductiva ha comenzado precozmente y los cambios hormonales, psicológicos entre otros aumenta el interés por los aspectos sexuales que de acuerdo a ciertas circunstancias la expone a iniciar su actividad sexual; por lo cual necesita del soporte familiar y del sistema de salud para disminuir el riesgo de embarazos no deseados y el aborto.

El estudio mostro que ocho de cada diez adolescentes fueron nulíparas y no tuvieron periodo intergenésico por ser primigestas; resultado que coincide con lo hallado por Ríos et al (20). Si, bien para la mayoría de las adolescentes es la primera vez que se embarazan, dos de cada diez ya han sido madres, lo cual muestra que la problemática del embarazo en adolescente se está agudizando y en su mayoría son embarazos no deseados, que terminan en aborto; probablemente por falta de intervenciones sanitarias integrales y oportunidades de desarrollo personal.

El estudio evidencio que tres de cada diez adolescentes presentaron antecedentes de riesgos obstétricos. Los antecedentes fueron de violencia sexual (9,1%), aborto (6,8%), y en mínimas proporciones atonía uterina, desgarro cervical, embarazo molar, parto pretérmino, retención de restos placentarios y VIH/SIDA en un 2,3% cada uno respectivamente. En cuanto al antecedente de aborto el resultado fue similar a lo hallado por Dioses (17). Los resultados indican que las adolescentes que gestaron anteriormente tienen

antecedentes de riesgo obstétrico de consideración, asimismo el que estén expuestas a violencia sexual, indicaría la vulnerabilidad y falta de protección social de las mismas, condicionantes que limitan su desarrollo personal.

Según el índice de masa corporal la mayoría de las adolescentes tuvieron un peso normal (77,3%), resultado que concuerda con el estudio de Cotera (18). En la adolescencia comúnmente por los mismos cambios fisiológicos que involucra esta etapa, la actividad de las adolescentes entre otras condicionantes, probablemente les permita conservar un peso adecuado.

El 59,1% de las adolescentes presentaron anemia (moderada o leve). Este hallazgo también fue encontrado por Cardenal et al (16) y Ríos et al (20), pero en menores proporciones. La anemia ferropénica es un problema de salud pública multifactorial que puede prevenirse con políticas sanitarias más costo efectivas.

Seis de cada diez adolescentes presentaron comorbilidades que estuvieron presentes con el aborto como candidiasis vaginal (34,1%), síndrome de flujo vaginal (25) y en mínimas proporciones enfermedad tiroidea y VIH/SIDA en un 2,3% cada uno respectivamente. Otros investigadores como Dioses (17), Cotera (18) y Ríos et al (20), también encontraron comorbilidades, pero diferentes patologías, como la infección de tracto urinario relacionada al aborto entre otros en proporciones diferentes; lo que hace suponer que en este contexto las adolescentes tienen un limitado acceso a los servicios de salud; ya que muchas de estas patologías pueden ser identificadas y tratadas oportunamente.

Según el diagnóstico clínico nueve de cada diez adolescentes tuvieron aborto incompleto y siete de cada diez tuvieron aborto precoz (< 12 semanas); resultados similares también fueron hallados por Bravo et al (15), Dioses (17), Acero (19), y Ríos et al (20). De la alta proporción de abortos incompletos encontrados, es lógico pensar que no todos son espontáneos. En la actualidad es difícil determinar si un aborto ha sido provocado; primero porque en nuestro país es penalizado y, en segundo lugar, la atención por profesional de salud no está orientado a identificar la causa del aborto, ya que el tratamiento no depende

de esto y la prioridad es la salud de la paciente. Lo que más resalta de este resultado, son las posibles complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre, si la adolescente no es atendida oportunamente en una IPRESS con capacidad resolutive. Desde el punto de vista preventivo promocional, es importante que el sistema de salud implemente estrategias de prevención primaria; enfocadas al desarrollo y protección de los adolescentes; que contribuyan a la disminución de los embarazos no deseados y abortos.

El 13,6% tuvieron complicaciones a consecuencia del aborto como shock hipovolémico (9,1%), enfermedad inflamatoria pélvica y shock séptico (2,3%) y sepsis de foco ginecológico (2,3%). Diferente a lo hallado por Ríos et al (20), quien encontró pelviperitonitis por perforación uterina entre otros. Un aborto siempre va a aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas por lo cual es importante el acceso a servicios de salud con capacidad resolutive.

Los hallazgos epidemiológicos permiten comprender que los adolescentes muestran ciertos patrones de riesgo para su salud reproductiva; que deben ser consideradas para las acciones preventivos promocionales, fortalecer las redes integradas de servicios de salud para garantizar las referencias oportunas y continuidad de la atención.

Conclusiones

- 1 La mayoría de las adolescentes fueron estudiantes de 15 a 17 años, con secundaria incompleta, de índice de masa corporal normal, solteras, de zonas urbano marginales.
- 2 Las adolescentes se caracterizaron por haber tenido su menarquía de 12 a 13 años, haber tenido su primera relación sexual de 12 a 14 años, tener dos a más parejas sexuales, no usar métodos anticonceptivos, ser primigestas y tener antecedente de riesgos obstétricos como violencia sexual, aborto y en mínimas proporciones atonía uterina, desgarro cervical, embarazo molar, parto pretérmino, retención de restos placentarios y VIH/SIDA. Es probable que en este contexto exista un limitado acceso a la educación en salud sexual y reproductiva; y que las estrategias sanitarias no están dando los resultados esperados.
- 3 Según el diagnóstico clínico nueve de cada diez adolescentes tuvieron aborto incompleto y siete de cada diez tuvieron aborto precoz; más de la mitad presentaron anemia y otras comorbilidades que estuvieron presentes con el aborto como candidiasis vaginal, síndrome de flujo vaginal y en mínimas proporciones enfermedad tiroidea y VIH/SIDA. Así mismo el 13,6% tuvieron complicaciones a consecuencia del aborto como shock hipovolémico, enfermedad inflamatoria pélvica con shock séptico y sepsis de foco ginecológico.
- 4 Las adolescentes estudiadas muestran en su perfil epidemiológico ciertos factores como vivir en zonas urbano marginales, limitada educación, menarquía y relaciones sexuales precoces, no usar métodos anticonceptivos, antecedentes de violencia sexual, morbilidades, haber gestado anteriormente, situación que las exponen a un mayor riesgo de aborto sobre todo incompletos; ante estas condicionantes se debe realizar intervenciones estratégicas multisectoriales que permitan el desarrollo personal de las adolescentes con igualdad de oportunidades.

Recomendaciones

Al Gobierno Regional.

El estudio ha dado a conocer que muchas de las adolescentes del distrito de Nieva, viven en contextos sociales no muy favorables, donde han iniciado precozmente su actividad sexual sin utilización de métodos anticonceptivos, condicionantes que los expone a un mayor riesgo de embarazo no deseado y como consecuencia a un aborto. Por lo cual en este contexto es necesario realizar intervenciones multisectoriales que contribuyan a mejorar las determinantes del entorno social y económico; así como el desarrollo personal de los adolescentes con igualdad de oportunidades. En este proceso es necesario mejorar la accesibilidad de los adolescentes a los servicios educativos y de salud.

Al Sector Salud.

En la Red de Servicios de Salud de Nivia, se debe implementar nuevas estrategias comunicacionales dirigidas específicamente a los adolescentes de acuerdo a su contexto, por un equipo de salud capacitado, con énfasis en salud sexual, salud reproductiva, métodos anticonceptivos y plan de vida o desarrollo personal con involucramiento familiar.

Desde el punto de vista preventivo promocional, es importante que el primer nivel de atención implemente estrategias de prevención primaria, que incluyan promoción de la salud y protección específica; enfocadas al desarrollo y protección de los adolescentes; que contribuyan a la disminución de los embarazos no deseados y abortos.

Referencias bibliográficas

1. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*. 2016; 388(10041): 258-67.
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*. 2020; 8(9): e1152-e61.
3. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
4. Sotiriadis A, Papatheodorou S, Makrydimas G. Threatened miscarriage: evaluation and management. *Bmj*. 2004; 329(7458): 152-5.
5. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la Adolescencia, Centro de prensa. Notas descriptivas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 [última actualización 31 de enero del 2020; citado 15 de marzo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
6. Prada Rincón DE, Rojas Herrera DM, Vargas Pineda P, Ramírez Cárdenas JA. El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias: revisión de literatura. *Salud Areandina* [Internet]. 01 de marzo 2019 [citado 10 de mayo 2023]; 4(1): [64-77 pp.]. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1319/1200>.
7. Lillo Espinosa JL. Embarazo, aborto y adolescencia. Una perspectiva psicoanalítica. *Psicopatol salud ment* [Internet]. 2012 [citado 15 de mayo 2023]; 19: [67-74 pp.]. Disponible en: <https://www.fundacioorienta.com/es/embarazo-aborto-y-adolescencia-una-perspectiva-psicoanalitica/>.

8. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento médico del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. 76 p.
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva de adolescentes menores de 15 años asistidas por un aborto legal o postaborto en América Latina [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2023 [última actualización 29 de marzo del 2023; citado 01 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/29-3-2023-salud-sexual-reproductiva-adolescentes-menores-15-anos-asistidas-por-aborto>.
10. Instituto de Opinión Pública (IOP-PUCP). El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. 2018.
11. Ministerio de Salud del Perú. En el Perú, 12 de cada 100 adolescentes están embarazadas o ya son madres [Internet]. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2020 [última actualización 23 de setiembre de 2020; citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/303880-en-el-peru-12-de-cada-100-adolescentes-estan-embarazadas-o-ya-son-madres>.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2022 [citado 25 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/index.html.
13. Ortiz G. Guía Técnica: Atención integral del aborto en menores de 15 años [Internet]. Lima-Perú: Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI); 2020 [citado 20 mayo 2023]. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1333/GUIA%20TEC_ATE%20ABORTO_FINAL.pdf.

14. Gil F. Embarazo y mortalidad materna en adolescentes en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú. 2018 [citado 25 de abril de 2023]; 27(24): [514-7 pp.]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/24.pdf>.
15. Bravo Torres Y, Cardet Niebla Y, Medina Escobar E, Machado Rojas F, Montero Silverio O. Comportamiento de la interrupción precoz y voluntaria de la gestación en adolescentes. Acta Médica del Centro. 2020; 14(2): 161-71.
16. Cardenal Pérez MN, Fuentes Carcache GZ, Rivera Maldonado WA. Factores de riesgos asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del hospital bertha calderón roque en el periodo de enero a diciembre 2015. [Monografía de doctorado]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
17. Dioses Sosa GA. Factores asociados al aborto de mujeres adolescentes del Hospital de Chulucanas II-1, Piura; año 2020 [Internet]. Piura-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2022 [citado 23 de mayo 2023]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9044/1/REP_GRICE.DIOSES_ABORTO.DE.MUJERES.ADOLESCENETS.pdf.
18. Cotera Rojas Y. Factores biomédicos asociados al aborto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019 [Tesis de titulación]. Huancavelica-Perú: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020 [citado 18 mayo 2023]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b52c5b0d-f706-4302-8fbf-3a552b529261/content>.
19. Acero Coaricona Y. Características e incidencia de aborto en adolescentes de 12 a 18 años de edad en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, de enero-junio del 2019 [Tesis de titulación]. Puno-

Perú: Universidad Privada San Carlos, Facultad de Ciencias; 2021 [citado 02 de junio del 2023]. Disponible en: http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC%20S.A.C./123/Yovana_A_CERO_COARICONA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

20. Ríos Canales CI, Vera Véliz RC, Mantilla Cruzado V. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. EsSalud. Enero 2016 – Diciembre 2017. Rev Méd Trujillo [Internet]. 2018 [citado 25 de mayo 2023]; 13(3): [140-56 pp.]. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/2097/1999>.
21. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso C. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2019 [citado 17 abril 2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
22. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 784 p.
23. Díaz BD, Miranda YC, Aguado RG, Velázquez BML. Percepción de riesgo en adolescentes relacionado con aborto. Enfermería Investiga. 2017; 2(4 Dic.): 145-9.
24. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
25. Jacobson JD, Zieve D, Conaway B. Amenaza de aborto. In: ADAM Editorial team, editor. ADAM Enciclopedia Multimedia. IOWA: UNIVERSITY OF IOWA; 2019.
26. Ortega del Moral A, Arribas Mir L, Sánchez Mariscal D. Amenaza de aborto: actuación en atención primaria. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2006; 13(5): 281-91.

27. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2017. 624 p.
28. White HL, Bouvier DA. Cuidado de la paciente con aborto espontáneo. Nursing. 2006; 24(7): 44-5.
29. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2015 [citado 10 de mayo de 2023]; 82: [63-5 pp.]. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento106.pdf>.
30. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019 [citado 15 agosto 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>.
31. Ministerio de Salud del Perú. Somos el presente, somos el futuro, de todo el Perú depende: ¿Porqué debemos invertir en adolescentes? [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2013 [citado 01 agosto 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2901.pdf>.
32. Rubio Álvarez AM. La etapa de la adolescencia. Zona padres adolescente [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP); 2021 [última actualización 24 de agosto 2021; citado 24 de julio 2022]. Disponible en: <https://sepeap.org/la-etapa-de-la-adolescencia/>.
33. Hidalgo Vicario MI, González-Fierro MJC. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Anales de Pediatría Continuada. 2014; 12(1): 42-6.
34. González Merlo J, González Bosquet E, González Bosquet J. Ginecología. 9 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014. 713 p.

35. Cuello MF, Miranda Hermosilla V, Ralph Troncoso C. Ginecología general y salud de la mujer. Santiago-Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2017.
36. Balandra Ortiz JI. Obstetricia y ginecología. 7 ed. Mexico: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla; 2017.
37. Silva Diverio I, Durán R, Alaiz Rodríguez I, Sánchez Iglesias I, Serapio Costa A, Azañedo Herrero V. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Madrid: Instituto de la Juventud; 2018. 156 p.
38. Companioni Rodriguez N, Batista Fernandez A, Hernández Tores N, Lois diaz Y, Cantero Barroso AV. Factores clínicos y epidemiológicos que influyen en las infecciones tracto urinario en las gestantes. II Jornada Científica Virtual de Enfermería en Ciego de Ávila; Cuba: Socuenf Ciego; 2022. p. 1-12.
39. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
40. Espitia De La Hoz F, Orozco Santiago L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Medicas UIS. 2013; 26: 45-50.
41. Wikipedia. Distrito de Nieva. Condorcanqui. Amazonas. Wikipedia. The free encyclopedia: Fundación Wikimedia, Inc; 2023 [última actualización 26 de abril de 2023; citado 2023 15 de mayo]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Nieva.
42. Artilés Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
43. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.

44. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
45. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
46. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
47. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
48. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
49. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
50. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
51. Leyva Yataco L. Factores de riesgo asociados a la muerte fetal en la región Huancavelica. [Tesis de Doctorado]. Huancavelica: Universidad Nacionalde Huancavelica, Escuela de Posgrado; 2017.

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características personales de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022?</p> <p>¿Cuáles son las características gineco-obstétricas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022?</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022?</p>	<p>Objetivo general Determinar el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.</p> <p>Objetivos específicos Identificar las características personales de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.</p> <p>Identificar las características gineco-obstétricas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.</p> <p>Identificar las características clínicas de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.</p>	<p>Existen muchas barreras, retos y mitos acerca del aborto en la adolescencia temprana y esto responde a varias razones; la naturalización del embarazo en niñas y adolescentes, la falta de entrenamiento de los y las proveedoras y la falta de recursos, entre otros, obligando muchas veces a estas niñas y adolescentes a un embarazo forzado o exponiéndolas a prácticas inseguras, poniendo en grave riesgo su salud (13). En el Perú la práctica del aborto es transversal a todos los niveles socioeconómicos; sin embargo, la mayor cantidad de mujeres que reportaron un aborto fueron de los estratos económicos medios y bajos; por otra parte las mujeres que reportan una experiencia de aborto son de todas las edades (10). En los servicios de gineco-obstetricia del Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas, se observa diversos casos de aborto y se desconoce el perfil epidemiológico de estas pacientes, información que permitiría plantear estrategias de prevención primaria y secundaria; es por esta situación que se planteó realizar un estudio sobre tal situación. Es importante comprender que el aborto, es un problema complejo en la salud de la adolescente y requiere de intervenciones estratégicas en prevención primaria, así como una oportuna intervención previa conocimiento de sus características epidemiológicas; a fin de poder</p>	<p>Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto.</p>	<p>Características personales.</p> <p>Características gineco-obstétricas.</p> <p>Características clínicas.</p>	<p>Grupo de edad de la adolescente.</p> <p>Lugar de procedencia de la adolescente.</p> <p>Nivel educativo de la adolescente.</p> <p>Estado civil de la adolescente.</p> <p>Tipo de ocupación de la adolescente</p> <p>Edad de la menarquia.</p> <p>Edad de la primera relación sexual.</p> <p>Número de parejas sexuales.</p> <p>Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo.</p> <p>Paridad de la adolescente.</p> <p>Periodo intergenésico de la adolescente.</p> <p>Antecedentes de riesgo obstétrico de la adolescente.</p> <p>Tipo de aborto según edad gestacional.</p> <p>Tipo de aborto diagnosticado.</p> <p>Tipo de anemia.</p>	<p>Edad de la adolescente en años, registrada en la historia clínica y clasificación según grupo de edad.</p> <p>Lugar de procedencia de la adolescente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Nivel educativo de la adolescente registrada en la historia clínica.</p> <p>Estado civil de la adolescente registrada en la historia clínica.</p> <p>Tipo de ocupación de la adolescente registrada en la historia clínica.</p> <p>Edad de la menarquia registrada en la historia clínica.</p> <p>Edad de la primera relación sexual registrada en la historia clínica.</p> <p>Número de parejas sexuales registrada en la historia clínica.</p> <p>Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo, registrada en la historia clínica.</p> <p>Número de partos de la adolescente, registrada en la historia clínica y categorización.</p> <p>Periodo intergenésico de la adolescente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Antecedentes de riesgo obstétrico de la adolescente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Tipo de aborto según edad gestacional registrada en la historia clínica.</p> <p>Tipo de aborto diagnosticado, registrado en la historia clínica.</p> <p>Clasificación del tipo de anemia según el valor de hemoglobina de la gestante registrado en la historia clínica.</p>	<p>Edad de 12 a 14 años (1) Edad de 15 a 17 años (2) Urbano (1), Urbano marginal (2) Rural (3). Sin instrucción (1), Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8) Soltera (1), Conviviente (2) Casada (3), Viuda (4) Divorciada (5) Nominal.</p> <p>Ordinal.</p> <p>Ordinal.</p> <p>Ordinal.</p> <p>Si (1) No (2) Nulipara (1), Primipara (2) Multipara (3) Gran multipara (6 a +) (4) Sin periodo intergenésico (1) Corto (menor a 18 meses) (2) Normal (de 18 a 60 meses) (3) Largo (mayor a 60 meses) (4) Nominal</p> <p>Aborto precoz (1) Aborto tardío (2) Nominal.</p> <p>Anemia Severa (1) Anemia Moderada (2) Anemia Leve (3) Sin anemia (4)</p>	<p>Nivel de investigación. El nivel de investigación fue descriptivo.</p> <p>Tipo de investigación. Investigación retrospectiva, descriptiva, transversal.</p> <p>Diseño de Investigación. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple (40); porque se trabajó para describir el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, de Amazonas, de enero a diciembre del 2022 (44, 46, 47). Donde:</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>M: Pacientes adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva.</p> <p>O: Perfil epidemiológico.</p> <p>Población, muestra, muestreo La población. Fueron todas las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, de Amazonas, de enero a diciembre del 2022; que según registros estadísticos fueron un total de 44 pacientes. Muestra. La muestra fue censal.</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
		realizar una intervención adecuada.			Índice de masa corporal pregestacional. Comorbilidades médicas antes del aborto Complicaciones a consecuencia del aborto	Índice de masa corporal pregestacional, calculado del peso y talla registrada en la historia clínica. Cálculo = (peso/talla x talla). Comorbilidades médicas antes del aborto, registrada en la historia clínica. Complicaciones a consecuencia del aborto que presentó la paciente, registrada en la historia clínica.	Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (>30) (4). Nominal. Nominal.	

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

FORMATO N° 01

Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto

Investigación: Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas y registros de atención; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera alguna observación como, por ejemplo: falta(n) dato(s); no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

Revisar las historias clínicas, luego en la ficha de recolección de datos, llenar la información solicitada o marque con una “X” según corresponda.

I. Datos generales:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____ / ____ / 2023. Hora del llenado: ____ : ____ horas
- 1.4. N° de historia clínica: _____

II. Características personales:

- 2.1. Edad de la adolescente en años: _____
- 2.2. Lugar de procedencia: Urbano (1) Urbano marginal (2) Rural (3)
- 2.3. Nivel educativo de la adolescente:
 - 2.3.1. Sin instrucción (1)
 - 2.3.2. Inicial (2)
 - 2.3.3. Primaria incompleta (3)
 - 2.3.4. Primaria completa (4)
 - 2.3.5. Secundaria incompleta (5)
 - 2.3.6. Secundaria completa (6)
 - 2.3.7. Superior incompleta (7)
 - 2.3.8. Superior completa (8)
- 2.4. Estado civil de la adolescente:
 - 2.4.1. Soltera (1)
 - 2.4.2. Conviviente (2)
 - 2.4.3. Casada (3)
 - 2.4.4. Viuda (4)
 - 2.4.5. Divorciada (5)
- 2.5. Tipo de ocupación de la adolescente: _____

III. Características gineco-obstétricas (marque con una “X” o registrar los datos según corresponda)

- 3.1. Edad de la menarquia: _____ años.

- 3.2. Edad de la primera relación sexual: _____ años.
- 3.3. Número de parejas sexuales: _____
- 3.4. Uso métodos anticonceptivos antes del embarazo: Si (1) No (2)
- 3.5. Número de partos de la adolescente (antes del embarazo actual): _____
- 3.6. Periodo intergenésico (PIG) de la adolescente:
 - 3.6.1. Sin PIG por ser primigesta (1)
 - 3.6.2. PIG Corto (menor a 18 meses) (2)
 - 3.6.3. PIG Normal (de 18 a 60 meses) (3)
 - 3.6.4. PIG Largo (mayor 60 meses) (4)
- 3.7. Antecedentes de riesgo obstétrico de la adolescente (según HCPB - CLAP).
 - 3.7.1. _____
 - 3.7.2. _____
 - 3.7.3. _____

IV. Características clínicas (Si, la gestante no presento morbilidades o antecedentes dejar los Ítems en blanco)

- 4.1. Semanas de gestación al presentar el aborto: _____ semanas.
- 4.2. Tipo de aborto diagnosticado: _____
- 4.3. Valor de hemoglobina de la paciente: _____ g/dl.
- 4.4. Peso pregestacional: _____ Kilogramos (con tres decimales).
- 4.5. Talla de la paciente: _____ Metros (con dos decimales).
- 4.6. Comorbilidades médicas antes del aborto.
 - 4.6.1. _____
 - 4.6.2. _____
 - 4.6.3. _____
- 4.7. Complicaciones a consecuencia del aborto.
 - 4.7.1. _____
 - 4.7.2. _____
 - 4.7.3. _____

Observaciones:

Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022.

Investigador: Carmen Sofia, Chigne Mozombite. Liliana Yagaira, Eguia Yupanqui.

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable general						
1	Perfil epidemiológico de las pacientes con aborto.					
Dimensión: Características personales						
1	Grupo de edad de la adolescente.					
2	Lugar de procedencia de la adolescente.					
3	Nivel educativo de la adolescente.					
4	Estado civil de la adolescente.					
5	Tipo de ocupación de la adolescente.					
Dimensión: Características gineco-obstétricas.						
6	Edad de la menarquia.					
7	Edad de la primera relación sexual.					
8	Número de parejas sexuales.					
9	Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo.					
10	Paridad de la adolescente.					
11	Periodo intergenésico de la adolescente.					
12	Antecedentes de riesgo obstétrico de la adolescente.					
Dimensión: Características clínicas						
13	Tipo de aborto según edad gestacional.					
14	Tipo de aborto diagnosticado.					
15	Tipo de anemia.					
16	Índice de masa corporal pregestacional.					
17	Comorbilidades médicas antes del aborto.					
18	Complicaciones a consecuencia del aborto.					

Recomendaciones:

.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

Firma

Lugar y Fecha

Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
Director
Hospital I Santa María de Nieva - Amazonas.

SD.

Nosotras, Carmen Sofia, Chigne Mozombite y Liliana Yagaira, Eguia Yupanqui; identificadas (a) con DNI Nro. 19096550 y DNI Nro. 45209370, respectivamente. Egresadas del Programa de Segunda Especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico; de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto nos presentamos y mencionamos.

Que, deseando realizar una investigación sobre el “Perfil epidemiológico de las adolescentes con aborto atendidas en el Hospital I Santa María de Nieva, Amazonas 2022”.

Solicitamos se nos brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pedimos a Ud., acceder a nuestra solicitud por ser de justicia.

Nieva, 07 de mayo del 2023.

Firma del Interesado

Firma del Interesado



UNH

Vicerrectorado de
InvestigaciónDirección de Innovación y
Transferencia tecnológicaUnidad de Promoción,
Difusión y Repositorio

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Por medio del presente y de acuerdo al siguiente detalle:

- Trabajo de investigación, titulado:

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL I SANTA MARIA DE NIEVA, AMAZONAS 2022”

- presentado por:
CHIGNE MOZOMBITE, Carmen Sofia
EGUIA YUPANQUI, Liliana Yagaira

- Docente asesor (a):
Dr. LEYVA YATACO, Leonardo

- Para obtener:
El Título de Especialista en: **EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO.**

La Unidad de Promoción, Difusión y Repositorio, certifica **que el presente trabajo de investigación**, se encuentra dentro del porcentaje permitido de coincidencia por la Universidad Nacional de Huancavelica.

Por tanto, en cumplimiento del Art.4° del Reglamento del Software Anti plagio de la Universidad Nacional de Huancavelica, se dictamina que el trabajo de investigación fue analizado por el software anti plagio TURNITIN (realizado por el docente Asesor), se expide el presente.

ORIGINALIDAD	SIMILITUD
81.0 %	19.0 %

El Certificado se expide el 28 de agosto del año 2023.

N° 189-2023



LIC. YOVANA QUISPE PAYTAN
JEFE DE LA UNIDAD DE PROMOCIÓN, DIFUSIÓN Y REPOSITORIO