



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN-MANAGUA

**Tesis para optar por el título de Doctor en medicina y
cirugía general**

TEMA:

**FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN ADOLESCENTES
INGRESADAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN
ROQUE EN EL PERIODO DE ENERO- SEPTIEMBRE 2017.**

AUTORES:

Br. Marcela María Ortega Bonilla

Br. Osman Eduardo Jalinás Urbina

TUTOR:

Msc.MD.Dr. José Ángel Méndez

Especialista en Gineco-obstetricia

Profesor titular Facultad de Ciencias Médicas UNAN-Managua

22 de Noviembre de 2019

Dedicatoria

A Dios, que nos llena de vida y sabiduría para llegar hasta este momento de nuestras vidas.

A nuestros padres y familiares que nos han brindado consejos y apoyo incondicional durante nuestra formación.

Agradecimientos

A Dios, padre celestial, que nos llena de vida, paciencia, sabiduría y nos permite concluir una etapa más en nuestras vidas.

A nuestros padres, familiares y amistades que nos han brindado apoyo incondicional en todo momento de nuestra formación.

A nuestros maestros, especialmente a Dra. Auxiliadora Ayala, Dra. Matilde Jirón y nuestro tutor Dr. Méndez, por su apoyo, paciencia e inmensa colaboración para la realización de este trabajo

Opinión del tutor

Dentro de nuestra normativa de atención a las embarazadas, nuestros protocolos hacen mucho hincapié, en las causas de muerte materna por hemorragia en la primera mitad del embarazo.

En este estudio, los jóvenes investigadores, han hecho mucho hincapié en buscar factores asociados al aborto.

Con esfuerzo han logrado centrar la atención en este problema tan sensible como es el aborto. Reciban los investigadores mi más alta muestra de aprecio y respeto.

Atentamente

Msc.MD.Dr. José Ángel Méndez

Tutor

RESUMEN

La adolescencia en la actualidad se considera una etapa compleja del ser humano donde ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales; constituye una fase de transición de la niñez a la vida adulta, en la que existe una progresión biológica desde la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios a la madurez sexual.

Uno de los problemas más importantes al que nos enfrentamos por su trascendencia social, es el embarazo en adolescentes, el cual acontece en cualquier estrato socioeconómico; esta problemática es la iniciativa para que las adolescentes opten por el aborto.

El embarazo en mujeres adolescentes se considera de alto riesgo y es una de las condiciones más frecuentes a la que se encuentran expuestas y se vuelve alarmante al saber que gran parte de las adolescentes tienen vida sexual activa con una disminución en el promedio de edad de las primeras relaciones sexuales. Por otro lado, la escasa educación sexual que reciben las personas en esta etapa de la vida, asociado a los mitos que aún prevalecen en la sociedad respecto al tema de la sexualidad, son factores de gran impacto que conllevan al inicio de la vida sexual activa de forma insegura y practicando métodos abortivos caseros ineficaces, que quizás, llegan a poner en riesgo la vida de las mujeres con tal de evitar embarazos.

En el presente estudio de tipo descriptivo, realizado en el hospital Bertha Calderón Roque en periodo mayor a un semestre, se tomó de referencia a las mujeres adolescentes embarazadas ingresadas a causa de aborto en cualquiera de su presentación clínica y se recolectó información por fuentes secundarias en base a expedientes clínicos para tratar de identificar los posibles factores que pueden estar asociados al aborto en esta población.

En conclusión, la mayoría de adolescentes que cursaron con aborto se encuentran en edades comprendidas en la adolescencia tardía, provenientes de áreas urbanas, en su mayoría nulíparas y con poco uso de métodos anticonceptivos. Existe un pequeño número de población en la que se encontró relación de aborto con la presencia de Diabetes Mellitus

Por tanto, las recomendaciones deben ir dirigidas a fortalecer la educación sexual y el uso de métodos de planificación familiar, así como mantener el seguimiento adecuado de dichos métodos desde la comunidad. Así mismo, orientar la atención psicológica a adolescentes que se desarrollen en ambiente de violencia intrafamiliar y especialmente en aquellas que cursen con embarazo a tan temprana edad.

INDICE

CAPÍTULO I: GENERALIDADES.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	4
1.3 Justificación	7
1.4 Planteamiento Del Problema	9
1.5 Objetivos	11
Objetivo general:	11
Objetivo específico:.....	11
1.6 MARCO TEÓRICO	12
1.6.1 Definición.....	13
1.6.2 Etiología.....	14
1.6.3 Clasificación.....	14
1.6.4 Factores de riesgo asociados.....	15
1.6.5 Diagnóstico.....	16
1.6.5.1 Manifestaciones clínicas: Formas clínicas, signos y síntomas.	16
1.6.5.2 Auxiliares diagnósticos.....	18
1.6.5.3 Diagnóstico Diferencial	19
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	20
2.1 Tipo de estudio	20
2.2 Área de estudio.....	20
2.3 Población de estudio	20
2.4 Universo	20
2.5 Muestra.....	21
2.5.1 Tamaño de Muestra	21
2.5.2 Tipo de muestra	21
2.5.3 Criterios de inclusión.....	21
2.5.4 Criterios de exclusión	21
2.6 Fuentes de información	21

2.7	Técnica de recolección de información.....	21
2.8	Procesamiento de la información	22
2.9	Plan de Análisis.....	22
2.10	Lista de variables por objetivos.....	23
2.11	Operacionalización de variables.....	25
2.12	Consideraciones éticas	27
2.13	Cronograma de Actividades.....	28
2.14	Presupuesto	29
	Resultados	30
	Análisis y Discusión De Resultados	32
	Conclusiones	36
	Recomendaciones.....	37
	CAPITULO III: BIBLIOGRAFIA.....	38
	CAPITULO IV: ANEXOS.....	43
4.1	Carta de Solicitud a Autoridades Hospitalaria.....	43
4.2	Instrumento de Recolección de Datos.....	44

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1 Introducción

La adolescencia en la actualidad se considera una etapa compleja del ser humano donde ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales; constituye una fase de transición de la niñez a la vida adulta, en la que existe una progresión biológica desde la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios a la madurez sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los factores principales que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. Las condiciones de vida para la población joven han cambiado y con ello su patrón de conducta sexual. Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en la mayoría de los casos no es así, siendo esto común en comunidades pobres y poco instruidas sobre reproducción sexual. No obstante, es frecuente la presión social en las muchachas para contraer matrimonio y tener hijos. Asimismo, puede que las jóvenes no puedan negarse a sostener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a relaciones sexuales forzadas que usualmente son sin protección.

El escaso acceso a la educación sexual se convierte en un factor determinante que les impide a las adolescentes prevenir un embarazo, también es posible que sientan vergüenza para solicitar servicios de anticoncepción, dificultad para pagar por ellos porque estos son demasiados costosos o bien la actitud machista de la pareja le impide su uso.

El Aborto es definido como la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre, con un peso menor de 500 gramos que se alcanza a las 22 semanas de gestación (MINSAL, 2013)

En el periodo 2010-2014 el Instituto Guttmacher estima que cada año ocurren 56 millones de abortos inducidos a nivel mundial, también afirma que la tasa anual de abortos a nivel mundial se estima en 35 abortos por 1000 mujeres en edad reproductiva. A la vez que refiere que, en dicho período, el 25% de embarazos a nivel mundial termino en aborto.

En el mismo lapso de tiempo, América Latina y el Caribe registran 6,5 millones de abortos. De modo similar, la tasa anual es estimada en 44 abortos por 1000 mujeres, en periodos respectivos.

Nicaragua cuenta con altas tasas de embarazos adolescentes en edades entre los 15-19 años en comparación con el resto de América Latina y el Caribe, según los resultados de estudios realizados por el Instituto Guttmacher y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. En 2006 la Organización Panamericana de Salud efectuó un análisis estadístico de los expedientes anuales de los hospitales de todo el país proporcionados por el Ministerio de Salud (MINSAL) y las cifras indicaron que en un periodo de 1999-2005, un promedio de 7099 mujeres y niñas ingresaron anualmente en los hospitales nicaragüenses por complicaciones de salud que terminaron en abortos espontáneos o inducidos. (Organización Panamericana de la Salud, 2006). También el Ministerio de Salud (MINSAL) informa que el 10 al 15% de embarazos documentados terminan en aborto espontaneo, de estos el 80% ocurren en el primer trimestre.

Hoy en día nos enfrentamos al gran desafío de romper el ciclo de patrones de embarazo en la adolescencia, el cual se vislumbra como una tarea casi imposible por la multicausalidad de elementos interactuantes e interdependientes que participan en él (Montenegro & Guajardo., 2014).

A nivel mundial las tasas de aborto son extremadamente altas y en países subdesarrollados como el nuestro cada año van en incremento, sin embargo, las causas que conllevan a este son poco conocidas o inespecíficas.

Siendo necesario un estudio como punto de partida para iniciar una batalla en contra de los factores asociados que se descubran. Es por ello que con el presente estudio se pretende determinar los factores que incitan a las embarazadas jóvenes a terminar su estado gravídico en aborto, para disminuir el alto riesgo reproductivo.

1.2 Antecedentes

En las últimas décadas se ha despertado gran interés por el estudio sobre aborto y los posibles factores involucrados en este, sin embargo, son muchas las interrogantes que aún existen sobre el tema, lo que justifica la necesidad de continuar las investigaciones; se realizó un recorrido sobre los estudios publicados a nivel internacional como nacional encontrándose:

En Lima, Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se realizó un estudio de casos y controles titulado: “*Factores Que Intervienen En La Decisión De Abortar En Adolescentes, En El Instituto Materno Perinatal, enero 2015- marzo 2016*”, para lo cual el grupo de casos estuvo constituido por 75 adolescentes que manifestaron haber tenido un aborto inducido y el grupo de controles por 75 gestantes sin antecedentes de aborto; ambos grupos atendidos en dicho instituto. En los resultados se muestra que el principal factor personal fue el no tener ocupación laboral con un OR de 2.984 (IC 95%), así mismo el principal factor familiar resulto ser la violencia familiar con un OR de 7.250 (IC 95%) y en relación al factor de riesgo relacionado a la pareja fue la duración de la relación menor a 6 meses antes del inicio de las relaciones sexuales con un OR de 6.468 (IC 95%) (Puentes., 2016)

En el Hospital Regional Docente de Trujillo, se realizó un estudio de casos y controles sobre la “*Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes*”, en el cual se llegó a la conclusión que la falta de confianza hacia los padres y una reacción negativa de parte de los padres ante la noticia del embarazo, influyen en la decisión de la adolescente para abortar. (Jully Calderón S, Luis Alzamora de los Godos, 2016)

Otro estudio realizado en el Hospital I Edmundo Escomel sobre “*Factores asociados al aborto en mujeres*” se concluye que la mujer asegurada carece de la decisión de adoptar medidas de cuidado y protección para prevenir embarazos no deseados o no programados; pues la mayor ocurrencia de eventos como el aborto se da en las mujeres que no han tenido una gestación previa, no utiliza métodos de regulación de su fecundidad, ni tiene la iniciativa en la búsqueda de una atención inicial que garantice el propio cuidado y bienestar de su salud y del niño por nacer. (CONTRERAS, 2016)

En un estudio realizado en el periodo 2010-2014 el Instituto Guttmacher, ubicado en Estados Unidos, estima que cada año ocurren 56 millones de abortos inducidos a nivel mundial, lo cual representa un aumento en comparación con el periodo 1990-1994 en el que fueron contabilizados 50 millones por año. Por otro lado, la tasa anual de abortos a nivel mundial se estima en 35 abortos por 1000 mujeres en edad reproductiva, contrario a lo anterior, se observa una ligera disminución en relación al periodo 1990-1994 en el que la tasa anual era de 40 por 1000 mujeres.

A lo largo de los años se visualiza claramente la disminución del número de abortos en países desarrollados, lo que en regiones subdesarrolladas se mantiene al mismo nivel e incluso tiende a aumentar, pues al comparar dos periodos, 1990-1994 y 2010-2014, se concluye que la tasa disminuyó de 46 a 27 por 1000 mujeres y su contraparte (regiones subdesarrolladas) permaneció casi al mismo nivel. También, en el periodo 2010-2014 el 25% de embarazos a nivel mundial termino en aborto. (GUTTMACHER INSTITUTE, 2016).

En otro estudio analítico realizado en Cuba sobre el “*Perfil sociodemográfico del aborto inducido*”, se determinó que el riesgo de recurrir a la práctica del aborto inducido en el primer embarazo es elevado en mujeres muy jóvenes que aún no han cumplido sus expectativas profesionales, laborales y relacionadas con el matrimonio. (Evelio Cabezas-García, M.C., M. en C., Ana Langer-Glass, M.C, 2011).

En la Habana, Cuba se estudió el “*Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia*”, en el cual se concluyó que el motivo de solicitud para interrumpir el embarazo era considerarse muy joven para asumir el rol de la maternidad o interrumpir su desarrollo personal y que las adolescentes que con más frecuencia interrumpieron su embarazo se encuentran en la adolescencia intermedia. (Bárbara Enríquez Domínguez; Raúl Bermúdez Sanchez, 2010)

En el Hospital “Roberto Rodríguez” de Cuba, se realizó una investigación observacional descriptiva para conocer el comportamiento de algunas variables relacionadas con pacientes adolescente a las que se les realizó aborto dando como resultado que el grupo de edad más frecuente fue comprendido entre 17-18 años; el nivel de escolaridad que predominó fue el de secundaria, para un 47,7%; las mujeres que deseaban continuar estudios, fue a las que con mayor frecuencia se les realizó el aborto, para un 45,7%; el 71,8% de las mujeres no usaban anticonceptivos; el motivo más frecuente por el cual no usaban métodos anticonceptivos, es porque este podía causar problemas de salud, para un 31,6% (Vela S. L., 2004)

Todos estos antecedentes demuestran que a nivel mundial son muchos los factores asociados para que las adolescentes elijan el aborto como solución a su embarazo, así mismo expresan la frecuencia con que se presenta dicha situación a nivel mundial.

1.3 Justificación

Uno de los problemas más importante al que nos enfrentamos por su trascendencia social, es el embarazo en adolescentes, el cual acontece en cualquier estrato socioeconómico. (Trejo, 2005) Esta problemática, es la iniciativa para que las adolescentes opten por el aborto. (BAHAMONDE, 2010)

Cada año aproximadamente 4 millones de mujeres Latinas recurren a abortos inseguros y el 30-45% de ellas sufren complicaciones graves y se estima que un 17% se deben a los abortos inseguros. (OPS, 2013)

Se reconocen diversos factores asociados con la elección de la adolescente de inducirse el aborto, entre ellos: el ser menor edad, ser solteras (Cabezas-García E, Langer-Glass A, Álvarez-Vásquez L, Bustamante P. , 2008), tener un menor nivel educativo (Olinto MT, Moreira-Filho DC., 2009) (Ortiz-Ortega A, García G, Galván F, Cravioto P, Paz F, Díaz-Olavarrieta C, et al, 2013), tener menor nivel socioeconómico, deserción escolar (Olinto MT, Moreira-Filho DC., 2009), ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja o que este sea de menor edad o bajo nivel educativo. (Menezes G, Aquino E, da Silva D, 2009)

Existen factores familiares que influyen en la decisión de abortar, los cuales son: la falta de confianza hacia los padres, que se traduce en que la adolescente no cuenta su condición de embarazo a los padres, así como una reacción negativa de parte de los padres y de los demás miembros de la familia ante la noticia del embarazo. (Cabezas-García E, Langer-Glass A, Álvarez-Vásquez L, Bustamante P. , 2008)

Hemos visto que hay un gran índice de adolescentes embarazadas que escogen el aborto como solución al problema, a pesar de que este no sea una opción legal en el país. Sin embargo, existe otro grupo que prefieren llevar a término su embarazo. Especialmente captó nuestra atención este último grupo, debido a que son adolescentes que asumen la responsabilidad de tener un hijo, no obstante, durante el proceso de gestación, acontecen diferentes hechos que impiden llegar hasta el momento del parto.

El Hospital Bertha Calderón Roque, siendo un hospital de índole pública, que atiende a la población femenina en general y de forma gratuita, cuenta con una sala de complicaciones, en la que se muestra gran asistencia de embarazadas adolescentes cursando con cuadros clínicos de abortos. En la actualidad, la mayor atención social está centrada sobre la conveniencia de penalizar o no el aborto y restándole importancia a los posibles factores que puedan asociarse con el hecho de que algunas embarazadas aborten. Así, identificando estos aspectos puede llevarse a cabo intervenciones que sean dirigidas especialmente a la población con mayor vulnerabilidad y reducir en primera instancia los embarazos no deseados y las tasas de aborto, esto permitiría un mayor impacto social haciendo que las adolescentes tengan un mejor desarrollo social y psicológico.

1.4 Planteamiento Del Problema

En América Latina y el Caribe los jóvenes de 10 a 24 años representan 30% de la población total y los adolescentes de 10 a 19 años corresponden al 20% (Breinbauer C, Maddaleno M., 2005). De todos los embarazos en el mundo, 10% ocurren en mujeres adolescentes y cada año 13 millones de adolescentes dan a luz en los países en desarrollo. (Finger B, Lapetina M, Pribila M, 2013). El embarazo temprano está asociado a efectos adversos, a corto y a mediano plazo, en el binomio madre-niño (AJ., 2012) . Pese a las intervenciones realizadas, el embarazo en la adolescencia presenta resistencia histórica a la disminución (Naciones Unidas –CEPAL ECLAC, 2012) , lo cual ha convocado la atención de las autoridades y de la comunidad nacional e internacional.

Cada año en el mundo mueren 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos. La mortalidad materna es un problema altamente priorizado por el Plan Nacional de Salud, y el aborto ha sido una causa importante de esas defunciones. (Toruño, 2007)

A nivel nacional la tasa de embarazo adolescente (mamás entre 12 y 19 años), para el 2007, es de 15,6%, mientras que cinco años atrás la cifra era inferior al 13,8%. (BARROZO, 2011)

En Nicaragua, el aborto era una práctica legal desde 1837 y fue hasta el 2006 que se impuso la penalización total del aborto. En América Latina y el Caribe 6000 mujeres mueren todos los años por complicaciones de abortos inseguros. En Nicaragua 3 de cada 10 muertes maternas fueron por esta causa (Quintana, 2014).

En un estudio realizado en el 2015 sobre el aborto en Nicaragua se obtuvo que de 1,784 niños nacidos vivos, ocurrieron 243 abortos, de los cuales 217 fueron reportados como espontáneos, 22 como provocados, y en 4 casos las mujeres se negaron a reportar su naturaleza, y que el 20% de estos abortos se dieron en adolescentes entre las edades de 14-20 años (Martinez, 2015). Ante esta problemática relacionado al aborto en adolescentes, el cual ha venido incrementando en los últimos años, se plantea:

¿Cuáles son los factores asociados al aborto en adolescentes ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero- septiembre 2017?

1.5 Objetivos

Objetivo general:

Determinar los factores asociados al aborto en adolescentes ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero- septiembre 2017.

Objetivo específico:

- Caracterizar demográficamente la población a estudio.
- Mencionar los antecedentes ginecobstetricos asociados al aborto de las pacientes en estudio.
- Identificar los factores pre-concepcionales como factor asociado al aborto.
- Describir los factores del embarazo asociados al aborto.

1.6 MARCO TEÓRICO

La adolescencia es definida como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años (OMS., 2017). Dicha etapa no solo comprende un desarrollo físico, pues también se producen diversos cambios psicológicos y sociales. Las curiosidades en la adolescencia por experimentar nuevas atracciones alcanzan su cumbre, las cuales pueden parecer satisfactorias o tal vez son actitudes con las que se busca aceptación ante una sociedad. Actualmente, el avanzado desarrollo social y la diversidad de influencias interculturales propician una situación de confusión de valores a los que los y las adolescentes son extremadamente sensibles (Aguilar & Catalán., 2015), exponiéndose a riesgos que están relacionados con conductas que pueden interferir con el cumplimiento de tareas acordes a su desarrollo.

Mientras se dan estos cambios, los adolescentes buscan sentirse comprendidos y ser escuchados por alguien mayor, quien les ayude a entender la diversidad de transformaciones físicas que están sucediendo, pero dicha atención no siempre proviene de la familia, puesto que culturalmente estos temas de reproducción son considerados un tabú en muchas sociedades y a la vez, la necesidad de atención puede ser satisfecha en amistades o personas mayores ajenas al círculo familiar los cuales ofrecen soluciones poco convenientes como el consumo de droga, alcohol y otra adicción, incluso acecharlos para hacerlos víctimas de abuso sexual. Por otro lado, según Montenegro (2014), en la línea evolutiva de la adolescencia despierta el deseo sexual y de intimidad y con esto es posible se presente un impacto negativo de sexualidad que lleva a un embarazo precoz y no deseado, el cual no es solamente un problema de la joven madre, si no que involucra al

bebe, a su pareja y a las familias de ambos y debido a las graves consecuencias médicas, psicosociales, económicas y demográficas es considerado un problema de salud pública importante y un problema social.

El embarazo en mujeres adolescentes se considera de alto riesgo y es una de las condiciones más frecuentes a la que se encuentran expuestas y se vuelve alarmante al saber que gran parte de las adolescentes tienen vida sexual activa con una disminución en el promedio de edad de las primeras relaciones sexuales.

Por otro lado, la escasa educación sexual que reciben las personas en esta etapa de la vida asociado a los mitos que aún prevalecen en la sociedad respecto al tema de sexualidad son factores de gran impacto que conllevan al inicio de la vida sexual activa de forma insegura y practicando métodos abortivos caseros ineficaces que quizás llegan a poner en riesgo la vida de las mujeres con tal de evitar embarazos.

La vida humana es un proceso continuo en el cual la fecundación resulta un momento crítico en tanto que, en condiciones normales, conforma un nuevo individuo genéticamente distinto, a pesar de que el genoma embrionario no se activara realmente hasta que se formen 4-8 células (a los 2-3 días pos fecundación aproximadamente).

1.6.1 Definición

Aborto es la terminación de la gestación durante el periodo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm (Impera el peso sobre las semanas de gestación).

1.6.2 Etiología

Ovulares (representan el 80-90% de los abortos espontáneos: factores hereditarios, defectos cromosómicos o de las células sexuales).

- Maternas orgánicas: sistémicas y locales referidos al aparato reproductor. (Tuberculosis, Toxoplasmosis, Enfermedad de Chagas, Infecciones pélvicas-genitourinarias, Desgarros cervicales)
- Funcionales (Endocrinopatías: Diabetes, Hipertiroidismo, Cuerpo lúteo insuficiente)
- Inmunológicas: Lupus Eritematoso.
- Psicodinámicas: Stress extremo, Sicosis.
- Tóxicos: Intoxicación con Plomo, Mercurio, Alcoholismo.
- Carencial: Hipovitaminosis, anemia, malnutrición, falta de oligoelementos.
- Traumatismos físicos.
- Social: violencia física y sexual.

1.6.3 Clasificación

Múltiples son las formas en las que la literatura clasifica el aborto, sin embargo, en el presente documento la clasificación a utilizar será aquella que permita establecer los procedimientos y pautas terapéuticas en cada una de sus categorías. Por tanto, se clasifica de la siguiente manera:

1. Según su frecuencia:

- Pérdida gestacional recurrente: es la pérdida espontánea en dos o más ocasiones de forma consecutiva o alterna confirmado por ecografía o histopatología.

Es de suma importancia en estas pacientes, iniciar el protocolo de estudios pertinentes en la unidad de mayor resolución, ya que, en una cantidad considerable de ellas, existe de base alguna patología inmunológica y /o metabólica muchas veces no diagnosticada, lo que las hace ser de alto riesgo reproductivo, por tanto, antes de iniciar una nueva gestación deberá esclarecerse el diagnóstico de este tipo de alteraciones.

- **Pérdida gestacional esporádica:** aquel que se presenta de forma aislada y espontánea del embarazo en una ocasión. Este grupo de pacientes, en general no amerita estudios especiales

2. Según sus formas clínicas:

- Amenaza de aborto.
- Aborto inminente o en curso.
- Aborto inevitable.
- Huevo muerto retenido.
- Aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto séptico

1.6.4 Factores de riesgo asociados.

1.6.3.1 Factores Pre-concepcionales

- Primiparidad.
- Edades extremas de la vida reproductiva (menor de 15 y mayor de 35 años)
- Enfermedades crónicas.
- Malas condiciones socioeconómicas.

1.6.3.2 Factores asociados al embarazo actual

- Infección urinaria.
- Práctica de maniobras abortivas en embarazo actual.
- Falla de método anticonceptivo.
- Violencia física y sexual.
- Alcoholismo y adicciones.
- VIH / Sida.

1.6.3.3 Factores gineco-obstetra asociado al aborto

- Multiparidad
- Antecedentes de abortos previos.
- Antecedente de embarazo no deseado.

1.6.5 Diagnóstico

1.6.5.1 Manifestaciones clínicas: Formas clínicas, signos y síntomas.

- **Amenaza de aborto:**

Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea; consistencia uterina más blanda de lo normal y comprobar embarazo con embrión único y/o feto vivo confirmado por ecografía abdominal y/o vaginal.

- **Aborto inminente o en curso**

Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto. Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones importantes e irreversibles.

- **Aborto inevitable**

Aumento progresivo del dolor abdominal inferior y/o sangrado transvaginal intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico, cuello uterino dilatado y aumento de las contracciones uterinas.

- **Huevo muerto retenido**

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.

El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.

- **Aborto incompleto**

Presencia de cólico/ dolor abdominal inferior, asociado a sangrado profuso y sangrado variable, cuello uterino dilatado en sus dos orificios y persistencia del sangrado, útero más pequeño que el correspondiente a la fecha de última menstruación y expulsión parcial de productos de la concepción con expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico. Además, se observará en la ecografía irregularidad o patrón mixto de la ecogenicidad endometrial, sugestivo de restos ovulares a este nivel. Puede también observarse imagen compatible con

luteoma en uno de los anexos, por lo que habrá que establecer con claridad el diagnóstico de embarazo ectópico.

- **Aborto completo**

El huevo se expulsa completamente. Ocurre en embarazos tempranos.

Se acompaña de cólico/ dolor abdominal inferior leves, sangrado leve, cuello uterino cerrado, útero más pequeño que el correspondiente a la fecha de última menstruación y más blando de lo normal, antecedentes de expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.

- **Aborto Séptico**

Se trata de una de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobre agregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección leve a severa y el manejo debe ser rápidamente instaurado, con la evaluación clínica inicial de los signos vitales, una cobertura antibiótica apropiada en la primera hora del diagnóstico, así como eliminación del foco séptico lo antes posible.

1.6.5.2 Auxiliares diagnósticos

- Hemogravindex o urogravindex, de acuerdo a disponibilidad de insumo en la unidad. En sangre positivo a los 6-8 días después de ovular o sea después de la tercera semana de la FUR. En orina a las 2 semanas después de ovular o sea al mes de la fecha de última regla.
- Cuantificación de la fracción subunidad Beta de HCG, la cual detecta concentraciones en orina de 50 mUI/cc o superiores y en sangre, de 25mUI/cc o superiores.

- Falsos positivos: Coriocarcinomas, deficiencia de inmunoglobulina A, anticuerpos heterófilos, enterocistoplastias, enfermedades trofoblásticas gestacionales (GTD)
- El ultrasonido obstétrico transvaginal tiene mayor sensibilidad que el abdominal para valorar vitalidad fetal en embarazos menores de 14 semanas.

1.6.5.3 Diagnóstico Diferencial

- Embarazo ectópico y la Enfermedad del trofoblasto.
- Hemorragia uterina disfuncional con período de amenorrea previo.
- Lesiones de canal y enfermedad cérvico vaginal.
- Várices vulvares.

Para Hijona (2009), el proceso reproductivo implica una fina coordinación de gran número de procesos en los cuales pueden producirse alteraciones que conduzcan a errores irreparables manifestados en forma de aborto, resulta difícil hablar de una causa exacta del aborto y más que de factores de riesgo o factores etiológicos, se debería expresar factores asociados a un proceso del cual desconoceremos el agente causal en un gran porcentaje de casos.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo observacional de corte transversal.

2.2 Área de estudio

El presente estudio se realizará durante el periodo de enero- septiembre 2017 en el Hospital Bertha Calderón Roque, el cual se sitúa del Centro Comercial Zumen 1 cuadra al oeste, Managua, Nicaragua.

Cada año este centro hospitalario atiende a más de 40,000 mujeres en sus diferentes servicios como maternidad, labor y parto, oncología, Alto riesgo obstétrico, emergencias, urgencias ginecológicas, neonatología, unidad de cuidados intensivos, post quirúrgico y recuperación.

2.3 Población de estudio

La población de referencia son las mujeres adolescentes ingresadas, en la sala de complicaciones en el periodo correspondiente a la investigación (enero- septiembre 2017).

2.4 Universo

Es de 236 adolescentes embarazadas entre las edades de 12 a 19 años ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de enero- septiembre 2017, con diagnóstico de aborto.

2.5 Muestra

2.5.1 Tamaño de Muestra

Es de 111 adolescentes embarazadas entre las edades de 12 a 19 años ingresadas con el diagnóstico de aborto en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de enero-septiembre 2017

2.5.2 Tipo de muestra

Se realizará muestreo no probabilístico por conveniencia

2.5.3 Criterios de inclusión

- Expedientes completos y disponibles para el estudio

2.5.4 Criterios de exclusión

- Expedientes incompletos.
- Expedientes no disponibles

2.6 Fuentes de información

La fuente de información es secundaria en base a expedientes clínicos de las pacientes ingresadas en el hospital en el periodo de enero-septiembre 2017, que cumplen con los criterios de selección y a quienes se les aplicará el instrumento de recolección de datos clínicos.

2.7 Técnica de recolección de información

La técnica de recolección de datos será la revisión documental del expediente clínico, con el llenado del Instrumento de Recolección de Datos Clínicos. (*Ver Anexos*) Este instrumento se elaborará en base a las variables a estudio y se realizará su llenado durante la revisión de expedientes. Se realizará una prueba piloto con dicho instrumento para evaluar su utilidad.

2.8 Procesamiento de la información

1. Se procederá a solicitar el permiso de las autoridades competentes para tener acceso a la revisión de los expedientes clínicos del Hospital Bertha Calderón Roque.
2. La información será recolectada mediante la revisión de los expedientes y registrada en la ficha de recolección de datos que cuenta con las variables de interés para el estudio, según objetivos planteados.
3. Se realizará la validación de la ficha de recolección de datos con 10 expedientes clínicos que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.
4. Se solicitará al área de archivo del HBCR los expedientes de las pacientes de la sala de complicaciones con diagnóstico de aborto dentro del periodo establecido.
5. Se seleccionará la muestra por conveniencia.
6. A cada expediente de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión se les asignará etiquetas de color amarillo y verde, de los cuales se tomarán aquellos que tengan la etiqueta verde hasta completar la muestra establecida para el estudio.
7. Se procederá a realizar la creación de datos, haciendo uso del programa SPSS 2.0 para la elaboración de gráficos y análisis de los mismos.
8. La presentación de resultados se hará mediante el programa Microsoft Word, PowerPoint Del año 2016.

2.9 Plan de Análisis

La información será procesada en el programa SPSS 2.0 mediante el ingreso de los datos recolectados, posteriormente se procederá a la creación de tablas y gráficos estadísticos donde serán reflejados los resultados para su análisis posterior, estos gráficos serán obtenidos por el cruce de variables.

2.10 Lista de variables por objetivos

Para caracterizar demográficamente la población en estudio:

- Edad.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Procedencia.

Para mencionar los antecedentes ginecobstetricos asociados al aborto de las pacientes en estudio:

- Número de embarazos previos.
- Antecedentes de Aborto.
- Uso métodos anticonceptivos.
- Menarca.
- Dismenorrea.
- Fecha de última menstruación.
- Regularidad de ciclos menstruales.
- Inicio de vida sexual activa.
- Número de parejas sexuales.
- Enfermedades de transmisión sexual.

Para identificar los factores pre-concepcionales como factor asociado al aborto:

- Antecedentes patológicos personales.
- Uso crónico de fármacos.

Para describir los factores del embarazo asociados al aborto:

- Hábitos tóxicos.
- Uso de fármacos abortivos.
- Número de Controles prenatales.

2.11 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala o valor
Para caracterizar	demográficamente	la población en	estudio
a. Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años	12-15 16-19
b. Estado civil	Condición de una persona en función si tiene o no pareja y su situación legal en cuanto a esto	Expediente Clínico	Soltera Unión de hecho estable Casada
c. Escolaridad	Nivel académico alcanzado al momento del estudio	Expediente Clínico	Primaria Secundaria Universidad
d. Procedencia	Lugar del cual es originaria la persona.	Expediente Clínico	Rural Urbana
Para mencionar los aborto de las	antecedentes pacientes en	ginecobstetricos estudio	asociados al
a. Número de embarazos previos	Número de veces que ha estado embarazada	Expediente Clínico	1 2 3 Ninguna
b. Antecedentes de aborto	Número de abortos anteriores	Expediente Clínico	1 2 3 Ninguna
c. Uso de métodos anticonceptivos	Uso de algún método para evitar embarazos	Expediente Clínico	Si No
d. Menarca	Aparición de la primera menstruación	Expediente Clínico	9-11 12-15
e. Dismenorrea	Menstruación dolorosa	Expediente Clínico	Si No
f. Fecha de última menstruación	El primer día de la última vez que inicio la menstruación	Expediente Clínico	
g. Regularidad de ciclos menstruales	Presencia de la menstruación mes a mes	Expediente Clínico	Regular Irregular
h. Inicio de vida sexual activa	Primera relación sexual	Expediente Clínico	11-14 15-19

i. Número de parejas sexuales	Número de compañeros sexuales a lo largo de su vida	Expediente Clínico	1 2 3 +3
j. Enfermedades de transmisión sexual.	Presencia de enfermedad de transmisión sexual en algún momento	Expediente Clínico	Si No
Para identificar los factores pre-concepcionales como factor asociado al aborto.			
a. Antecedentes patológicos personales.	Enfermedades y/o alergias que padezca la persona	Expediente Clínico	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Asma Cardiopatías Otras
b. Uso crónico de fármacos	Uso crónico de medicamentos que suelen ser teratógenos	Expediente Clínico	Si No
Para describir los factores del embarazo asociados al aborto.			
a. Hábitos tóxicos	Ingesta habitual de sustancias adictivas y que resultan nocivas para la salud	Expediente Clínico	Tabaco Alcohol Otras drogas Ninguna
b. Uso de fármacos abortivos	Ingesta de medicamentos que induzcan aborto	Expediente Clínico	Si No
c. Número de controles prenatales	Número de seguimientos de la paciente durante el embarazo en una unidad de salud	Expediente Clínico	0 1 2

2.12 Consideraciones éticas

Se solicitará autorización para recolección de datos a las autoridades administrativas del Hospital Bertha Calderón Roque, donde se llevará a cabo el estudio. (*Ver Anexos*) Posterior, la información será extraída de los expediente clínicos de las pacientes atendidas en el periodo de estudio, comprometiéndonos así a realizar dicha revisión con respeto y confidencialidad con fines educativos, dicha información no se divulgará a terceros y solos investigadores tendrán acceso a ella.

2.13 Cronograma de Actividades

Definición de las actividades y los tiempos específicos que se emplearan para la realización de esta Monografía

Cronograma de Actividades																																				
Actividades	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración de Protocolo	■	■	■	■	■	■	■	■	■																											
Revisión de protocolo									■	■																										
Presentación de protocolo											■																									
Revisión de expedientes clínicos y aplicación de instrumentos.													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Elaboración de informe																									■	■										
Revisión de informe																											■									
Correcciones																											■	■								
Entrega de informe																											■									
Pre defensa																												■								
Correcciones del informe																												■	■							
Defensa																													■							

2.14 Presupuesto

PRESUPUESTO GENERAL			
Transporte	Cantidad	Preciounitario	Total
Visitas a la unidad hospitalaria.	30	C\$ 2,50	C \$ 75.00
Sub Total de transporte			C\$ 75.00
Papelería			
Impresión de Instrumentos	300		C \$300.00
Caja de lapiceros	1		C \$45.00
Cuaderno universitario	2	C\$ 50.00	C \$100.00
Corrector	2	C\$ 12.00	C \$24.00
Sub Total			C\$469.00
Impresión de protocolo			
Impresiones B/N	10	C\$ 1.00	C \$500.00
Impresiones Full Color	10	C\$ 7.00	C \$70.00
Encuadernado	5	C\$ 20.00	C \$100.00
Sub Total.			C\$670.00
Informe Final.			
Impresiones B/N	110	C\$ 1.00	C \$110.00
Impresiones Full Color	10	C\$ 7.00	C \$70.00
Empastado	3	C\$ 300.00	C \$900.00
Sub Total.			C\$1080.00
Ejemplares de informe	4	\$330.00	C\$1320.00
Gastos varios			C\$800.00
Total de Presupuesto			C \$4414.00

Resultados

Se trata de un estudio descriptivo observacional de corte transversal en el cual se propone buscar los factores asociados al aborto en adolescentes ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero- septiembre 2017, cuyos resultados son los siguientes:

- 1) De acuerdo la edad de los pacientes que cursaron con algún aborto, el rango que prevalece es entre los 16-19 años con un 83.78% y en menor porcentaje 16.22 está el rango entre 12-15 años (ver Tabla N°1).
- 2) Con respecto al estado civil de las pacientes en estudio, la mayoría se encuentra soltera en un 58.50%, seguido de unión de hecho estable con un 28.83%, en menor prevalencia las casadas con un 12.61%(ver Tabla N°1).
- 3) De acuerdo a la escolaridad de las pacientes en estudio, un 74.77% llegó a la secundaria, el 16.22% estudio hasta la Primaria y en un 9.009% estaban en la universidad (ver Tabla N°1).
- 4) Con respecto a la procedencia de los pacientes, la mayoría pertenece al área urbana en un 84.68% y al área rural en un 15.32%(ver Tabla N°1)
- 5) Acerca del número de embarazos previos, el 78.38% no había estado embarazada, el 18.92% había cursado con 1 embarazo y el 1% había presentado entre 2 a 3 embarazos previos (ver Tabla N° 2.1).
- 6) Con respecto al antecedente de aborto, el 93.69% no ha tenido aborto, el 5.4% ha cursado con 1 aborto y el 0.9% con 3 abortos previos (ver Tabla N° 2.1).
- 7) Con respecto a la menarca, la mayoría con un 75% se encontraba en el rango de 12-15 años y la menor parte con un 24.32%, se encontraba en el rango entre 9-11 años (ver Tabla N° 2.1).

- 8) De acuerdo a la Dismenorrea, el 76% no la presenta mientras que 23% si ha presentado dismenorrea (ver Tabla N° 2.1).
- 9) Con respecto a la fecha de ultima menstruación es variable entre cada paciente (ver Tabla N° 2.2)
- 10) El 54.95% de las pacientes tiene ciclos regulares mientras que el 45.05% tienen ciclos irregulares (ver Tabla N° 2.2)
- 11) La mayoría de las pacientes inicio su vida sexual entre los 15-19 años en un 65.7% y la minoría entre los 11-14 con un 42.34% 8 (ver Tabla N° 2.2).
- 12) De acuerdo al número de parejas sexuales, el 56% tuvo 1 pareja, mientras que el 39% tuvo 2 parejas, seguido de un 2% con 3 parejas y por ultimo con un 0.9% han tenido más de tres parejas sexuales (ver Tabla N° 2.2)
- 13) Ninguna paciente del estudio ha presentado una enfermedad de transmisión sexual (ver Tabla N° 2.2)
- 14) El 97% presenta antecedentes personales patológicos mientras que el 2% no tiene ningún antecedente (ver Tabla N° 3).
- 15) El 98% de la población en estudio no usa fármacos de manera crónica mientras que el 1% si los usa (ver Tabla N° 3).
- 16) De acuerdo a los hábitos tóxicos, el 83% no tiene ninguno, seguido del 7% que ha usado otras drogas, luego el 5% con tabaquismo y el 3% corresponden al uso de alcohol (ver Tabla N° 4).
- 17) Ninguna paciente del estudio ha usado fármacos abortivos (ver Tabla N° 4)
- 18) Con respecto al número de control prenatal, el 75% no fue a ninguno, el 18% asistió a 1 control, el 5% a 2 controles y el 0.9% asistió a 3 controles (ver Tabla N° 4).

Análisis y Discusión De Resultados

1. En relación a los grupos etarios encontramos relación con el estudio realizado por García y Cruz sobre la “prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia”, predominando el grupo etario de 15-17 años y en un trabajo realizado en Cuba, por González Mora, se destaca el alto número de abortos en adolescentes entre los 17 y 19 años, rango de edad parecido al reportado en el presente estudio. Todo tiene relación directa con la literatura consultada “salud sexual y reproductiva” de UNFPA, donde refiere que la adolescencia termina hasta los 20 años cuando se alcanza la madurez del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal permitiendo al cuerpo asumir un embarazo (ver Tabla N° 1)
2. Con respecto al estado civil, Según reporta Díaz Curbelo A y colaboradores, en un estudio realizado en La Habana, el mayor porcentaje de abortos apareció en las solteras. También corresponde con los resultados presentados por DonisI, BatistaII, & Manrique que, al analizar el estado civil, identifica como solteras un 71 % de adolescentes y en unión de hecho estable el 21,8 % de adolescentes que abortaron en el Hospital Julio Medina. Ambos estudios corresponden con los resultados presentados en este estudio (ver Tabla N° 1).
3. De acuerdo con la escolaridad, nuestros resultados se pertenecen con la mayoría de la literatura revisada. García Mazorra, reporta en su estudio, que el grado de escolaridad predominante fue el de secundaria básica que representó el 57,8 %. Montoya-Vélez, en su estudio se identifica que el 82% de las adolescentes cursan estudios secundarios. Por lo tanto, ambos resultados se relacionan con lo encontrado en este estudio, debido a que en esta etapa se presentan diversos cambios fisiológicos y psicológicos en las adolescentes (ver Tabla N° 1).

4. Sobre la procedencia de las pacientes, se encontró predominante el área urbana. Correspondiéndose con el estudio realizado por González-Quñones & Salamanca-Preciado donde el 57% de las adolescentes pertenecen al área urbana. Esto se debe a culturas libertinas que han tomado auge en la población adolescente en la última década, que las predispone a la promiscuidad (ver Tabla N° 1).
5. Al retomar el número de embarazos previos, los resultados arrojan que la mayoría de pacientes en cuestión (78.4%) no habían estado embarazadas previamente, coherente con las conclusiones del estudio realizado en el Hospital Edmundo Escomel, Perú, realizado por Contreras & col. donde se afirma que la mayoría de abortos se dió en mujeres que no han tenido gestación previa. El evento puede estar relacionado al poco acceso a métodos de planificación familiar o la irregularidad de ciclos menstruales, debido a que se trata de una población adolescente la cual es inmadura, tanto fisiológica como psicológicamente (ver Tabla N° 2.1).
6. El antecedente de aborto está relacionado con el número de embarazos previos, el 93,7% de pacientes no han presentado aborto debido a que son personas que a su vez no presentan embarazos previos (ver Tabla N° 2.1).
7. Al referirse al uso de métodos anticonceptivos, en este estudio se encontró que el 72% de la población no usaba ningún método. Así mismo se observó en 2004, cuando Vela S realizó un estudio en el Hospital Roberto Rodríguez, Cuba y encontró que el 71,8% de las mujeres no usaban anticonceptivos y el motivo más frecuente es porque podían causar problemas secundarios en la salud. Probablemente se relacione a la falta de comunicación con sus padres sobre temas de sexualidad (ver Tabla N° 2.1).

8. Respecto a menarquía, la mayoría de adolescentes (75%) se encontraron en rango de 12- 15 años, sin embargo, no se evidenciaron datos que relacionen dicha variable con abortos (ver Tabla N° 2.1).
9. Al referirse a dismenorrea el 76% de adolescentes no la presentaba, contrario al 24% restante que si la presentaba; sin embargo, no se relaciona con el hecho de cursar con un cuadro de aborto (ver Tabla N° 2.1).
10. Al referirnos a la fecha de última regla y la regularidad de los ciclos menstruales, el 55% presentaba ciclos regulares, contrario al 45% que eran irregulares. Hecho que se puede relacionar con la presencia de embarazos no deseados en mujeres adolescentes y los desenlaces de aborto, esto afirmado por los resultados del estudio realizado En el Hospital Regional Docente de Trujillo, en el cual se llegó a la conclusión que la falta de confianza hacia los padres y una reacción negativa de parte de ellos ante la noticia del embarazo, influyendo en la decisión de la adolescente para abortar (ver Tabla N° 2.2).
11. En la variable de inicio de vida sexual activa (IVSA) el 58% de adolescentes rondan entre las edades de 15- 19 años, relacionado al dato brindado por el Instituto Guttmacher en la que sitúa a Nicaragua con alta tasas de embarazadas en edades de 15- 19 años en comparación con el resto de América Latina. Esto se debe a que se encuentran en adolescencia tardía, etapa en la que se inician a concretar las aspiraciones personales (ver Tabla N° 2.2).
12. En relación al número de parejas sexuales, el 56% tuvo solamente una pareja, seguida del 39% que tuvo 2 parejas y luego 2% que tuvo 3 o más parejas. Relacionado a los resultados de un estudio de casos y controles realizados en Perú, concluyendo que el principal factor de riesgo relacionado a la pareja fue la duración

- de la relación menor a 6 meses agregando que la soltería prevalece en la población en estudio, siendo motivo para la aparición de un aborto (ver Tabla N° 2.2).
13. En relación a enfermedades de transmisión sexual, ninguna de las adolescentes en estudio presentaba esto al momento del aborto (ver Tabla N° 2.2).
 14. En relación a los antecedentes patológicos personales, los resultados de este estudio se relacionan con los encontrados por Mejía-Mendoza M.L. ya que el 95% de las adolescentes no presentan antecedentes patológicos (ver Tabla N° 3).
 15. Con respecto al uso crónico de fármacos, estos resultados son similares a lo planteado por Mejía-Mendoza que reflejan que el 95% de las adolescentes no utilizan fármacos de manera crónica, concordando con lo encontrado en este estudio (ver Tabla N° 3).
 16. De acuerdo a los hábitos tóxicos, Vásquez, 2018 reporta en su estudio que el 73% de las adolescentes no presentan hábitos tóxicos lo cual coinciden significativamente con nuestro resultado (ver Tabla N° 4).
 17. Sobre el uso de fármacos abortivos, en un estudio realizado por Astudillo, informa que el 84% de las adolescentes no usaron fármacos abortivos, porcentaje que se relaciona con lo encontrado en este estudio. No obstante existen otros factores que pueden desencadenar el evento obstétrico como la inmadurez física y fisiológica de las pacientes en estudio (ver Tabla N° 4).
 18. En relación al número de controles prenatales, Mejía-Mendoza reportaron que el 88% de las adolescentes no tenían ningún control previo. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio (ver Tabla N° 4).

Conclusiones

1. La población estudiada se caracteriza por: rango de edad entre 16 a 19 años, estado civil soltera, con educación secundaria y proveniente del área urbana
2. En relación a los antecedentes Gineco-obstétricos, en su mayoría son nulíparas seguida de las que habían tenido una gesta previa; con antecedentes ningún aborto en su mayoría y en menor proporción un aborto previo
3. Con relación a los factores pre concepcionales, casi en su mayoría fueron negados
4. En relación a los factores del embarazo asociados al aborto en la mayoría de los expedientes no se describió nada, seguido de Diabetes Mellitus.

Recomendaciones

Al ministerio de salud:

- Educación sexual y entrega de métodos de planificación familiar en centros educativos de educación secundaria y avanzada.
- Charlas motivacionales y educativas dirigidos al sector adolescente desde la comunidad.
- Control y seguimiento de los métodos de planificación familiar desde los ESAFC.
- Captación y seguimiento por psicología debido al trauma emocional posterior al evento obstétrico.

Al ministerio de educación:

- Educación sexual y sobre violencia intrafamiliar continua en los centros de educación primaria y secundaria.
- Priorizar atención psicológica a estudiantes en los que se sospeche de violencia intrafamiliar y garantizar chequeo psicológico en adolescentes de educación secundaria.
- Realizar reuniones de padres de familia para abordar temas sociales de importancia en el desarrollo de la adolescencia.
- Garantizar adecuada comunicación padre- maestros en la educación de los jóvenes.
- Incentivar actividades que promuevan la planificación familiar, así como impulsen proyectos de vida.

CAPITULO III: BIBLIOGRAFIA

Jenny Elenisse Zavaleta Lujan . (2016). *Factores que intervienen en la decisión de abortar*
Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú: Universidad de Andina.

Aguilar, I., & Catalán., A. M. (Abril de 2015). *medicina.uach.cl*. Obtenido de
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/Influencia_del_entorno_social_en_el_desarrollo_de_los_adolescentes.pdf

AJ., C. (2012). *What's so bad about teenage pregnancy?* . *Reprod Health*.

ASTUDILLO, F. A. (2016). *ABORTO INCOMPLETO: FACTORES DE RIESGO Y
COMPLICACIONES*. Obtenido de
[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/35314/1/CD%20721-
%20PIZARRO%20ASTUDILLO%20FELIX%20AURELIO.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/35314/1/CD%20721-%20PIZARRO%20ASTUDILLO%20FELIX%20AURELIO.pdf)

BAHAMONDE, P. N. (2010). *ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS
DEL*.

Bárbara Enríquez Domínguez; Raúl Bermúdez Sanchez. (2010). Comportamiento del
aborto inducido en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*,
v.36 n.2.

BARROZO, M. (2011). *EMBARAZO ADOLESCENTE ENTRE 12 Y 19 AÑOS* . Argentina.

Breinbauer C, Maddaleno M. (2005). *Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors*.
Washington DC : Organización Panamericana de la Salud. Scientific and Technical
Publication No.594.

- Cabezas-García E, Langer-Glass A, Álvarez-Vásquez L, Bustamante P. . (2008). Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Publica Mex*, 265-71.
- CONTRERAS, V. S. (2016). *FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN MUJERES*. Ecuador: UNIVERSIDAD ANDINA.
- Díaz Curbelo A, A. S. (2008). *Sexualidad y reproducción en adolescentes*. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* .
- DonisI, N. I., BatistaII, I. D., & Manrique, A. J. (Septiembre de 2010). *Aborto en la adolescencia un problema de salud*. Obtenido de Revista cubana de ginecología y obstetricia: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Evelio Cabezas-García, M.C., M. en C., Ana Langer-Glass, M.C. (2011). Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portuga*.
- Finger B, Lapetina M, Pribila M. (2013). *Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes. Resumen del informe*. Family Health International.
- García Mazorra M, F. P. (2011). *Comportamiento sexual de las adolescentes que acuden al aborto voluntario*. . Obtenido de Rev Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos.
- González Mora MC, H. G. (2013). *Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez"*.

González-Quiñones, u. C., & Salamanca-Preciado, J. P. (s.f.). *Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana.*

Obtenido de Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000300004&script=sci_arttext&tlng=pt

GUTTMACHER INSTITUTE. (2016). *Aborto inducido a nivel mundial.* New York.

Jesus Joaquin Hijona Elósegui. (2009). *Factores asociados al aborto espontáneo.*

Jully Calderón S, Luis Alzamora de los Godos. (D de 2016). Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, v.23 n.4. Obtenido de Scielo Perú.

Martinez, C. S. (2015). *Aborto en Nicaragua* . Managua .

Mejía-Mendoza M.L. (1), L.-E. J.-S.-D.-V. (2013). *Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas.* Obtenido de Revista Médico-Científica de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2015/sj151g.pdf>

Menezes G, Aquino E, da Silva D. (2009). Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saude Publica*, 1431-46. .

MINSA. (2013). *Normativa 109: Protocolo para la atención de las complicaciones obstetricas.* Managua.

MMOB. (14 de Diciembre de 2017). Factores asociados al aborto en adolscentes. (M. Ortega, Entrevistador)

Montenegro, H., & Guajardo., H. (2014). *Psiquiatria del niño y del adolescente*. Mediterraneo.

Montoya-Vélez, C. A.-M. (2012). *Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012*. Obtenido de Revista cubana: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2014.v16n3/393-407/>

Naciones Unidas –CEPAL ECLAC. (2012). *Juventud, población y desarrollo: problemas, posibilidades y desafíos*. . Santiago de Chile: Serie Población y Desarrollo: 6.

Olinto MT, Moreira-Filho DC. (2009). Factores de riesgo e predictores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*, 365-75.

OMS. (2017). OMS. Obtenido de OMS: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

OPS. (2013). *Derogacion del Aborto Terapeutico en Nicaragua*. OPS/OMS.

Organizacion Panamericana de la Salud, O. (2006). *Analisis de expedientes por complicaciones obstetricas*. Managua.

Ortiz-Ortega A, García G, Galván F, Cravioto P, Paz F, Díaz-Olavarrieta C, et al. (2013). Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first-year medical students at a major public university in Mexico City. *Rev Panam Salud Publica*, 125-30.

Puente., M. d. (2016). *Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instuto Materno Perinatal, enero 2015- marzo 2016*. Lima, Perú.

Quintana, M. E. (2014). *Aborto Terapeutico* . MANAGUA.

Rodriguez, N., Cala, A., Nápoles, J., & Aguilar, M. (2017). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Revista Informativa Científica*.

Toruño, A. (2007). *Aborto Inducido en Nicaragua*. Leon: UNAN.

Trejo, A. S. (2005). *Embarazo en Adolescentes*.

Vásquez, J. V. (2018). *Factores que intervienen en el aborto inducido en mujeres de 13*.

Obtenido de
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8487/1/06%20ENF%20976%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

Vela, S. L. (2004). *Factores asociados al aborto en la adolescencia*. Cuba: HOSPITAL “ROBERTO RODRÍGUEZ.

Vela, S. L., & Guillen., L. J. (2005). *Factores asociados al aborto en la adolescencia*. Moron, España.

CAPITULO IV: ANEXOS

4.1 Carta de Solicitud a Autoridades Hospitalaria

Managua, Nicaragua

12 de Enero de 2018

A quien concierne

Sus manos.

Por este medio se hace constar que somos estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-MANAGUA), cursando actualmente el quinto año de la carrera de medicina y cirugía, quienes deseamos realizar nuestro estudio monográfico en la unidad hospitalaria Bertha Calderón Roque cuyo título es factores asociados al aborto en adolescentes ingresadas en el hospital Bertha Calderón Roque. Por lo que se solicita su autorización para la revisión de expedientes clínicos, que se pretende realizar en el mes de diciembre de 2017, de aquellas personas que fueron ingresadas durante los meses de enero-septiembre de 2017, y que cumplan con los criterios estipulados para la realización del estudio.

Este estudio tiene como objetivo determinar los factores asociados al aborto en adolescentes jóvenes. La información obtenida será sin fines de lucro y manejada de forma confidencial, solo será utilizada con fines académicos y para ampliar conocimientos tanto del médico como de estudiantes beneficiando de esta manera al hospital y sus usuarios

Agradeciéndole en gran manera su colaboración y su comprensión.

Br. Marcela María Ortega Bonilla

Br. Osman Eduardo Jalinas Urbina

4.2 Instrumento de Recolección de Datos.

1. Edad: 12-15 6-19
2. Estado Civil:
Soltera
Unión de hecho estable Casada
3. Escolaridad
Primaria
Secundaria
Universidad
4. Procedencia
Rural Urbana
5. Número de embarazos previos 1
2 3 Ninguno
6. Antecedentes de aborto.
1 2 3 Ninguno
7. Uso de métodos anticonceptivos
Sí No
8. Menarca 9-11 12-15
9. Dismenorrea Sí No
10. Fecha de última menstruación

11. Regularidad de ciclos menstruales.
Regular Irregular
12. Inicio de vida sexual activa 11-14 15-19
13. Número de parejas sexuales
1 2 3 +3
14. Enfermedades de transmisión sexual Sí No
15. Antecedentes patológicos personales Sí No
16. Uso crónico de fármacos.
Sí No
17. Hábitos tóxicos.
Tabaco Alcohol Otras drogas Ninguno
18. Uso de fármacos abortivos.
Sí No
19. Número de controles prenatales.
0 1 2 3

Tabla N° 1.

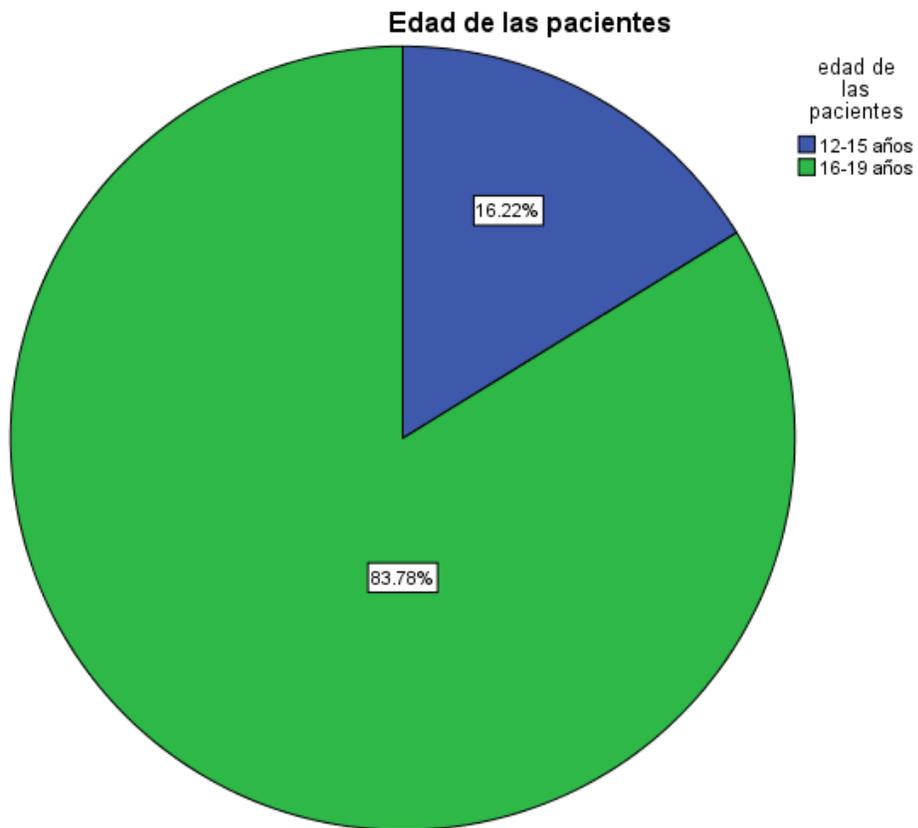
Datos Generales del grupo de pacientes en estudio en relación a frecuencia y porcentaje.

N=111		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
12--15 años	18	16%
16--19 años	96	84%
Total	111	100%
Estado Civil		
soltera	21	58.5%
Unión de hecho estable	32	28.8%
Casada	14	12.6%
Total	111	100%
Escolaridad		
Primaria	18	16.2%
Secundaria	83	74.8%
Universidad	10	9%
Total	111	100%
Procedencia		
Rural	17	15.3%
Urbana	94	84.7%
Total	111	100%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico N° 1.

Datos de grupo etario de pacientes en estudio en relación a frecuencia y porcentaje.



Fuente: Tabla N1

Tabla N°2.1.

Antecedentes ginecobstetricos asociados al aborto de pacientes en estudio en relación a frecuencia y porcentaje.

N=111		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Número de embarazos previos		
1	87	78%
2	21	19%
3	2	2%
Ninguno	1	1%
Total	111	100%
Antecedentes de aborto		
1	6	5.4%
2	0	0.0%
3	1	0.9%
Ninguno	104	93.7%
Total	111	100%
Uso de métodos anticonceptivos		
si	30	27%
no	81	73%
Total	111	100%
Menarca		
9--11 años	27	24%
12--15 años	84	76%
Total	111	100%
Dismenorrea		
si	26	23%
no	85	77%
Total	111	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 2.2.

Antecedentes ginecobstetricos asociados al aborto de pacientes en estudio en relación a frecuencia y porcentaje.

N=111		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Fecha de última menstruación		
Regularidad de ciclos menstruales		
Regular	61	55%
Irregularidad	50	45%
Total	111	100%
Inicio de vida sexual activa		
11--14 años	47	42%
15--19 años	64	58%
Total	111	100%
Número de parejas sexuales		
1	63	57%
2	44	40%
3	3	3%
mas de 3	1	1%
Total	111	100%
Enfermedades de transmisión sexual		
si	0	0%
no	111	100%
Total	111	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 3.

Factores pre-concepcionales como factor asociado al aborto de pacientes en estudio en relación a frecuencia y porcentaje.

N=111		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes patológicos personales		
si	3	3%
no	108	97%
Total	111	100%
Uso crónico de fármacos		
si	2	2%
no	108	98%
Total	111	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N°4.

Factores del embarazo asociados al aborto de pacientes en estudio en relación a frecuencia y porcentaje.

N=111		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Hábitos tóxicos		
Tabaco	6	5%
Alcohol	4	4%
Otras drogas	8	7%
Ninguno	93	84%
Total	111	100%
Uso de fármacos abortivos		
si	0	0%
no	111	100%
Total	111	100%
Número de controles prenatales		
0	84	76%
1	20	18%
2	6	5%
3	1	1%
Total	111	100%

Fuente: Expediente Clínico