

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Facultad de Medicina Humana



**Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29
años de edad del Hospital Militar Central en el año 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

Inga Castillo, Graciela Esther

DR. JORGE MARIN VALENTIN SUAREZ

Asesor de Tesis

LIMA - PERÚ

2017

Este trabajo dedicado a mi querida madre quien, con mucho esfuerzo, me podrá ver reflejada en ella y a mi padre por su constante apoyo motivacional.

Agradezco principalmente a Dios por haberme brindado perseverancia y fuerza de voluntad a la memoria de mis abuelos y de mi perra Rebeca por haberme acompañado hasta el final de sus días en mis horas de estudio. A los doctores del área de ginecología del Hospital Militar por su asesoría y paciencia en la elaboración de este trabajo

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar factores de riesgo asociados a aborto en jóvenes de 19 a 29 años en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. Se incluyeron todas las pacientes de 19 a 29 años con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el 2016, no se realizaron técnicas de muestreo. El total de abortos fue de 51, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión; manteniendo una relación de 2 controles por cada caso.

RESULTADOS: Se realizó el estudio en 153 mujeres jóvenes, de acuerdo a presentación de aborto. La edad promedio fue de 24 ± 3 años. Factores de riesgo significativos, fueron el consumo de alcohol (OR: 3.429; IC 95%: 1,147-10.246 ;Chi2: 5.322; p: 0.04), consumo de tabaco (OR: 3.48; IC 95%: 1.42-8.534; Chi2:8.006; p: 0.005), alteraciones psiquiátricas (OR: 2.855; IC 95%: 1.05-7.786 Chi2:4.533; p: 0.033), infecciones de tracto urinario (OR: 4.176; IC 95%: 1.5-11.396 Chi2:8.684; p: 0.005), antecedente de aborto (OR: 2.4; IC 95%:1.216-4.804 chi2:6.473 p:0.015), inicio de relaciones sexuales antes de 18 años. (OR: 7.071; IC 95%: 2.912-17.173 chi2:21.81 y un p:0.000)

CONCLUSIONES: El desempleo y enfermedades de transmisión sexual fueron factores protectores no significativos de aborto. El 70% de las que abortaron, consumían alcohol o fumaban. El alcohol, tabaco, alteraciones psiquiátricas, infecciones de tracto urinario, antecedente de al menos un episodio de aborto e inicio de actividad sexual antes de 18 años constituyeron factores de riesgo de aborto.

PALABRAS CLAVE: Aborto, factores de riesgo, embarazo.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the risk factors associated with abortion in youngsters aged 19 to 29 at the Gynecology and Obstetrics Service of the Central Military Hospital in 2016.

MATERIALS AND METHODS: Observational, analytical, retrospective, case-control study. We included all patients from 19 to 29 years old with diagnosis of abortion in the Gynecology and Obstetrics service of the Central Military Hospital in 2016, for which no sampling techniques were performed. The total number of abortion reports was 51 patients who met the inclusion and exclusion criteria, maintaining a ratio of 2 controls per case.

RESULTS: The study was conducted in 153 young women, who were distributed in relation to the presentation of abortion. The mean age of the patients was 24 ± 3 years. The risk factors were alcohol consumption (OR: 3.429, 95% CI: 1.147-10.246 Chi²: 5.322, p: 0.04), tobacco consumption (OR: 3.48, 95% CI: 1.42-8.534; Chi²:8.006 p:0.0005), psychiatric disorders (OR: 2.866, 95% CI: 1.05-7.786 Chi²: 4.533, p: 0.033), urinary tract infections (OR: 4.176, 95% CI: 1.5-11.396 Chi²: 8.684, p: 0.005), initiation of sexual intercourse before age 18 (OR: 7.071, 95% CI: 2.912-17.173 chi²: 21.81 and a p: 0.000)

CONCLUSIONS: Unemployment and sexually transmitted diseases were protector factor for the abortion. Seventy percent of patients who abused, consumed alcohol, or smoked. Alcohol, tobacco, psychiatric disorders, , urinary tract infections, history of at least one abortion episode, and onset of sexual activity before age 18 are a risk factor for presentation Of abortion.

KEYWORDS: Abortion, risk factors, pregnancy

INDICE

CAPITULO I: INTRODUCCION	8
1.1 Línea de investigación y Lugar de Ejecución	8
1.2 Planteamiento del Problema	8
1.3 Formulación del Problema	9
1.4 Justificación	10
1.5 Objetivos de la investigación	12
1.5.1. Objetivo General	12
1.5.2. Objetivos específicos	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes de la investigación	13
2.1.1 Antecedentes internacionales	13
2.1.2 Antecedentes nacionales	29
2.2. Bases Teóricas	34
2.3. Definición de Conceptos Operacionales	40
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	42
3.1. Hipótesis general	42
3.2. Hipótesis Hipótesis Alternativa	42
3.3 Hipótesis Nula	42
3.3. Variables	43
CAPITULO IV: METODOLOGIA	44
4.1 Tipo y diseño de Investigación	44

4.2 Método de Investigación	44	
4.3 Universo, Población, Muestra y unidad de análisis	44	
4.3.1 Población	44	
4.3.2 Muestra	45	
4.3.3 Unidad de Análisis	45	
4.3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión	45	
4.4 Procedimiento para la recolección de datos	46	
4.5 Instrumento	47	
4.6 Procedimiento para garantizar aspectos éticos	47	
4.7 Técnica de procesamiento y Análisis de Datos	48	
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION	49	
5.1. Resultados	49	
5.2. Discusión de resultados	81	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88	
Conclusiones	88	
Recomendaciones	89	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	90	
ANEXOS	97	
ANEXO N° 01	Matriz de Operacionalización de variables	97
ANEXO N°02	Instrumento de recolección de datos	98
ANEXO N° 03	Solicitud para revisión de historias clínicas del Hospital Militar Central	100
ANEXO N°04	Respuesta de listado de historias clínicas	101

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. LINEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN

El presente trabajo tiene como línea de investigación a las jóvenes, grupo el cual abarca entre los 19 y 29 años según MINSA(1); este trabajo tendrá como lugar de ejecución el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central del Perú en el año 2016; el trabajo se realizará mediante la revisión de historias clínicas las cuales están archivadas en la central de archivos del mismo hospital, por lo que es factible la recopilación de datos en dicha institución.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud nos reporta que en el mundo cada minuto ocurre una muerte como complicación del embarazo, parto o puerperio. Asimismo, que cada minuto ocurren 105 abortos y 35 abortos inseguros; dando a lugar a una muerte materna cada tres minutos, como consecuencia de las complicaciones del aborto. Para el año 2013, la situación encontrada sobre la mortalidad materna fue que fallecieron 289 000 mujeres; observándose que para Sierra Leone (en África) se estimó la tasa más alta con 1100 por cada 100 mil nacidos vivos, y las tasas más bajas para Bielorrusia (1 por cada 100 mil nacidos vivos), Israel (2 por 100 mil nacidos vivos) y Polonia (3 por 100 mil nacidos vivos). (2, 3)

Al analizar la mortalidad materna producto del aborto, la literatura nos describe que hay mayor posibilidad de inseguridad y muerte en los abortos ilegales. Notándose, que en los países donde el aborto es legal, es decir que prima la seguridad, la tasa de mortalidad materna es de

alrededor de 0,6 por 100 mil abortos; a diferencia de los países donde no es legal este procedimiento, generando una tasa de mortalidad materna de 1000 por cada 100 mil abortos.(2)

A nivel nacional, si bien la tasa de mortalidad materna ha ido disminuyendo, aún sigue siendo una tasa alta en comparación a otros países; al año 2005, la tasa fue de 120 por cada 100 mil nacidos vivos, disminuyendo a 100 por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2010, y como última información se ha obtenido que la tasa se encuentra en 89 por cada 100 mil nacidos vivos.(4)

Pese a los datos mencionados, cabe recalcar que el aborto no solo es en referencia a los provocados sino también a los espontáneos. Muchos estudios describen a los abortos espontáneos como una de las primeras causas de aborto; no obstante, se debe considerar que hay muchos casos los cuales no son reportados, por lo que habría una subestimación del total de abortos tanto espontáneos como provocados.

Existen estudios que buscan determinar factores de riesgo relacionado a aborto en mujeres jóvenes además de profundizar el conocimiento en toda la información que se pudiera obtener sobre el aborto en un medio como el nuestro. Por lo que se plantea ¿Cuáles son los Factores Asociados a aborto en jóvenes de 19 a 29 años de edad atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016?

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Factores Asociados a aborto en jóvenes de 19 a 29 años de edad atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016?

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

El aborto es reconocido como un problema de salud mundial, en donde su presencia aumenta la morbilidad y mortalidad de las madres. Además, su práctica no siempre es realizada bajo los cuidados ambientales necesarios. Es decir, existe un amplio número de ellos que son efectuados ilegalmente, por lo que las medidas de saneamiento, limpieza y de calidad son ciertamente inadecuadas. Situación que agrava la problemática presentada.

No obstante, existe otra variante menos común denominada abortos espontáneos, los cuales ocurren sin el planeamiento previo por parte de la persona afectada. Se refiere que esta variante es subdiagnosticada y, por lo tanto, tendría una mayor prevalencia de la actual estimada.

La cuantificación de los episodios del aborto en la población joven es de importancia, dado que ellos son los individuos que aportan al crecimiento de la demografía de sus propias poblaciones. Además, poseen características demográficas similares, las cuales pueden ser identificadas y analizadas, con el fin de determinar los factores que influyen en la presencia del aborto en las mujeres jóvenes.

El presente estudio tiene como fin tanto obtener la prevalencia de presentación como recaudar información valiosa respecto al aborto en jóvenes ya que está orientado a esclarecer los componentes y condiciones que rodean el contexto del aborto mismo para poder determinar los factores de riesgo más importantes en nuestro medio, complicaciones, morbilidad y/o mortalidad posterior al suceso. Pero no solo se enfoca en el aborto inducido sino también tiene como objetivo encontrar las asociaciones, la tasa y consecuencias de abortos espontáneos en la población definida ya que al igual que un aborto

inducido, los espontáneos responden a factores asociados predominantes.

La importancia de los resultados de este estudio radica en que, gracias a estos, se puede trabajar sobre los factores de riesgo y condiciones negativas que llevan a las jóvenes a cursar con abortos, ya sean espontáneos o inducidos, y así poder disminuir el riesgo de que las estas opten por una finalización inducida de la gestación y exponerse a complicaciones inmediatas de diversos tipos, como consecuencias psicológicas o reproductivas a largo plazo.

Así mismo, respecto al aborto espontáneo, identificar los factores con mayor relación para poder prevenir la pérdida de futuras gestaciones, con el fin de disminuir el riesgo de alteración psicológica de las jóvenes.

De reducirse la incidencia del aborto en general, estaría disminuyendo la cantidad de jóvenes expuestas al riesgo de morbi-mortalidad materna como consecuencias psicológicas u alteración del medio externo de la joven. Con los resultados de la investigación se pretende trabajar sobre los factores de riesgo y las condiciones negativas que llevan a las jóvenes a cursar con abortos. Con ello se podrá disminuir el riesgo de las exposiciones a las complicaciones de las prácticas de estas, tanto psicológicas como biológicas.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

-Determinar los factores de riesgo asociados a aborto en jóvenes de 19 a 29 años atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Determinar la asociación entre la situación laboral y la presentación de aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años.

-Establecer la relación entre hábitos nocivos y la presentación de aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años.

-Demostrar que los antecedentes clínico-patológicos constituyen factores de riesgo de aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años.

-Establecer la asociación entre los antecedentes ginecológico-obstétricos y la presentación de aborto en mujeres jóvenes de 19 - 29 años.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Zheng, Li, Wu y Tang. Factors associated with spontaneous abortion: a cross-sectional study of Chinese populations. China 2017. Análisis transversal con datos basados de un estudio de cohorte poblacional a gran escala de 0,5 millones de personas de 10 áreas geográficamente diversas de China reclutadas entre 2004 y 2008. El estudio recopiló datos de 84,531 mujeres de 35 a 45 años. Los participantes fueron entrevistados utilizando un cuestionario estandarizado, y se recogió información sobre el estado demográfico-socioeconómico y de salud reproductiva. El riesgo de aborto espontáneo (AE) en el medio rural fue 1,68 veces mayor que en el urbano (OR = 1,68; IC del 95%: 1,54-1,84). Las mujeres con altos ingresos tuvieron un menor riesgo de AE en comparación con las mujeres de bajos ingresos (OR = 0,90, IC del 95%: 0,84-0,97). En comparación con las mujeres con bajo nivel educativo, las mujeres con mayor nivel de educación tuvieron una prevalencia más baja de AE (OR = 0,90, IC del 95%: 0,82 - 0,98). El riesgo de AE sólo se redujo en trabajadores de fábricas (OR = 0,59; IC del 95%: 0,53 - 0,66) y trabajadores profesionales (OR = 0,75, IC del 95%: 0,66-0,84) en comparación con la agricultura y los trabajadores relacionados. Después de estratificar por rural / urbano, la asociación entre ingreso y AE en urbanas (AOR = 0,88, IC del 95%: 0,78 - 0,99) fue más fuerte que en rural (AOR = 0,92, IC del 95%: 0,84-1,00). La asociación entre educación y AE se encontró en la población urbana (AOR = 0,66, IC del 95%: 0,55 - 0,78) pero no en la rural (AOR = 1,05, IC del 95%: 0,34-1,17) y no hubo diferencias en la forma en que la ocupación impactó a AE. (5)

Catak, Binali y col. Effect of socio-cultural factors on spontaneous abortion in Burdur, Turkey: A population based case-control study. Turquía, 2016. Estudio de casos y controles cuyo objetivos fue determinar los factores socioculturales que tienen efecto sobre el aborto espontáneo en Burdur, Turquía. El grupo de casos consta de 257 mujeres cuyos embarazos terminaron con aborto espontáneo. El grupo control consistió en 514 mujeres cuyo embarazo continuó 22 semanas y más durante el estudio. En los análisis multifactoriales se definieron cuatro variables como factores de riesgo para el aborto espontáneo: OR educativo (OR: 2,3; IC = 1,7-3,3) y situación laboral de las mujeres (OR: 2,2; IC = 1,4-3,5), violencia física (OR: 2,0; CI1.2-3.4) y el acceso a la atención prenatal dentro de las 14 semanas de embarazo (OR: 2.1; CI: 1.3-3.4). Concluyeron que las mujeres embarazadas con estos factores de riesgo deben ser seguidas con mayor frecuencia y de forma más cualificada en las instituciones de atención primaria y secundaria y terciaria. En nuestro estudio se examinaron todas las variables independientes que posiblemente afectaban al aborto espontáneo. (6)

Adjei, George, col. Predictors of abortions in Rural Ghana: a cross-sectional study. Ghana, 2015. Estudio que exploró la influencia de las características sociodemográficas en los abortos en 156 comunidades dentro del área de Kintampo Health and Demographic Surveillance System (KHDSS) ubicada en la parte central de Ghana. En 2011 se realizó una encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva entre una muestra representativa de mujeres de 15 a 49 años de edad. Se les preguntó sobre el resultado de los embarazos ocurridos entre enero de 2008 y diciembre de 2011. Los datos sobre sus características sociodemográficas, Se accede desde la base de datos del KHDSS. Se utilizaron modelos de regresión logística de efectos aleatorios univariados y multivariados para explorar los predictores de todos los casos reportados de aborto (inducido o espontáneo) y casos de aborto inducido

respectivamente. Un total de 3.554 mujeres fueron entrevistadas. De este total, 2197 mujeres informaron sobre los resultados de 2723 embarazos ocurridos durante el período. El número de casos de abortos (inducidos y espontáneos) y abortos inducidos fue de 370 (13,6%) y 101 (3,7%) respectivamente. Las mujeres solteras tenían más probabilidades de tener un aborto en comparación con las mujeres casadas (aOR = 1,77, IC del 95% [1,21-2,58], p = 0,003). Las mujeres de 20 a 29 años tuvieron un 43% menos de probabilidades de tener un aborto en comparación con aquellas de edades comprendidas entre 13 y 19 años (aOR = 0,57, IC del 95% [0,34-0,95], p = 0,030). Las mujeres con educación primaria, intermedia y secundaria (JHS) y al menos la educación secundaria tenían mayores probabilidades de tener aborto en comparación con las mujeres sin educación. En comparación con las mujeres más pobres, las mujeres más ricas tenían tres veces más probabilidades de tener aborto. Las mujeres solteras tenían mayores probabilidades de tener un aborto inducido en comparación con las mujeres casadas (aOR = 7,73, IC del 95% [2,79-21,44], p <0,001). Las mujeres entre 20-29 años, 30-39 años y 40-49 años tenían menos probabilidades de tener aborto inducido en comparación con los 13-19 años de edad. (7)

Kumi-Kyereme A, Gbagbo FY, Amo-Adjei J. Role-players in abortion decision-making in the Accra Metropolis, Ghana. 2014. Estudio retrospectivo de método mixto transversal entre enero y diciembre de 2011. Se seleccionó un total de 401 mujeres con registros en los cuadernos de bitácora del aborto para un cuestionario administrado por el entrevistador y una entrevista en profundidad. Se utilizaron análisis descriptivos y multinomiales de regresión logística para evaluar los datos cuantitativos y se aplicó un análisis temático a los datos cualitativos. Los hallazgos del estudio revelan que las personas embarazadas, las madres de solicitantes de aborto, los compañeros masculinos y los "Otros" (por ejemplo, amigos, empleadores) fueron decisivos para tomar la decisión de

terminar embarazos no planeados o no deseados. Varios factores clave influyeron en los procesos de toma de decisiones, incluyendo aversión de los hombres responsables del embarazo, inquietudes sobre anomalías / deformidades en nacimientos futuros debido a abortos no conducidos por profesionales y consideraciones económicas. (8)

Gelaye AA, Taye KN, Mekonen T. Magnitude and risk factors of abortion among regular female students in Wolaita Sodo University, Ethiopia. 2014. Estudio descriptivo y transversal en la Universidad de Wolaita Sodo entre mayo y junio de 2011. Los datos se recopilaron de 493 estudiantes seleccionadas al azar utilizando cuestionarios estructurados y pretestados. Se encontró que la tasa de aborto entre los estudiantes era de 65 por cada 1.000 mujeres, lo que lo convierte en tres veces la tasa nacional de aborto para Etiopía (23/1000 mujeres de 15 a 44 años). Prácticamente todos los abortos (96,9%) fueron inducidos y sólo la mitad (16) fueron reportados como seguros. Los estudiantes con antecedentes de consumo de alcohol, que son de primer año y los que están matriculados en facultades sin antecedentes de Ciencias Naturales post-Grado 10 tenían mayor riesgo de aborto que sus homólogos. Alrededor del 23,7% reportó experiencia sexual. Menos de la mitad de los encuestados (44%) nunca escucharon hablar de anticoncepción de emergencia y sólo el 35,9% de los que tienen experiencia sexual alguna vez usaron condón. Concluyeron que se detectó alta tasa de aborto entre las estudiantes Wolaita Sodo y la mitad de los abortos ocurrieron / iniciaron bajo circunstancias inseguras. El conocimiento de los estudiantes sobre servicios legales y seguros de aborto fue considerablemente pobre. Es imprescindible mejorar la educación en salud sexual, centrándose en los servicios de aborto seguro y legal, y se logre una mayor disponibilidad de servicios de planificación familiar amigable con la juventud en universidades y otros lugares donde se reúnen hombres y mujeres jóvenes. (9)

Urgellés Carrera, S. y col. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Cuba, 2012. Estudio cuyo objetivo era determinar identificar los antecedentes y morbilidad de los abortos provocados así como el comportamiento sexual de la muestra en estudio: estudiantes adolescentes y adultas jóvenes cursando estudios superiores entre el 1er y 3er año, que tuvieran un antecedente de aborto provocado y que dieran su consentimiento para participar en el estudio. Para llevar a cabo este estudio descriptivo, observacional, de corte transversal se realizó un cuestionario para tales fines. Los resultados que arrojó fue que el 42,2 % se habría 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. Con esto concluyeron que los resultados ya expuestos conllevan a un aumento del riesgo que una mujer se practique un aborto. (10)

Filippa Nyboe Norsker, col. Socioeconomic position and the risk of spontaneous abortion: a study within the Danish National Birth Cohort. Dinamarca, 2012. Estudio de cohortes cuyo objetivo fue investigar la relación entre diferentes indicadores de posición socioeconómica y el riesgo de aborto espontáneo. Un total de participantes fue un total de 89 829 mujeres embarazadas por primera vez. En total, 4062 embarazos terminaron en aborto espontáneo. La información sobre la educación, los ingresos y la inserción laboral en el año anterior al embarazo se obtuvo de los registros nacionales. El aborto espontáneo, es decir, la muerte fetal dentro de las primeras 22 semanas de embarazo fue el resultado del interés. Los autores estimaron HRs de aborto espontáneo usando el análisis de regresión de Cox con la edad gestacional como la escala de tiempo subyacente. Las mujeres con <10 años de educación tenían un alto riesgo de aborto espontáneo en comparación con las mujeres con > 12 años de educación (HR 1,19 (IC del

95%: 1,05 a 1,34)). Las estimaciones de HR para los cuatro quintiles de ingresos más bajos fueron todas aumentadas (HR entre 1,09 y 1,15) en comparación con el quintil superior, pero no difirió considerablemente entre sí. En general, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la inserción laboral y el riesgo de aborto espontáneo; Sin embargo, el grupo de mujeres con pensión de invalidez tuvo un aumento en la FC del aborto espontáneo en comparación con las mujeres que estaban empleadas (HR 1,32 (IC del 95%: 0,82 a 2,13)). En conclusión el nivel educativo y los ingresos se asociaron inversamente con el riesgo de aborto espontáneo. Dado que estos factores probablemente están relacionados causalmente con el aborto espontáneo, los hallazgos indican que los factores relacionados con la posición social, probablemente de tipo ambiental y de comportamiento, pueden afectar el riesgo de aborto espontáneo. (11)

Enríquez Domínguez, B. y col. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Cuba, 2010. Realizaron un estudio descriptivo, observacional y transversal en el “Hospital Materno Infantil 10 de Octubre” entre los años 2006 y 2007 donde la muestra abarcaba todas las adolescentes (1110) que acudieron al servicio de aborto para culminar el embarazo en el primer trimestre del mismo mediante un aborto inducido mediante aspiración y curetaje y que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Los resultados arrojados abarcaban que el grupo etario que predominó fueron las adolescentes intermedias (52.3%), la edad de inicio de relaciones sexuales fue entre 15 a 17 años (62.2%), también arrojó que el 56.7% no utilizaba métodos anticonceptivos por olvido (28.8%) o por temor (25%). Concluyeron que la razón primaria para culminar la gestación mediante un aborto inducido recaía en que las gestantes se sentían muy jóvenes para asumir el rol de la maternidad (50.4%). (12)

Eliana M. Quintero-Roa, col. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. Colombia 2010. Estudio descriptivo y transversal con una muestra por conveniencia, tomada entre las pacientes que consultaron en Urgencias de Gineco-obstetricia del Hospital Local del Norte de Bucaramanga entre el 1º de marzo de 2008 y el 28 de febrero del 2009 con diagnóstico de aborto en cualquiera de sus presentaciones. La muestra total fue de 93 pacientes de las cuales 16 aceptaron haberse inducido un aborto. Los factores asociados con este hecho fueron: pertenecer a un estrato socio-económico bajo, carecer de adecuada atención sanitaria y educativa en planificación familiar, carecer de pareja estable o que esta fuera disfuncional y que la pareja presionara inducir el aborto por motivos económicos o paternidad satisfecha. Un contraste de estos resultados con la legislación sanitaria vigente desde la perspectiva bioética de equidad en salud, revela que la aplicación de la normatividad es deficiente tanto en cobertura como en acciones educativas en salud sexual y reproductiva. Concluyeron que facilitar a las pacientes que ejerzan su sexualidad de manera responsable y mejorar las oportunidades para acceder a mejores opciones económicas, puede disminuir la presencia de abortos provocados en la población que habita en la Comuna Norte de Bucaramanga. (13)

Pedersen, Willy. Childbirth, abortion and subsequent substance use in Young women: a population-based longitudinal study. Noruega, 2007. Estudio longitudinal cuyos objetivos fueron investigar vínculos entre partos y abortos con dependencia a la nicotina, problemas con el alcohol y uso de sustancias tóxicas-ilegales en mujeres de 15 a 27 años. La información se recogió de un estudio llamado “Young in Norway Longitudinal Study” el cual era un estudio longitudinal de 11 años de duración a partir de una muestra significativa. Se enfocaron en los datos

de partos y abortos inducidos de las participantes entre 15 y 27 años, mediciones de dependencia a la nicotina, problemas con el alcohol y uso de sustancias tóxicas-ilegales y además factores socio-demográficos, familiares u individuales. Consiguieron como resultados que la mayoría de quienes se habían realizado abortos tenían mayor tasa de uso de sustancias y problemas con el alcohol. Las participantes que culminaron la gestación a término tenían menor tasa de uso de sustancias tóxicas-ilegales u alcohol. Sin embargo, las mujeres que aun vivían con el padre del feto abortado no tenían riesgo aumentado. Las conclusiones que plantean es que el aborto estaría relacionado en alguna manera con un riesgo aumentado de dependencia de nicotina, problemas con abuso de alcohol y uso de sustancias tóxicas-ilegales. También plantean que el nacimiento de un bebé podría reducir el uso de sustancias. (14)

Maria Teresa Anselmo Olinto y Djalma de Carvalho Moreira-Filho. Risk factors and predictors of induced abortion: a population-based study. Brazil, 2006. Este estudio tuvo como objetivo identificar los principales factores de riesgo y predictores del aborto inducido. Se realizó un estudio transversal de base poblacional con una muestra representativa de 3.002 mujeres de 15 a 49 años de edad en el sur de Brasil, asignadas al azar para responder a preguntas sobre aborto inducido utilizando el método de la boleta electoral o el método de interrogatorio indirecto. Los datos socioeconómicos, demográficos y reproductivos se obtuvieron a través de un cuestionario pre-codificado. El análisis de datos utilizó inferencias estadísticas epidemiológicas y el teorema de Bayes para calcular la probabilidad a posteriori. El aborto inducido estuvo fuertemente asociado con la pérdida fetal para todos los grupos de edad. En los adolescentes, los principales predictores fueron el bajo nivel socioeconómico, la baja escolaridad, el alto abandono escolar y el conocimiento de un gran número de métodos anticonceptivos. Para todas las demás mujeres, las características socioeconómicas y el color

de la piel no se asociaron con el aborto. Para las mujeres de 20 a 49 años, el estado civil y las características reproductivas, incluido el conocimiento de los métodos anticonceptivos, fueron los factores de riesgo y predictores más frecuentes del aborto inducido. (15)

Ferguson y col. Abortion in young women and subsequent mental Health. Nueva Zelanda, 2006. Estudio donde hacen referencia que es controversial que un aborto tenga consecuencias nocivas sobre la salud mental, por lo que decidieron examinar los vínculos entre un aborto y estados mentales tras el suceso en pacientes de 15 a 25 años. La información se obtuvo del “Christ church Health and Development Study”, un estudio de 25 años de duración sobre el control de la natalidad en Nueva Zelanda. La información que se recogió estaba centrada en tres puntos: a) la historia de embarazo/aborto en participantes femeninas entre los 15-25 años de edad; b) Determinación de desórdenes mentales según el DSM-IV u comportamiento suicida, dividido en grupos de 15-18, 18-21 y 20-25 días; y c) Factores confusores relacionados con la familia, la infancia, entre otros. Se obtuvo como resultados que 41% de las mujeres por debajo de 25 años habían quedado embarazadas al menos una vez y 14.6% de este grupo había optado por un aborto. Las participantes que habían culminado su gestación con un aborto tenían elevadas tasas de problemas mentales posteriores como depresión, ansiedad, conducta suicida y abuso de sustancias tóxicas. Esta asociación persistió aun tras eliminar los factores confusores. Con estos resultados llegaron a la conclusión que abortos en mujeres jóvenes podría estar asociado con mayor riesgo de problemas de salud mental. (16)

Schmiege, S. y col. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. Estados Unidos, 2005. Estudio donde deseaban examinar las consecuencias de la finalización de un primer embarazo no deseado (aborto o parto) y riesgos de depresión. Para

obtener los resultados se realizó este estudio longitudinal de cohortes donde participaron 1247 mujeres de la encuesta nacional de Estados Unidos sobre jóvenes que abortaron o dieron a luz un primer embarazo no deseado. Como conclusiones se obtuvo que detener la gestación comparado con dar a luz no estaba directamente relacionado al riesgo de depresión clínicamente significativa. No se determinó una relación existente entre la manera de la finalización del embarazo y depresión. No se pudo determinar si las pacientes que negaban a dar datos presentaban alteración de salud mental. El grupo que tendía a culminar la gestación con un aborto tenía un ligero mayor ingreso y educación y menor tamaño total de la familia, características que se asocian menos a depresión. Como conclusión se dio que la evidencia que permite relacionar el aborto con mayor riesgo de depresión es insuficiente. (17)

Schieve y col. Spontaneous abortion among pregnancies conceived using assisted reproductive technology in the United States. Estado Unidos, 2003. Estudio donde tenían la intención de examinar los factores de riesgo y tasas de aborto espontáneo en embarazos concebidos por tecnología de reproducción asistida (ART). Se llegó a recolectar la información de 62,228 casos resultado de procedimientos ART realizados entre 1996-1998 en clínicas de Estados Unidos. Los datos de los abortos se tomaron de los reportes clínicos ART. Los datos recolectados se compararon con resultados del “National Survey of Family Growth” (encuesta a mujeres de Estados Unidos con 15 a 44 años) a lo largo de todo el estudio. Como resultados se obtuvo que el 14.7% de los embarazos logrados por ART terminaban en abortos espontáneos, cifra parecida a los resultados obtenidos del “National Survey of Family Growth” sobre los embarazos que reporta. Dentro de los embarazos logrados con los oocitos de la misma paciente y embriones recientemente fertilizados, el riesgo de aborto en gestantes con 20-29 años era aproximadamente 10.1% y llegaba a 39.3 entre las gestantes con más de

43 años. El aborto en pacientes quienes recibieron ovodonación llegaba a 13.1% sin mucha variación por la edad de la paciente. El riesgo de aborto espontáneo aumento cuando se trataba de embiones congelados y disminuía en embarazos múltiples. También se determinó que el riesgo de aborto estaba aumentado si es que la paciente tenia historia de abortos previos tras un intento de ART y si usaba Clomifeno o si recibía el cigoto en la trompa de Falopio. Como conclusión arrojaron que el método de ART no determina el riesgo de aborto espontaneo sino que lo más importante es los factores relacionados a la calidad del ovocito u embrión.
(18)

Rasch, Vibeke. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Dinamarca, 2003. Investigación cuyo objetivo fue estudiar la asociación entre consumo de cigarrillos, alcohol y cafeína y la ocurrencia de aborto espontáneo. La población de estudio consistió en 330 mujeres con aborto espontáneo y 1168 mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal. Se utilizó un diseño caso-control; Los casos fueron definidos como mujeres con un aborto espontáneo en la semana de gestación 6-16 y controles como mujeres con un feto vivo en la semana de gestación 6-16. Las variables estudiadas comprenden edad, paridad, situación ocupacional, consumo de cigarrillos, alcohol y cafeína. La asociación entre el consumo de cigarrillos, alcohol y cafeína fue estudiada mediante análisis de regresión logística, mientras que el control de las variables de confusión. Además se realizaron análisis estratificados de la asociación entre el consumo de cafeína y el aborto espontáneo sobre la base del consumo de cigarrillos y alcohol. Las mujeres que habían dado a luz dos o más veces tenían un odds ratio (OR) aumentado, 1,78 (1,27-2,49), mientras que las mujeres que eran estudiantes habían disminuido OR, 0,55 (0,34-0,91) por tener abortos espontáneos. En cuanto a los factores de estilo de vida, las RUP ajustadas entre las mujeres que consumieron 5 unidades o más de

alcohol por semana o 375 mg o más de cafeína al día fueron 4,84 (2,87-8,16) y 2,21 (1,53-3,18), respectivamente. Las mujeres que fumaban de 10 a 19 cigarrillos y 20 o más cigarrillos al día no habían aumentado significativamente las RUP por tener abortos espontáneos, después de ajustar otros factores de riesgo. (19)

Díaz, Elva y col. Factores de riesgos demográficos y sociales del aborto. Cuba, 2001. Estudio cuyo objetivo fue contribuir a la búsqueda de los factores determinantes del aborto en este tipo de mujeres. Se utilizó una muestra, que además de ser numerosa (5 413), tuvo la peculiaridad de estar constituida por todas las embarazadas registradas en 12 Policlínicos durante 18 meses. Se obtuvo que las características de las mujeres que terminan el embarazo en aborto son: vivir en viviendas de menos de 4 habitaciones, tener menos de 3 abortos previos, convivir con familias numerosas, ser adolescentes con retraso escolar o adulta con menos de 10 grados de escolaridad, ser fumadora y no abandonar el hábito al saber que está embarazada y ser soltera. El factor adolescencia por sí solo deja de ser estadísticamente significativo cuando se elimina el efecto confusor de los demás factores, o sea, el hecho de ser adolescente no conduce al aborto si no está acompañado de los otros factores. Por último, entre las conclusiones se tiene que los factores que han resultado importantes en el estudio multifactorial pueden servir como base inicial para construir un modelo utilizable para discriminar las embarazadas con riesgo de abortar. (20)

Bankole, A. y col. Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review. Estados Unidos, 1999. Buscan comprobar que los niveles de abortos en distintos grupos de mujeres varían dependiendo de la intención de salir gestando y de la disposición de abortar si salieran gestando sin planificarlo. La información se obtuvo a partir de estadísticas nacionales y encuestas de muestra representativa

con la cuales se calculó un aproximado de distribuciones, tasas y relaciones entre las características de las mujeres, su edad al aborto, estado civil y paridad. Se encontró que mujeres de 40 años a más eran las que tenían menor tasa de abortos (10% o menos en la mayoría de países) mientras que las adolescentes eran las que tenían mayor tasa de abortos (33% en Cuba, 22% en Escocia). En más de la mitad de países estudiados, las mujeres casadas son las que abortan más a menudo que las no casadas, sin embargo, cuando una mujer sale gestando y no se encuentra casada es más propensa a optar por el aborto que las mujeres casadas. Las conclusiones a las cuales llegaron era que las características de la situación de la mujer si influye en la decisión de abortar un embarazo no planificado.(21)

Cortés Alfaro, A. y col. Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana. Cuba, 1999. Estudio transversal que trabajo con adolescentes que cursaban estudios técnicos y/o profesionales en la ciudad de La Habana en los años 1995-1996 con el objetivo de recoger datos sobre el comportamiento sexual y antecedentes de embarazo, aborto, y regulación menstrual a través de una encuesta aplicada por personal adiestrado en dicho cuestionario. La muestra resulto ser de 1185 estudiantes entre los 15 a 19 años de los cuales 466 eran damas y 719 eran varones. Los resultados arrojaron que el 83.9% eran sexualmente activos a predominio del sexo masculino con mayores porcentajes entre los 12 a 15 años. El estudio también reporta que el 88.1% curso un aborto y 72.1%, un embarazo. El 29,5% curso 2 o más abortos. Más de la mitad de la muestra menciona que la información dada acerca de sexualidad en sus centros educativos era deficiente. (22)

Castañeda Abascal, I. y col. Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado. Cuba, 1999. Pretendían identificar los factores de riesgos que conllevaban que un embarazo culmine en un aborto en una muestra de la provincia de Matanzas entre enero y marzo de 1994. En este estudio caso control se estudió a las mujeres entre 15 y 29 años que culminaron su gestación ya sea por parto o por aborto en algunos hospitales de la ciudad de Matanzas. Se utilizó un cuestionario que abarcaba 6 aspectos (características sociodemográficas de la mujer, historia obstétrica, conocimiento y uso de métodos, anticonceptivos, características de la pareja, La mujer y su embarazo y relaciones sexuales) de los cuales se extrajeron 40 variables. Mediante la estimación del riesgo relativo se midió el grado de asociación entre los factores de riesgo con el aborto llegando a determinar que los más determinantes fueron: tiempo de unión con la pareja, uso de métodos anticonceptivos, cuándo quedó embarazada y edad al primer embarazo. Concluyeron que los factores de riesgo podrían variar dependiendo de la región y que enfocándose en esos factores de riesgo determinados podrían disminuir la cantidad de abortos en esa región. (23)

Cabezas-García, E. y col. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. México, 1998. Estudio cuyo objetivo fue identificar las características demográficas de las gestantes y la fuerza de relación con el aborto inducido en la primera gestación. Para llegar a cumplir la meta se realizó una encuesta en el municipio “Diez de Octubre”, de la ciudad de “La Habana” en Cuba entre los años 1991 y 1992. La muestra total se dividió en: mujeres cuyo embarazo culminó con aborto inducido y mujeres cuyo embarazo culminó parto. Como resultados, se obtuvo que del grupo de variables sociodemográficas relacionadas con aborto en la primera gestación las más resaltantes resultaron ser: edad menor de 24 años [94% de la muestra] (con riesgo aún mayor si la gestación se da en mujeres de 20 años a menos [60% de la muestra]), ser solteras o con

pareja; también se detectó que de las que abortaron, 55% tenían escolaridad de preuniversitario, y sólo 5.5% eran universitarias. Del total de la muestra de gestantes solteras, 56% terminaron en aborto inducido, mientras que el 70% de las mujeres casadas culminaron la gestación vía parto. Con los resultados ya expuestos, los autores del estudio llegaron a la conclusión que es elevado el riesgo que una gestante se induzca un aborto en su primera gestación, especialmente si cursa con menos de 24 años y no hay cumplido sus expectativas laborales, educativas o sociales. (24)

Bankole, A. y col. Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence From 27 Countries. Estados Unidos, 1998. Estudio que buscan explorar y encontrar una explicación dentro de las circunstancias económicas, sociales y de salud ya que la razón inmediata de la causa del aborto es que fue un embarazo no planeado o no deseado. Para este estudio se utilizaron encuestas nacionales, estadísticas oficiales gubernamentales y estudios basados en comunidad u hospitales consiguiendo 32 estudios en 27 diferentes países con el fin de examinar las razones que las mujeres daban tras realizarse un aborto. Se encontró que la razón más común es posponer o detener el embarazo, la segunda razón (socioeconómica) está relacionada con la detención de la educación u trabajo, falta de apoyo por parte del padre, deseos de educar a otros niños ya previamente concebidos; además también estaba relacionado con pobreza, desempleo o la imposibilidad de mantener más niños. Además otras razones son que la madre percibe ser muy joven para gestar o tiene problemas con la pareja. Las características de las mujeres están relacionadas con sus razones para abortar con pocas excepciones, mujeres mayores y casadas suelen identificar como primera razón de aborto el límite de hijos. Como conclusiones mencionan que las razones por las que las mujeres abortan son más profundas y complejas que el simple hecho de no seguir gestando y que la decisión es tomada

como resultado de más de un factor. Además, algunos abortos serán difíciles de prevenir dadas las limitaciones de las mujeres para controlar todas las circunstancias relacionadas a su vida. (25)

Measham, Anthony R, y col. Complications from induced abortion in Bangladesh related to types of practitioner and methods, and impact on mortality. Bangladesh, 1981. Estudio cuyo objetivo era determinar las complicaciones más frecuentes resultado de abortos inducidos en el área rural de la ciudad de Bangladesh. Se obtuvo 1590 casos de complicaciones de los abortos de los cuales 9.1% de los casos fueron mediados por “regulación menstrual” y “dilatación y curetaje”. Se encontró que casi la mitad de las complicaciones fueron causadas por la introducción de objetos extraños, como varillas o ramas, y dejarlos dentro de la cavidad vaginal hasta que se produjera el aborto o las complicaciones. Se reportaron 498 abortos de los cuales, la mortalidad por abortos medicamente aprobados fue 4-9%, mientras que la mortalidad aumentaba para otras prácticas de aborto como presión abdominal (66.7%) y actividad física vigorosa (100%), por suerte, las últimas dos mencionadas representaba el 2-3% de la muestra respecto a prácticas de aborto. Al extrapolar los resultados a la población, da un aproximado de 780000 abortos en Bangladesh en 1978 y 78000 muertes resultado de estos abortos. Tras estos resultados, los autores concluyen que todas las muertes producidas por aborto podrían haberse evitado de haber estado disponible métodos más seguros para culminar un embarazo no deseado. (26)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Calderón y col. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. Trujillo, 2006. Estudio de casos y controles, los casos: 58 adolescentes con aborto provocado que acudieron al Hospital Regional Docente de Trujillo por hemorragia, los

controles fueron 58 adolescentes que continuaron el embarazo y acudían a sus controles prenatales en el mismo hospital. Como resultados, encontraron que el 62% de los controles comunicaron a sus padres sobre el embarazo, a diferencia de los casos quienes solo el 20% lo informó ($p < 0,001$), se asoció al aborto provocado con la falta de confianza hacia los padres (OR: 4,5; IC95: 1,7-12,3), no hubo asociación con violencia intrafamiliar o con antecedente familiar de aborto. En el grupo de casos, las reacciones negativas (violencia, retirar a la adolescente de sus estudios o hacerla trabajar) fueron más frecuentes (OR: 14,1; IC95: 3,9-50,9), así como la presentación de discusiones y molestias entre los miembros de las familias de estas adolescentes (OR: 23,9; IC95: 12,4-208,7). Concluyeron que se encuentra una fuerte relación entre la comunicación y el nivel de confianza de los padres, así como las reacciones negativas ante la noticia del embarazo con el aborto provocado.(27)

Tarqui y col. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima – Perú, 2006. Buscaron estimar la prevalencia y determinar los factores asociados al intento de interrumpir el embarazo en mujeres con antecedente de embarazo. La muestra incluyó a 1057 mujeres con antecedente de embarazo que habitaban en Pamplona Alta, seleccionadas a través del muestreo probabilístico sistemático. Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial, incluyendo un modelo de regresión logística. Obtuvieron como resultados que la prevalencia de la intención de interrumpir su embarazo fue 13,9% (IC 99%: 11,1-16,7). Al efectuarse un análisis multivariado, se encontró que los factores asociados fueron: embarazo no deseado (OR=5,7; IC: 1,9-16,7), la falta de atención prenatal (OR=4,7; IC: 1,8-12,2), la prostitución (OR=11,4; IC: 1,5-87,9), tener menos de 20 años (OR=2,9; IC: 1,1-7,9) y tener más de dos parejas (OR=3,3; IC: 1,1-10,2). Concluyeron que la prevalencia

estimada del intento de interrumpir el embarazo en mujeres con antecedente de embarazo en una zona urbano marginal de Lima es baja si se compara al estimado nacional de abortos. Los factores asociados al intento de interrumpir el embarazo son: el embarazo no deseado, prostitución, tener menos de 20 años, tener más de dos parejas y la falta de atención prenatal.(28)

Sánchez Vidal. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado Hospital Nacional Sergio Bernales. Lima, 2005.

Estudio retrospectivo, transversal, correlacional realizado en el Hospital Sergio Bernales. Estudiamos el nivel de participación de las personas: ella (1° persona), pareja (2°) y madre, amiga, padre y otros como terceras personas, en la decisión del aborto provocado. Se entrevistó a 105 pacientes (95% de confianza y $\pm 5\%$ de error), incluidas entre 14 y 45 años, con diagnóstico de aborto incompleto y que reconocieron el aborto provocado. Procesamos los datos en el programa SPSS v10, el análisis fue a través del Chi cuadrado, significativo $p < 0.05$ y OR IC 95%. La edad promedio fue 23.8 años, solteras (51.9%), estudios secundarios (66.7%), edad gestacional promedio 9.2 semanas, inicio de relaciones sexuales promedio a los 17.5 años, con una pareja sexual (53.3%), sin antecedente de aborto (80%) ni uso de métodos anticonceptivos (58.1%). La persona que sugiere el aborto es la amiga (39%), financia la pareja (53.3%) y acompaña la amiga (41%). La decisión del aborto está dada por ella (35.2%), ambos (32.4%) y la pareja (15.2%). Cuando la pareja decide existe 11.5 veces más posibilidades de que ella participe en algún momento en la realización del aborto, en la sugerencia (OR: 175 IC95% 7-260), financiamiento (OR: 17 IC95% 4.6-67.9) y acompañamiento (OR: 72 IC95 % 5.3-2269.3). (29)

Salomón, Liz y col. Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado – Instituto Especializado Materno perinatal – 2005. Estudio retrospectivo, transversal, correlacional realizado en el Instituto Especializado Materno Perinatal (Mayo – Julio 2004). Estudiaron los factores familia, pareja, económico, personal y reproductivo en la decisión del aborto provocado en mujeres con este antecedente. Se aplicó entrevistas probabilística por conveniencia a 117 mujeres (95% de confianza y error ± 5). El análisis fue a través del Chi cuadrado (significativo $p < 0.05$) y OR IC95%. El 81.2% presentaron un sólo factor, 17.1% dos, y 1.7% tres. El 36.8% fue determinado por el factor pareja, 35% por la familia, 23% personal, 11.1% por el factor económico y por el 10.3% el factor reproductivo. En la decisión del aborto provocado, el factor económico es 25 veces más probable con tres factores (OR: 25.14 IC95% 1.48-811.2). El factor familia es 8 veces más probable y (OR: 8.4 IC95% 2.5-29.86) y el factor pareja es 6 veces más probable con dos factores (OR:6.1 IC95% 1.61-16.35), todos estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Los factores reproductivos y personales no fueron significativos. (30)

Valera. El aborto como problema de salud en Piura metropolitana. Piura, 1997. Buscó conocer la incidencia, y la distribución de tasa de muerte materna por aborto en Piura, ciudad costeña del norte del Perú. Al nivel de establecimiento de salud, el 10, 7% de las gestaciones terminó en aborto. La tasa de aborto fue de 122,5 por mil nacidos vivos y el 8,9% de los abortos estuvo infectado. El aborto séptico constituyó la tercera causa de muerte materna en los últimos 4 años, sepsis de otras etiologías y delante de la hemorragia obstétrica. La mortalidad materna por aborto en Piura en 1996 fue 41 x 100 000 nacidos vivos (27,3% del total). El hospital regional concentró todos los casos de muerte materna por aborto, presentando una tasa de 150 x por 100 000 nacidos vivos (tasa general

de muerte materna de 552 x 100 000 nacidos vivos). El hospital regional presentó elevados indicios de atención por aborto frente al resto de establecimientos de salud, debido a la referencia de pacientes. (31)

Gonzales, W. y col. Factores etiológicos implicados en el aborto recurrente. Lima, 1997. Estudio retrospectivo, descriptivo, cuyo objetivo fue determinar los factores etiológicos implicados en el aborto recurrente de pacientes que acudieron para su atención entre 1993 y 1995, a la Unidad de Patología del Primer Trimestre del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, del IPSS, y se revisó 42 historias clínicas de pacientes que presentaron 2 ó más abortos consecutivos, encontrándose en 11,9% de los casos un trastorno autoinmune, e 9,5%, un defecto anatómico uterino, 7,1% hormona 4,8% infeccioso y en 2,4% genético. En 64,3% no se halló una causa implicada en los abortos. Se comparan nuestros hallazgos con lo publicado en la literatura y se concluye que no se descubrió un factor etiológico en la mayoría de las pacientes, pues no se cuenta con la tecnología adecuada, lo que hace imposible ensayar un esquema terapéutico.(32)

Aparicio y col. Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. Lima, 1996. Buscaron determinar las características de las adolescentes atendidas por aborto en el Hospital "Dos de Mayo", Revisaron 71 casos de pacientes menores de 20 años con diagnóstico de aborto. Se excluyeron 2 casos debido a la falta del informe anatomopatológico y/o la no concordancia entre el diagnóstico patológico y el clínico. Se utilizó una ficha preelaborada para la recolección de datos. Encontraron como resultados que el 92,7% de casos tuvo una edad entre 16 a 19 años, siendo convivientes 55,1%. Casi la totalidad de las pacientes, 97,196, no tuvo control prenatal. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue aborto incompleto, en 86,9%. La

mayoría de pacientes no utilizaba método anticonceptivo, 40,6%, y 26,08% hacía uso de métodos naturales. En 10.1% hubo el antecedente de un aborto anterior. La complicación más seria del aborto que la pelviperitonitis, teniéndose como ejemplar la histerectomía. Concluyeron que el aborto en el grupo adolescente ocurre con mayor frecuencia en la adolescencia tardía y en mujeres de un nivel sociocultural bajo, sin control prenatal.(33)

Pérez y col. Factores epidemiológicos asociados al aborto. Chiclayo, 1995. Buscaron determinar los factores epidemiológicos y la morbimortalidad materna asociadas al aborto, según la forma de inicio. Realizaron el estudio en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en nuestro país. La población fue de 252 casos de aborto, dentro de los cuales el 78,57% del total fueron espontáneos y el resto fueron provocados, se encontró una proporción de 1 aborto cada 6 partos y una tasa de 179,5 x cada 1000 nacidos vivos. La mortalidad materna por aborto fue 142 x 100000 nacidos vivos. Concluyeron que el aborto sigue constituyendo en un grave problema de salud pública, que amerita una atención inmediata multidisciplinaria y multisectorial.(34)

Méndez buscó la Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Cayetano Heredia. Lima, 1985. Encontraron una tasa de mortalidad por aborto séptico de 71,74 por 10000 abortos, siendo el 35,79% por causa de sepsis. La edad promedio de las pacientes fue de 27,2 años con un rango entre 14 y 43 años, el 17,64% correspondía a menores de 20 años. El promedio de hijos vivos fue de tres, con un rango entre 0 y 13 hijos; el 50% tenían una unión familiar inestable y el total de pacientes primigestas no eran casadas. El 52,94% procedían fuera del área que le corresponde al hospital y el 38,2% de las fallecidas por aborto séptico tuvieron una permanencia en el hospital menor de 24 horas.(35)

2.2 BASES TEORICAS:

Se define como aborto a la interrupción ya sea espontanea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, teniendo en cuenta que debe de contarse desde el primer día de la última menstruación normal, además de tener un peso \leq 500 gramos o 25 cm. Por otra parte, también puede considerarse aquel con edad gestacional absolutamente no viable, como es el caso de los huevos no embrionados, la mola hidatidiforme, entre otros. No obstante, hay ocasiones en las cuales el recién nacido tiene un peso al nacer menor a 500 gramos y puede sobrevivir; pero se considera que en caso de ingresar a la unidad neonatal y posteriormente fallece, se debe registrar como mortalidad neonatal. (36)

Asimismo, hay formas clínicas del aborto espontaneo por lo que no se ha estandarizado la terminología, debido a la variación en los términos usados; en primer lugar, la amenaza de aborto es cuando el embarazo tiene un producto vivo donde hay presencia de contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado. El aborto en curso o inevitable es aquel en el cual hay un aumento progresivo del dolor, de las contracciones uterinas o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas. El aborto incompleto es la expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable. El aborto completo es la expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor. El aborto retenido es 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. Finalmente, el aborto séptico es cuando hay una infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o

provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus. (37)

Por otro lado, según la literatura, el aborto puede ser clasificado según el tiempo de gestación; de acuerdo a esto, se considera aborto temprano o precoz, el cual ocurre antes de las 12 semanas. Donde se incluye al aborto bioquímico, preimplantacional o preclínico, que es el que se da antes de que el blastocisto se implante, hasta la primera manifestación clínica o que haya identificación ecográfica del saco ovular (a la cuarta o quinta semana gestacional). Y el aborto tardío, el cual se da a las 12 o más semanas de gestación; sin embargo, según las Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal al aborto temprano se le considera cuando es una edad gestacional menor a 9 semanas y el tardío al mayor a 9 semanas. También puede ser de acuerdo a la forma de presentación, ya sea espontáneo o inducido; el cual en la legislación Peruana no es aceptado y el código penal contempla sanciones a quienes lo practican. Y por último, el aborto terapéutico donde la terminación de la gestación se da con el fin de salvarle la vida a la madre en caso de que esta peligre debido a la gestación. (36, 38)

En relación al aborto espontáneo, la literatura nos describe que al menos el 50% de los abortos en el primer trimestre de embarazo se le atribuye a las anomalías cromosomales. En un metaanálisis se encontró que las anomalías cromosómicas ocurrieron en el 49% de los abortos espontáneos. Siendo la trisomía autosómica la más común (52%), seguido de la poliploidia (21%) y la monosomía X (13%). La mayoría de las anomalías cromosómicas que terminan en aborto espontáneo se dan al azar, como es el caso de los errores en gametogénesis materna y paterna, dispermia, y la falta de disyunción cromosómica. La anomalías estructurales de los cromosomas individuales (por ejemplo, translocaciones o inversiones) se reportaron en el 6% de las

mujeres que tuvieron abortos espontáneos y casi la mitad de éstas es heredada.(39)

Los factores de riesgo para esto son la edad materna avanzada, el consumo de alcohol, el uso de gases anestésicos (como el óxido nitroso), el consumo de café, enfermedades crónicas maternas (la diabetes mal controlada, enfermedad celiaca, enfermedades autoinmunes como el síndrome de anticuerpos antifosfolípido), el consumo de cigarrillos, de cocaína, la concepción tras tres a seis meses del último parto, uso de dispositivos intrauterinos, infecciones maternas (vaginosis bacteriana, micoplasmosis, virus del herpes simple, toxoplasmosis, listeriosis, clamidia, VIH, sífilis, parvovirus B19, malaria, gonorrea, rubeola, citomegalovirus), medicamentos (como el misoprostol, retinoides, metotrexate, drogas antiinflamatorias no esteroideas), previos abortos electivos múltiples, toxinas (como el arsénico, plomo, etilenglicol, disulfuro de carbono, poliuretano, metales pesados, disolventes orgánicos), anomalías uterinas (como anomalías congénitas, adherencias, y leiomiomas).(40-55)

No obstante, otros factores son notables por su falta de asociación con el aborto espontáneo. En un estudio que se examinó la influencia del estrés sobre el aborto temprano no logró encontrar una clara asociación. Así mismo, no se ha demostrado que el consumo de marihuana aumenta el riesgo de aborto espontáneo. De la misma manera, la actividad sexual no eleva los riesgos de mujeres con embarazos sin complicaciones.(42, 44)

En la clínica referente al aborto espontáneo, generalmente se presenta como un sangrado vaginal o dolor pélvico, o se halla de manera incidental en una ecografía pélvica realizada en un paciente asintomático. Algunas mujeres desconocen que se encontraban gestando, principalmente aquellas con menstruaciones irregulares o quienes habían tenido un

episodio más reciente de sangrado vaginal que se interpretó como menstruación.(47)

El sangrado varía desde manchas cafés escasas hasta un sangrado vaginal abundante; no obstante el volumen o patrón de sangrado no predicen el aborto espontáneo. En el 20 al 40% de gestantes es común presentar en el primer trimestre de embarazo un sangrado vaginal espontáneo; del 90 al 96% cuando se produce un sangrado entre la semana 7 y 11 de gestación pero se observa actividad cardíaca fetal, el embarazo continúa, y las tasas de éxito van en aumento conforme avanza la edad gestacional. El sangrado vaginal puede estar acompañado de tejido fetal, siendo normalmente sólido y de apariencia de una masa blanca cubierta con la sangre. Además, es asociado a la presencia de dolor de tipo cólico o sordo y puede ser constante o intermitente.(48, 49)

Con respecto al diagnóstico, la amenaza de aborto es definido por el sangrado vaginal en una mujer en quien se ha confirmado el embarazo. La hemorragia del primer trimestre en una embarazada tiene diversos diagnósticos diferenciales que deben ser evaluados con una historia clínica completa y examen físico. Los exámenes de laboratorio deben incluir hidróxido de potasio y microscopía de “preparación en fresco” de cualquier secreción vaginal, hemograma completo, tipo de sangre y pruebas de Rh y pruebas de hCG sérica cuantitativa. Las pruebas de gonorrea y clamidia también deben de ser considerados. La ultrasonografía es crucial en identificar el estado del embarazo y verificar que éste se encuentra intrauterino.(50)

Cuando la ultrasonografía transvaginal muestra que el útero se encuentra vacío y que el nivel de hCG sérica cuantitativa se encuentra por encima de 1,800 mIU por mL (1,800 IU por L), debe de tenerse en consideración que puede ser un embarazo ectópico. Cuando una ecografía transabdominal se realiza y se encuentra el útero vacío se debe de

pensar en embarazo ectópico si los niveles de hCG cuantitativa se encuentran por encima de 3,500 mIU por mL (3,500 IU por L). Cuando en una ecografía se encuentra un útero vacío puede ser también un signo de un aborto espontáneo completo, pero el diagnóstico no es definitivo hasta que el embarazo ectópico es descartado. Si se encuentra un embarazo intrauterino, no se debe de descartar la posibilidad de que sea un embarazo heterotópico, por ejemplo, que se encuentre simultáneamente un embarazo intrauterino y un ectópico. El riesgo de aborto espontáneo disminuye de 50 a 3% cuando se identifica el latido cardiaco fetal en la ecografía.(40, 50)

Cuando al examen físico se encuentra un cérvix dilatado, es un aborto inevitable. Sin embargo, la evaluación cervical no determina si es un aborto completo o incompleto. La ecografía transvaginal debe de ser realizada y es bastante fiable para encontrar productos de la concepción, con un 90 a 100% de sensibilidad y de 80 a 92% de especificidad. Un aborto espontáneo es usualmente diagnosticado por una ecografía de rutina o cuando se pide una ecografía debido a que la gestante nota que ya no presenta repentinamente síntomas o signos comunes propios del embarazo. (40)

El diagnóstico de un aborto espontáneo generalmente se basa en los hallazgos de ultrasonido pélvico. Éste se debe de hacer en el momento oportuno, pero se debe de tener cuidado para confirmar que se cumplen los criterios de diagnóstico para evitar la terminación de un embarazo saludable. Hay pocos riesgos si es que se mantiene una conducta expectante por un corto periodo de tiempo para permitir una evaluación adicional. (51)

Los criterios para el aborto espontáneo en la ecografía pélvica son la presencia de un saco gestacional ≥ 25 mm en diámetro medio que no contiene saco vitelino o embrión; y un embrión con una longitud céfalo

caudal ≥ 7 mm que no tiene actividad cardiaca. Si es que el saco gestacional o embrión es más pequeño que estas dimensiones entonces es necesario repetir la ecografía pélvica una o dos semanas después. (55,57)

Sin embargo, para los embarazos que no cumplen con los criterios de tamaño mencionados, la Sociedad de Radiólogos de Ultrasonido, añadió en el año 201 criterios para el diagnóstico de embarazo fallido en base a la falta de desarrollo en el tiempo. Siendo éstas, como primer punto, una ecografía pélvica que muestra un saco gestacional sin saco vitelino, y la ausencia de un embrión con latido cardiaco en ≥ 2 semanas. O por otro lado, una ecografía pélvica que muestra un saco gestacional con saco vitelino, pero con ausencia de embrión con latido en ≥ 11 días. (54)

Algunas mujeres pueden haber completado el aborto para el momento en el cual llegan a la evaluación clínica. Si al realizar la ecografía se observa un útero vacío y la evaluación del tejido expulsado confirma la presencia de productos de la concepción, no es necesario realizar ninguna otra acción; en estos casos, las pacientes tienen un aborto espontáneo completo por lo tanto se pueden manejar de manera expectante. Sin embargo, si los productos de la concepción no se confirman físicamente cuando el útero está vacío, debe descartarse un embarazo ectópico. (57)

2.3. DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES

SITUACION LABORAL: Define la forma que toma la relación laboral de la población ocupada en el lugar donde trabaja referidos a su ocupación principal en la fecha de referencia. Actividad e inactividad en el servicio como medida de la empleabilidad de las gestantes.

HABITOS NOCIVOS: Comportamiento peligroso o dañino para la vida una persona, de cualquier ser vivo y del ambiente. Patrones de consumo de sustancias nocivas en las gestantes.

TABAQUISMO: Enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central.

ALCOHOLISMO: Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito.

CONSUMO DE DROGAS: Dependencia de la ingesta de sustancias que afectan directamente al sistema nervioso central, sus principales funciones, en lo que hace a lo estrictamente sensorial y también en lo que respecta a los estados de ánimo.

ANTECEDENTES CLINICO-PATOLOGICOS: Enfermedades que se presentan previamente a la enfermedad actual.

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS: Síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad.

DIABETES MELLITUS: Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.

ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: Infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral.

INFECCIÓN URINARIA MATERNA: Bacteriuria asintomática, Cistouretritis, Pielonefritis. Existencia de bacterias en el tracto urinario capaces de producir alteraciones funcionales y/o morfológicas. Presencia de bacteriuria significativa (> 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml de un único uro patógeno recogida por micción espontánea en 2 muestras consecutivas.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: Son las características en relación al área gineco-obstetricas que se dan previamente a la enfermedad actual.

GESTACIONES: Número de embarazos que es parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer.

NÚMERO DE ABORTOS: Número de interrupciones de embarazo antes de las 22 semanas en cualquiera de sus formas.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: Número de parejas con las cuales se involucra en actos sexuales.

ABORTO: Pérdida espontánea de un feto antes de la semana 22 del embarazo (las pérdidas de fetos después de esa semana se denominan partos prematuros). Un aborto espontáneo también se denomina "aborto natural" y se refiere a los hechos que ocurren naturalmente y no a abortos terapéuticos o abortos quirúrgicos.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS GENERAL

Los factores de riesgo socioeconómicos, clínico-patológicos y ginecológico-obstétricos están asociados a la presentación de aborto en mujeres jóvenes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

3.2. Hipótesis Alterna:

Los factores de riesgo socioeconómicos, clínico-patológicos y ginecológico-obstétricos están asociados a la presentación de aborto espontaneo en mujeres jóvenes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

3.3. Hipótesis Nula:

Los factores de riesgo socioeconómicos, clínico-patológicos y ginecológico-obstétricos no se relacionan con la presentación de aborto espontaneo en mujeres jóvenes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

3..4. HIPOTESIS ESPECÍFICAS

-La situación laboral de desempleado está asociado a la presentación de aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años.

-Los hábitos nocivos están asociados a la presentación de aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años.

-Los antecedentes patológicos constituyen factores de riesgo de aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años.

-Existe asociación entre los antecedentes ginecológico-obstétricos y la presentación de aborto en mujeres jóvenes de 19 -29 años.

3.5. VARIABLES: INDICADORES

Se utilizaron las siguientes variables.

VARIABLES DEPENDIENTES:

-Presentación de Aborto

VARIABLES INDEPENDIENTES

-Situación laboral

-Alcoholismo

-Tabaquismo

-Abuso de sustancias

-Consumo de café

-Alteraciones psiquiátricas

-Diabetes Mellitus

-Enfermedades de transmisión sexual

-Infección de tracto urinario

-Número de gestaciones

-Edad gestacional

-Edad de Inicio de relaciones sexuales

-Antecedente de aborto

-Número de parejas sexuales

Las variables utilizadas en el estudio de manera detallada, donde se encuentra la descripción de su denominación, tipo, naturaleza, medición, indicador, unidad de medida, instrumento, medición se puede visualizar en la Matriz de Operacionalización de Variables (**ver anexo 1**).

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo Observacional, Analítico, Retrospectivo. Tipo casos y controles.

4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es un estudio de casos y controles, donde se utilizaron los datos de las historias clínicas recogidas en las fichas de recolección de datos de pacientes de 19 a 29 años de edad con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 POBLACIÓN:

Mujeres gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

CASOS:

-Mujeres jóvenes con edades comprendidas entre 19 y 29 años con el diagnóstico de aborto con antecedentes de exposición a factores de riesgo, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

CONTROLES:

-Mujeres gestantes con edades comprendidas entre 19 y 29 años con edad gestacional menor de 22 semanas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

4.3.2. MUESTRA

No probabilístico por conveniencia. Se incluyeron todas las pacientes de 19 a 29 años de edad con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016, motivo por el cual no se realizaron técnicas de muestreo. El total de reportes de abortos obtenido en el tiempo mencionado fue de 51 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, además, se mantendrá una relación aproximada de 2 controles por cada caso.

4.3.3. UNIDAD DE ANALISIS

Paciente mujer de 19 a 29 años de edad con diagnóstico de aborto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

4.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CASOS

Se incluyeron a:

-Todas las pacientes jóvenes entre 19 y 29 años que presentaron aborto con antecedentes de exposición a factores de riesgo ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia.

- Pacientes jóvenes entre 19 y 29 años con diagnóstico de aborto que no reportaron factores de riesgo, ingresadas al servicio de Ginecología y Obstetricia.

Se excluyeron a:

-Pacientes que no cuenten con diagnóstico confirmado de aborto.

-Pacientes con diagnóstico de aborto que no cuenten con una historia clínica completa.

-Pacientes que presentaron aborto perteneciente a otros grupos etarios.

CONTROLES

Se incluyeron a:

-Mujeres con tiempo menor a 22 semanas de gestación, con edades comprendidas entre 19 y 29 años atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

-Mujeres con gestación viable menor a 22 semanas, que presentaron antecedentes de exposición a los factores de riesgo estudiados.

Se excluyeron a:

-Mujeres cuya gestación viable se encontraba a partir de las 22 semanas, con o sin antecedentes de exposición a los factores de riesgo de aborto.

4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La elaboración de esta tesis empezó con la presentación y levantamiento de correcciones del presente proyecto de tesis a los responsables pertinentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo

Palma, una vez hecho esto, se procedió a solicitar la autorización de la misma. Enseguida, se solicitaron los permisos necesarios en la misma sede del Hospital Militar Central donde se recolectaron los datos.

Se hizo una visita previa donde se reconoció el Hospital y los lugares específicos donde se realizó la recolección de los datos (ANEXO N° 2), previa identificación de la Historia Clínica, en el Hospital Militar Central en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2016.

4.5. INSTRUMENTOS

La información fue recolectada de las historias clínicas de los casos previamente seleccionados mediante fichas especialmente diseñadas para los objetivos del estudio, con los datos relacionados al curso y evolución de la patología ginecológica estudiada. El control de calidad se realizó con la revisión constante de las fichas de recolección de datos.

4.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN

El proyecto de tesis aprobado fue evaluado por el comité de ética de la Universidad Ricardo Palma, y una vez aprobado fue aplicado para la recolección de datos.

Además, se ha usado un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas. Así como también, un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información. La elección de la población en este estudio debe asegurar que esta es escogida por razones relacionadas con las interrogantes científicas. Por lo tanto, se ha incluido

en la selección de la población a los que pueden beneficiarse de un resultado positivo.

4.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron tabulados en una base de datos en Microsoft Excel 2010® y procesados con software estadístico IBM SPSS v.22 (Statistical Package for Social and Sciences). Con los resultados obtenidos a partir de la revisión de las historias clínicas de las pacientes jóvenes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Militar en el año 2016.

Se utilizó primero la estadística descriptiva; los datos cuantitativos fueron resumidos en medidas de tendencia central como medias y desviaciones estándar, previa verificación de la distribución normal de las variables y los datos cualitativos fueron resumidos como proporciones y porcentajes. Finalmente se utilizó la prueba χ^2 (chi cuadrado) con p significativa $<0,05$, posteriormente el análisis inferencial para determinar el grado de asociación entre las variables de este estudio de casos y controles se hizo con el cálculo del odds ratio (OR) y un nivel de confianza de 95%.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

5.1. RESULTADOS

Se realizó el estudio en 153 mujeres jóvenes atendidas en el Hospital Militar Central las cuales se distribuyeron en relación a la presentación de aborto. El grupo perteneciente a los Casos estuvo constituido por 51 pacientes y el grupo de Control por 102, las cuales reportaron los siguientes resultados.

La edad promedio de las pacientes fue de aproximadamente 24 ± 3 años, en el grupo de casos la media fue de $23 \pm 2,8$ años el cual fue menor a lo reportado por el grupo de control con un promedio de $24 \pm 2,9$ años.

Tabla N°1: Edad de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Casos	51	19	29	23,04	2,828
Controles	102	19	29	24,21	2,956
Totales	153	19	29	23,82	2,957

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

En lo que respecta a la situación laboral aproximadamente el 44% correspondió a la categoría de desempleada, mientras que el 56% se reportó como personal en actividad.

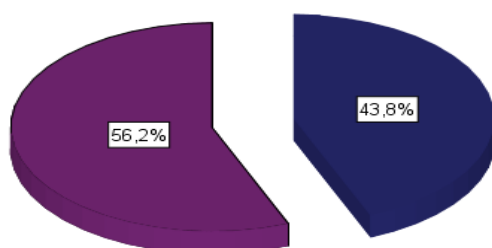
Tabla N°2: Situación laboral de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	DESEMPLEADA	67	43,8
	EMPLEADA O ACTIVA	86	56,2
	Total	153	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°1: Situación laboral de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

■ DESEMPLEADA
■ EMPLEADA O ACTIVA



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

La distribución de la situación laboral según la presentación de aborto revelo que el 43%(22) de los que presentaron aborto se encontraban como desempleadas y 57%(29) dentro de la categoría de empleadas o en actividad en el servicio, representando el 14% y 19% del total respectivamente. En el grupo de pacientes que no presentaron aborto revelo que el 44%(45) se encontraban como desempleadas y 56%(57) dentro de la categoría de empleadas o en actividad en el servicio, representando el 29,4% y 37,3% del total respectivamente.

Tabla N° 3: Presentación de aborto según Situación laboral de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
Situación laboral	DESEMPLEADA	Recuento	22	45	67
		% dentro de Presentación de Aborto	43,1%	44,1%	43,8%
		% del total	14,4%	29,4%	43,8%
	EMPLEADA O ACTIVA	Recuento	29	57	86
		% dentro de Presentación de Aborto	56,9%	55,9%	56,2%
		% del total	19,0%	37,3%	56,2%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Presentación de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

No se evidencio asociación entre la situación laboral y la presentación de aborto, ya que el análisis mediante el estadístico Chi cuadrado fue de 0.013 con un p: 0.908, el cual fue estadísticamente no significativo. Asimismo, la situación de desempleada constituyo un factor protector para la presentación de aborto mas no fue estadísticamente significativo (OR: 0.961; IC: 0.488-1.893).

Tabla N°3.1: Asociación entre Situación laboral y la presentación de aborto mediante la prueba de chi-cuadrado en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	,013 ^a	1	,908	1,000	,524

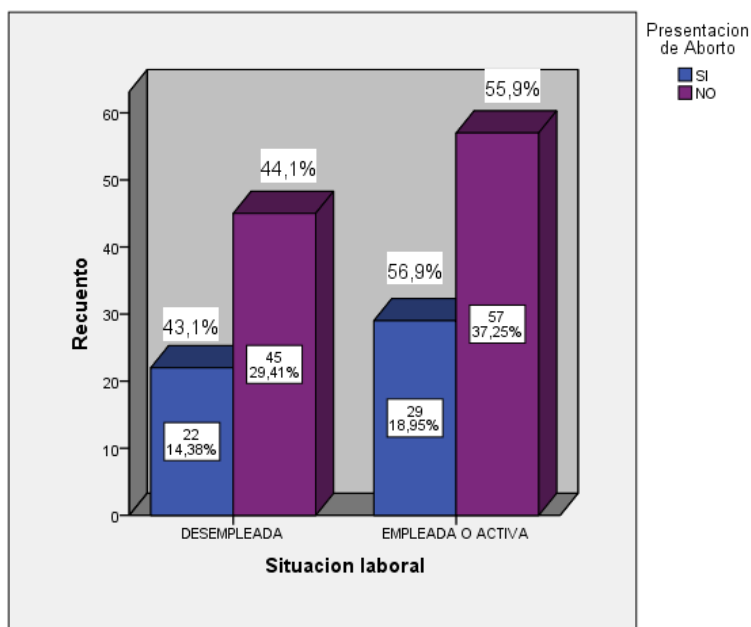
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°3.2: Prueba de Odds de ratio entre Situación laboral y la presentación de aborto en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	,961	,488	1,893

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°2: Situación laboral y la presentación de aborto en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

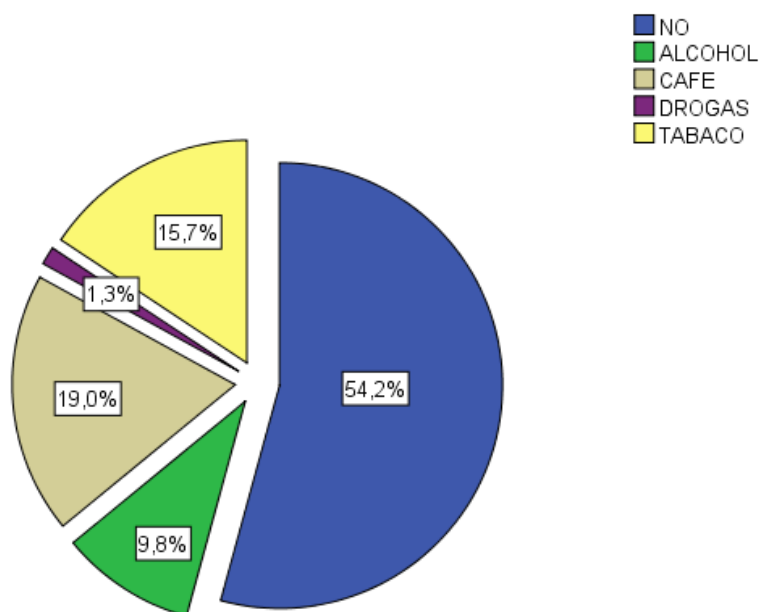
Con respecto a los hábitos nocivos en las pacientes evaluadas, las que consumen tabaco representaron el 15,7%(24), el consumo de alcohol 9,8%(15), el de drogas fue 1,3%(2) y por último el consumo de café fue de 19%(29). Asimismo, las que no reportaron hábito nocivo alguno constituyó el 54,2%(83) del total de pacientes.

Tabla N°4: Hábitos nocivos de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO	83	54,2
	ALCOHOL	15	9,8
	CAFE	29	19,0
	DROGAS	2	1,3
	TABACO	24	15,7
	Total	153	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°3: Hábitos nocivos en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

La distribución de la presentación de aborto según los hábitos nocivos revelo que en las pacientes que presentaron aborto; el 27,5%(14) no refirieron tener habito nocivo alguno, el 17,6% (9) refirió consumo de alcohol con una representación del 5,9% del total. En segundo lugar, el 25,5% refirió consumo de café con una representación del 8,5% del total, luego el 2%(1) reporto consumo de drogas y finalmente el 27,5%(14) refirió consumo de tabaco.

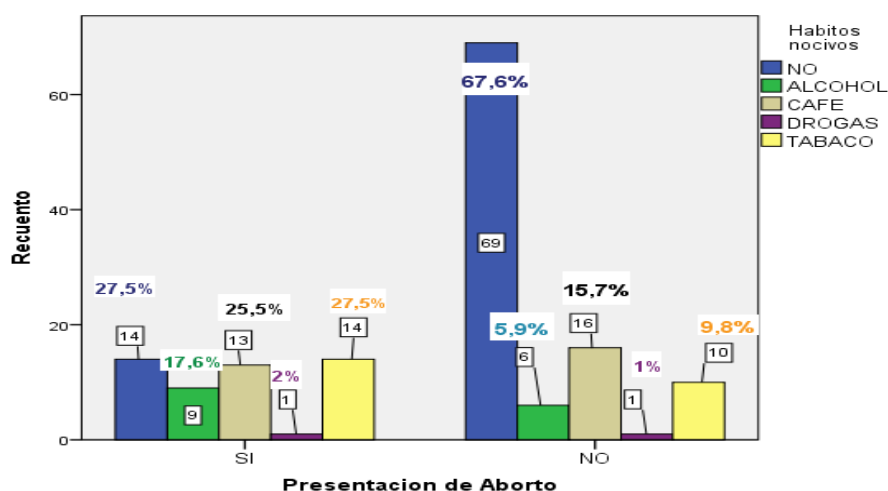
En el grupo de pacientes que no presentaron aborto se encontró que el 67,5%(69) no tuvieron habito nocivo alguno, el 5,9%(6) refirieron consumo de alcohol, 15,7%(16) consumo de café, el 1%(1) consumo de drogas y el 9,8%(10) consumo de tabaco. El consumo de tabaco y alcohol en las pacientes que presentaron aborto, constituyeron aproximadamente el 15% del total de pacientes evaluadas. Los resultados se muestran en la tabla a continuación.

Tabla N°5: Hábitos nocivos y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
Hábitos nocivos	NO	Recuento	14	69	83
		% dentro de Presentación de Aborto	27,5%	67,6%	54,2%
		% del total	9,2%	45,1%	54,2%
	ALCOHOL	Recuento	9	6	15
		% dentro de Presentación de Aborto	17,6%	5,9%	9,8%
		% del total	5,9%	3,9%	9,8%
	CAFE	Recuento	13	16	29
		% dentro de Presentación de Aborto	25,5%	15,7%	19,0%
		% del total	8,5%	10,5%	19,0%
	DROGAS	Recuento	1	1	2
		% dentro de Presentación de Aborto	2,0%	1,0%	1,3%
		% del total	0,7%	0,7%	1,3%
TABACO	Recuento	14	10	24	
	% dentro de Presentación de Aborto	27,5%	9,8%	15,7%	
	% del total	9,2%	6,5%	15,7%	
Total		Recuento	51	102	153
		% dentro de Presentación de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,3%	66,7%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Gráfico N°4: Hábitos nocivos y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

En relación al consumo de alcohol y aborto, se encontró que el 17.6%(09) de los que presentaron aborto reportaron consumo de alcohol y 82.4%(42) no lo presentaron, representando el 5.9% y 27.5% del total respectivamente. En el grupo de pacientes que no presentaron aborto revelo que el 5.9%(06) reportaron consumo de alcohol y 94.1%(96) refirieron no tenerlo, representando el 3.9% y 62.7% del total respectivamente.

Tabla N°6: Consumo de alcohol y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
CONSUMO DE ALCOHOL	SI	Recuento	9	6	15
		% dentro de Aborto	17,6%	5,9%	9,8%
		% del total	5,9%	3,9%	9,8%
	NO	Recuento	42	96	138
		% dentro de Aborto	82,4%	94,1%	90,2%
		% del total	27,5%	62,7%	90,2%
Total	Recuento		51	102	153
	% dentro de Aborto		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		33,3%	66,7%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Se evidencio asociación entre consumo de alcohol y el aborto, el cual fue estadísticamente significativo (Chi2: 5.322; p: 0.04). Asimismo, el consumo de alcohol tuvo una predisposición de aproximadamente 3 veces para la presentación de aborto, en contraste con las que no reportaron su consumo. (OR: 3.429; IC 95%: 1,147-10.246).

Tabla N°6.1: Prueba de Chi cuadrado del Consumo de alcohol y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	5,322 ^a	1	,021	,040	,024

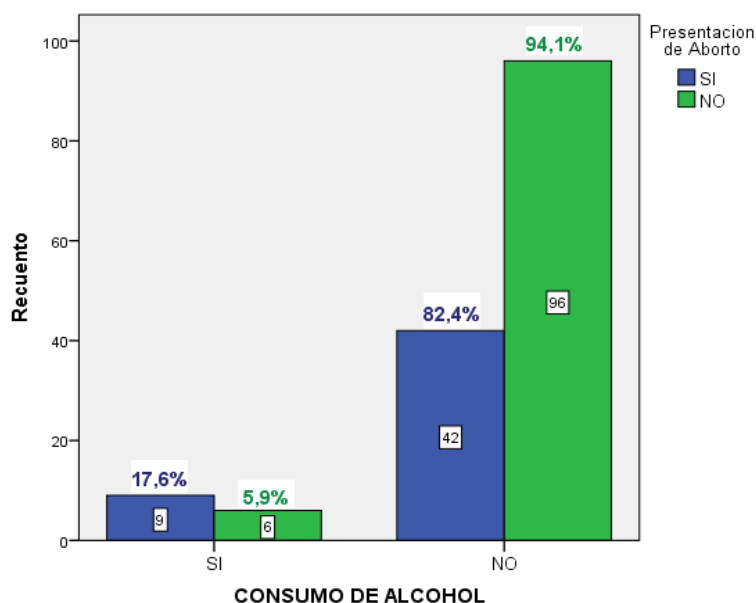
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°6.2: Prueba de Odds ratio entre Consumo de alcohol y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	3,429	1,147	10,246

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°5: Consumo de alcohol y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

En relación al consumo de café y aborto, se encontró que el 25,5%(13) de los que presentaron aborto reportaron consumo de café y 74,5%(38) no lo presentaron, representando el 8.5% y 24.8% del total respectivamente. En el grupo de pacientes que no presentaron aborto revelo que el 15.7%(16) reportaron consumo de cafe y 84.3%(86) refirieron no tenerlo, representando el 10.5% y 56.2% del total respectivamente.

Tabla N°7: Consumo de café y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

		Aborto		Total	
		SI	NO		
CONSUMO DE CAFE	SI	Recuento	13	16	29
		% dentro de Aborto	25,5%	15,7%	19,0%
		% del total	8,5%	10,5%	19,0%
	NO	Recuento	38	86	124
		% dentro de Aborto	74,5%	84,3%	81,0%
		% del total	24,8%	56,2%	81,0%
Total		Recuento	51	102	153
		% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	33,3%	66,7%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

No se evidencio asociación entre consumo de café y el aborto (Chi2: 2.127; p: 0.18). Asimismo, el consumo de café no fue un factor estadísticamente significativo de riesgo de aborto. (OR: 1.839; IC 95%: 0.805-4.198).

Tabla N°7.1: Consumo de café y aborto mediante la prueba de chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	2,127 ^a	1	,145	,189	,109

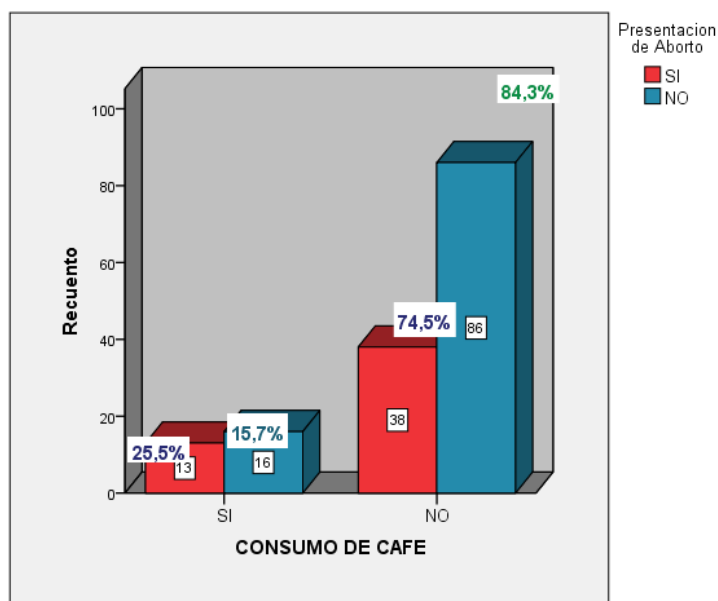
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°7.2: Prueba de Odds ratio entre Consumo de café y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	1,839	,805	4,198

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°6: Consumo de café y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Con respecto al consumo de drogas y aborto, se encontró que el 2%(1) de los que presentaron aborto reportaron consumo de drogas y 98%(50) no lo presentaron, representando el 0.7% y 32.7% del total respectivamente. El grupo de pacientes que no presentaron aborto revelo

que el 1%(1) reportaron consumo de drogas y 99%(101) refirieron no tenerlo, representando el 0.7% y 66% del total respectivamente.

Tabla N°8: Consumo de drogas y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
CONSUMO DE DROGAS	SI	Recuento	1	1	2
		% dentro de Aborto	2,0%	1,0%	1,3%
		% del total	0,7%	0,7%	1,3%
	NO	Recuento	50	101	151
		% dentro de Aborto	98,0%	99,0%	98,7%
		% del total	32,7%	66,0%	98,7%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

No se evidencio asociación entre consumo de drogas y el aborto (Chi2: 0.253; p: 0.61). Asimismo, el consumo de drogas presento 02 veces riesgo de aborto mas no fue estadísticamente significativo. (OR:2.02; IC 95%: 0.124-32.968).

Tabla N°8.1: Asociación entre Consumo de drogas y la presentación de aborto mediante la prueba de chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	,253 ^a	1	,615	1,000	,557

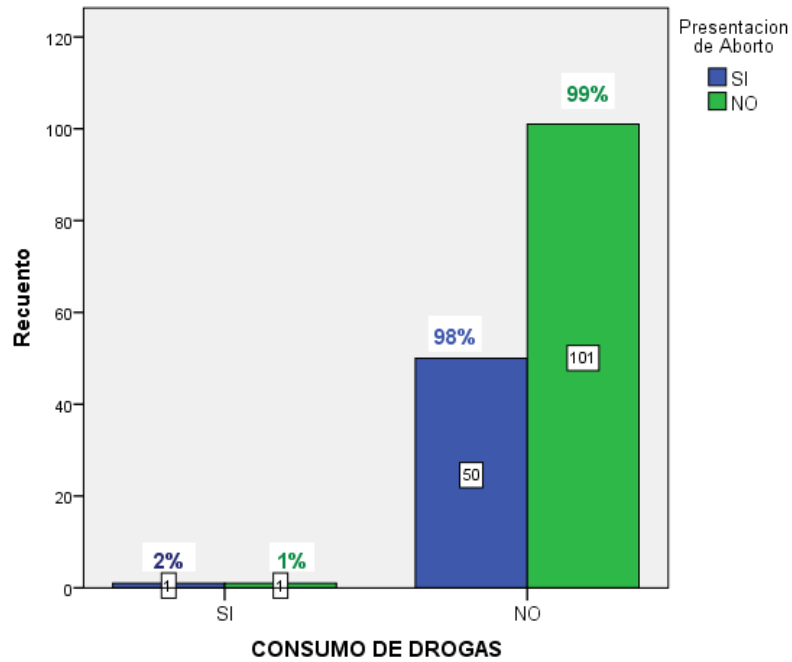
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°8.2: Prueba de Odds ratio entre Consumo de drogas y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	2,020	,124	32,968

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°7: Consumo de drogas y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Con respecto al consumo de tabaco y aborto, se encontró que el 27.5%(14) de los que presentaron aborto reportaron consumo de tabaco y 72.5%(37) no lo presentaron, representando el 9.2% y 24.2% del total respectivamente. El grupo de pacientes que no presentaron aborto reveló que el 9.8%(10) reportaron consumo de tabaco y 90.2%(92) refirieron no tenerlo, representando el 6.5% y 60.1% del total respectivamente.

Tabla N° 9: Consumo de tabaco y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
CONSUMO DE TABACO	SI	Recuento	14	10	24
		% dentro de Aborto	27,5%	9,8%	15,7%
		% del total	9,2%	6,5%	15,7%
	NO	Recuento	37	92	129
		% dentro de Aborto	72,5%	90,2%	84,3%
		% del total	24,2%	60,1%	84,3%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

En lo que respecta al consumo de tabaco, la media del número de cigarrillos en las pacientes correspondió a 03 en el total de las 24 pacientes.

Tabla N°9.1: Consumo de tabaco en cigarrillos en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
N° CIGARRILLOS/SEMANA	24	1	6	3,33	1,971

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Se demostró asociación significativa entre consumo de tabaco y aborto (Chi2:8.006; p: 0.005). Asimismo, el consumo de tabaco constituyo un factor de riesgo ya que aproximadamente existió 03 veces más riesgo de presentar aborto. (OR:3.48; IC 95%: 1.42-8.534).

Tabla N°9.2: Asociación entre Consumo de tabaco y la presentación de aborto mediante la prueba de chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	8,006 ^a	1	,005	,008	,006

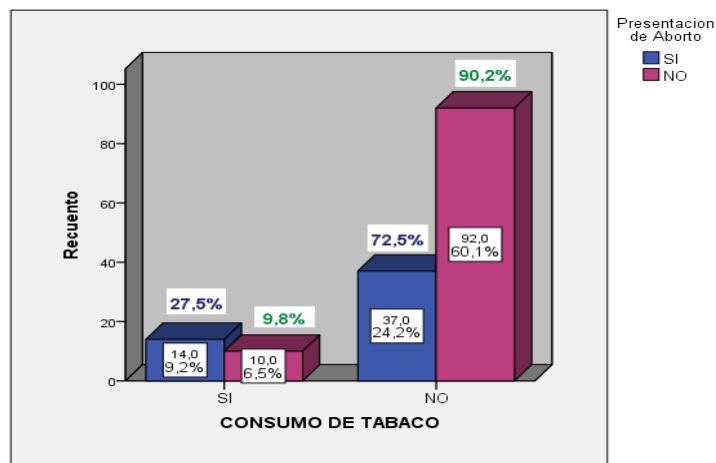
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°9.3: Odds ratio entre Consumo de tabaco y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	3,481	1,420	8,534

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°8: Consumo de tabaco y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

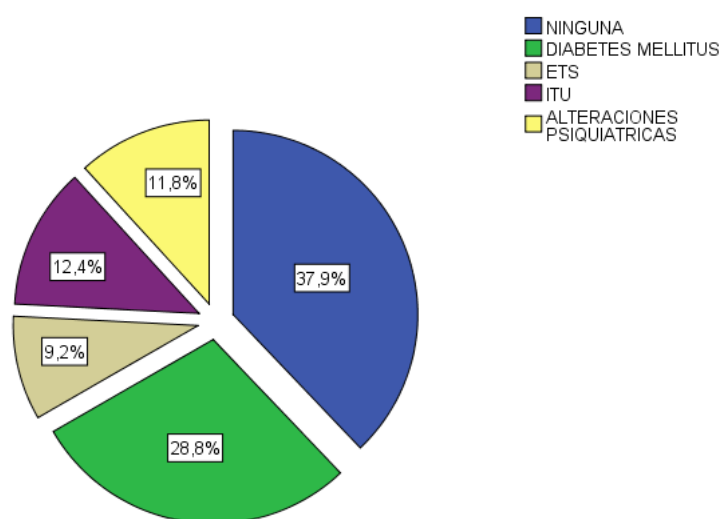
Con respecto a los antecedentes patológicos en las pacientes evaluada, las que no tenían ningún antecedente representa el 37,9% (58), aquellas con antecedente de Diabetes Mellitus fue el de mayor porcentaje con 28,8% (44), seguida de aquellas que tuvieron ITU con 12,5 % (19), además el 11,8 % (18) sufren de alguna alteración psiquiátrica y finalmente el 9,2% (14) padecieron de alguna ETS.

Tabla N°10: Antecedentes patológicos en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NINGUNA	58	37,9
	DIABETES MELLITUS	44	28,8
	ETS	14	9,2
	ITU	19	12,4
	ALTERACIONES PSIQUIATRICAS	18	11,8
	Total	153	100,0

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°9: Antecedentes patológicos en las pacientes evaluadas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

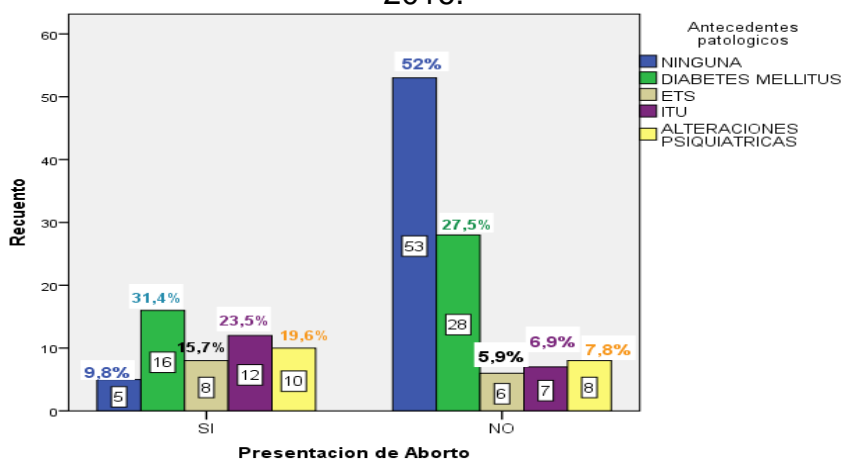
La distribución de la presentación de aborto según los antecedentes patológicos reveló que en las pacientes que presentaron aborto; el 9.8%(05) no refirieron tener patología alguna, el 31.4% (16) refirió diabetes mellitus con una representación del 10.5% del total. En segundo lugar, el 23.5%(12) reportó infecciones de tracto urinario, representando el 7.8% del total. Luego el 19.6%(14) refirió alteraciones psiquiátricas con una representación del 6.5% del total. Además, el 15.7%(08) refirió enfermedad de transmisión sexual con una representación del 5.2% del total, y finalmente el 9.8%(5) no reportó patología alguna. En el grupo de pacientes que no presentaron aborto se encontró que el 52%(53) no tuvieron patología alguna, representando el 34.6% del total. Luego el 27.5%(28) refirieron diabetes mellitus, representando el 18.3% del total. El 7.8%(08) refirió alteraciones psiquiátricas, representando el 5.2% del total; el 6.9% refirió infecciones de tracto urinario y el 5.9%(10) enfermedades de transmisión sexual. Los resultados se muestran en la tabla a continuación.

Tabla N°11: Antecedentes patológicos y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
Antecedentes patológicos	NINGUNA	Recuento	5	53	58
		% dentro de Aborto	9,8%	52,0%	37,9%
		% del total	3,3%	34,6%	37,9%
	DIABETES MELLITUS	Recuento	16	28	44
		% dentro de Aborto	31,4%	27,5%	28,8%
		% del total	10,5%	18,3%	28,8%
	ETS	Recuento	8	6	14
		% dentro de Aborto	15,7%	5,9%	9,2%
		% del total	5,2%	3,9%	9,2%
	ITU	Recuento	12	7	19
		% dentro de Aborto	23,5%	6,9%	12,4%
		% del total	7,8%	4,6%	12,4%
	ALTERACIONES PSIQUIATRICAS	Recuento	10	8	18
		% dentro de Aborto	19,6%	7,8%	11,8%
		% del total	6,5%	5,2%	11,8%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°10: Antecedentes patológicos en las pacientes evaluadas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Con respecto a las alteraciones psiquiátricas y aborto, se encontró que el 19.6%(10) de los que presentaron aborto reportaron alteraciones psiquiátricas y 80.4%(41) no lo presentaron, representando el 6.5% y 5.2% del total respectivamente. El grupo de pacientes que no presentaron aborto revelo que el 7.8%(08) reportaron alteraciones psiquiátricas y 92.2%(94) refirieron no tenerlo, representando el 5.2% y 61.4% del total respectivamente.

Tabla N°12: Alteraciones psiquiátricas y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
ALTERACIONES PSIQUIATRICAS	SI	Recuento	10	8	18
		% dentro de Aborto	19,6%	7,8%	11,8%
		% del total	6,5%	5,2%	11,8%
	NO	Recuento	41	94	135
		% dentro de Aborto	80,4%	92,2%	88,2%
		% del total	26,8%	61,4%	88,2%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Se demostró asociación significativa entre alteraciones psiquiátricas y aborto (Chi2:4.533; p: 0.033). Asimismo, las alteraciones psiquiátricas constituyeron un factor de riesgo ya que aproximadamente existió 03 veces más riesgo de presentar aborto. (OR:2.866; IC 95%: 1.05-7.786).

Tabla N°12.1: Asociación entre Alteraciones psiquiátricas y la presentación de aborto mediante la prueba de Chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	4,533 ^a	1	,033	,059	,034

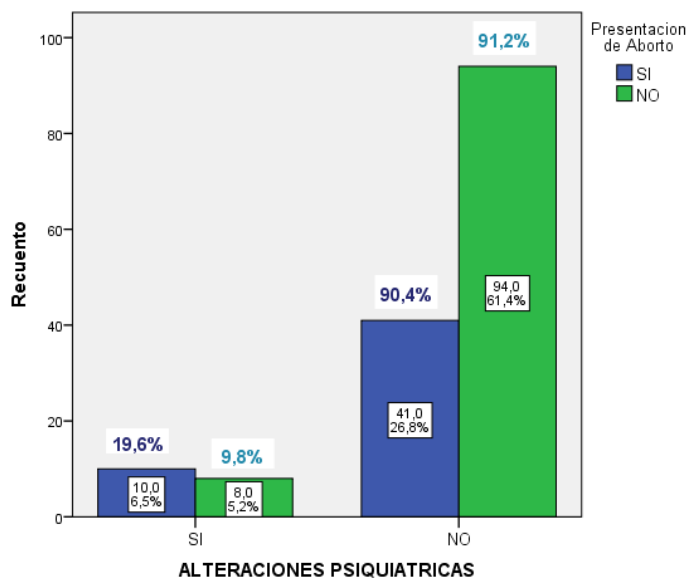
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°12.2: Prueba de Odds ratio entre alteraciones psiquiátricas y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	2,866	1,055	7,786

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°11: Alteraciones psiquiátricas y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Con respecto a la diabetes mellitus y aborto, se encontró que el 31.4%(16) de los que presentaron aborto reportaron diabetes mellitus y 68.6%(35) no lo presentaron, representando el 10.5% y 22.9% del total respectivamente. El grupo de pacientes que no presentaron aborto reveló que el 27.5%(28) reportaron diabetes mellitus y 72.5%(74) refirieron no tenerlo, representando el 18.3% y 48.4% del total respectivamente.

Tabla N°13: Diabetes mellitus y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
DIABETES MELLITUS	SI	Recuento	16	28	44
		% dentro de Aborto	31,4%	27,5%	28,8%
		% del total	10,5%	18,3%	28,8%
	NO	Recuento	35	74	109
		% dentro de Aborto	68,6%	72,5%	71,2%
		% del total	22,9%	48,4%	71,2%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

No se evidencio asociación entre diabetes mellitus y aborto (Chi2:0.255; p: 0.613). Asimismo, la diabetes no constituyo un factor de riesgo estadísticamente significativo de aborto. (OR:1.208; IC 95%: 0.58-2.517).

Tabla N°13.1: Diabetes mellitus y aborto mediante la prueba de Chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	,255 ^a	1	,613	,705	,373

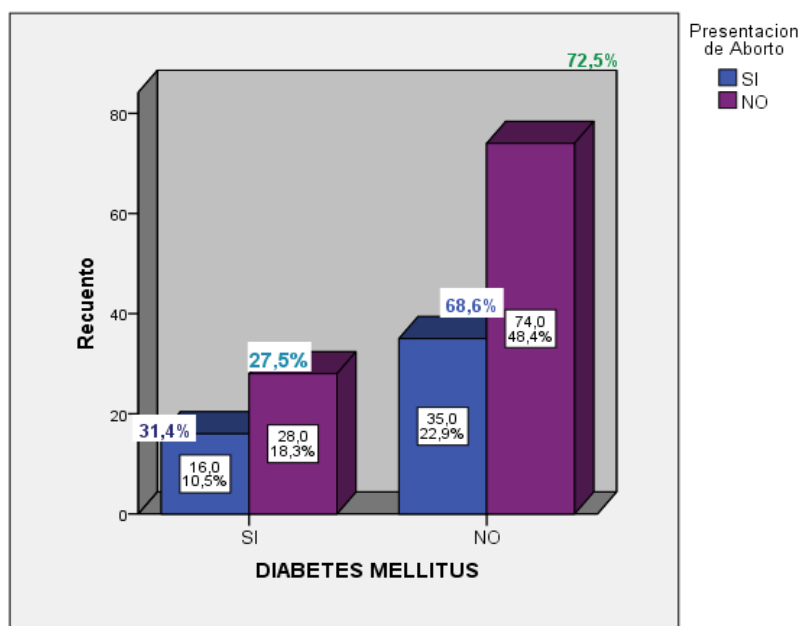
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°13.2: Odds ratio entre diabetes mellitus y de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	1,208	,580	2,517

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°12: Diabetes mellitus y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual y aborto, se encontró que el 15.7%(08) de los que presentaron aborto reportaron enfermedades de transmisión sexual y 84.3%(43) no lo presentaron, representando el 5.2% y 28.1% del total respectivamente.

El grupo de pacientes que no presentaron aborto revelo que el 5.9%(06) reportaron enfermedades de transmisión sexual y 94.1%(96) refirieron no tenerlo, representando el 3.9% y 94.1% del total respectivamente.

Tabla N°14: Enfermedades de transmisión sexual y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
ENFERMEDEADES DE TRANSMISION SEXUAL	SI	Recuento	8	6	14
		% dentro de Aborto	15,7%	5,9%	9,2%
		% del total	5,2%	3,9%	9,2%
	NO	Recuento	43	96	139
		% dentro de Aborto	84,3%	94,1%	90,8%
		% del total	28,1%	62,7%	90,8%

Total	Recuento	51	102	153
	% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Se evidencio asociación significativa entre enfermedades de transmisión sexual y aborto (Chi²:3.931; p: 0.047). Asimismo, presentaron 03 veces más riesgo de aborto, sin embargo, los resultados fueron no significativos. (OR:2.977; IC 95%: 0.97-9.104).

Tabla N°14.1: Enfermedades de transmisión sexual y aborto mediante la prueba de Chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	3,931 ^a	1	,047	,071	,049

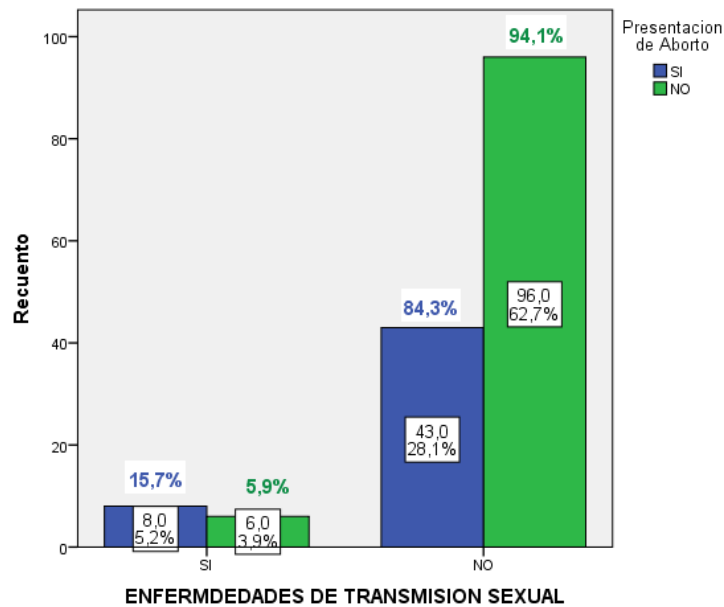
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°14.2: Prueba de Odds ratio entre enfermedades de transmisión sexual y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	2,977	,973	9,104

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°13: Enfermedades de transmisión sexual y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Con respecto a las infecciones de tracto urinario y aborto, se encontró que el 23.5%(12) de los que presentaron aborto reportaron infecciones de tracto urinario y 76.5%(39) no lo presentaron, representando el 7.8% y 25.5% del total respectivamente.

El grupo de pacientes que no presentaron aborto reveló que el 6.9%(07) reportaron infecciones de tracto urinario y 93.1%(95) refirieron no tenerlo, representando el 4.6% y 62.1% del total respectivamente.

Tabla N°15: Infección de tracto urinario y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
INFECCION DE TRACTO URINARIO	SI	Recuento	12	7	19
		% dentro de Aborto	23,5%	6,9%	12,4%
		% del total	7,8%	4,6%	12,4%
	NO	Recuento	39	95	134
		% dentro de Aborto	76,5%	93,1%	87,6%
		% del total	25,5%	62,1%	87,6%
Total	Recuento		51	102	153
	% dentro de Aborto		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		33,3%	66,7%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Se evidencio asociación significativa entre infecciones de tracto urinario y aborto (Chi2: 8.684; p: 0.005). Asimismo, las infecciones de tracto urinario presentaron 04 veces más riesgo de presentar aborto, que aquellas que no lo reportaron. (OR:4.176; IC 95%: 1.5-11.396).

Tabla N°15.1: Infección de tracto urinario y aborto mediante la prueba de chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	8,684 ^a	1	,003	,005	,004

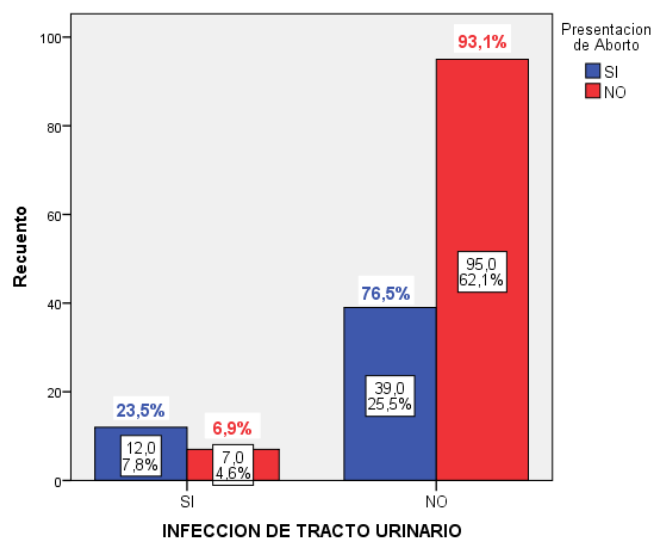
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°15.2: Prueba de Odds ratio entre infecciones de tracto urinario y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	4,176	1,530	11,396

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°14: Infecciones de tracto urinario y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

El promedio del número de parejas sexuales en las pacientes fue de 03; asimismo en el grupo de pacientes que presento aborto y en el grupo de control reporto una media de aproximadamente 05 y de 02 parejas sexuales respectivamente.

Tabla N°16: Número de parejas sexuales en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

Número de parejas sexuales	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Casos	51	1	9	4,76	2,016
Controles	102	1	9	2,59	1,524
Total	153	1	9	3,31	1,985

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

La edad gestacional en la totalidad de las pacientes fue de 09 semanas; en el grupo de casos la última gestación finalizó alrededor de las 08 semanas y en el grupo de control la edad gestación se encontró alrededor de las 10 semanas.

Tabla N°17: Edad gestacional en las pacientes evaluadas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

Edad gestacional	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Casos	51	6	10	8,73	1,097
Controles	102	6	12	9,81	1,795
Total	153	6	12	9,45	1,674

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

El promedio de número de gestaciones en las pacientes evaluadas fue de 02 gestaciones.

Tabla N°18: Gestaciones en las pacientes que presentaron aborto del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

Gestaciones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total	153	1	4	2,34	1,065

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

En lo que se refiere a las gestaciones, el 23.5%(12) de las que presentaron aborto, reportaron ser primigestas con una representación del 7.8% del total. El 76.5%(39) refirieron ser multigestas, constituyendo el 25.5% del total. En las pacientes que no refirieron aborto, el 30.4%(31) manifestaron ser primigestas y el 69.6%(71) afirmaron tener más de una gestación.

Tabla N°19: Gestaciones y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Presentación de Aborto		Total
			SI	NO	
GESTACIONES	PRIMIGESTA	Recuento	12	31	43
		% dentro de Aborto	23,5%	30,4%	28,1%
		% del total	7,8%	20,3%	28,1%
	NO PRIMIGESTA	Recuento	39	71	110
		% dentro de Aborto	76,5%	69,6%	71,9%
		% del total	25,5%	46,4%	71,9%
Total	Recuento		51	102	153
	% dentro de Aborto		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		33,3%	66,7%	100,0%

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

No se encontró asociación entre el número de gestaciones y el aborto el cual arrojó un valor del estadístico de chi-cuadrado de 0.792 y un $p:0.373$, además se encontró que la primera gestación constituyó un factor protector de aborto mas no fue estadísticamente significativo. (OR: 0.7; IC 95%:0.326-1.526).

Tabla N° 19.1: Número de gestaciones y aborto mediante la prueba de chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	,792 ^a	1	,373	,447	,244

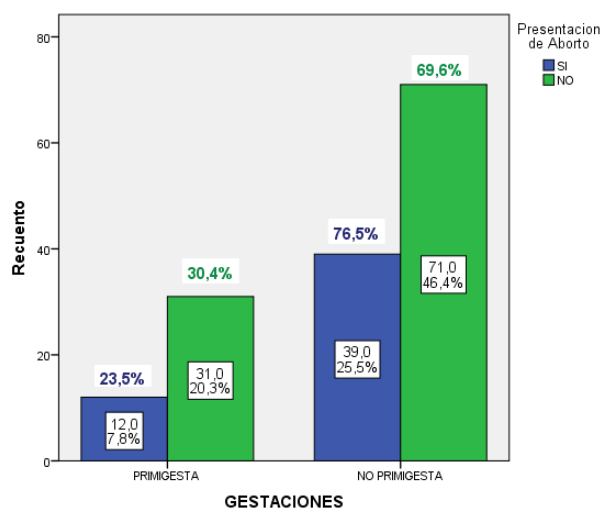
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°19.2: Odds ratio entre gestaciones y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	,705	,326	1,526

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°15: Gestaciones y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

En lo que respecta al número de abortos, cabe destacar que, en el grupo de casos, la media arroja que las pacientes tuvieron aborto en al menos una ocasión. (1.65±0.6)

Tabla N°20: Número de abortos en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Número de abortos	51	1	3	1,65	,627

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

En lo que se refiere al antecedente de aborto, el 56.9%(29) de las que presentaron aborto, refirieron haber abortado antes, con una representación del 19% del total. El 43.1%(22) refirieron no tener antecedente, constituyendo el 14.4% del total. En el grupo de gestantes el 35.3%(36) manifestaron haber tenido al menos un episodio de aborto y el 64.7%(66) refirió no tener tal antecedente.

Tabla N°21: Antecedente de aborto y aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Presentación de Aborto		Total
			SI	NO	
ANTECEDENTE DE ABORTO	1 O MAS	Recuento	29	36	65
		% dentro de Aborto	56,9%	35,3%	42,5%
		% del total	19,0%	23,5%	42,5%
	NO	Recuento	22	66	88
		% dentro de Aborto	43,1%	64,7%	57,5%
		% del total	14,4%	43,1%	57,5%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Se encontró asociación significativa entre el antecedente y presentación de aborto el cual arrojó un valor del estadístico de chi-cuadrado de 6.473 y un p:0.015, además el antecedente de al menos un episodio de aborto constituyó 02 veces más riesgo para la presentación de aborto que aquellas que no lo refirieron. (OR: 2.4; IC 95%:1.216-4.804).

Tabla N°21.1: Antecedente y la presentación de aborto mediante la prueba de chi cuadrado en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	6,473 ^a	1	,011	,015	,009

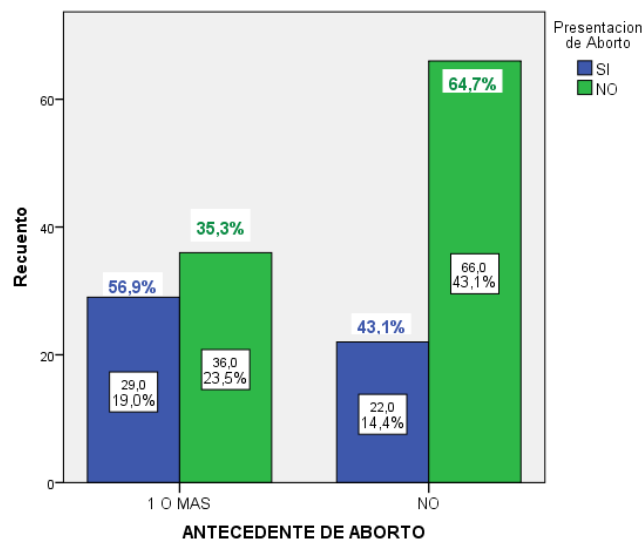
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central

Tabla N°21.2: Odds ratio entre el antecedente y presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	2,417	1,216	4,804

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°16: Antecedente y presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Con relación a la edad de inicio de relaciones sexuales la media se ubicó alrededor de 17 años. En el grupo de casos fue de 16 años y en el de controles fue de 18 años.

Tabla N°22: Inicio de relaciones sexuales en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

Inicio de relaciones sexuales	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Casos	51	13	19	15,73	1,563
Controles	102	14	23	17,86	2,482
Total	153	13	23	17,15	2,433

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

En lo que se refiere a la edad de inicio de relaciones sexuales, el 74.5%(38) de las que presentaron aborto, refirieron como inicio de relaciones sexuales las edades comprendidas entre 15-19 años, con una representación del 25% del total. El 25.5%(13) refirieron edades de inicio menor a los 15 años, constituyendo el 8.5% del total. En el grupo de control, el 58.8% refirió edad de inicio de relaciones sexuales alrededor de los 15-19 años, constituyendo el 39% del total. El 32.4%(33) manifestaron alrededor de los 20-24 años y el 8.8%(09) refirió tal inicio en edades menores a los 15 años.

Tabla N°23: Inicio de relaciones sexuales aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Aborto		Total
			SI	NO	
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	<15	Recuento	13	9	22
		% dentro de Aborto	25,5%	8,8%	14,4%
		% del total	8,5%	5,9%	14,4%
	15-19	Recuento	38	60	98
		% dentro de Aborto	74,5%	58,8%	64,1%
		% del total	24,8%	39,2%	64,1%
	20-24	Recuento	0	33	33
		% dentro de Aborto	0,0%	32,4%	21,6%
		% del total	0,0%	21,6%	21,6%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Se realizó una clasificación en dos grupos, con respecto al inicio de relaciones sexuales; en antes y a partir de los 18 años. Se encontró asociación significativa entre el inicio de relaciones sexuales y presentación de aborto el cual arrojó un valor del estadístico de chi-cuadrado de 21.81 y un p:0.000. El iniciar la actividad sexual antes de los 18 años constituyó 07 veces más riesgo para la presentación de aborto que aquellas que no lo refirieron. (OR: 7.071; IC 95%: 2.912-17.173).

Tabla N°24: Inicio de relaciones sexuales y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

			Presentacion de Aborto		Total
			SI	NO	
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	<18 AÑOS	Recuento	44	48	92
		% dentro de Presentacion de Aborto	86,3%	47,1%	60,1%
		% del total	28,8%	31,4%	60,1%
	≥18 AÑOS	Recuento	7	54	61
		% dentro de Presentacion de Aborto	13,7%	52,9%	39,9%
		% del total	4,6%	35,3%	39,9%
Total	Recuento	51	102	153	
	% dentro de Presentacion de Aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	33,3%	66,7%	100,0%	

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°24.1: Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	21,810 ^a	1	,000	,000	,000

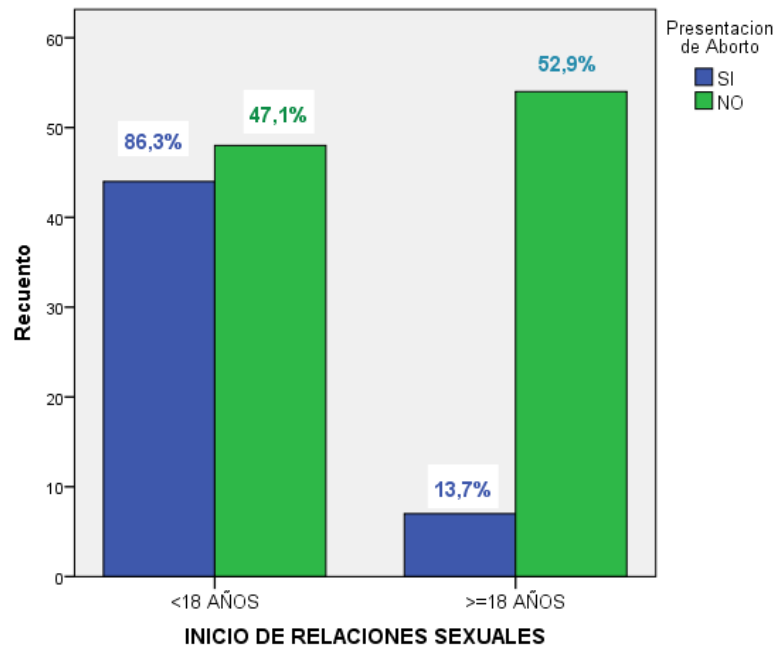
FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Tabla N°24.2: Prueba de Odds ratio entre el inicio de relaciones sexuales y la presentación de aborto en las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
ODDS RATIO	7,071	2,912	17,173

FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

Grafico N°17: Inicio de relaciones sexuales en las pacientes evaluadas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central en el año 2016.



FUENTE: Ficha de Recolección de datos/INICIB-FAMURP/Hospital Militar Central.

5.2. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Se realizó el estudio en 153 mujeres jóvenes atendidas en el Hospital Militar Central las cuales se distribuyeron en relación a la presentación de aborto. El grupo perteneciente a los Casos estuvo constituido por 51 pacientes y el grupo de Control por 102, las cuales reportaron los siguientes resultados.

La edad promedio de las pacientes fue de aproximadamente 24 años, en el grupo de casos la media fue de 23 años el cual fue menor a lo reportado por el grupo de control con un promedio de 24 años.

En lo que respecta a la situación laboral aproximadamente el 44% correspondió a la categoría de desempleada, mientras que el 56% se reportó como personal en actividad. La distribución de la situación laboral según la presentación de aborto reveló que el 43%(22) de los que presentaron aborto se encontraban como desempleadas y 57%(29) dentro de la categoría de empleadas o en actividad en el servicio, representando el 14% y 19% del total respectivamente. En el grupo de pacientes que no presentaron aborto, el 56%(57) se encontró dentro de la categoría de empleadas o en actividad en el servicio, representando 37% del total. **Zheng Li et al**⁵ en un estudio realizado en China, encontró que las mujeres con altos ingresos tuvieron un menor riesgo de aborto (forma más frecuente de esta patología) en comparación con las mujeres de bajos ingresos (OR = 0,90, IC del 95%: 0,84-0,97), asimismo no hubo diferencias en la forma en que la ocupación impactó sobre el presentar aborto. Asimismo, **Catak Binali et al**⁶ reportó que la situación laboral contribuyó a 02 veces más el riesgo de presentar aborto. (OR: 2,2; IC = 1,4-3,5).

Sin embargo, en el presente estudio no se evidenció asociación significativa entre la situación laboral y la presentación de aborto, (Chi2: 0.013; p: 0.908). Asimismo, la situación de desempleada constituyó un factor protector estadísticamente no significativo de aborto en contraste con las que se encontraban con empleo o en situación de actividad. (OR: 0.961; IC: 0.488-1.893), dada la naturaleza del trabajo en el área militar donde existe una alta presencia de situaciones de estrés y alto esfuerzo físico; aun en esas circunstancias no se demostró tal asociación como también tener en cuenta que existen pocos estudios en el personal militar femenino. Con respecto a los hábitos nocivos en las pacientes

evaluadas, el consumo de café fue de 19%, el de tabaco fue de 16%, el consumo de alcohol 9,8%. Asimismo, más de la mitad de las evaluadas no reportaron hábito nocivo alguno. En las pacientes que presentaron aborto; aproximadamente el 70% refirió tener al menos un hábito nocivo (alcohol y tabaco). En el grupo de control aproximadamente 68% no tuvieron hábito nocivo alguno, llamo la atención que el consumo de tabaco y alcohol constituyeron el 15% del total de pacientes evaluadas.

En relación al consumo de alcohol y aborto, se encontró que el 17.6%(09) de las que presentaron aborto reportaron consumo de alcohol, representando el 6% del total. En el grupo de pacientes que no presentaron aborto revelo que el 6%(06) reportaron consumo de alcohol, representando el 4% del total. En la presente investigación se evidencio asociación significativa entre consumo de alcohol y aborto, (Chi2: 5.322; p: 0.04). **Rasch**¹⁹ reporto que el consumo de alcohol tuvo aproximadamente 05 veces de predisponer a aborto. (OR:4.84; IC:2.87-8.16). Asimismo, **Gelaye et al**⁹ encontró en un estudio realizado en estudiantes universitarias que el consumo de alcohol conllevaba a un mayor riesgo de aborto que sus homólogas. Lo cual se corrobora en esta investigación donde el consumo de alcohol contribuía a 03 veces el riesgo de aborto, en contraste con las que no reportaron su consumo. (OR: 3.429; IC 95%: 1,147-10.246).

En relación al consumo de café y aborto, se encontró que el 25% de los que presentaron aborto reportaron su consumo. En el grupo de control fue de 16%.

No se evidencio asociación significativa entre consumo de café y el aborto (Chi2: 2.127; p: 0.18). Asimismo, el consumo de café no constituyo un factor de riesgo significativo de aborto. (OR: 1.839; IC 95%: 0.805-4.198), opuesto a lo encontrado por **Rasch**¹⁹. (OR: 2.21; 1.53-3.18).

Con respecto al consumo de drogas y aborto, se encontró que el 2%(1) de los que presentaron aborto reportaron consumo de drogas. En el grupo de control fue de 1%.

No se evidencio asociación entre consumo de drogas y el aborto (Chi2: 0.253; p: 0.61). Asimismo, el consumo de drogas no fue un factor de riesgo estadísticamente significativo de aborto. (OR:2.02; IC 95%: 0.124-32.968).

Sin embargo, **Pedersen**¹⁴ tuvo como resultados que la mayoría de quienes se habían realizado abortos tenían mayor tasa de uso de sustancias, el aborto estaría relacionado con un riesgo de dependencia y uso de sustancias toxicas-ilegales. Incluso se plantea que el nacimiento de un bebe podría reducir el uso de sustancias.

Con respecto al consumo de tabaco y aborto, se encontró que el 28% de los que presentaron aborto reportaron consumo de tabaco y en el grupo de pacientes que no presentaron aborto fue de 10%..En lo que respecta al consumo de tabaco, la media del número de cigarrillos en las pacientes correspondió a 03 en el total de las 24 pacientes.

Se demostró asociación significativa entre consumo de tabaco y aborto (Chi2:8.006; p: 0.005). Asimismo, el consumo de tabaco constituyo un factor de riesgo ya que aproximadamente existió 03 veces más riesgo de presentar aborto. (OR:3.48; IC 95%: 1.42-8.534). Sin embargo, **Rasch**¹⁹ en su estudio encontró que las evaluadas que fumaban de 10 a 19 cigarrillos y 20 o más cigarrillos al día no habían aumentado significativamente el riesgo de tener abortos, incluso obviando otros factores de riesgo estudiados.

Con respecto a los antecedentes patológicos en las pacientes evaluadas, las que no tenían ningún antecedente representa el 37,9% (58), aquellas con antecedente de Diabetes Mellitus fue el de mayor porcentaje con 28,8% (44), seguida de aquellas que tuvieron ITU con 12,5 % (19),

además el 11,8 % (18) sufren de alguna alteración psiquiátrica y finalmente el 9,2% (14) padecieron de alguna ETS.

La distribución de la presentación de aborto según los antecedentes patológicos reveló que en las pacientes que presentaron aborto; el 9.8%(05) no refirieron tener patología alguna, el 31.4% (16) refirió diabetes mellitus con una representación del 10.5% del total. En segundo lugar, el 23.5%(12) reportó infecciones de tracto urinario, representando el 7.8% del total. Luego el 19.6%(14) refirió alteraciones psiquiátricas con una representación del 6.5% del total. Además, el 15.7%(08) refirió enfermedad de transmisión sexual con una representación del 5.2% del total, y finalmente el 9.8%(5) no reportó patología alguna.

En el grupo de pacientes que no presentaron aborto se encontró que el 52%(53) no tuvieron patología alguna, representando el 34.6% del total. Luego el 27.5%(28) refirieron diabetes mellitus, representando el 18.3% del total. El 7.8%(08) refirió alteraciones psiquiátricas, representando el 5.2% del total; el 6.9% refirió infecciones de tracto urinario y el 5.9%(10) enfermedades de transmisión sexual.

Con respecto a las alteraciones psiquiátricas y aborto, se encontró que el 20% de los que presentaron aborto reportaron alteraciones psiquiátricas. El grupo de pacientes que no presentaron aborto reveló que el 8% reportaron alteraciones psiquiátricas.

Se demostró asociación significativa entre alteraciones psiquiátricas y aborto ($\chi^2:4.533$; $p: 0.033$). Asimismo, las alteraciones psiquiátricas constituyeron un factor de riesgo ya que aproximadamente existió 03 veces más riesgo de presentar aborto. (OR:2.866; IC 95%: 1.05-7.786). Interesante es lo encontrado por **Ferguson et al**¹⁶ quienes concluyeron que abortos en mujeres jóvenes podría estar asociado con mayor riesgo de problemas de salud mental, asimismo **Schmiege et al**¹⁷ determinó que la evidencia es insuficiente entre depresión y aborto; por lo que las

patologías psiquiátricas merecen mayor estudio ya que en los últimos años se registra un aumento en su prevalencia.

Con respecto a la diabetes mellitus y aborto, se encontró que el 31% de los que presentaron aborto reportaron diabetes mellitus. En el grupo de pacientes que no presentaron aborto, el 28% reportaron diabetes mellitus. No se evidenció asociación significativa entre diabetes mellitus y aborto (Chi2:0.255; p: 0.613). Asimismo, la diabetes constituyó un factor de riesgo estadísticamente no significativo de presentar aborto. (OR:1.208; IC 95%: 0.58-2.517).

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual y aborto, se encontró que el 16% de los que presentaron aborto reportaron enfermedades de transmisión sexual y en el grupo de control fue del 6%. Se evidenció asociación significativa entre enfermedades de transmisión sexual y aborto (Chi2:3.931; p: 0.047). Asimismo, las enfermedades de transmisión sexual presentaron 03 veces más riesgo de presentar aborto, sin embargo, los resultados fueron no significativos. (OR:2.977; IC 95%: 0.97-9.104).

Con respecto a las infecciones de tracto urinario y aborto, se encontró que el 24% de los que presentaron aborto reportaron infecciones de tracto urinario y en el grupo de pacientes que no presentaron aborto fue del 7%. Se evidenció asociación significativa entre infecciones de tracto urinario y aborto (Chi2:8.684; p: 0.005). Asimismo, las infecciones de tracto urinario presentaron 04 veces más riesgo de presentar aborto, que aquellas que no lo reportaron. (OR:4.176; IC 95%: 1.5-11.396).

En lo que respecta a los antecedentes ginecológicos-obstétricos, **Urgellés Carrera et al**¹⁰ encontró que el 54% había tenido dos parejas sexuales y **Sánchez Vidal**²⁹ solo tuvieron una. Asimismo, **Tarqui et al**²⁸ reportó que uno de los factores asociados al intento de interrumpir el embarazo fue el tener más de dos parejas (OR=3,3; IC: 1,1-10,2).

En el presente estudio el promedio del número de parejas sexuales fue de 03; asimismo en el grupo de pacientes que presento aborto y en el grupo de control reporto una media de aproximadamente 05 y de 02 parejas sexuales respectivamente.

La edad gestacional en la totalidad de las pacientes fue de 09 semanas; en el grupo de casos la última gestación finalizo alrededor de las 08 semanas y en el grupo de control la edad gestación se encontró alrededor de las 10 semanas. Lo cual es similar a lo encontrado por **Sánchez Vidal**²⁹ quien reportó una edad gestacional promedio 9.2 semanas. El promedio de numero de gestaciones en las pacientes evaluadas fue de 02 gestaciones.

En lo que se refiere a las gestaciones, el 24% de las que presentaron aborto, reportaron ser primigestas, y en las pacientes que no refirieron aborto, el 30.4%(31) manifestaron ser primigestas.

No se encontró asociación significativa entre el número de gestaciones y el aborto (chi-cuadrado de 0.792 y un p:0.373), además se encontró que gestaciones anteriores fue un factor protector de aborto mas no estadísticamente significativo. (OR: 0.705; IC 95%:0.326-1.526)

En lo que respecta al número de abortos, cabe destacar que, en el grupo de casos, la media arrojó que las pacientes tuvieron aborto en al menos una ocasión, lo que contrasta con lo encontrado por **Díaz et al**²⁰ donde las evaluadas refirieron al menos de 3 abortos previos y **Urgellés Carrera et al**¹⁰ reporto que el 42% se habría practicado al menos una interrupción de embarazo.

En lo que se refiere al antecedente de aborto, el 57% de las que presentaron aborto, refirieron haber abortado antes. En el grupo de gestantes el 35% manifestaron haber tenido al menos un episodio de aborto. Se encontró asociación significativa entre el antecedente y presentación de aborto (chi2: 6.473 y un p:0.015), además el antecedente

de al menos un episodio de aborto constituyo 02 veces más riesgo para la presentación de aborto que aquellas que no lo refirieron. (OR: 2.4; IC 95%:1.216-4.804).

Con relación a la edad de inicio de relaciones sexuales la media se ubicó alrededor de 17 años. En el grupo de casos fue de 16 años y en el de controles fue de 18 años. Estos hallazgos son similares a lo encontrado por **Urgellés Carrera et al¹⁰** y **Enríquez Domínguez et al¹²** donde más del 50% tuvo como inicio la actividad sexual entre 15-17 años. En lo que se refiere a la edad de inicio de relaciones sexuales, el 74.5%(38) de las que presentaron aborto, refirieron como inicio de relaciones sexuales las edades comprendidas entre 15-19 años, con una representación del 25% del total. El 25.5%(13) refirieron edades de inicio menor a los 15 años, constituyendo el 8.5% del total. En el grupo de control, el 58.8% refirió edad de inicio de relaciones sexuales alrededor de los 15-19 años, constituyendo el 39% del total. El 32.4%(33) manifestaron alrededor de los 20-24 años y el 8.8%(09) refirió tal inicio en edades menores a los 15 años.

Se realizó una clasificación en dos grupos, con respecto al inicio de relaciones sexuales; en antes y a partir de los 18 años. Se encontró asociación significativa entre el inicio de relaciones sexuales y presentación de aborto el cual arrojó un valor del estadístico de chi-cuadrado de 21.81 y un p:0.000. El iniciar la actividad sexual antes de los 18 años constituyo 07 veces más riesgo para la presentación de aborto que aquellas que no lo refirieron. (OR: 7.071; IC 95%: 2.912-17.173).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

-La situación laboral fue mayoritariamente la de empleada o en servicio, por consiguiente, la situación de desempleo constituyo un factor protector no significativo para la presentación de aborto.

-El 70% de las pacientes que abortaron, consumían alcohol o fumaban, tales hábitos nocivos constituyeron importantes factores de riesgo para aborto.

-Las alteraciones psiquiátricas y las infecciones de tracto urinario constituyeron factores de riesgo para la presentación de aborto.

-Gestaciones anteriores constituyo un factor protector mas no significativo de aborto.

-La mayoría de las pacientes que abortaron, refirieron el antecedente de al menos un episodio, lo que constituyó un factor de riesgo para su presentación.

-Las pacientes que abortaron reportaron edades precoces de inicio de relaciones sexuales en comparación con el grupo control.

-El iniciar la actividad sexual antes de los 18 años constituyo un factor de riesgo para la presentación de aborto.

RECOMENDACIONES

-Implementar programas de información acerca de la repercusión del consumo de tabaco y alcohol en el embarazo.

-Reforzar el seguimiento en los controles prenatales en las primeras semanas de gestación con el objetivo de disminuir los factores de riesgo estudiados

-Aplicar programas de salud sexual y reproductiva adecuados a la realidad y problemática del personal militar femenino.

-Realizar un estudio multicéntrico, en donde se involucre a una mayor cantidad de población de modo que se intensifique la validación externa y extrapolación de los datos a la realidad peruana.

-Efectuar estudios con el objetivo de relacionar las características sociales y prácticas de aborto de las mujeres pertenecientes al ámbito militar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°538-2009/MINSA. Lima - Perú2009.
2. Távara L. El aborto como problema de salud pública en el Perú. *Ginecol Obstet (Perú)*. 2001;47(4):251-5.
3. Maternal Mortality [database on the Internet]2015.
4. Peru - statistics summary (2002 - present) [database on the Internet]2015.
5. Zheng D, Li C, Wu T, Tang K. Factors associated with spontaneous abortion: a cross-sectional study of Chinese populations. *Reprod Health* [Internet]. 4 de marzo de 2017 [citado 15 de marzo de 2017];14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5336639/>
6. Catak B, Oner C, Sutlu S, Kilinc S. Effect of socio-cultural factors on spontaneous abortion in Burdur, Turkey: A population based case-control study. *Pak J Med Sci*. 2016;32(5):1257–62.
7. Adjei G, Enuameh Y, Asante KP, Baiden F, A Netey OE, Abubakari S, et al. Predictors of abortions in Rural Ghana: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 28 de febrero de 2015 [citado 15 de marzo de 2017];15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4350647/>
8. Kumi-Kyereme A, Gbagbo FY, Amo-Adjei J. Role-players in abortion decision-making in the Accra Metropolis, Ghana. *Reprod Health* [Internet]. 16 de septiembre de 2014 [citado 15 de marzo de 2017];11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177687/>
9. Gelaye AA, Taye KN, Mekonen T. Magnitude and risk factors of abortion among regular female students in Wolaita Sodo University, Ethiopia. *BMC Womens Health*. 26 de marzo de 2014;14:50.

10. Urgellés Carrera SA, Reyes Guerrero E, Figueroa Mendoza M, Batán Bermúdez Y. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;38(4):549-57.
11. Norsker FN, Espenhain L, á Rogvi S, Morgen CS, Andersen PK, Nybo Andersen A-M. Socioeconomic position and the risk of spontaneous abortion: a study within the Danish National Birth Cohort. *BMJ Open* [Internet]. 25 de junio de 2012 [citado 15 de marzo de 2017];2(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3383986/>
12. Enríquez Domínguez B, Bermúdez Sanchez R, Puentes Rizo EM, Jiménez Chacón MC. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;36(2):145-59.
13. Quintero-Roa EM, Ortiz-Serrano R, Ochoa-Vera ME, Consuegra-Rodríguez MP, Oliveros CA. Socio-demographic characteristics of females who had undergone induced abortion in a public hospital in Bucaramanga. *Revista de Salud Pública*. 2010;12(4):570–579.
14. Pedersen W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction*. 2007;102(12):1971-8.
15. Olinto MTA, de Carvalho Moreira-Filho D. Factores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional Risk factors and predictors of induced abortion: a population-based study. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):365–375.
16. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(1):16-24.
17. Schmiege S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *bmj*. 2005;331(7528):1303.

18. Schieve LA, Tatham L, Peterson HB, Toner J, Jeng G. Spontaneous abortion among pregnancies conceived using assisted reproductive technology in the United States. *Obstetrics & Gynecology*. 2003;101(5):959-67.
19. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1 de febrero de 2003;82(2):182–8.
20. Díaz Díaz E, Álvarez Vázquez L, Farnot Cardoso U. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2001;27(1):26–35.
21. Bankole A, Singh S, Haas T. Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. *International Family Planning Perspectives*. 1999:68-77.
22. Cortés Alfaro A, del Pino Chivás A, Sánchez Rodríguez M, Alfonso Valiente A, Fuente Abreu J. Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 1999;25(1):34-8.
23. Castañeda Abascal I, Molina Estévez M. Factores biosociales que influyen en la aparición del aborto provocado. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 1999;25(1):55-60.
24. Cabezas-García E, Langer-Glass A, Alvarez-Vázquez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud pública de México*. 1998;40(3):265-71.
25. Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*. 1998:117-52.
26. Measham A, Rosenberg M, Khan A, Obaidullah M, Rochat R, Jabeen S. Complications from induced abortion in Bangladesh related to types of practitioner and methods, and impact on mortality. *The Lancet*. 1981;317(8213):199-202.

27. Calderón J, Alzamora de los Godos L. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina experimental y Salud pública*. 2006;23(4):247-52.
28. Tarqui-Mamani C, Barreda A, Barreda M, Sanabria-Roja H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006. *Revista Peruana de Medicina experimental y Salud pública*. 2010;27(1):38-44.
29. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. 2005 [citado 14 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/2978>
30. Salomón Prado LI. Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado-Instituto Especializado Materno Perinatal-2004. 2005 [citado 14 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2959>
31. Valera D. El aborto como problema de salud en Piura metropolitana. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;43(3):231-5.
32. Salomón Prado LI. Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado-Instituto Especializado Materno Perinatal-2004. 2005 [citado 14 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2959>
33. Aparicio J, Ayal J, Ascarruz A, Casquero J. Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;42(3):64-6.
34. Pérez D, Panta A. Factores epidemiológicos asociados al aborto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;41(3):48-51.
35. Méndez EM. Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Cayetano Heredia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;31(3):36-40.

36. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Aborto espontáneo. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2011;54(04).
37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica. Quito, Ecuador 2013.
38. Instituto Nacional Materno Infantil. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Colegio Médico del Perú. 2010.
39. Goddijn M, Leschot N. Genetic aspects of miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2000;14(5):855-65.
40. Scroggins KM, Smucker WD, Krishen AE. Spontaneous pregnancy loss: evaluation, management, and follow-up counseling. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2000;27(1):153-67.
41. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Spontaneous abortion. Cunningham FG, Williams JW *Williams obstetrics* 21st ed New York: McGraw-Hill. 2001:856-69.
42. Garcia-Enguidanos A, Calle M, Valero J, Luna S, Dominguez-Rojas V. Risk factors in miscarriage: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2002;102(2):111-9.
43. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(2):182-8.
44. Donders GG, Van Bulck B, Caudron J, Londers L, Spitz B. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2000;183(2):431-7.
45. Li D-K, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *bmj*. 2003;327(7411):368.

46. Nelson DB, Grisso JA, Joffe MM, Brensinger C, Shaw L, Datner E. Does stress influence early pregnancy loss? *Annals of epidemiology*. 2003;13(4):223-9.
47. Díaz Díaz E, Álvarez Vázquez L, Farnot Cardoso U. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2001;27(1):26-35.
48. Jurkovic D, Overton C, Bender-Atik R. Diagnosis and management of first trimester miscarriage. *bmj*. 2013;346:f3676.
49. Strobino B, Pantel-Silverman J. Gestational vaginal bleeding and pregnancy outcome. *American journal of epidemiology*. 1989;129(4):806-15.
50. Deaton J, Honore G, Huffman C, Bauguess P. Early transvaginal ultrasound following an accurately dated pregnancy: the importance of finding a yolk sac or fetal heart motion. *Human reproduction*. 1997;12(12):2820-3.
51. Deutchman M, Eisinger S, Kelber M. First trimester pregnancy complications. *ALSo: Advanced Life Support in obstetrics course syllabus 4th ed* Leawood, Kan: American Academy of Family Physicians. 2000:1-27.
52. Wieringa-de Waard M, Bonsel GJ, Ankum WM, Vos J, Bindels PJ. Threatened miscarriage in general practice: diagnostic value of history taking and physical examination. *British journal of general practice*. 2002;52(483):825-9.
53. Wong SF, Lam MH, Ho LC. Transvaginal sonography in the detection of retained products of conception after first-trimester spontaneous abortion. *Journal of clinical ultrasound*. 2002;30(7):428-32.
54. Rulin MC, Bornstein SG, Campbell JD. The reliability of ultrasonography in the management of spontaneous abortion, clinically thought to be complete: a prospective study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1993;168(1):12-5.

55. Champion EW, Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *New England Journal of Medicine*. 2013;369(15):1443-51.
56. American College of Radiology. ACR appropriateness Criteria - First Trimester Bleeding. 2012.
57. Lane BF, Wong-You-Cheong JJ, Javitt MC, Glanc P, Brown DL, Dubinsky T, et al. ACR Appropriateness Criteria® first trimester bleeding. *Ultrasound quarterly*. 2013;29(2):91-6.
58. Chung T, Cheung L, Sahota D, Haines C, Chang A. Spontaneous abortion: short-term complications following either conservative or surgical management. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*. 1998;38(1):61-4.

ANEXOS

ANEXO N° 01 MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	NATURAL EZA/ ESCALA DE MEDICION	TIPO	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN
Situación Laboral	Cualitativa Nominal	Independiente	Indirecta (Ficha de recolección de datos)	Actividad en el servicio	Años
Hábitos nocivos	Cualitativa Nominal	Independiente	Indirecta (Ficha de recolección de datos)	Alcoholismo Tabaquismo Drogadiccion	0 = Si 1=No
Antecedentes clínico-patológicos	Cualitativa Nominal	Independiente	Indirecta (Ficha de recolección de datos)	Desordenes Psiquiátricos Diabetes Mellitus ETS ITU	0:SI 1:NO
Inmunizaciones	Cuantitativa Nominal	Independiente	Indirecta (Ficha de recolección de datos)	Numero de Inmunizaciones recibidas	0: Incompletas 1: Completas
Antecedentes gineco-obstetricas	Cualitativa Nominal	Independiente	Indirecta (Ficha de recolección de datos)	Paridad Inicio de relaciones sexuales Abortos anteriores	0: Si 1: No
Ultima gestación	Cualitativa Nominal	Dependiente	Indirecta (Ficha de recolección de datos)	Semanas de gestación	0: Aborto 1: En curso

ANEXO N° 02 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Hoja N°1:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

1. Características sociodemográficas:

- Edad:
- Estado laboral: empleada () desempleada ()

2. Antecedentes Generales:

- Hábitos nocivos:
 - Alcohol: Sí () No ()
 - Tabaco: Sí () No ()
 - Café: Sí () No ()
 - Drogas: Sí () No ()

3. Antecedentes patológicos

- Alteraciones psiquiátricas: Sí () No ()

Cual(es): _____

- Hipertensión arterial: Sí () No ()
- Diabetes Mellitus: Sí () No ()
- ETS: Sí () No ()
- ITU: Sí () No ()

4. Antecedentes ginecobstétricos

- G__P_____
- Número de abortos: _____
- Actividad sexual:
 - Inicio de RS: _____
 - Número de parejas: _____

Última gestación (aborto):

- Edad Gestacional: _____
- Intercurrencias: _____

Anexo N°3

Solicitud para Revisión de Historia clínicas del Hospital Militar Central

COSALE
HMC
Jesús María
6 Feb 2017

HOJA DE TRAMITE N° 28 AA-11/8 DADCI

Señor Jefe del Servicio de Ginecología del HMC

Asunto : Remite (02) trabajos de investigación de Internos de Medicina

Ref. Normas vigentes

1. TRAMITE POR EFECTUAR

Tengo el honor de dirigirme a Ud., para remitirle adjunto al presente, dos (02) trabajos de investigación de internos de Medicina, los cuales desean ser ejecutados en el Servicio de Ginecología a su cargo, para su aprobación y respuesta, según el siguiente detalle:

N/O	APELLIDOS Y NOMBRES	TITULO DE TRABAJO	UNIVERSIDAD
01	INGA CASTILLO, Graciela Esther	FACTORES ASOCIADOS A ABORTO EN JOVENES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
02	ELESCANO ALVITES Jackeline Milagros	PREVALENCIA DE ENDOMETRIOSIS EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL SUR

2. OBSERVACIONES:

Se adjuntan dos trabajos de investigación (02 folder manilla) para su revisión, opinión y aprobación correspondiente, asimismo solicitamos la devolución de los trabajos para continuar el trámite con el Comité de Investigación.

ALVARO PALAVERA PRADO
M.D. EP
JEFE DEL SERV. GINECO - OBSTETRICIA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL



O-1892-4812-A3
Freddy CRUZ FELIX
Tit. San Odon
Jefe accidental del DADCI

Anexo N°4: Respuesta del listado de historias clínicas


"Año del Buen Servicio al ciudadano"

MINISTERIO DE DEFENSA
EJERCITO DEL PERU
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
"CRL LUIS ARIAS SCHEREIBER"

Jesús María, 13 de Febrero de 2017

Oficio N° 20 / AA-11/8/HMC/DADCI

Señorita Ex Interna de Medicina INGA CASTILLO GRACIELA

Asunto: Autorización para la ejecución de trabajo de Investigación que se indica

Ref:

- a. Solicitud del interesado s/n del 10 Ene 2016
- b. Trabajo de investigación (25 fólíos)
- c. Directiva N° 002/ Y- 6.j.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para comunicarle que el Comité de Ética del HMC y el DADCI, ha aprobado que Ud. Srta. Ex Interna de Medicina INGA CASTILLO GRACIELA (UPRP) realice el trabajo de Investigación, titulado: "**FACTORES ASOCIADOS A ABORTO EN JOVENES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL AÑO 2016**".

Por tal motivo como investigador debe coordinar con el Servicio de Ginecología y Dpto. de Registros Médicos (Historias Clínicas) de nuestro hospital, sin irrogar gastos a la institución, sujetándose a las normas de seguridad existentes a fin de no comprometer a la Institución bajo ninguna circunstancia, asimismo al finalizar el estudio deberá remitir una copia del trabajo en físico y virtual al Departamento de Capacitación del HMC para su conocimiento y difusión.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.


O-4028424812-A+
Freddy CRUZ FELIX
Tte San Odon
Jefe accidental del DADCI



DISTRIBUCIÓN:

- Interesado..... 01
- Serv. Ginecología..... 01 (C, inf)
- Dpto. Reg. Médicos 01 (C, inf)
- Archivo..... 01/04

FCF/eyl