



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DEL ABORTO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 DE SULLANA, ENERO-**

JUNIO DEL 2018

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

CALLE RODRÍGUEZ, LUIS ANTONIO

ASESOR

MARXS RÍOS TRONCOS

LINEA DE INVESTIGACION

SALUD MATERNA

PIURA – PERÚ

2018

PAGINA DEL JURADO

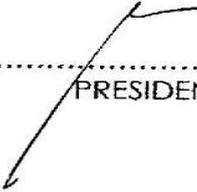
 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : I de 4
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **CALLE RODRIGUEZ LUIS ANTONIO** cuyo título es:

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DEL ABORTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 DE SULLANA, ENERO- JUNIO DEL 2018

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: ⁰⁴ *19*.....(número)
Catorce.....(letras).

Piura.....de..... del 201.....



 PRESIDENTE





 SECRETARIO



 VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a ti Dios porque eres mi padre celestial y porque mi amor es infinito hacia ti.

Dedicárselo a mis padres, mis más grandes ejemplos, por estar conmigo en todo momento, a mis hermanas quienes me han acompañado siempre en el camino hacia conseguir mis metas. A usted por estar a mi lado acompañándome y alentándome para que no me rinda nunca ante todas las adversidades.

Dedicárselo así mismo a mis maestros por ser mi ejemplo, por cada uno de sus consejos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, le quiero dar gracias a Dios porque gracias a él estoy aquí hoy cumpliendo con uno de mis más grandes sueños. Agradecerles inmensamente a mis padres, por todo lo que me han enseñado día a día, por su apoyo moral y económico, por cada esfuerzo que han realizado día a día para que yo cumpla con mi más grande meta. Agradezco a mis hermanas, porque son mi motor, por el apoyo que me han dado en todo lo que ha sido sus posibilidades. Así mismo agradecerle a ti por estar a mi lado, por cada palabra de aliento y por muchas veces haberte convertido en mi sostén para no caer.

Durante estos siete años nada ha sido fácil, la vida universitaria es todo un reto, el cual he superado, con ayuda de mis maestros; hoy quiero agradecerles por todas sus enseñanzas por sus consejos para convertirme en un buen profesional, desde el director que siempre ha estado allí para apoyarnos y a todas las personas que forman parte de la institución a la que me siento orgulloso de pertenecer.

DECLARATORIA DE AUTENCIDAD

Yo, **LUIS ANTONIO CALLE RODRÍGUEZ**, con DNI N° **70859857** declaro que la tesis de grado titulada: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA, ENERO-JUNIO DEL 2018**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la propuesta en mención.

Piura, Perú 2018



LUIS ANTONIO CALLE RODRÍGUEZ

DNI N° 70859857

PRESENTACION

La presente investigación está estructurada en seis capítulos: Introducción, metodología, análisis de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones respecto al estudio. En el capítulo I se describe el marco teórico, los antecedentes, el problema de investigación, los objetivos y la justificación. El capítulo II presenta la metodología que incluye el diseño de investigación, descripción de la población, cálculo de la muestra y técnica e instrumentos de recolección de datos. En tanto que en el análisis de resultados se presenta la información recolectada mediante una ficha diseñada para la presente investigación, la misma que se discute en el cuarto capítulo. En el quinto capítulo se exponen las conclusiones que permitirán objetivar los resultados de la investigación y en el sexto capítulo se plantean las recomendaciones finales ante la problemática estudiada. Finaliza el informe con el capítulo de referencias bibliográficas.

INDICE

PAGINA DEL JURADO	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENCIDAD.....	v
PRESENTACION	vi
INDICE.....	vii
RESUMEN	ix
I. INTRODUCCION	1
1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2 TRABAJOS PREVIOS.....	1
1.3 MARCO TEÓRICO.....	6
1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	10
1.5 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	10
1.6 OBJETIVOS	11
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
II. METODO	12
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	12
2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACION.....	12
2.3 POBLACION Y MUESTRA.....	13
2.3.1 Población.....	13
2.3.2 Muestra.....	13
2.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	13
2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	13
2.5 METODOS DE ANALISIS DE DATOS	13
2.6 ASPECTOS ETICOS.....	14

III. RESULTADOS.....	15
IV. DISCUSION	22
V. CONCLUSIONES.....	24
VI. RECOMENDACIONES.....	25
VII. REFERENCIAS	26
VIII. ANEXOS	29

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y obstétricas de adolescentes con aborto atendidas en el Hospital de Sullana periodo enero-junio del 2018.

Metodología: La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de aborto que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital de Sullana durante el período comprendido entre enero y junio del 2018. La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población de estudio que cumplió con los criterios de selección. De un total de 64 pacientes, se excluyeron 4 por falta de datos en la historia clínica, por lo que, la muestra final estuvo constituida por 60 pacientes.

Resultados: Se observa que 53.3% de la muestra es > 17 años, 31.7% con edades entre 16 y 17 años y 15% son < 16 años. El 60.0% son convivientes, 21.3% solteras y solo 16.3% casadas. El 85.0% tienen estudios de secundaria, 11.7% primaria y 3.3% estudio superior. También se encontró que el 15.0% de la muestra tiene antecedente de aborto previo. Con respecto al tipo de aborto el 91.7% es incompleto. La edad gestacional promedio es 11.7 ± 4.3 semanas al momento del aborto.

Conclusiones: Se concluye los abortos en adolescentes se observa con mayor frecuencia en el grupo etario > de 17 años, conviviente con secundaria. También, que la edad gestacional promedio en la cual se produce el aborto es 11.7 ± 4.3 semanas, con predominio marcado del aborto incompleto y con baja frecuencia en el antecedente de aborto previo.

Palabras clave: Aborto, adolescente.

ABSTRACT

Objective: *To determine the epidemiological and obstetric characteristics of adolescents with abortion treated at the Hospital de Sullana from January to June 2018.*

Methodology: *The study population consisted of all the clinical histories of the patients with a diagnosis of abortion who were hospitalized in the obstetrics-gynecology service of the Hospital de Sullana during the period between January and June 2018. The sample was constituted for the entire study population that met the selection criteria. Of a total of 64 patients, 4 were excluded due to lack of data in the clinical history, so that the final sample consisted of 60 patients.*

Results: *It is observed that 53.3% of the sample is > 17 years, 31.7% with ages between 16 and 17 years and 15% are <16 years. 60.0% are cohabiting, 21.3% are single and only 16.3% are married. 85.0% have high school studies, 11.7% primary and 3.3% higher education. It was also found that 15.0% of the sample had a history of previous abortion. Regarding the type of abortion 91.7% is incomplete. The average gestational age is 11.7 ± 4.3 weeks at the time of abortion.*

Conclusions: *We conclude that abortions in adolescents are observed with greater frequency in the age group > of 17 years old, cohabiting with secondary school. Also, that the average gestational age at which the abortion occurs is 11.7 ± 4.3 weeks, with marked predominance of incomplete abortion and with low frequency in the history of previous abortion.*

Keywords: *Abortion, adolescent.*

I. INTRODUCCION

1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA

El embarazo no deseado en la población adolescente sigue siendo un importante problema de salud pública. Los datos más recientes indican que el 10% y 23% de las niñas entre 15 y 19 años de las zonas urbanas y rurales del Perú quedarán embarazadas respectivamente (1). De este grupo, el 6.8% tendrá un aborto, lo cual representa el 9.8% de las causas de mortalidad materna a esta edad (2).

La adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años. Es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, y de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad entre otros (3).

El embarazo en adolescentes ha ocurrido desde épocas remotas de la humanidad y algunos de estos no fueron deseados. Este tipo de embarazos para determinados autores tiene la denominación de no oportunos y surgen en las épocas actuales por una relación sexual sin usar o con uso inadecuado de métodos anticonceptivos, lo que se asocia a falta de información o ignorancia.

1.2 TRABAJOS PREVIOS

Huanca N. 2018. “Características personales, familiares, sociales y gineco-obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el hospital María Auxiliadora - Lima, 2017”. Con el objetivo de determinar las características personales, familiares, sociales y gineco-obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora - Lima, 2017, realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, cuantitativo y básico. La

población estuvo constituida de 45 adolescentes en el periodo de abril a junio del 2017. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento, un cuestionario. Resultados: la edad promedio fue de 17.2 ± 1.5 años, 30 (66.7%) eran solteras; 29 (64.4%) tengan secundaria. En relación, a quien le comunicaron su embarazo, 18 (40,0%) comunicó a su madre, 17 (37,8%) a su pareja. Referente, a reacción de los padres a la noticia de embarazo, 35 (77,8%) mostraron rechazo y 10 (22,2%) lo apoyaron. Con respecto a la reacción de los padres al aborto, 29 (64,4%) brindaron consuelo, 8 (17,8%) mostraron apoyo. En relación con violencia familiar, 39 (88,7%) no violencia familiar, 6 (13,3%) si lo tuvo. Respecto al motivo de la primera relación sexual, 14 (31.1%) por decisión propia, 8 (17.8%) por deseo de ser madre. En lo referente a, orientación temas de planificación familiar, 20 (44,4%) respondieron que no, 25 (55,6%) que sí. La edad gestacional promedio, fue de 7.87 ± 3.1 semanas; la edad promedio del inicio de relaciones sexuales, fue de 15.36 ± 1.7 años; el número promedio de parejas sexuales, 1.38 ± 0.65 ; y, el número promedio de abortos fue de 1.09 ± 0.28 . Sobre el uso de algún método anticonceptivo, 37 (82,2%) lo negaron, 8 (17,8%) respondieron que si utilizaban un método (4).

Serna K. 2017. “Factores personales de las adolescentes que abortaron y fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016”. Con el objetivo de determinar los factores personales de las adolescentes que abortaron y fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, de diseño no experimental, en pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto que fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre de 2016, en 97 pacientes de quienes se revisaron sus historias clínicas para identificar qué factores personales intervinieron para el aborto. Resultados: los factores personales que conllevan a un aborto fueron: la edad con mayor frecuencia de abortos se encuentra entre el periodo de 15 a 17 años 11 meses 29 días con 66.5%, en el nivel de instrucción con mayor frecuencia encontramos a aquellos que culminaron la primaria completa con un 37%, las pacientes con mayor frecuencia son procedentes del agustino en un 63% y la mayoría no pertenece a ningún grupo religioso con un 64%. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos con mayor frecuencia encontramos a las primigestas con 70.9%, la nulíparas tienen un 81.2%, referente al

tipo de aborto más frecuente con un 85.2% encontramos al aborto espontaneo y el procedimiento realizado con mayor frecuencia es el AMEU con un 58.3% (5).

Comettant M. 2016. “Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016”. Con el objetivo de determinar los factores personales, familiares y relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), enero 2015 – marzo 2016, realizó un estudio de casos y controles. El grupo de casos estuvo comprendido por 75 adolescentes que manifestaron haber tenido un aborto inducido y los controles por 75 gestantes adolescentes sin antecedente de aborto que se atendieron en el INMP durante el período comprendido entre enero 2015 y marzo 2016. Resultados: los factores personales que intervienen en la decisión de abortar son: el bajo grado de instrucción tiene un riesgo significativo con un OR de 2.688 (IC 95% 1.385-5.217), la ocupación tiene un riesgo significativo con un OR de 2.984 (IC 95% 1.535-5.798), el embarazo planificado tiene una protección significativa con un OR de 0.059 (IC 95% 0.008-0.461), el número de parejas sexuales tiene una protección significativa con un OR de 0.343 (IC 95% 0.154-0.764), el uso de métodos anticonceptivos tiene una protección significativa con un OR de 0.325 (IC 95% 0.172-0.651). Los factores familiares que intervienen en la decisión de abortar son: el estado civil de la madre tiene un riesgo significativo con un OR de 2.538 (IC 95% 1.281-5.028), el grado de instrucción de la madre tiene un riesgo significativo con un OR de 3.558 (IC 95% 1.821-6.958), el estado civil del padre tiene un riesgo significativo con un OR de 2.818 (IC 95% 1.359-5.841), la violencia familiar tiene un riesgo significativo con un OR de 7.250 (IC 95% 2.790-18.839), el ingreso familiar tiene un riesgo significativo con un OR de 2.705 (IC 95% 1.018-7.186), los hábitos nocivos familiares tienen un riesgo significativo con un OR de 3.567 (IC 95% 1.818-6.999), el tipo de familia es un factor protector con OR de 0.244 (IC 95% 0.111-0.536) y el apoyo familiar tiene una protección significativa con un OR de 0.061 (IC 95% 0.025-0.152). Los factores relacionados a la pareja que intervienen en la decisión de abortar son: la ocupación de la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 4.125 (IC 95% 1.101-15.446), el ingreso de la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 4.585 (IC 95% 2.258-9.308), los hábitos nocivos de la pareja tienen un riesgo significativo con un OR de 5.254 (IC 95% 2.512-

10.986), la duración de la relación antes del inicio de las relaciones sexuales con la pareja tiene un riesgo significativo con un OR de 6.468 (IC 95% 2.481-16.865), el tener una relación actual con su pareja tiene una protección significativa con un OR de 0.107 (IC 95% 0.051-0.225) y el apoyo a la pareja tiene una protección significativa con un OR de 0.213 (IC 95% 0.106-0.429) (6).

Llanos F. 2015. “Factores frecuentes que Ocasionan el aborto de gestantes adolescentes en el Centro Materno Infantil César López Silva Villa el Salvador periodo abril - agosto 2014”. Con el objetivo de determinar los factores frecuentes que ocasionan el aborto de gestantes adolescentes entre 13 y 14 años de edad en el Centro Materno Infantil Cesar López Silva – Villa el Salvador, periodo de abril a agosto – 2014, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 44 adolescentes a las cuales en una segunda parte se les administro una encuesta de 6 preguntas, teniendo como resultado que el 23% de las adolescentes aborta por la edad, el 16% por automedicación, el 11% por el uso del dispositivo intrauterino, el 25% por esfuerzo físico realizado y por otras causas el 25%, además la edad de las adolescentes fueron de 13 y 14 años (7).

Urcuhuaranga L. 2015. “Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martin 2014”. Con el objetivo de determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín. 2014, realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo; la población la constituyó 138 abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba-SAN MARTIN en el 2014; la muestra fueron 102 abortos en adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; se recolecto la información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y el informe operatorio del legrado uterino. Las adolescentes con aborto presentan entre los 17 a 19 años (68.6%), solteras (88.2%), proceden de la zona urbanomarginal (42.2%) y zona urbana (37.3%), con nivel de instrucción secundaria (67.6%). El 23.5% han tenido antecedente de aborto, el 73.5% son primígesta, el 61.8% tienen entre las 10 a 20 semanas y el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación. La principal sintomatología de los casos de aborto fue sangrado (100%) y dolor en la región de

hipogastrio (95.1%), al examen el 45.1% de los casos presentaron el orificio externo abierto y en el 54.9% no hay registro. El 68.6% fueron catalogados como espontaneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto séptico. Los abortos espontáneos se presentaron en adolescentes de 17 a 19 años (81.4%), solteras (85.7%), proceden de la zona urbanomarginal (40.0%) y urbana (38.6%), secundaria (77.1%), con antecedente de aborto (14.3%), primigesta (76.8%), entre 10 a 20 semanas de gestación (68.6%). Los abortos inducidos fueron en adolescentes de 14 a 16 años (61.5%), solteras (96.2%), proceden de la zona urbanomarginal (46.2%) y urbana (38.5%); secundaria (50%), con antecedente de aborto (46.2%), primigestas (65.4%), entre 10 a 20 semanas de gestación (50.0%). El aborto séptico tuvo igual frecuencia entre las adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años de edad (50.0%), solteras (83.3%), proceden de la zona urbanomarginal (50.0%), secundaria (33.3%), primigestas (50%); entre 5 a 9 semanas de gestación (66.7%) (8).

Alvarez W. 2015. “Factores personales y gineco obstétricos en las adolescentes hospitalizadas con el diagnóstico de aborto en el departamento de gineco obstetricia del hospital Goyeneche, 2014”. Con el objetivo de conocer los factores personales y gineco-obstétricos en las adolescentes Hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche entre enero y diciembre del año 2014, realizó un estudio de observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Resultados: se diagnosticaron 55 abortos en adolescentes, la mayoría están en el grupo etario de edad de 17 a 19 años 90,9% y sólo el 9,1% de ellas tienen 14 ó 16 años. Se encontró que tienen grado de instrucción secundaria completa, 61,8% y sólo el 1,8% de ellas presentaron grado de instrucción técnico superior además proceden de un distrito de Arequipa (70,9%), de otro departamento 12,7% y sólo un 1,8% de ellas son extranjeras. El estado civil prevalente en las adolescentes fue soltero 56,4% en cuanto a las que conviven es 43,6%. La mayor parte de las adolescentes son católicas 98,2% y el 1,8% de ellas son de otro grupo religioso. Se encontró que las adolescentes tuvieron su primera menstruación a los 12 años que es el 34,5% y sólo el 1,8% de ellas a los 9 ó 16 años. En su mayoría de las adolescentes iniciaron relaciones sexuales a los 17 años es decir de 25,5%, a la edad de 18 años el 20,0% y sólo el 1,8% a los 20 años. El 16,4% de las adolescentes abortaron a la 8 semana de gestación y el 1. 8% de las adolescentes abortaron en la

semana de gestación 17 ó 21. La paridad en las adolescentes fue Primigestas (81,8%), en tanto las adolescentes segundigestas son el 14,5% y sólo el 3,6% de ellas son multigestas. El tipo de aborto con mayor frecuencia fue el espontáneo (90,9%). El tratamiento frecuentemente utilizado fue la Aspiración Manual Endouterina (89,1%). Se observó que el 16,4% de las adolescentes presentó infección del tracto uterino, el 1,8% presentaron tabique vaginal y el 81,8% no presentaron ninguna patología. El método anticonceptivo elegido por las adolescentes con su pareja, en su mayoría fue ninguno método anticonceptivo 67,3%, el 7,3% de ellas usaron anticonceptivo oral y el 20,0% usaron preservativo (9).

1.3 MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como "la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos". Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas (10).

Para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) el aborto es "la expulsión o extracción de un embrión o un feto de menos de 500 gr (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionario, mola hidatidiforme, etc.), independiente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado (11).

Casi el 80% de todos los abortos clínicos ocurren en el primer trimestre y la incidencia disminuye con el avance de la edad gestacional. La tasa de pérdida se mantiene estable durante 12 semanas y disminuye en las siguientes semanas. Cuando se visualiza un saco gestacional por ultrasonido, la tasa de pérdida es del 11.5% pero cae al 6% al 8% si se observa actividad cardíaca embrionaria a las 6 semanas y cae al 2% al 3% si la actividad cardíaca es persistente entre 8 y 12 semanas (12). Los estudios demuestran que la mayoría de las pérdidas antes de las 10 semanas son atribuibles a anomalías cromosómicas. Las mujeres con hemorragia en el primer

trimestre y la presencia confirmada de actividad cardíaca fetal tienen un 15% de riesgo de sufrir un aborto espontáneo (13).

Las causas de pérdida del embarazo pueden describirse como maternas o fetales. Los factores maternos incluyen afecciones médicas, problemas estructurales que afectan al útero y el cuello uterino, y exposiciones ambientales. Las razones fetales para la pérdida incluyen anomalías cromosómicas y trastornos del desarrollo de órganos, que pueden tener o no un componente cromosómico.

Los orígenes cromosómicos de la pérdida del embarazo incluyen errores embrionarios como resultado de anomalías parentales conocidas y errores embrionarios de novo en el entorno de padres con cariotipos normales. Congénito significa presente al nacer, pero no se infiere si una condición es heredada. Los problemas cromosómicos son todos genéticos, pero pocos se heredan. Los estudios confirman que entre el 50% y el 60% de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y hasta el 85% de los embarazos que no son viables mediante ultrasonido demostrarán una aneuploidía en la revisión patológica después de la evacuación quirúrgica (14). La mayoría de los cariotipos anormales son irregularidades numéricas que resultan de errores durante la gametogénesis (no disyunción cromosómica durante la meiosis), fertilización (triploidía como resultado de digyny o diandry), o la primera división del óvulo fertilizado (tetraploidía o mosaicismo). Alrededor del 56% de estas anomalías son trisómicas, el 20% son poliploides, el 18% serán monosomías del cromosoma X y el 4% representarán translocaciones desequilibradas (14). La aneuploidía fetal es la causa más común de aborto espontáneo, y las trisomías autosómicas representan la mayoría de las pérdidas. La trisomía 16 es la anomalía observada con más frecuencia en los abortos, seguida de la trisomía 22. La anomalía cromosómica individual más común es la monosomía 45, X; sin embargo, casi 1 de cada 300 de estas gestaciones sobrevivirá a la viabilidad (15).

Las anomalías uterinas, ya sean congénitas o adquiridas, pueden no proporcionar el ambiente óptimo para la nutrición y la supervivencia del embrión y, por lo tanto, pueden causar la pérdida de un embrión genéticamente normal. Las anomalías

uterinas congénitas se pueden dividir en aquellas causadas por la fusión uterina anormal, las producidas por la ingestión de dietilestilbestrol (DES) materno y aquellas causadas por una función cervical anormal. La última condición, el cuello uterino incompetente, también se puede adquirir después de la dilatación cervical mecánica. Los pólipos uterinos o los miomas submucosos pueden considerarse adquiridos.

Las anomalías uterinas pueden observarse en el 4.3% (rango, 2.7% a 16.7%) de la población general y en el 12.6% (rango, 1.8% a 37.6%) de pacientes con pérdida recurrente de embarazos (16). La prevalencia de malformaciones uterinas en mujeres con pérdida recurrente del embarazo ha variado ampliamente debido a las diferencias en los criterios de diagnóstico y las técnicas de imagen utilizadas. El útero septado es la anomalía uterina más común en la población general, así como en mujeres con pérdida recurrente de embarazos. Las mujeres con anomalías uterinas tienen tasas más altas de abortos espontáneos en el primer y segundo trimestre en comparación con las mujeres con útero normal. Los tabiques uterinos tienden a asociarse con el peor resultado reproductivo (16).

La incompetencia cervical se caracteriza por una dilatación asintomática del orificio cervical interno que conduce a la dilatación del conducto cervical durante el segundo trimestre del embarazo. La consiguiente falta de soporte de las membranas fetales conduce a su prolapso y ruptura, que generalmente es seguida por la expulsión del feto y la placenta. La incidencia de este problema se estimó previamente que variaba de 1 en 57 a 1 en 1730 embarazos. El gran rango de incidencia habla de la dificultad en el diagnóstico (17).

Los leiomiomas son tumores uterinos benignos comunes que están presentes en aproximadamente un tercio de las mujeres en edad reproductiva. Los leiomiomas uterinos pueden estar asociados con abortos espontáneos repetitivos. Los leiomiomas que distorsionan la cavidad uterina, incluida la submucosa o intramural con un componente intracavitario, pueden provocar una disminución de las tasas de embarazo e implantación, así como un mayor riesgo de aborto espontáneo (18).

Numerosos agentes infecciosos como *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Listeria monocytogenes*, *Toxoplasma gondii*, rubéola, citomegalovirus y virus del herpes han sido identificados en cultivos de mujeres que han tenido pérdidas de embarazo espontáneas. Hay menos datos sobre la relación entre estos agentes infecciosos y la pérdida recurrente (19).

Aunque *Listeria monocytogenes* produce el aborto en varias especies animales y en humanos en el segundo trimestre, no hay evidencia convincente de que sea abortivo en mujeres en el primer trimestre o en abortos espontáneos recurrentes (20). *Chlamydia trachomatis* es un patógeno de transmisión sexual común, pero no hay evidencia de que cause abortos espontáneos en mujeres asintomáticas. Las infecciones primarias se han asociado con la pérdida del embarazo, pero no con la pérdida recurrente (21).

El parásito *Toxoplasma gondii* puede infectar el embrión y provocar un aborto espontáneo. Sin embargo, es difícil documentar la presencia de este organismo antes de que ocurra un aborto espontáneo debido a la falta de correlación entre los inmunoensayos serológicos para este organismo y su detección en el endometrio por inmunofluorescencia (22).

Los datos de la vaginosis bacteriana como causa del aborto temprano debido a la endometritis han sido inconsistentes; sin embargo, el crecimiento excesivo de estas bacterias ha sido reportado repetidamente como un factor de riesgo de aborto tardío y parto prematuro (23).

El aborto espontáneo se diagnostica finalmente mediante la confirmación de una gestación no viable. Originalmente, los tipos de aborto se describieron por la apariencia del paciente en la presentación al médico e incluye (24).

- (1) Amenaza de aborto: sangrado vaginal en el contexto de un embarazo intrauterino viable y un síndrome cervicouterino cerrado.
- (2) Aborto omitido: gestación intrauterina no viable de menos de 20 semanas con un orificio cervicouterino cerrado.

- (3) Aborto incompleto gestación intrauterina a menos de 20 semanas con un orificio cervical abierto y paso parcial de productos de la concepción.
- (4) Aborto inevitable: un orificio cervical abierto sin paso de productos de la concepción en el contexto de un embarazo intrauterino viable o no viable
- (5) Aborto espontáneo completo: paso de todos los productos de la concepción en el contexto de un embarazo intrauterino.

El nivel de B-hCG en un embarazo en desarrollo normal debe aumentar de manera predecible. Se observó un aumento mínimo del 24% en 24 horas y del 53% en 48 horas para embarazos viables en un gran estudio longitudinal. Los niveles pueden alcanzar un máximo de 100.000 UI a las 10 semanas con la mayor tasa de aumento observada en las primeras 6 semanas, seguida de un aumento más lento y una eventual caída después del pico. Se ha utilizado una "zona discriminatoria" de nivel de B-hCG para predecir cuándo debería verse un saco gestacional intrauterino en las imágenes. Se ha aceptado tradicionalmente una B-hCG de 1500 UI como el nivel en el cual la ecografía transvaginal debería revelar un saco gestacional intrauterino en un embarazo viable (25).

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas y obstétricas de adolescentes con aborto atendidas en el Hospital de Sullana, enero-junio del 2018?

1.5 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La presente investigación nace de observar que las adolescentes peruanas tienen un alto riesgo de embarazos no deseados, con una alta probabilidad de optar por el aborto, lo cual genera una elevada morbilidad y mortalidad en la población adolescente. El reconocer las características objetivo de esta investigación nos permitirá ofrecer una terapéutica oportuna a las pacientes de nuestra población. El aborto adolescente es un tema de controversia y sobre todo un problema social que no distingue clase, nacionalidad, nivel de educación ni raza. Actualmente es un tema muy discutido por la polémica que genera, puesto que la legalización de este se encuentra en tela de

juicio en diversos países, principalmente en los latinoamericanos aunque ya algunos países optaron por su aprobación a pesar de la controversia y reacciones encontradas que causó en la sociedad; a pesar de encontrarse riesgos en el aborto para las adolescentes es mejor optar por mantener la opción del aborto, ya que si se prohíbe, las consecuencias de los abortos ilegales serían desastrosos

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características epidemiológicas y obstétricas del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital II-2 de Sullana periodo enero-junio del 2018.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de las características epidemiológicas del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital del Sullana.
- Identificar las principales características obstétricas del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital de Sullana.

II. METODO

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño de investigación es observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACION

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el aborto	< 16 años 16 a 17 años > 17 años	Razón
	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales	Soltera Casada Conviviente	Nominal
	Nivel de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Iletrada Primaria Secundaria Superior	Nominal
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	Antecedente de aborto: adolescente que refiere haber tenido anteriormente la presencia de aborto	Si No	Nominal
ABORTO	Edad gestacional: tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual a la fecha que acude al establecimiento de salud	Edad gestacional en semanas	
Extracción del producto antes de las 20 semanas de gestación a través del cuello uterino	Tipo de aborto	Completo Incompleto	Nominal

2.3 POBLACION Y MUESTRA

2.3.1 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto que estuvieron hospitalizados en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital de Sullana durante el período comprendido entre enero y junio del 2018.

2.3.2 MUESTRA

Se incluyó una muestra censal, donde el tamaño muestral estuvo constituido por la totalidad de la población de estudio que cumplió con los criterios de selección. De un total de 62 pacientes, se excluyeron 2 por falta de datos en la historia clínica, por lo que, la muestra final estuvo constituida por 60 pacientes.

2.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Historias clínicas de pacientes adolescentes con diagnóstico de aborto.
2. Historias clínicas con datos completos.

2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la recolección de datos se elaboró una ficha (Anexo 1), que nos permitió recabar la información necesaria para el desarrollo de los objetivos. Se solicitó formalmente el acceso a las historias clínicas de las pacientes con aborto hospitalizadas durante el período de estudio. Se corroboró que las historias clínicas contaran con la información completa.

2.5 METODOS DE ANALISIS DE DATOS

La información obtenida de las fichas de recolección se ingresó a una base de datos del programa SPSS®v.24. El análisis e interpretación de los datos se efectuó mediante el uso de

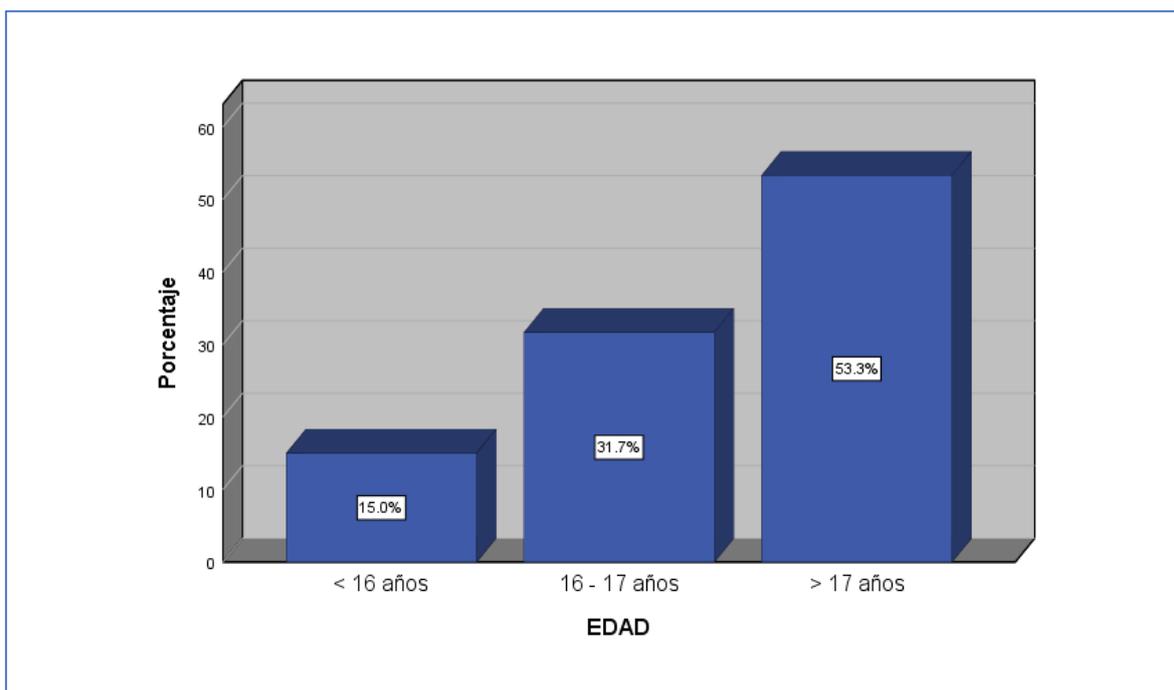
medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, porcentajes para variables cualitativas. Así mismo se utilizaron representaciones gráficas y de pastel según el caso y las tablas correspondientes.

2.6 ASPECTOS ETICOS

La investigación sigue los principios éticos de la Declaración de Helsinki, así como, evaluada y aprobada por el comité de investigación de la Universidad César Vallejo. La información obtenida de las historias clínica de los pacientes en estudio fue tratada de forma confidencial de acuerdo con los principios éticos actualmente vigentes.

III. RESULTADOS

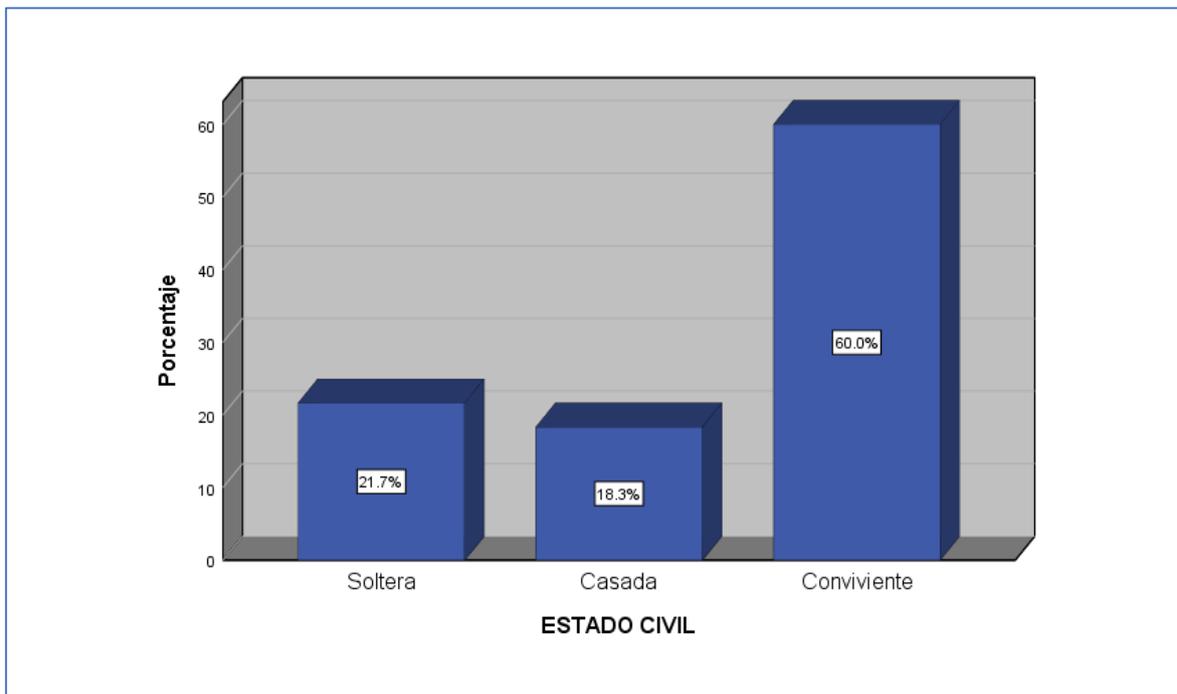
GRAFICO N° 1: DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ETARIO DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA, PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital Sullana

En el gráfico 1 se observa que el 53.3% de la muestra pertenecen al grupo etario > 17 años, seguido del 31.7% cuyas edades se encuentran entre los 16 y 17 años y en menor cuantía se observan las pacientes < 16 años.

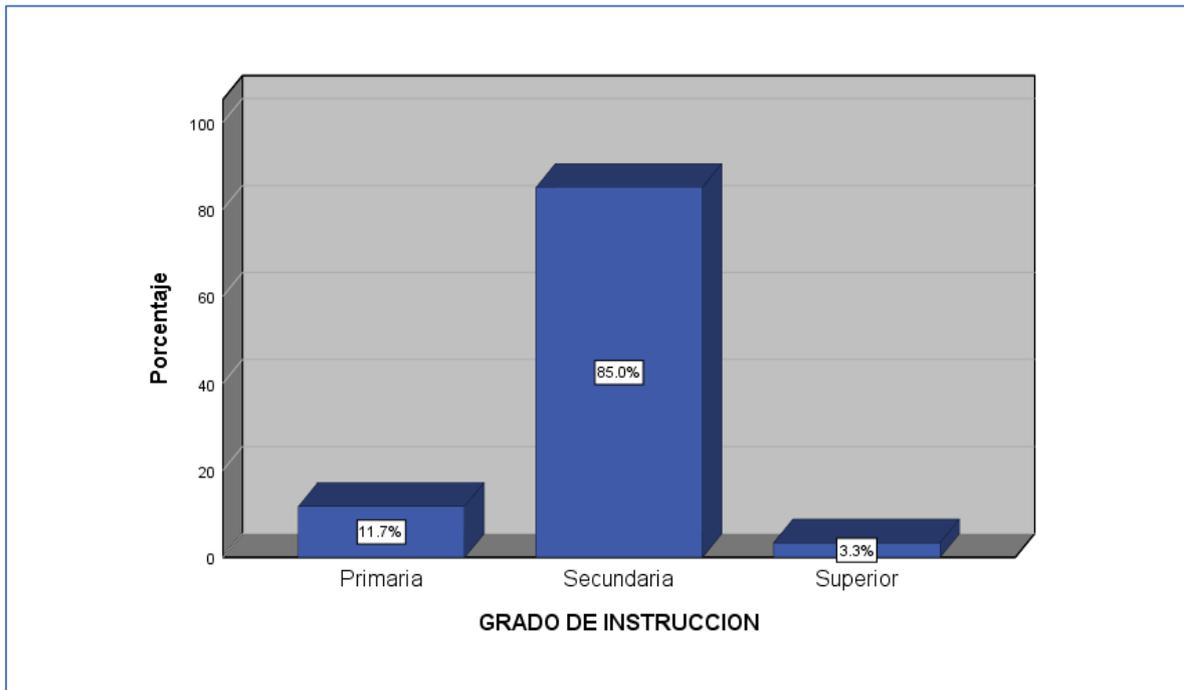
GRAFICO N° 2: DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA, PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital Sullana

En el gráfico 2 se observa que el 60.0% de la muestra son convivientes, 21.3% solteras y 16.3% casadas.

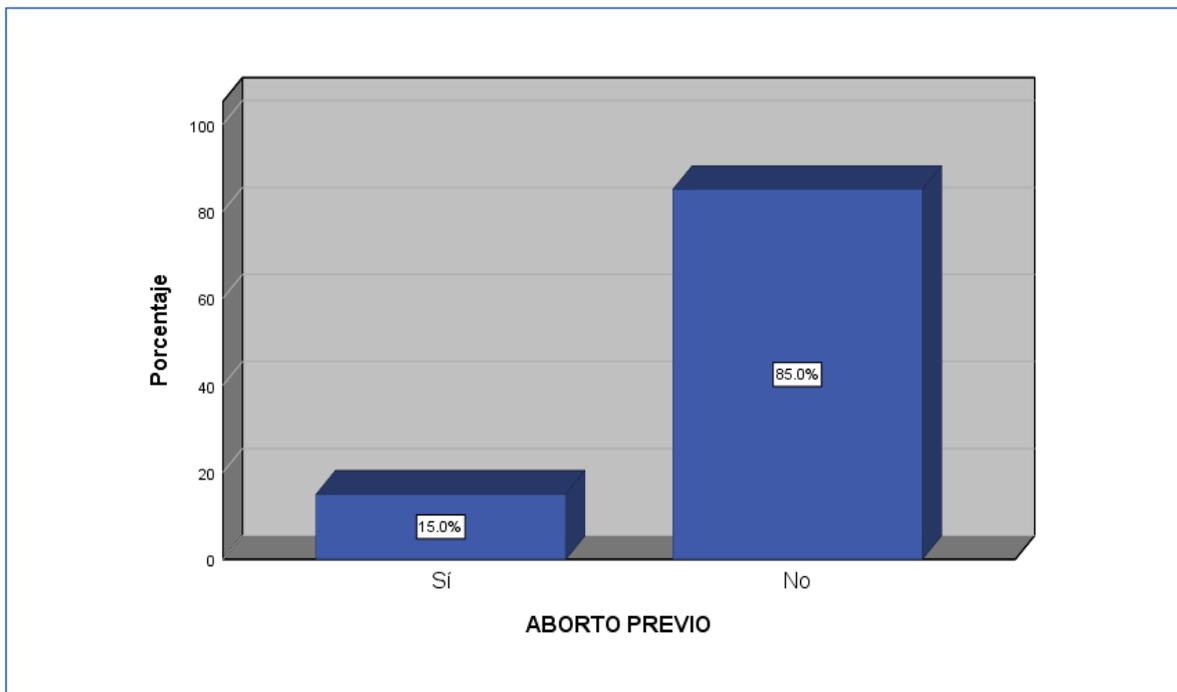
GRAFICO N° 3: DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA, PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital Sullana

El gráfico 3 nos muestra que 85.0% de la muestra tiene estudios de secundaria, 11.7% estudios de primaria y solo en 3.3% tienen estudio superior.

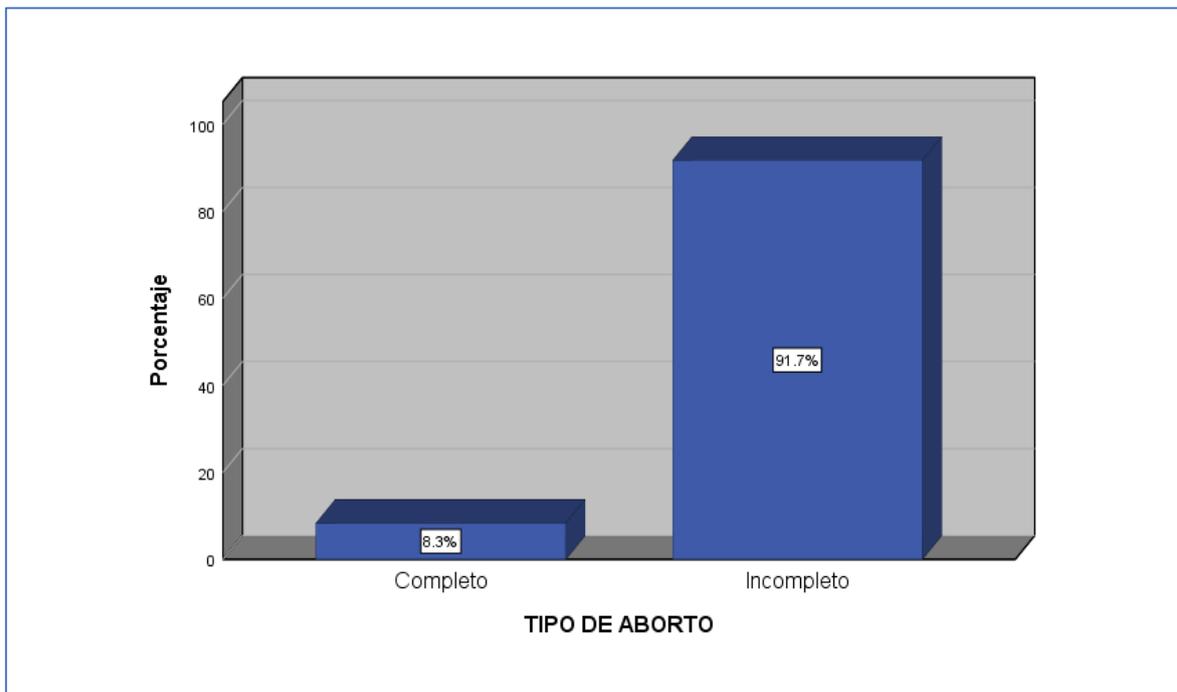
GRAFICO N° 4: DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO PREVIO DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA, PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital Sullana

En el gráfico 4 se observa que 15.0% (9) de las pacientes tiene antecedente de aborto previo.

GRAFICO N° 5: DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE ABORTO DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA, PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital Sullana

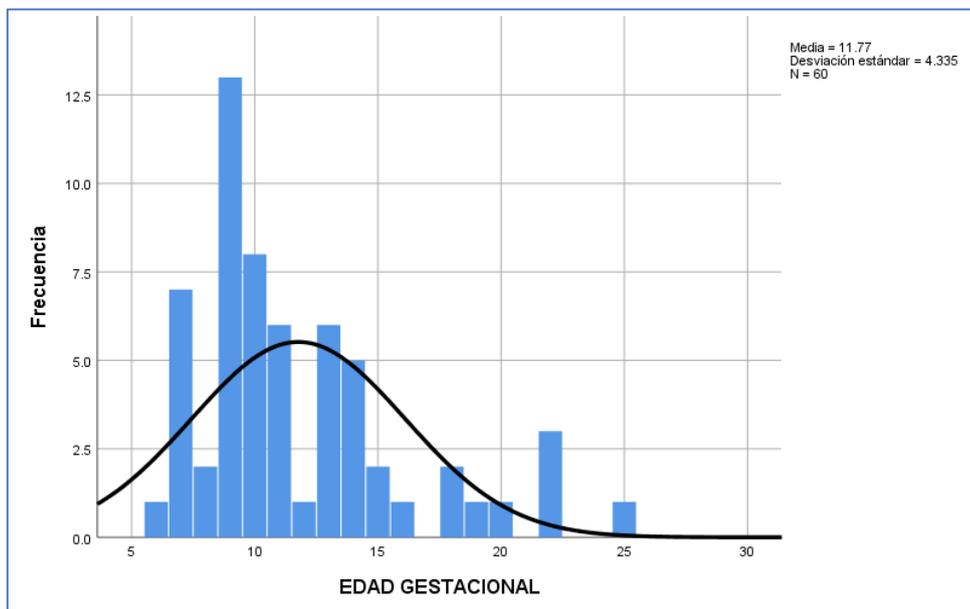
El gráfico 5 nos muestra que 91.7% de las pacientes que conforman la muestra, presentan aborto incompleto.

TABLA N° 1: DISTRIBUCION SEGÚN EDAD GESTACIONAL DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA, PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2018.

EDAD GESTACIONAL DEL ABORTO			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6	1	1.7	1.7
7	7	11.7	13.3
8	2	3.3	16.7
9	13	21.7	38.3
10	8	13.3	51.7
11	6	10.0	61.7
12	1	1.7	63.3
13	6	10.0	73.3
14	5	8.3	81.7
15	2	3.3	85.0
16	1	1.7	86.7
18	2	3.3	90.0
19	1	1.7	91.7
20	1	1.7	93.3
22	3	5.0	98.3
25	1	1.7	100.0
Total	60	100.0	

Fuente: Historias Clínicas – Hospital Sullana

GRAFICO N°6: DISTRIBUCION SEGÚN EDAD GESTACIONAL DE LAS ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA, PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2018



Fuente: Historias Clínicas – Hospital Sullana

IV. DISCUSION

La presente investigación tiene su origen en la importancia de conocer la realidad sobre el aborto en las adolescentes de nuestra localidad, ya que es una de las patologías Gineco-Obstétricas más frecuentes en nuestra población, y se considera fuente de morbilidad y mortalidad en las adolescentes.

En el gráfico 01, se observa que la mayor cantidad de abortos en adolescente se presenta en la población > de 17 años, en la publicación de Urcuhuaranga (8) se reporta que 68.6% de las adolescentes con aborto tenían entre 17 y 19 años, Álvarez (9) encontró que 90.9% de su muestra tuvo entre 17 y 19 años, ambos resultados concuerdan con lo encontrado en nuestra población, según la OMS estas edades corresponden a la adolescencia tardía, caracterizada por el desarrollo social, anhelo de independencia y capacidad de valorar las repercusiones de sus actos, que los puede llevar a tomar decisiones equivocadas en el ámbito sexual, por ende es de vital importancia educar a esta población en riesgo para evitar embarazos no deseados.

El gráfico 2 muestra que la condición civil predominante es de conviviente, con frecuencia del 60.0% y que tan solo un 16.3% están casadas, lo cual difiere de lo publicado por Urcuhuaranga (8) y Álvarez (9), quienes reportan que la condición de soltera fue la más frecuente con 88.2% y 56.4% respectivamente, esto se puede explicar porque el nivel sociocultural de nuestra población obliga a las adolescentes a buscar soporte emocional fuera del seno familiar.

El gráfico 3 nos muestra que el 85.0% de la muestra tiene estudios de secundaria, similar a lo encontrado por Huanca (4), Urcuhuaranga (8) y Álvarez (9), esto muestra que la población tiene interés en culminar sus estudios, sin embargo, llama la atención que estando dentro de una institución de formación no se brinde una adecuada orientación sexual que hubiera podido evitar estos embarazos no deseados que terminaron en aborto.

En el gráfico 4 podemos apreciar que el 15.0% de la muestra tiene el antecedente de por lo menos un aborto previo, valor inferior a lo reportado por Urcuhuaranga (8), quien encontró que 23.5% habían tenido antecedente de aborto, esto se puede explicar por la falta de

promoción de salud sexual responsable en este grupo de riesgo, por otro lado, el haber tenido un aborto genera en la adolescente la idea de ser una salida fácil por la que se puede optar según necesidad, sin medir los riesgos que este procedimiento conlleva.

La gráfica 5 nos muestra que la mayor frecuencia de abortos son de tipo incompleto 91.7%, dentro de nuestros antecedentes no hemos encontrado estudios que analicen esta variable, sin embargo, esto se puede explicar por el aumento de embarazos no deseados que buscan una solución en abortos clandestinos donde utilizan fármacos o instrumentos para realizar una extracción parcial del feto y la subsecuente infección de restos que ponen en riesgo la vida de la paciente.

La tabla 1 y gráfica 6 nos muestran que la edad gestacional al momento del aborto es 11.7 ± 4.3 semanas, lo cual difiere parcialmente a lo encontrado por Huanca (4), quien reporta una media de 7.8 ± 3.1 semanas de gestación al momento del aborto, se infiere que la mayor parte de nuestra población adolescente aborta en la edad gestacional de primer trimestre, por posibles causas cromosómicas y/o terapéuticas.

V. CONCLUSIONES

- Se concluye que el grupo etario > de 17 años, ser conviviente y tener secundaria completa son las características sociodemográficas más frecuentes.
- En relación a las características obstétricas podemos concluir que la edad gestacional promedio en la cual se produce el aborto es 11.7 ± 4.3 semanas, el aborto incompleto predomina sobre completo y que el antecedente de aborto previo no fue frecuente en nuestra población.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios donde se valore la frecuencia de los abortos inducidos en esta población vulnerable, para identificar la magnitud real de nuestra población con relación al aborto clandestino
- Se recomienda reforzar la educación sexual responsable en los alumnos de secundaria, ya que es justamente en esta edad cuando empiezan las primeras relaciones sexuales.

VII. REFERENCIAS

1. El 13% de adolescentes peruanas quedan embarazadas [internet]. Perú: El Comercio; 2017 [citado 30 setiembre 2018]. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/adolescentes-peru-embarazo-informe-desigualdad.html>.
2. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). [internet]. Lima: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017. [citado 30 setiembre 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>.
3. Causas del Aborto Adolescente en el Perú [internet]. Perú: 2013 [citado 30 setiembre 2018]- Disponible en: <http://causasdelabortoadolescente.blogspot.com/>.
4. Huanca N. Características personales, familiares, sociales y gineco-obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el hospital María Auxiliadora - Lima, 2017. [tesis de grado]. Lima: Universidad Arzobispo Loayza; 2018.
5. Serna K. 2017. Factores personales de las adolescentes que abortaron y fueron atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016. [tesis de grado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. 73p.
6. Comettant M. Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016. [tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. 59p.
7. Llanos F. Factores frecuentes que Ocasionan el aborto de gestantes adolescentes en el Centro Materno Infantil César López Silva Villa el Salvador periodo abril - agosto 2014. [tesis de grado]. Lima: Universidad Privada Sergio Bernales; 2015. 46p.
8. Urcuhuaranga L. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín 2014. [tesis de grado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015. 54p.
9. Alvarez W. Factores personales y gineco obstétricos en las adolescentes hospitalizadas con el diagnóstico de aborto en el departamento de gineco obstetricia del hospital Goyeneche, 2014. [tesis de grado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015. 57p.
10. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston H, Johnson B, Gülmezoglu A, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ. 2014; 92(3): 155.

11. Oliver A, Overton C. Diagnosis and management of miscarriage. *Practitioner*. 2014; 258(1771): 25-8.
12. Cohain J, Buxbaum R, Mankuta D. Spontaneous first trimester miscarriage rates per woman among parous women with 1 or more pregnancies of 24 weeks or more. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 437.
13. Sapra K, Buck G, Sundaram R, Joseph K, Bates L, Galea S, et al. Signs and symptoms associated with early pregnancy loss: findings from a population-based preconception cohort. *Hum Reprod*. 2016; 31(4): 887-96.
14. Yakut S, Sanhal C, Manguoglu E, Cetin Z. Prenatal diagnosis of isochromosome 21p and isochromosome 21q in a fetus with Down syndrome. *Genet Couns*. 2014; 25(3): 257-64.
15. Jia C, Wang L, Lan Y, Song R, Zhou L, Yu L, et al. Aneuploidy in Early Miscarriage and its Related Factors. *Chin Med J (Engl)*. 2015; 128(20): 2772-6.
16. Ación P, Ación M, Mazaira N, Quesada-Rico J. Reproductive outcome in uterine malformations with or without an associated unilateral renal agenesis. *J Reprod Med*. 2014; 59(1-2): 69-75.
17. Deanna J, Abuzied O, Islam F, Vetriciano I, Rocha F, Abuzeid M. The place for prophylactic cerclage in the infertile patient with established cervical incompetence who conceived twins after septum reduction. *Facts Views Vis Obgyn*. 2017; 9(2): 71-7.
18. Whynott R, Vaught K, Segars J. The Effect of Uterine Fibroids on Infertility: A Systematic Review. *Semin Reprod Med*. 2017; 35(6): 523-32.
19. Zipursky J, Cressman A, Juurlink D. Maternal infection can cause spontaneous abortion. *CMAJ*. 2017; 189(31): 1021.
20. Pourkaveh B, Ahmadi M, Eslami G, Gachkar L. Factors contributes to spontaneous abortion caused by *Listeria monocytogenes*, in Tehran, Iran, 2015. *Cell Mol Biol (Noisy-le-grand)*. 2016; 62(9): 3-10.
21. Ahmadi A, Khodabandehloo M, Ramazanzadeh R, Farhadifar F, Roshani D, Ghaderi E, et al. The Relationship between *Chlamydia trachomatis* Genital Infection and Spontaneous Abortion. *J Reprod Infertil*. 2016; 17(2): 110-6.
22. Vado I, Suárez V, Jiménez B, Zavala J, Segura J. *Toxoplasma gondii* presence in women with spontaneous abortion in Yucatan, Mexico. *J Parasitol*. 2013; 99(2): 383-5.
23. Işık G, Demirezen Ş, Dönmez H, Beksaç M. Bacterial vaginosis in association with spontaneous abortion and recurrent pregnancy losses. *J Cytol*. 2016; 33(3): 135-140.

24. Wellisch L, Chor J. Adolescent Girls and Abortion. *Pediatr Ann.* 2015; 44(9): 384-92.
25. Petersen S, Perkins A, Gibbons K, Bertolone J, Mahomed K. Utility of β hCG monitoring in the follow-up of medical management of miscarriage. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2017; 57(3): 358-65.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DEL ABORTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 DE SULLANA, ENERO-JUNIO DEL 2018”

Ficha N° _____

1. Edad:

< 16 años ()

16 a 17 años ()

> 17 años ()

2. Estado civil

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

3. Grado de instrucción

Iletrada ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

4. Antecedente de aborto

Si ()

No ()

5. Edad gestacional en semanas:

6. Tipo de aborto

Completo ()

Incompleto ()

Calle

INFORME DE ORIGINALIDAD

30%
INDICE DE SIMILITUD

29%
FUENTES DE
INTERNET

1%
PUBLICACIONES

17%
TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	search.ndltd.org Fuente de Internet	7%
2	documents.mx Fuente de Internet	6%
3	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	4%
4	repositorio.upsb.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	causasdelabortoadolescente.blogspot.com.es Fuente de Internet	1%
8	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%



Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y OBSTETRICAS DE ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA ENERO - JUNIO DEL 2018” del (de la) estudiante **LUIS ANTONIO CALLE RODRIGUEZ** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 30 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 01 de febrero de 2019



Dr. Edgar R. Bazán Palomino
Director de la Escuela de Medicina
UCV PIURA

Firma

Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Calle Rodríguez Luis Antonio

D.N.I. : 70859857

Domicilio : AA HH. Mercado Jarrín Mz C Lt 13-Chulucanas

Teléfono : Fijo : Móvil : 969632138

E-mail : antoniocallerodriguez01@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : Ciencias Médicas

Escuela : Medicina

Carrera : Medicina

Título : Médico Cirujano

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado :

Mención :

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Calle Rodríguez Luis Antonio

Título de la tesis:

Características epidemiológicas y obstétricas del aborto en adolescentes atendidas en el Hospital II-2 de Sullana, Enero-Junio del 2018

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma :

Fecha :

01/02/19



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

CALLE RODRIGUEZ LUSI ANTONIO

INFORME TITULADO:

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y OBSTETRICAS DE ADOLESCENTES CON ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SULLANA ENERO – JUNIO DEL 2018

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 02/02/2019

NOTA O MENCIÓN: CATORCE (14)



Dr. EDUARDO BAZAN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN