

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Obstetricia



**“CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE
MUJERES CON ABORTO INDUCIDO. HOSPITAL JESÚS
NAZARENO-AYACUCHO. 2010 AL 2015”**

Tesis para optar el Título Profesional de

Presentada por:

Arcos Sauñe, Gabriela

Ochante Cerdan, Maria Victoria

ASESORADO POR:

Dra. Obsta. Delia Anaya Anaya

Ayacucho – Perú

2018

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	
CAPÍTULO I	
PROBLEMATICA DE LA INVESTIGACION	
1.1 Planteamiento del Problema	06
1.2 Formulación del Problema	09
1.3 Objetivos de la investigación	09
CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de Estudio	10
2.2 Base Teórica Científica	15
2.2.1 Aborto	15
2.2.2 Aborto Inducido	15
2.2.3 Clasificación Médico–Legal del Aborto	17
2.2.4 Causas de aborto inducido	17
2.2.5 Métodos de Aborto	18
2.2.6 Repercusiones del Aborto	21
2.2.7 Cuadro Clínico	26
2.2.8 Características Socio-demográficas	29
2.3 Hipótesis	30
2.4 Variables de Estudio	30
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA	31
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXO	

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez. Asimismo, es definido como la pérdida de un feto hasta las 22 semanas de embarazo o con un peso hasta 500 g. Durante el año 2008 se produjeron a nivel mundial 43,8 millones de abortos, obteniéndose una tasa de 28/1 000 mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años). El 49,3% de estos abortos fueron inseguros, pero en los países en desarrollo este porcentaje aumentó hasta 56%. La alta frecuencia de esta complicación del embarazo merece implementar medidas urgentes de salud pública que incluya el respeto a los derechos humanos¹.

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012, el 23% de nacimientos ocurridos en los últimos cinco años fue no deseado por sus padres en el momento de la concepción. Si se agrega aquellos embarazos que prefirieron haber sido diferidos, este porcentaje se eleva a 54,8%. Según

Ferrando, de 3,8 millones de mujeres sexualmente activas en el Perú, aproximadamente 30% o 1,4 millones están en riesgo de salir embarazada sin desearlo, produciéndose 376 mil abortos clandestinos en el país por año².

Los abortos inseguros y sus complicaciones constituyeron en el periodo 2002-2011 la tercera causa (9,8%) de mortalidad materna en el Perú y en el periodo 2012-2013 fue la primera causa de hospitalización en el Perú. Ferrando encontró que la probabilidad de hospitalización fue más elevada si la mujer era pobre. En el Perú, el aborto inducido es ilegal y está penalizado, a excepción del aborto por razones de riesgo para la salud materna. La penalización del aborto hace que las mujeres recurran a prácticas clandestinas para interrumpir un embarazo no deseado. Un porcentaje de los abortos inducidos sin adecuada supervisión médica termina en los hospitales, mayormente por sangrado vaginal. Con datos de la ENDES 2012 se construyó un indicador de hospitalización, encontrándose que por cada mujer hospitalizada por aborto, 7 no lo estuvieron. La tasa más elevada se observa entre las mujeres de 20–24 años de edad (55 por 1,000 mujeres en ese grupo de edad); y desciende gradualmente con la edad. Desafortunadamente, las adolescentes de 15–19 años presentan la segunda tasa más alta, a la par con las mujeres de 25–29 años (44 por 1,000 mujeres). Asimismo, se estima que más de un tercio (36%) de las mujeres que tienen abortos inducidos desarrolla complicaciones que requieren atención médica. La proporción más alta con complicaciones asociadas al aborto inducido (45%) corresponde a las mujeres rurales pobres³.

En los establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho, entre ellos en el Hospital Jesús Nazareno, se atienden a mujeres provenientes de diferentes estrato sociales con diferentes dolencias, entre ellas las ocasionadas por aborto, sea espontáneo o inducido, y si no es tratada oportunamente puede conllevar a complicaciones, con riesgo inminente de su salud; en razón a ello se propuso la realización del presente trabajo de investigación con la finalidad de determinar las características socio-demográficas relacionados con el aborto inducido, con la finalidad de tomar conocimiento y plantear las medidas pertinentes. Tal es así que en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho, entre los años 2010 al 2015, se atendieron 1792 casos de abortos; de los cuales, el 97.8% se debió a abortos inducidos y sólo el 2.2% correspondía a abortos espontáneos. Los factores sociodemográficos, como la edad, estado civil y paridad de las mujeres en estudio tuvieron una relación altamente significativa ($p < 0.01$) con el aborto inducido; mientras que, los antecedentes de aborto y el uso de uso de anticonceptivos tuvieron una relación significativa ($p < 0.05$); finalmente, el nivel de instrucción, la procedencia y el ingreso económico de las mujeres en estudio no tuvieron relación significativa con el aborto inducido ($p > 0,05$).

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto es un problema de los países en vías de desarrollo y de los desarrollados; pero, el aborto en la adolescencia es un problema de mayor significación. Para la OMS, una tercera parte de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto tienen menos de 20 años. Es más frecuente en solteras, la mayoría no utiliza métodos anticonceptivos, una buena proporción es por embarazo no deseado y, en cuanto a episodios anteriores, se ha hallado hasta 1,5 abortos por hijo¹.

El aborto legal se realiza en el 74% de la población mundial y comprende a 117 países, en donde se permite en tres situaciones: en casos seleccionados sucede en 53 países (45%), el aborto es liberal fundamentando las causas en 14 países (12%) y se realiza de manera absolutamente liberal en 50 países (43%). El aborto ilegal se realiza en el restante (26% de la población) que comprenden 74 países. En América Latina, el aborto es ilegal a excepción de Cuba y Puerto Rico. La tasa de aborto en el mundo es de 13 por mil mujeres en edad fértil (MEF); en América Latina es de 37 y en el Perú es de 55 por mil⁴.

La realización del aborto inducido ha sido históricamente controversial, a partir de la legalidad o no dependiendo del país, influido por posiciones políticas, sociales y religiosas; lo cierto es que más de 40 millones de abortos se realizan anualmente en el mundo, informándose actualmente una tasa mundial de 40 a 70 por cada 1 000 mujeres en edad fértil y de 200 a 460 abortos por cada 1 000 nacidos vivos, y se estima que al menos 19 millones se consideran abortos inseguros. Solo 49 naciones en el mundo realizan el aborto a petición de la mujer que la solicita. Actualmente se produce aproximadamente un millón de embarazos al año, de los cuales un tercio termina en aborto clandestino. En eventos internacionales se ha concluido que el Perú es el país latinoamericano con el mayor número de abortos, seguido de Brasil y Argentina. Por cada mujer que muere por aborto hay 10 ó 15 mujeres que quedan incapacitadas para procrear o sufren de procesos crónicos dolorosos. Hay referencias anecdóticas que indican una alta tasa de complicaciones por

aborto entre las mujeres de las zonas urbano-marginales, que por temor a las consecuencias legales y personales no llegan al hospital a solicitar tratamiento para las complicaciones⁵.

La conducta sexual insegura e irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado son problemas de salud que presentan los adolescentes y adultos jóvenes con mucha frecuencia. (6)

Las complicaciones del aborto están bien descritas en la literatura, y pueden ser a corto plazo como la hemorragia, la infección, y las complicaciones anestésicas, hasta la muerte; o a largo plazo como el embarazo ectópico, el proceso inflamatorio pélvico crónico y la infertilidad. Cada año un aproximado de dos millones de adolescentes de los países en desarrollo se practican un aborto inducido y la tercera parte de todas las mujeres que acuden al hospital para recibir asistencia médica por sus complicaciones, son menores de 20 años².

En el año 2014 el Hospital regional de Ayacucho atendió 110 casos de abortos incompletos; la mala práctica del aborto ha cobrado diversas vidas, de igual forma, se han practicado abortos que lograron su objetivo y la madre pudo deshacerse del feto que llevaba en su vientre; sin embargo, existen abortos que no salieron bien y terminaron en el hospital. Al Hospital Jesús Nazareno de la ciudad de Ayacucho, acuden generalmente mujeres procedentes de zonas urbanomarginales y rurales, con deficiente economía y bajo nivel educativo, para ser atendidas de algunas molestias que se presentan, entre ellas la ocasionada por un aborto, sea espontáneo o inducido, el mismo que si no recibe la atención

oportuna por parte del profesional de salud puede conducir a complicaciones de estas mujeres poniendo en serio riesgo de su salud.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles fueron las características socio–demográficas de mujeres atendidas con aborto inducido en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, entre los años 2010 al 2015?

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las características socio–demográficas de mujeres atendidas con aborto inducido en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, entre los años 2010 al 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los tipos de aborto atendidos en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno en el periodo 2010 al 2015.
- Identificar las características sociales como: edad, nivel de instrucción, paridad, condición económica, estado civil de mujeres atendidas por aborto inducido en dicho periodo.
- Identificar las características demográficas como: procedencia, antecedentes de aborto, uso de anticonceptivos de mujeres que han tenido aborto inducido en dicho periodo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Doblado y cols (Cuba, 2010), con el objetivo de correlacionar y evaluar las características biológicas, psicológicas y sociodemográficas de las adolescentes que interrumpen el embarazo en el servicio de aborto del Hospital "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas, realizaron un estudio sobre el comportamiento del aborto inducido. El universo de trabajo estuvo integrado por 128 adolescentes que acudieron al servicio de aborto de dicho hospital. Para cumplir con el objetivo se aplicó una encuesta. Se estudiaron variables como: edad, edad de la primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales, uso de anticoncepción en la primera relación sexual, escolaridad, convivencia con los padres, antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia, vías por donde adquieren conocimientos sobre sexualidad, actitud ante el embarazo y quién decidió el aborto. El grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, 40,6% de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los

15 años, 49,2% ya había tenido 3 ó más parejas, el 39,6% tenía abortos, 76,5% no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2% continuaba sin protección, el 27,3% vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia. Concluyendo que el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación estadística en el estudio. (10)

Koch y cols (Colombia, 2012), reportan que en el Instituto Guttmacher se realizan 400,400 abortos clandestinos. Por las implicaciones que este informe pudiera tener en distintas áreas de interés, se revisó en detalle el método de estimación. La metodología utilizada por el Instituto Guttmacher fue la siguiente: primero los autores estimaron las pérdidas espontáneas y los abortos a partir de la opinión de 289 sujetos en un número igual de instituciones de salud colombianas mediante la encuesta de opinión denominada “Encuestas IPS”. Posteriormente, a los números obtenidos con la encuesta se les aplicó un factor multiplicador expansivo (x3, x4, x5, etc.) que también emergió de la opinión subjetiva de otros 102 entrevistados seleccionados por conveniencia. No hay datos objetivos basados en hechos vitales reales; toda la estimación se basa en números imaginarios subyacentes de opiniones. Aún como encuesta de opinión, la técnica de muestreo tuvo graves sesgos de selección en el levantamiento de la información. Con la utilización de métodos epidemiológicos de

estimación válidos, objetivos y reproducibles, escogiendo los casos paradigmáticos de Chile y España como tasas estándar aplicadas a estadísticas vitales colombianas, se observó que la metodología del Instituto Guttmacher sobrestima en más de nueve veces las complicaciones hospitalarias por aborto inducido y en más de 18 veces el número total de abortos. En otros países de Latinoamérica, como Argentina, Brasil, Chile, México, Perú, Guatemala y República Dominicana, la metodología del Instituto Guttmacher también sobrestimó largamente la cifra de abortos. Estos resultados llaman a la cautela con este tipo de informes que alarman a la opinión pública. (11)

Urgelles y cols (Cuba, 2012), en La Habana, determinaron el comportamiento sexual en el grupo de estudio e identificar antecedentes de abortos provocados, así como su morbilidad, mediante un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal sobre la conducta sexual y antecedentes de aborto provocado y sus complicaciones en adolescentes y adultas jóvenes, estudiantes de escuelas de la educación superior. La información se obtuvo a través de una entrevista elaborada para tales fines. El universo estuvo compuesto por todas las estudiantes que cursaban entre el 1er. y 3er. año de las carreras, la muestra se constituyó con las que tenían el antecedente de aborto provocado que dieron su consentimiento a participar en la investigación. El 42,2% de las adolescentes se había practicado una interrupción de embarazo, el 50,5% inició la actividad sexual entre 15-17 años, el 45,9% no se protege nunca durante las relaciones sexuales y el 54,03% ha tenido dos parejas

sexuales. Conclusiones: el inicio de la actividad sexual precoz, el frecuente cambio de parejas y la práctica de la actividad sexual sin protección expone a las adolescentes a una serie de riesgos entre ellos el aborto provocado, lo que compromete su salud sexual y reproductiva.

Carreón y cols (México, 2013), con el objetivo de establecer las relaciones predictivas de los factores psicosociales sobre las intenciones de sexo consensual, se llevó a cabo un estudio correlacional y transversal con una muestra no probabilística de 132 estudiantes en una universidad pública. Una vez establecidas la normalidad, confiabilidad y validez de constructo, se estimaron las covarianzas entre los factores y se calculó un modelo estructural ($X^2 = 16.213$; 12 gl; $p = .000$; GFI = .918; RMR = .087) para interpretar la estructura de relaciones entre los factores, en el que la norma fue el determinante principal de las actitudes y las intenciones ($\beta = -.38$ y $\beta = -.28$ respectivamente). Los resultados muestran la prevalencia de una aversión al pasado y al presente, así como una propensión al futuro, donde el coito y el aborto inducido son el resultado de normas de grupo orientadas a la conservación de tradiciones. (7)

Montoya y cols (México, 2015), identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas de aborto entre los ginecólogos y obstetras. De los 1.085 encuestados, el 77% identificó correctamente que el aborto es legal de acuerdo signos constitucionales de cada Estado; 17.5% dijo que nunca es legal y el 5,7% piensa que siempre es legal. El 67% comentan que las instituciones públicas deben tener la infraestructura y personal médico capacitado para la práctica de aborto legal. El 72% dijo que asistiría a la

mujer que se sometió a un aborto ilegal. El 28% restante mostró actitudes negativas, de informar a la pareja o los padres (18%), regañar a las mujeres (2%) o sin denunciarla a las autoridades (8%). En el 39%, sintieron que la profesión médica que practican abortos discrimina. Es necesario aumentar y mejorar el conocimiento técnico y jurídico sobre el aborto, especialmente entre ginecoobstetras, son que la responsabilidad de cumplir sobre prescrita por la ley, de conformidad con las recomendaciones internacionales y el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres. (13)

Sánchez y cols (Perú, 2015), en Lima, con el objetivo de conocer la percepción, opinión, conocimiento, actitudes y prácticas de los médicos ginecoobstetras con respecto a informar a la policía los casos de mujeres con aborto inducido, realizaron un estudio cualitativo participativo y cuantitativo observacional transversal prospectivo. Participantes: Médicos ginecoobstetras. Metodología: En tres hospitales de Lima se seleccionó sistemáticamente 33 médicos ginecoobstetras y se les aplicó una entrevista en profundidad. Otros 69 médicos ginecoobstetras llenaron un cuestionario estandarizado y autoadministrado. La participación fue voluntaria y el estudio revisado y aprobado por el comité de ética de los tres hospitales. Principales medidas de resultados: Información a la policía de los casos de aborto inducido. Resultados: El 78,3% de los participantes sabía que existe una ley que obliga a informar a la policía los casos de aborto inducido. Sin embargo, 43,5% no estaba de acuerdo con esta norma y 58% estaba de acuerdo con el derecho al secreto

profesional. Sin embargo, 43,5% de los médicos reportó a la policía el último caso de aborto inducido atendido y la principal razón fue el cumplimiento de la ley y el temor a ser identificado como encubridor y las consecuencias penales posibles (14).

2.2 BASE TEÓRICA CIENTÍFICA

2.2.1 ABORTO

Se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. La viabilidad fetal es un concepto que involucra aspectos epidemiológicos antropométricos y clínicos. Es así como se considera la edad gestacional menor de 22 semanas, el peso fetal menor 500 gr (OMS). La viabilidad clínica es un concepto más amplio que involucra la capacidad de la medicina actual de prestar asistencia contra la prematuridad extrema, y está determinada por la madurez anatómico-funcional del pulmón, o sea la capacidad de intercambio gaseoso pulmonar, que ocurre aproximadamente entre las 24 a 26 semanas de gestación. (1)

2.2.2 ABORTO INDUCIDO

El aborto inducido es la interrupción voluntaria del embarazo. La práctica consiste en provocar la finalización prematura del embarazo, impidiendo el desarrollo vital del embrión o feto. (21)

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 1999), el aborto inducido es la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica después de la

implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente.

Según la Organización Mundial de la Salud, de 210 millones de embarazos anuales, cerca de 46 millones (un 22 por ciento), terminan en abortos inducidos y 19 millones de estas interrupciones se hacen en países donde es ilegal hacerlo.

Según la Organización Flora Tristán, las cifras del aborto en el Perú es que se presenta más de 370,000 abortos clandestinos anualmente en el país, lo que significa que hay 5 mujeres que abortan por cada 100 gestantes. Los abortos inseguros y las complicaciones derivadas de ellos son la tercera causa de mortalidad materna y la primera causa de morbilidad de hospitalización de las mujeres (22).

❖ **ABORTO PROVOCADO:** Los que son inducidos voluntariamente.

Dadas sus posibles consecuencias, deben establecerse la distinción entre los autorizados por la ley; es decir, terapéuticos y los ilegales o criminales.

❖ **ABORTO ESPONTANEO:** Es la culminación del embarazo donde no se encuentra causa ajena o intención de producirlo.

Puede ser temprano si ocurre antes de las 12 semanas y aborto tardío si ocurre entre las 12 y las 22 semanas.

❖ **ABORTO SUBCLÍNICO:** Es aquel embarazo que es reabsorbido y ocurre realmente la pérdida antes que sea reconocido.

2.2.3 CLASIFICACIÓN MÉDICO – LEGAL DEL ABORTO

A. NO PENADO POR LEY:

1. Aborto espontáneo o patológico.
2. Accidental: traumático, tóxico, infeccioso.
3. Jurídico: terapéutico, eugenésico, sentimental, estado de necesidad.

B. PENADO POR LEY:

1. Culposo: imprudencia, impericia, negligencia.
2. Preterintencional
3. Doloso: cumplida por la propia embarazada, ejecutado por cualquier persona, realizado por profesional, provocado por un farmacéutico.
4. Honoris causa: llevado acabo intencionalmente para salvar el propio honor de la esposa, madre, hermana, hija o descendientes.

2.2.4 CAUSAS DE ABORTO INDUCIDO

La interrupción voluntaria del embarazo se plantea fundamentalmente en dos situaciones; el embarazo no deseado y el embarazo que puede originar graves trastornos a la mujer o al futuro hijo.

En el caso de las jóvenes una de las grandes razones por las que toman la idea de abortar es:

- El hecho de haber defraudado a su familia y que estos no las apoyarán al momento de tener al bebé.

- La falta de apoyo de la pareja que generalmente decide no hacerse responsable del embarazo y en ocasiones este factor es crítico, en el sentido que en el momento que no son apoyadas por su pareja ellas tienden a cumplir los deseos de ellos cuando deciden que ellas deben abortar porque “es lo mejor” o les dicen que aún no están preparados para ser padres, además que tienen una vida por delante.
- Otra razón es que dejarían de estudiar en caso de que no haya apoyo familiar.
- El número de hijos: muchos hijos o muy seguidos.
- Falta de método anticonceptivo; no todas las mujeres pueden regular su fecundidad.
- Falla de los métodos anticonceptivos, no son 100% seguros.
- Problemas económicos.
- Falta de pareja estable.
- Porque el embarazo es producto de infidelidad.
- Violación, etc.

2.2.5 MÉTODOS DE ABORTO (16)

Los métodos más comunes son:

1. **Succión:** la aspiración manual endouterina mediante succionadores al vacío (AMEU); la aspiración por vacuom es el método preferido de evacuación uterina en el aborto incompleto y en el aborto inducido temprano.

2. Dilatación y legrado: Es semejante al método de succión por ser un proceso invasivo utilizando la cureta cortante y la legra extrayendo los restos o el producto de la concepción. Las complicaciones a las que puede llevar la succión tanto como el legrado son: infección, trauma del cervix, peritonitis, laceración del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad.

3. Medicamentosa:

a) Misoprostol:

Es un análogo sintético de la prostaglandina E1 y a pesar de que su uso específico es antiulceroso desde hace un tiempo ya se expende en las farmacias como un abortivo. Las prostaglandinas producen contracciones del músculo liso del tracto intestinal y el miometrio.

Los efectos adversos más comunes incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, calambres, algunas veces fiebre, los cuales dependen de las dosis administradas.

Este fármaco tiene mucha importancia en la práctica obstétrica sus acciones uterotónicas y de maduración cervical. En algunos países se emplean para el aborto médico electivo, la maduración cervical antes del aborto quirúrgico, (legrado).

Las complicaciones del uso del misoprostol son: ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardiaco, vómito y aspiración de este, embolia cerebral, y fallo renal agudo.

b) Mifepristone (RU- 486):

Es un antagonista de la progesterona y se emplea en combinación con el análogo de la prostaglandina E1.

El mecanismo lo define alta afinidad de la mifepristona, de hasta 5 veces más, por los receptores de progesterona localizados en el útero, a los cuales se une fijamente de este modo este fármaco bloquea la acción de la progesterona endógena. Con este bloqueo ocurren las siguientes reacciones fisiológicas: alteración de la inhibición de la contracción del miometrio, alteración del endometrio a través cambios directos en la vascularización de la decidua, como consecuencia de esto último pierde el contacto de la decidua con el trofoblasto, que a su vez produce una caída de la HCG en la sangre materna; adicionalmente hay un aumento de la sensibilidad del miometrio a la prostaglandina este único efecto es fundamento de la terapia combinada la cual tiene una efectividad de 95%. El metotrexato: Este medicamento produce en el organismo humano, la inhibición de la enzima dihidrofolato reductasa, la cual es responsable de la producción de timidina durante la síntesis del ácido desoxirribuc1eico (ADN), interrumpiendo así la replicación celular. Durante las primeras semanas del embarazo las células del Citotrofoblasto, se multiplican rápidamente y son susceptibles al mecanismo de acción del metotrexato. Así al detenerse el desarrollo del citotrofoblasto, no habrá desarrollo del sincitotrofoblasto y por

consiguiente no se finalizara el proceso de implantación del huevo. Luego se produce la caída de los valores de la HCG que conlleva a su vez a la caída de los niveles de progesterona y la liberación de prostaglandinas. (Gaceta médica de México vo1138-4-:347-356-2002)

2.2.6 REPERCUSIONES DEL ABORTO (17)

Las complicaciones y las secuelas el aborto se pueden dividir en tempranas (las que producen en el mes que sigue el aborto) y las tardías las que se producen después de un mes de producido el aborto.

Las complicaciones tempranas: según un estudio en gran escala realizado en los EEUU en 1970 1971, las complicaciones tempranas consiguientes al aborto legal incluye la perforación uterina, traumatismo del cuello del útero infección de la pelvis, hemorragia retención de productos de la gestación, tromboembolia, complicaciones siquiátricas son de tres a cinco veces más frecuentes después del aborto en el segundo trimestre que después del aborto en el primer trimestre en el tercer trimestre de gestación no se han observado diferencias según la gravedad de las complicaciones (informe de un grupo científico de la OMS, Ginebra 1978)

2.2.5.1. REPERCUSIONES INMEDIATAS

Infecciones Localizadas

Endometritis y cervicitis. Las que raramente se presentan en forma aislada. La metrorragia puede ser el signo semiológico más destacado de

una endometritis.

Infecciones propagadas. La vía de propagación puede ser canalicular a través de las trompas de Falopio. Pudiendo producir: salpingitis, ooforitis, pelviperitonitis y peritonitis generalizada.

La vía conjuntivo-linfática produce en general. Infecciones de la pared uterina o metritis de diferentes grados de extensión; también puede determinar parametritis, anexitis, pelviperitonitis y peritonitis

La vía de propagación hemática se produce principalmente cuando las maniobras instrumentales producen soluciones de continuidad. Origina principalmente flebitis pelviana, septicemia y septicopiohemia.

Se describe también la vía traumática que deja lesiones francamente abiertas y comunica territorios al medio ambiente vaginal o de órganos vecinos. Esta vía produce paracolpitis, abscesos pararrectales parametritis. Pelviperitonitis y peritonitis.

Infecciones generalizadas. Esta complicación es la más temida y su origen puede ser cualquiera de los mecanismos explicados en el párrafo anterior. Su mortalidad es elevada y su pronóstico depende de los medios y técnicas que se dispongan para su tratamiento.

La infección generalizada da origen a septicemia, piohemia y shock séptico, el cual alcanza una letalidad que varía entre 11 y 47% (Liskin y cols., 1981).

Hemorragia. La hemorragia habitualmente se produce por restos ovulares. Debe ser tratada como un cuadro de urgencia por el riesgo de anemia y shock hipovolémico. El tratamiento es el raspado uterino.

La hemorragia se puede acompañar de lesiones importantes del cuello o de ruptura del cuerpo uterino y es indispensable que el examinador tenga siempre presente este hecho en la exploración ginecológica, tanto para el tratamiento en el momento del raspado uterino y su control clínico inmediato, como para indicar un tratamiento quirúrgico más radical en caso necesario.

Una anemia importante, con tendencia al shock y sin presencia de hemorragia externa abundante que explique la gravedad del cuadro, debe hacer sospechar una rotura o perforación uterina con hemoperitoneo.

Lesiones de tejido y órganos pelvianos. Estas complicaciones pueden incluir lesiones superficiales. Desgarros o perforaciones de órganos y tejidos de la cavidad pelviana. Lo más frecuente es la perforación del cuerpo uterino y los desgarros del cuello uterino. Las perforaciones del cuerpo se pueden complicar con lesiones y complicaciones de otros órganos vecinos como la vejiga, el intestino grueso, el intestino delgado y los tejidos pelvianos correspondientes a los parametrios o al territorio peri uretral. Esto último sucede cuando se perfora el cuello o la parte baja del cuerpo uterino.

La extensión y gravedad de las lesiones o desgarros de los órganos y

tejidos dependerán de las maniobras empleadas en la práctica del aborto. Las maniobras practicadas por inexpertos son las de mayor gravedad, incluyendo la extracción de órganos y tejidos pelvianos a través de la perforación del cuerpo uterino, generalmente intestino, que se confunde con material embrionario. Estas complicaciones son más frecuentes en embarazos de 12 a 16 semanas.

Embolia.- Las embolias son complicaciones graves y causa de muerte súbita en el curso del tratamiento por complicaciones del aborto. Las embolias más frecuentes son las de origen séptico, incluyendo las embolias pulmonares y las piohemias con localización de abscesos a distancia. Otras embolias de extrema gravedad son las de líquido amniótico y las gaseosas que ocurren en embarazos mayores de 16 semanas. La alteración del mecanismo de la coagulación produce tromboembolias a distancia, tanto en las extremidades inferiores como en el pulmón. Las embolias por sustancias cáusticas y detergentes se producen en aquellos casos en los cuales el aborto es provocado con lavados jabonosos intrauterinos. Práctica que desgraciadamente se mantiene todavía en algunos medios.

❖ REPERCUSIONES ALEJADAS

Esterilidad. Como secuela del aborto séptico. El tracto genital puede quedar con lesiones que impiden un nuevo embarazo. Las lesiones del cuello uterino pueden condicionar incompetencia del cuello y aborto habitual como secuela. Asimismo, las maniobras del aborto o las

destinadas al tratamiento de éste. Pueden condicionar la estenosis del cuello uterino y adherencias de la cavidad endometrial. Factores que impedirán el pasaje de los espermios o la implantación del huevo fecundado. La salpingitis puede condicionar la obstrucción de las trompas. La ooforitis influye en la aparición de tejido cicatricial alrededor de los ovarios formando verdaderas cápsulas que impiden el normal desarrollo de la ovulación y el transporte ovular. Las parametritis e inflamación del tejido peritubario deforman las trompas. Provocando alteraciones del trayecto tubario y obstrucciones o estrangulamientos que impiden el acceso de los espermatozoides o el transporte del huevo fecundado. Las lesiones inflamatorias de la trompa también pueden dañar el epitelio ciliar del endosalpinx, provocando alteraciones en el transporte ovular y en la capacitación espermática. Los embarazos tubarios tienen mayor riesgo relativo en mujeres con antecedentes de abortos provocados.

Síndrome de ASHERMAN. Este síndrome se reconoce por la aparición de adherencias de tejido dentro de la cavidad uterina que producen síntomas clínicos tales como anormalidades menstruales, infertilidad y abortos espontáneos frecuentes.

Una de las principales causas se debe al aborto por curetaje y se hace aún más pronunciada si hay un síndrome infeccioso o este procedimiento se realiza después de la intervención

Impacto psicológico: hay dos factores; los sociales y familiares, ambos influyen en gran medida que el impacto psicológico de la mujer sea más

profundo, incluso dificulta el momento de la curación:

La mujer que aborta desarrolla cuatro tipos de mecanismo de defensa:

1. Racionalización: “en realidad no estaba preparada”.
2. Represión: “yo hice lo correcto, estoy segura”
3. Compensación con los otros hijos.
4. Reacción contraria: Adhesión al movimiento feminista.

En cuanto al impacto psicológico lo más frecuente que se ve es la depresión que es un estado emocional anormal caracterizado por un excesivo sentimiento de tristeza, melancolía, desánimo, demérito, como vacío y desesperanza, grado inapropiado y desproporcionado respecto a la realidad.

2.2.7. CUADRO CLÍNICO:

BIOLÓGICOS:

- Fatiga, pérdida de impulso y energía.
- Disminución de motilidad y peso.
- Disturbios del sueño.
- Cefaleas, mareos.
- Palpitaciones o presión precordial.
- Disminución o aumento de apetito.
- Polaquiuria.
- Disminución del deseo sexual, amenorrea, frigidez.

PSICOLÓGICOS:

- Humor depresivo, pesimismo y ansiedad.
- Sentimiento de minusvalía y culpa.
- Irritabilidad estallidos de cólera.
- Fácil olvido, difícil concentración.

SOCIALES:

- Contacto difícil o agresivo.
- Descuido de su presentación y atuendo personal.
- Consumo exagerado de alcohol o drogas.
- Intento de fuga, viaje inesperado o fuga.

Otras secuelas alejadas. Otras secuelas alejadas del aborto séptico son: diferentes grados de acretismo placentario y rotura uterina en partos posteriores. La salud mental de las mujeres que se practican aborto inducido voluntario puede verse alterada. Sin embargo, nuevas investigación son necesarias para conocer con propiedad esta secuela.

ES NECESARIO ACTUAR PARA PROTEGER LA SALUD Y LA VIDA DE LAS MUJERES

El aumento en la tasa de aborto enfatiza la necesidad de esfuerzos concertados, con el fin de ayudar a las mujeres mexicanas a evitar los embarazos no planeados que derivan en la práctica del aborto. Enseguida presentamos algunas sugerencias para ayudar a aliviar la carga que

representa el aborto inseguro para las mujeres y el sector salud; también proponemos recomendaciones para mejorar la provisión de procedimientos legales y reducir el embarazo no planeado.

Fortalecer los servicios anticonceptivos. *Las mujeres necesitan mejor información sobre el uso correcto y consistente de los métodos anticonceptivos.* Con el fin de evitar los embarazos no planeados y los abortos, se recomienda que el 12% de las mujeres unidas con necesidades no satisfechas de anticoncepción, más el 5% que usan métodos tradicionales, elijan algún método altamente eficaz acorde a su situación personal. Se necesitan intervenciones diseñadas específicamente para las mujeres con alto riesgo de presentar embarazos no deseados—las jóvenes de 15–24 años, tanto unidas como no unidas (con experiencia sexual y sexualmente activas). Estas incluyen una alta proporción de mujeres que no usan un método a pesar de no querer un embarazo pronto, lo que indica la necesidad a un mejor acceso de información y servicios de anticoncepción efectiva. Un mejor conocimiento de los métodos temporales y un mejor suministro de ellos entre estas mujeres jóvenes, podrían mejorar la prevención del embarazo no planeado y lograr la planeación adecuada de sus nacimientos.

Mejorar los servicios de atención postaborto. Es necesario extender la cobertura de los servicios postaborto y mejorar su calidad. Los proveedores necesitan información más precisa sobre cómo atender a las mujeres que han usado misoprostol, así como capacitación formal para atender complicaciones por aspiración manual endouterina, técnica

menos invasiva y menos dependiente de infraestructura que la de legrado. Los servicios anticonceptivos, incluida la consejería, deben convertirse en una práctica estándar de la atención postaborto para evitar el aborto repetido.

Mejorar la provisión de abortos legales. Las campañas masivas educativas son esenciales para concientizar a la población sobre las causales legales de aborto en cada entidad federativa. Es también imprescindible contar con mecanismos que aseguren que las mujeres que cumplan con los criterios reciban los servicios correspondientes, para lo cual la voluntad política es fundamental. Además, es importante que todas las Secretarías de Salud del país, instituciones directamente responsables de brindar y financiar los servicios de salud en sus respectivas entidades, pueden hacer uso de los datos aquí presentados para llevar a cabo mejoras en sus servicios anticonceptivos y de atención postaborto.

2.2.8 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Son el conjunto de características biológicas, socio-económico-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio (23).

2.3 HIPOTESIS

El aborto inducido en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho, está relacionado con las características socio-demográficas de la población femenina, como son la edad, nivel de instrucción, procedencia, estado civil, ingreso económico, paridad, antecedente de aborto y uso de métodos anticonceptivos.

2.4. VARIABLE DE ESTUDIO E INDICADORES

2.4.1. Variable independiente:

Características socio-demográficas

- Edad
- Nivel de instrucción
- Procedencia
- Estado civil
- Ingreso económico
- Paridad
- Antecedente de Aborto
- Uso de anticonceptivos

2.4.2. Variable Dependiente:

Aborto inducido

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Cuantitativa, aplicada.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

Descriptivo, retrospectivo y transversal.

3.3. POBLACION

Estuvo representada por 1792 mujeres que se atendieron por aborto en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de la ciudad de Ayacucho, durante los años del 2010 al 2015.

3.4. MUESTRA

Lo constituyen 80 historias clínicas de mujeres atendidas con aborto durante el periodo establecido; de las cuales, 40 historias clínicas corresponden a mujeres atendidas por aborto inducido y 40 historias clínicas corresponden a mujeres atendidas por aborto espontáneo.

3.5. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo realizado es no probabilístico de tipo intencionado.

3.6. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Revisión de historias clínicas de mujeres con aborto inducido que fueron atendidas en el hospital en estudio.

3.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

- Fichas de recolección de datos.

3.8. PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A través del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, se solicitó permiso al Director del Hospital Jesús Nazareno, una vez obtenido el permiso, se revisaron las historias clínicas para identificar los casos de aborto inducido en mujeres que fueron atendidas en el Hospital Jesús Nazareno en el periodo comprendido entre el 2010 al 2015.

Se utilizó como medidas estadísticas descriptivas la distribución de frecuencias y porcentaje. Con los datos obtenidos, luego de ser tabulados, se elaboraron cuadros estadísticos de frecuencia porcentual, en la que se relacionan las variables de estudio. Y para determinar el grado de dependencia o asociación entre las variables, se utilizó la prueba estadística del Chi Cuadrado (X^2).

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1

Tipos de aborto atendidos en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

TIPOS DE ABORTO	N°	%
Inducido	1752	97.8
Espontáneo	40	2.2
TOTAL	1792	100.0

FUENTE: Historias clínicas del 2010 al 2015

En la tabla 1 se puede identificar que del 100% de historias clínicas revisadas (1792) en el Hospital Jesús Nazarenos en el periodo 2010-2015, el 97.8% corresponde a abortos inducidos y sólo el 2.2% corresponde abortos espontáneos.

De los resultados obtenidos se deduce que un alto porcentaje (97.8%) de casos de abortos atendidos en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho corresponde a abortos inducidos.

En el Hospital de Baja Complejidad de Vitarte, el 13.27 % de causas de morbilidad durante el año 2015 es debido al aborto lo cual evidencia que es una de las emergencias obstétricas más frecuentes. Cuando una mujer ingresa al hospital o clínica, para determinar si el proceso de aborto ha sido espontáneo o inducido bajo condiciones potencialmente inseguras, se necesita

de una buena interrogación evidenciándolo en la historia clínica por ello el indagar en sus antecedentes personales y obstétricos, es relevante; conociendo los determinantes sociales edad, el sexo femenino, el estado civil, la ocupación y situación laboral; el grado de instrucción si no tiene nivel o curso solo primaria, secundaria o estudios superiores; y las determinantes de antecedentes reproductivas como la edad gestacional del presente embarazo interrumpido, el número de gestaciones anteriores, numero de paridad, antecedente de abortos, menarquia, inicio de relaciones sexuales, edad del primer embarazo, métodos anticonceptivos y el uso de fármacos abortivos. Son factores predictivos importante ya que se calcula que alrededor del 90% de los abortos inseguros que se realizan en todo el mundo se lleva a cabo en países en vías de desarrollo.(20)

De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher publicado en The Lancet. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina. En tal sentido “se precisan más esfuerzos, especialmente en las regiones en desarrollo, para garantizar el acceso a los anticonceptivos y al aborto seguro”, menciona la Dra. Bela Ganatra, autora principal del estudio y científica del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS.

“Cuando las mujeres y las niñas no pueden acceder a servicios eficaces de anticoncepción y aborto seguro, hay graves consecuencias para su propia

salud y la de sus familias. Esto no debería pasar. Sin embargo, pese a la evidencia y a los recientes avances en materia de tecnología, siguen produciéndose demasiados abortos peligrosos y demasiadas mujeres continúan sufriendo y muriendo”.

Tabla 2

Factor edad relacionado a aborto inducido. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

EDAD	ABORTO INDUCIDO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Menor de 20	21	52.5	8	20.0
20 a 29 años	11	27.5	14	35.0
30 a 39 años	8	20.0	18	45.0
TOTAL	40	100.0	40	100.0

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

$$\chi^2_c = 10.034^{**} \quad \chi^2_t = 9.210 \quad p < 0.01$$

g.l. = 2

En la tabla 2, se aprecia que del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto inducido, el 52.5% tuvieron menos de 20 años y el 20% tuvieron entre 30-39 años. Mientras que en el grupo de mujeres que no presentaron aborto inducido, el 45% tuvieron entre 30-39 años y el 20% tuvieron menos de 20 años de edad. Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos da a saber que existe una relación altamente significativa ($p < 0,01$) de la variable edad de la mujer con el aborto inducido. Presentándose mayormente en mujeres menores de 20 años; es decir, en la población adolescente.

El coordinador del Grupo de Trabajo sobre Prevención del Aborto Inseguro de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO), Aníbal

Faundes, afirmó que “el aborto inducido es un problema de salud pública por su alta frecuencia y consecuencias en la salud de la mujer”. Faundes expuso sobre Prevención de abortos inseguros y sus consecuencias en Latinoamérica y el Caribe. En ese sentido, indicó que la mortalidad por aborto se redujo de 30 x 100.000 en 1990 a 10 x 100.000 en 2008. Sin embargo, afirmó, “tenemos una de las tasas de aborto inseguro más altas del mundo”.

Doblado y cols (2010), con el objetivo de correlacionar y evaluar las características biológicas, psicológicas y sociodemográficas de las adolescentes que se interrumpen el embarazo en el servicio de aborto del Hospital "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas-Cuba, realizaron un estudio sobre el comportamiento del aborto inducido. El universo de trabajo estuvo integrado por 128 adolescentes que acudieron al servicio de aborto de dicho hospital. El grupo de edad predominante estuvo entre 15-17 años, 40,6% de las adolescentes tuvo la primera relación sexual a los 15 años, 49,2% ya había tenido 3 ó más parejas, el 39,6% tenía abortos, 76,5% no se protegió en su primera relación sexual, el 56,2% continuaba sin protección, el 27,3% vivía con ambos progenitores y en un gran porcentaje la gestación adolescente se había repetido en algún miembro de la familia. Concluyendo que el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación estadística en el estudio (10).

Nuestros resultados coinciden con los identificados por Doblado, la edad se configura como un determinante importante para el inicio precoz de las relaciones sexuales y por ende el riesgo de embarazo y aborto. La prueba estadística confirma dicha condición.

Tabla 3

Factor Nivel de Instrucción relacionado a aborto inducido. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ABORTO INDUCIDO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Sin instrucción	3	7.5	3	7.5
Primaria	6	15.0	3	7.5
Secundaria	18	45.0	19	47.5
Superior	13	32.5	15	37.5
TOTAL	40	100.0	40	100.0

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

$$\chi^2_c = 1.170 \quad \chi^2_t = 7.815 \quad p > 0.05$$

g.l. = 3

En la presente tabla, se observa que del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto inducido, el 45% tuvieron instrucción secundaria y el 7.5% no tuvieron instrucción. Mientras que en el grupo de mujeres que no presentaron aborto inducido, el 47.5% tuvieron instrucción secundaria y el 7.5% tuvieron instrucción primaria y no tuvieron instrucción, respectivamente.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos da a saber que no existe relación ($p > 0,05$) de la variable grado de instrucción de la mujer con el aborto inducido.

El aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias.

Las personas, capacidades y normas médicas consideradas seguras para realizar un aborto son diferentes para el aborto médico (que se realiza sólo con medicación) y del aborto quirúrgico (que se realiza con una aspiradora manual o eléctrica). La capacitación y las normas médicas requeridas para realizar un aborto seguro también varían en función de la duración del embarazo y de los cambiantes progresos científicos y técnicos.

Urgelles y cols (2012), en La Habana-Cuba, determinaron el comportamiento sexual en el grupo de estudio e identificar antecedentes de abortos provocados, así como su morbilidad, mediante un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal sobre la conducta sexual y antecedentes de aborto provocado y sus complicaciones en adolescentes y adultas jóvenes, estudiantes de escuelas de la educación superior. La información se obtuvo a través de una entrevista elaborada para tales fines. El universo estuvo compuesto por todas las estudiantes que cursaban entre el 1er. y 3er. año de las carreras, la muestra se constituyó con las que tenían el antecedente de aborto provocado que dieron su consentimiento a participar en la investigación. El 42,2% de las entrevistadas se había practicado una interrupción de embarazo, el 50,5% inició la actividad sexual entre 15-17 años, el 45,9% no se protege nunca durante las relaciones sexuales y el 54,03% ha tenido dos parejas sexuales. Conclusiones: el inicio de la actividad sexual

precoz, el frecuente cambio de parejas y la práctica de la actividad sexual sin protección expone a las adolescentes a una serie de riesgos entre ellos el aborto provocado, lo que compromete su salud sexual y reproductiva, el grado de instrucción no influye en las decisiones.

Al respecto, nuestros hallazgos coinciden con el de los resultados presentados líneas arriba. Asimismo la prueba estadística realizada confirma dichos hallazgos, es decir el aborto inducido no está asociado al grado de instrucción.

Tabla 4

Factor Procedencia relacionado a aborto inducido. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

PROCEDENCIA	ABORTO INDUCIDO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Urbano	8	20.0	13	32.5
Urbano-marginal	22	55.0	16	40.0
Rural	10	25.0	11	27.5
TOTAL	40	100.0	40	100.0

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

$$\chi^2_c = 2.185 \quad \chi^2_t = 5.991 \quad p > 0.05$$

g.l. = 2

La presente tabla nos muestra que del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto inducido, el 55% procedían de las zonas urbano-marginales y el 20% procedían de la zona urbana. Mientras que en el grupo de mujeres que no presentaron aborto inducido, el 40% procedían de las zonas urbano-marginales y el 27.5% procedían de la zona rural.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos da a saber que no existe relación ($p > 0,05$) de la variable procedencia de la mujer con el aborto inducido.

Según los cálculos de la OMS para 2014, anualmente se realizan 22 millones de abortos peligrosos, de los cuales 47.000 provocan defunciones y más de 5 millones conllevan complicaciones, entre ellas: aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios); hemorragias (sangrado abundante); infección; perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado); y daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano.

Se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones. Ese número aumenta a 220 defunciones por cada 100.000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo, y a 520 muertes por cada 100.000 abortos peligrosos en el África. Toda mujer con un embarazo no deseado y sin acceso a servicios de aborto seguro está en riesgo de aborto peligroso. Las mujeres pobres tienen más probabilidades de someterse a un aborto peligroso que las mujeres más acomodadas. Las defunciones y los traumatismos son más probables cuando se practican abortos en una fase avanzada del embarazo. La tasa de abortos peligrosos es más alta cuando el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y a servicios de aborto seguro es limitado o inexistente.

De igual manera nuestros resultado confirman lo que la Organización Mundial de la Salud identifica, el mayor porcentaje de mujeres con prácticas de aborto son de las zonas pobres de nuestro distrito, la prueba estadística de asociación confirma que no existe asociación entre la procedencia y el aborto inducido.

Tabla 5

Factor Estado Civil relacionado a aborto inducido. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

ESTADO CIVIL	ABORTO INDUCIDO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Soltera	27	67.5	11	27.5
Conviviente	10	25.0	19	47.5
Casada	3	7.5	10	25.0
TOTAL	40	100.0	40	100.0

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

$$\chi^2_c = 13.299^{**} \quad \chi^2_t = 9.210 \quad p < 0.01$$

g.l. = 2

En la tabla 5, se aprecia que del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto inducido, el 67.5% fueron solteras y el 7.5% se encontraban casadas. Mientras que en el grupo de mujeres que no presentaron aborto inducido, el 47.5% se encontraban en estado de convivencia y el 25% se encontraban casadas.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos da a saber que existe una relación altamente significativa ($p < 0,01$) de la variable estado civil de la mujer con el aborto inducido. Presentándose los casos de aborto inducido mayormente en mujeres solteras.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública relevante en América Latina, no sólo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza, sino también por constituirse en elevado riesgo para su salud física y psicológica.

Si bien la mortalidad e infecciones se han reducido con el uso del misoprostol; los sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, así como las dificultades para sus relaciones sociales, interpersonales y ocupacionales en su vida adulta son un problema trascendente por tener en cuenta; no obstante, es importante señalar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra su voluntad también suele tener consecuencias emocionales graves. Las principales razones por las que optan por el aborto es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja. Se reconocen diversos factores asociados con la elección de la adolescente de inducirse el aborto, entre ellos el ser menor edad, ser solteras¹⁶, tener un menor nivel educativo, tener menor nivel socioeconómico, deserción escolar¹⁸, 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. También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja; es así que la red social es la que determina, en la mayoría de los casos, el resultado del embarazo en las

adolescentes²⁰; sin embargo son pocos los estudios que exploran las relaciones de las adolescentes con los padres (18).

Efectivamente la condición civil de la gestante proporciona seguridad, en tal sentido aquellas que no están casadas presentan mayor disposición a abortar, la prueba estadística de chi cuadrado nos muestra que existe asociación entre el estado civil y la realización del aborto.

Tabla 6

Factor Paridad relacionado a aborto inducido. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

PARIDAD	ABORTO INDUCIDO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Nulípara	22	55.0	8	20.0
Primípara	5	12.5	13	32.5
Múltipara	13	32.5	19	47.5
TOTAL	40	100.0	40	100.0

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

$$\chi^2_c = 11.214^{**} \quad \chi^2_t = 9.210 \quad p < 0.01$$

g.l. = 2

En la tabla 6 se observa que del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto inducido, el 55% fueron nulíparas y el 12.5% fueron primíparas. Mientras que en el grupo de mujeres que no presentaron aborto inducido, el 47.5% fueron múltiparas y el 20% fueron nulíparas.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos da a saber que existe una relación altamente significativa ($p < 0,01$) de la variable paridad de la mujer con el aborto inducido. Presentándose los casos de aborto inducido mayormente en mujeres nulíparas.

Aunque hay ciertas características comunes entre las mujeres que abortan en América Latina y el Caribe, no puede hablarse de un solo perfil sociodemográfico de quienes recurren a esta práctica en la región. Éstos corresponden a la población estudiada, por ejemplo, las mujeres que tienen acceso a instituciones de salud donde se practican abortos o aquellas hospitalizadas por complicaciones derivadas de dicha práctica. Por lo mismo, los perfiles obtenidos difícilmente pueden ser representativos de la población en general.

Destacan, entre ellos; contrastes según la paridad, que revelan las preferencias reproductivas de las mujeres, ya sea para espaciar los nacimientos o para limitar su descendencia. Para las mujeres jóvenes, el aborto puede ser una manera de retrasar el nacimiento del primer hijo, por diversas razones, como suele ocurrir en Colombia. También es importante advertir acerca de los abortos repetitivos en particular en las mujeres jóvenes (19).

Nuestros hallazgos coinciden con los presentados en el “Perfil sociodemográfico y motivo de las mujeres para recurrir al aborto” del Ceped (19), el análisis estadístico corrobora dicha información.

Tabla 7

Factor Ingreso Económico relacionado a aborto inducido. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

INGRESO ECONOMICO	ABORTO INDUCIDO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Menos de S/. 1000	26	65.0	21	52.5
S/. 1000 - 2000	11	27.5	16	40.0
Mayor de S/ 2000	3	7.5	3	7.5
TOTAL	40	100.0	40	100.0

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

$$\chi^2_c = 1.458 \quad \chi^2_t = 5.991 \quad p > 0.05$$

$$g.l. = 2$$

$$\text{Pearson } \chi^2(2) = 0.840 \quad \text{Pr} = 0.657.$$

La presente tabla nos muestra que del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto inducido, el 65% tenían un ingreso económico menos de S/ 1,000.00 y el 7.5% mayor a los S/ 2,000.00. Mientras que en el grupo de mujeres que no presentaron aborto inducido, el 52.5% tenían un ingreso económico menos de S/ 1,000.00 y el 7.5% mayor a los S/ 2,000.00.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos da a saber que no existe relación ($p > 0,05$) de la variable ingreso económico de la mujer con el aborto inducido.

Según Ceped, aunque sólo dispone de algunos datos sobre la diferenciación de la recurrencia del aborto entre estratos socioeconómicos, la divergencia que se observa entre una cierta mayor frecuencia de aborto en los estratos más bajos en Colombia y una mucho menor en México, debe ser considerada con mucha cautela, con respecto a este último país. Lo anterior, debido a que, como es ampliamente reconocido, son las mujeres de clases sociales más bajas, quienes recurren las más de las veces a abortos inseguros, los cuales, por su carácter clandestino, dejan de registrarse. Los resultados de otros estudios con mujeres que acuden a los hospitales por complicaciones de aborto, como es el caso del Perú, corroboran que son precisamente las más pobres quienes optan en mayor medida por la interrupción del embarazo (19).

Nuestros hallazgos no coinciden con los del Ceped, en nuestro estudio aun teniendo una condición económica mayor, la mujer también recurre al aborto, aspecto que es confirmado con la prueba de asociación; es decir el aborto inducido es independiente del nivel económico de la mujer.

Tabla 8

Factor Antecedentes de aborto relacionado a aborto inducido. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

ANTECEDENTE DE ABORTO	ABORTO INDUCIDO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Si	30	75.0	19	47.5
No	10	25.0	21	52.5
TOTAL	40	100.0	40	100.0

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

$$\chi^2_c = 6.373 * \quad \chi^2_t = 3.841 \quad p < 0.05$$

g.l. = 1

$$\text{Pearson } \chi^2(1) = 4.1596 \quad \text{Pr} = 0.041.$$

En la tabla se observa que del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto inducido, el 75% tuvieron antecedente de aborto y el 25% no lo tuvieron. Mientras que en el grupo de mujeres que no presentaron aborto inducido, el 52.5% no tuvieron antecedente de aborto y el 47.5% si lo tuvieron.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos da a saber que existe relación significativa ($p < 0,05$) de la variable antecedente aborto de la mujer con el aborto inducido.

Tabla 9

Factor Uso de anticonceptivo relacionado a aborto inducido. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho. 2010-2015.

USO DE ANTICONCEPTIVO	ABORTO INDUCIDO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Si	13	32.5	24	60.0
No	27	67.5	16	40.0
TOTAL	40	100.0	40	100.0

FUENTE: Historia clínica – Ficha de cotejo.

$$\chi^2_c = 6.084 * \quad \chi^2_t = 3.841 \quad p < 0.05$$

$$g.l. = 1$$

$$\text{Pearson } \chi^2(1) = 3.9452 \quad Pr = 0.047$$

La presente tabla nos muestra que del 100% (40) de mujeres atendidas por aborto inducido, el 67.5% no usaron método anticonceptivo y el 32.5% si usaron. Mientras que en el grupo de mujeres que no presentaron aborto inducido, el 40% no usaron método anticonceptivo y el 60% si usaron.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos da a saber que existe relación significativa ($p < 0,05$) de la variable uso de método anticonceptivo por parte de la mujer con el aborto inducido.

Urgelles y Cols. (2012), en La Habana (Cuba), determinaron el comportamiento sexual en el grupo de estudio e identificar antecedentes de abortos

provocados, así como su morbilidad, mediante un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal sobre la conducta sexual y antecedentes de aborto provocado y sus complicaciones en adolescentes y adultas jóvenes, estudiantes de escuelas de la educación superior. La información se obtuvo a través de una entrevista elaborada para tales fines. El universo estuvo compuesto por todas las estudiantes que cursaban entre el 1er. y 3er. año de las carreras, la muestra se constituyó con las que tenían el antecedente de aborto provocado que dieron su consentimiento a participar en la investigación. El 42,2% de las adolescentes se había practicado una interrupción de embarazo, el 50,5% inició la actividad sexual entre 15-17 años, el 45,9% no se protege nunca durante las relaciones sexuales y el 54,03% ha tenido dos parejas sexuales. Conclusiones: el inicio de la actividad sexual precoz, el frecuente cambio de parejas y la práctica de la actividad sexual sin protección expone a las adolescentes a una serie de riesgos entre ellos el aborto provocado, lo que compromete su salud sexual y reproductiva (12).

De igual manera, Doblado y Cols. (2010), en Matanzas (Cuba), concluye que el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares monoparentales, y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación estadística en el estudio. (10)

Nuestros resultados coinciden con los de Urgelles y Doblado, quienes encontraron que los antecedentes de aborto y el no uso de métodos anticonceptivos están asociados al aborto inducido.

CONCLUSIONES

1. En el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho, entre los años 2010 al 2015, se atendieron 1792 casos de abortos; de los cuales, el 97.8% se debió a abortos inducidos y sólo el 2.2% correspondía a abortos espontáneos.
2. Respecto a los factores sociodemográficos, las mujeres menores de 20 años (52%), con nivel de instrucción secundaria (44%), las que vivían en zonas urbano–marginales (56%), las solteras (68%), las nulíparas (56%), quienes tuvieron ingresos menores a S/ 1000 (64%), con antecedentes de aborto (76%) y aquellas que no usaban anticonceptivos (68%) fueron las que en mayor porcentaje presentaron aborto inducido.
3. La edad, estado civil y paridad de las mujeres en estudio tuvieron una relación altamente significativa ($p < 0.01$) con el aborto inducido.
4. Los antecedentes de aborto y el uso de uso de anticonceptivos tuvieron una relación significativa ($p < 0.05$) con el aborto inducido.
5. El nivel de instrucción, la procedencia y el ingreso económico de las mujeres en estudio no tuvieron relación significativa con el aborto inducido ($p > 0,05$).

RECOMENDACIONES

1. Promoción activa y efectiva por parte del profesional de obstetricia de los métodos anticonceptivos para disminuir la prevalencia de embarazos no deseados.
2. Promover la consejería en la población en general, sobre todo a los/as adolescentes a nivel escolar sobre las repercusiones que conlleva la práctica de abortos inducidos por causas no médicas.
3. Que se promueva el vínculo obstetra-paciente para mediante la confidencialidad establecer el diagnóstico correcto de la causalidad de los abortos inducidos de tal manera que se privilegie el tratamiento adecuado y oportuno con apoyo de otras herramientas cuando el caso lo amerite.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2014; 92:155. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012
3. Ferrando D. El Aborto clandestino en el Perú. Pathfinder International. Perú 2010.
4. Salazar F. La realidad del Aborto en el Perú. El Comercio. 2016
5. Távara L. El Aborto como problema de Salud Pública en el Perú. Revista de Ginecología y Obstetricia. Vol. 47 N° 04. Lima 2011.
6. Aparicio J, Ayal J, Ascarruz A, Casquero J. Características del aborto en las adolescentes, Hospital 2 de Mayo. Rev Perú Ginecol Obstet. 2009, 42(3).
7. Carreón J, Hernández J, Morales M, et al. Intenciones de sexo consensual y aborto inducido en estudiantes de una universidad pública de México. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología; 2013, 13(1): 25 – 40.
8. Chávez, A. Motivos que inducen a someterse a abortos ilegales en mujeres en Edad Fértil. Hospital de Ayacucho. Tesis Obstetricia – UNSCH. 1996.
9. Sánchez, E. Aborto inducido, causas para su práctica en mujeres en edad fértil. Hospital Regional de Ayacucho. Tesis Obstetricia. UNSCH. 1996
10. Doblado N, De la Rosa I, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev. Cubana Obstetr. Ginecol. 2010, 36(3).
11. Koch E, Bravo M, Gatica S, et al. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. Ginecol Obstet Méx. 2012, 80(5): 360 – 72.
12. Urgelles S, Reyes E, Figueroa M, Batán Y. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012, 38(4).
13. Montoya J, Schiavon R, Troncoso E, Díaz C. Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras. Ginecol Obstet Méx; 2015, 83(1): 23 – 31. Eschenbach D. Tratamiento del aborto séptico espontáneo e inducido. Obstet Ginecol. 2015; 125: 1042 – 8.
14. Sánchez S, Mere J, Pacora P, et al. Opiniones, percepciones y prácticas de médicos ginecoobstetras respecto a informar de las pacientes con aborto inducido a la policía, Lima, Perú. Rev Peruana Ginecol Obstet. 2015; 61(3).
15. Infante C, Cobos Y. Aborto inducido en cifras: análisis de la difusión de las estadísticas en la prensa. Inst Nac Salud Pública México. 2008.
16. Juárez F, Singh S, Maddow I, Wulf D. Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias. Guttmacher Institute; 2013,
17. Morea, L. El aborto provocado: consecuencias. 2003.
18. Calderón, Alzamora “Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Rev Peru Med Exp Salud Publica 23(4), 2006
19. Ceped “Perfil sociodemográfico y motivo de mujeres para recurrir al aborto”

20. Hospital de Baja Complejidad Vitarte, área de estadísticas e informática,. [internet] Lima, Perú 2016. [citado junio 2016].
21. <https://definicion.de/aborto-inducido/>.
22. <http://www.flora.org.pe/web2/images/stories/bonnie/PDF/HojaInformativa28Sep.pdf>.
23. Rabines, Angel. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. Tesis UNMSM-Perú. 2012.

A N E X O

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha N°:

I.- DATOS GENERALES

- 1.- Edad:años
- 2.- Grado de instrucción:
Iletrada () Primaria () Secundaria ()
Superior ()
3. Procedencia: Urbana () Urbano-Marginal () Rural ()
4. Condición económica: > 2000 soles () 1000–2000 soles ()
< 1000 soles
5. Estado civil: soltera () Conviviente () Casada ()

II.- DATOS OBSTÉTRICOS

- 1.- Paridad
Nulípara () Primípara () Multípara ()
2. Antecedentes de aborto: Si () No ()
3. Uso de anticonceptivos: Si () No ()
4. Tipo de aborto: Inducido () Espontáneo ()
5. Otros:

III.- OBSERVACIONES

.....
.....

