

**FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN PACIENTES DEL  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO  
EN LA CIUDAD DE PASTO EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2010 A FEBRERO 2011**

**CABRERA BURBANO ELIANA  
CABRERA CISNEROS JULIANA  
GUANCHA CAICEDO JORGE  
RODRÍGUEZ HERRERA JULIETH**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN  
PROGRAMA DE MEDICINA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: EPIDEMIOLOGIA  
SAN JUAN DE PASTO  
MAYO DE 2011**

**FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN PACIENTES DEL  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO  
EN LA CIUDAD DE PASTO EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2010 A FEBRERO 2011**

**CABRERA BURBANO ELIANA  
CABRERA CISNEROS JULIANA  
GUANCHA CAICEDO JORGE  
RODRÍGUEZ HERRERA JULIETH**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de  
Médico General

Asesores Científicos  
Dra. ANA MILENA TORRES  
Médico Epidemióloga

Dr. FILIPO MORÁN  
Gineco Obstetra

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN  
PROGRAMA DE MEDICINA  
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: EPIDEMIOLOGIA  
SAN JUAN DE PASTO  
MAYO DE 2011**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, nuestro creador por darnos no solo la oportunidad sino el privilegio de creer en El, como fuente de vida y esperanza; por ser esfuerzo en cada momento.

A nuestros maestros; orientadores en el aprendizaje, quienes con sus enseñanzas nos abrieron puertas al conocimiento.

A la Dra Ana Milena Torres, especialista en epidemiología quien con su singular paciencia, entrega, y disposición nos apoyó y asumió un acompañamiento ejemplar.

Al Dr. Filipo Morán, especialista en Gineco-obstetricia, quien contribuyó como experto en la materia y direccionó la consolidación del presente trabajo

## **DEDICO**

Está dedicado principalmente a Dios que es el responsable de mi vida.

A mi hijo y mi esposo que son mi razón de ser.

A mi madre por su amor, paciencia y compañía.

Y a la Doctora Ana Milena por sus esfuerzos y dedicación.

**ELIANA CABRERA BURBANO**

## **DEDICO**

A mi amado Dios, gracias ser el gestor y patrocinador de mis sueños, porque hoy culmino una meta gracias a EL, a mi madre Irma Milena Cisneros, por su entrega incondicional, constante esfuerzo y dedicación abnegada, a mi abuelito Jaime, por estar siempre a mi lado, hacer parte de mi formación y amarme como solo el lo sabe hacer, a mi abuelita Ana quien me enseñó a creer y confiar en que siempre es posible, a mi Hermana Cami, por su entereza y amor singular, a mi familia gracias por su todo apoyo.

**JULIANA CABRERA CISNEROS**

## **DEDICO**

Es importante reconocer el valioso apoyo que nos brindaron a cada uno de nosotros por lo cual agradezco y dedico este trabajo.

A Dios por ser mi guía y mi esperanza.

A mis hermanos porque con su paciencia y dedicación lograron que cumpliera mis metas y principalmente a mi madre Carmen Beatriz Caicedo Casanova que ha sido una persona indispensable y la fuente de mi vida.

A mis maestros por enseñarme y fortalecer mis conocimientos.

A mis amigos que siempre los llevare en mi corazón y que formaran parte de un recuerdo inolvidable en el camino de la vida.

**JORGE WILSON GUANCHA CAICEDO**

## DEDICO

Este trabajo representa el final de una larga carrera llena de sacrificios que sin duda alguna moldearon mi mente y mi espíritu, es por eso que quiero dedicarle este trabajo especialmente a Dios por darme una vida entera para seguir adelante, a mi madre Enes Herrera que fue la gestora de mi vida y la guía de que tome buenas decisiones, a mi esposo Byron Ponce que fue mi compañero incondicional a lo largo de todo este camino, a mi hija Danna Ponce que ha sido la musa de mi inspiración y de lucha. A ellos que fueron quienes sin importar la hora siempre apoyaron mis decisiones y me guiaron haciendo todo lo posible para cumplir mi más grande sueño “**ser médico**”, a ellos mi mayor gratitud.

A mis hermanos Darío, Daniela y Andrey y demás familiares, mil gracias por ser quienes me apoyaron y me llenaron de ánimo cuando lo necesite.

A mis compañeros que estuvieron en las buenas y en las malas durante todo este trayecto.

A los que creyeron en mi, este es mi triunfo.

**JULIETH RODRÍGUEZ HERRERA**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

San Juan de Pasto, Mayo de 2011

## **RESPONSABILIDAD**

“Las ideas y conclusiones aportadas en esta investigación son de responsabilidad exclusiva de sus autores, y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN”

## CONTENIDO

Pág.

<b>INTRODUCCIÓN</b>	15
<b>1. ASPECTOS GENERALES</b>	16
1.1. TITULO	16
<b>1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	17
1.2.1. Descripción del problema	17
1.2.2. Formulación del problema	19
<b>1.3. OBJETIVOS</b>	20
1.3.1. Objetivo general	20
1.3.2. Objetivos específicos	20
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN</b>	21
<b>1.5. METODOLOGÍA</b>	22
1.5.1. Enfoque	22
1.5.2. Tipo de estudio	22
1.5.3. Población y muestra	22
1.5.4. Fuentes de recolección de información	23
1.5.5. Técnicas de recolección de información	23
1.5.6. Criterios inclusión y exclusión	23
1.5.7. Consideraciones éticas	23
1.5.8. Control de errores y sesgos	24
1.5.9. Análisis de la información	24
<b>2. MARCO REFERENCIAL</b>	25
2.1. MARCO TEÓRICO	25
2.2. MARCO CONTEXTUAL	36
2.3. MARCO LEGAL	37
2.4. MARCO CONCEPTUAL	39
<b>3. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	41
<b>4. DISCUSION</b>	53
<b>5. CONCLUSIONES</b>	55
<b>6. RECOMENDACIONES</b>	57
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	58
<b>NETGRAFÍA</b>	59
<b>ANEXOS</b>	61

## LISTA DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla No. 1.</b>	<b>Frecuencia de los factores asociados al aborto.</b>	<b>42</b>

## LISTA DE GRÁFICAS

		<b>Pág.</b>
<b>Grafica No. 1.</b>	Frecuencia de edad frente a conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.	47
<b>Grafica No. 2.</b>	Frecuencia de edad frente a la pregunta de opinión su embarazo fue deseado?	47
<b>Grafica No. 3.</b>	Frecuencia de edad frente a la pregunta si está o no de acuerdo con el aborto?	48
<b>Grafica No. 4.</b>	Frecuencia de edad frente a la pregunta ¿por qué razón cree que una mujer se ve obligada a abortar?	49
<b>Grafica No. 5.</b>	Frecuencia de edad frente a la pregunta ¿quién cree que toma la decisión de abortar?	49
<b>Grafica No. 6.</b>	Frecuencia del nivel educativo frente a la pregunta ¿su embarazo fue deseado?.	50
<b>Grafica No. 7.</b>	Frecuencia del nivel educativo frente a la pregunta ¿Conoce métodos para abortar?	50
<b>Grafica No. 8.</b>	Frecuencia de embarazos deseados y no deseados frente a la pregunta ¿conoce métodos para abortar?	51
<b>Grafica No. 9.</b>	Frecuencias de embarazos deseados y no deseados frente a la pregunta ¿por que razón cree que una mujer se ve obligada a abortar?	51

## LISTA DE ANEXOS

		<b>Pág.</b>
<b>Anexo 1.</b>	Instrumento de recolección de datos. Frecuencia de factores asociados al aborto en mujeres que ingresan al servicio de gineco-Obstetricia de la Fundación Hospital San Pedro en la ciudad de San Juan de Pasto en el periodo comprendido entre Octubre 2010 a Febrero 2011.	62
<b>Anexo 2.</b>	Declaración de consentimiento informado	65
<b>Anexo 3.</b>	Operacionalización de las variables	66
<b>Anexo 4.</b>	Artículo científico	69

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el embarazo y la maternidad en adolescentes son hechos frecuentes, generados por diferentes factores como la condición socioeconómica, el nivel de educación, la edad, desconocimiento de los métodos de planificación, inasistencia al control prenatal a tiempo, patologías asociadas en el embarazo, estado civil, consumo de sustancias psicoactivas, o medidas como recurrir a sitios clandestinos que desencadenan un aborto. En diversas ocasiones, esto trae consigo afecciones a la salud integral no solamente de la adolescente implicada, sino de la esfera social que le rodea, ya que se considera una experiencia difícil que en un gran porcentaje no culmina satisfactoriamente.

“Cada año en todo el mundo se interrumpen entre 36 y 53 millones de embarazos no deseados mediante procedimientos de aborto inducido. No es posible precisar el número exacto, dado que la información sobre el aborto inducido no siempre es completa y, por ende, las estadísticas resultan poco confiables. Además, no existe un método aceptable para calcular el número de abortos inseguros. Se calcula que entre el 30 y el 50% de las mujeres se somete a un aborto inducido al menos una vez en su vida (Van Look 1993)”<sup>1</sup>.

Las muertes consecuencia de un aborto inseguro se asocian con la infección, la hemorragia, las lesiones uterinas y los efectos tóxicos de los agentes administrados por vía oral o inyectada en el útero para inducir el aborto.

La estadística encontrada en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO durante el periodo comprendido entre Enero del 2009 a Enero del 2010, se registró un total de 326 casos de aborto no especificado, incompleto sin complicaciones en el área de urgencia ginecológica que posteriormente se les practicó el debido procedimiento quirúrgico.

El presente trabajo tiene por objeto identificar la frecuencia de factores asociados al aborto, y correlacionarlos según las variables encontradas; los datos obtenidos fueron producto de encuestas realizadas a pacientes que ingresaron al servicio de ginecobstetricia de la FHSP a través de un instrumento de recolección avalado por expertos, finalmente se realizó el análisis de datos a partir de una matriz en Excel, que permitió posteriormente concluir los resultados, analizarlos y proporcionar las recomendaciones respectivas de acuerdo a los resultados observados.

---

<sup>1</sup> Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre. *Base de Datos Cochranede Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews)* 2001, Issue 4. No.: CD002900. DOI: 10.1002/14651858.CD002900.

## **1. ASPECTOS GENERALES**

### **1.1. TITULO**

Frecuencia de factores asociados al aborto en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia de la Fundación Hospital San Pedro en la ciudad de Pasto en el periodo de Octubre 2010 a Febrero 2011.

## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.2.1. Descripción del Problema

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública relevante a nivel mundial, no sólo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza, sino también por constituirse en elevado riesgo para su salud física y psicológica; se estima que un gran porcentaje de mujeres llegaron a ser madres y manifiestan que su embarazo fue no deseado, esta situación va de la mano con un inicio precoz de las relaciones sexuales además de la pobre información sobre salud sexual y planificación familiar a la que tienen acceso, problema que es de mayor envergadura en poblaciones de menor nivel socioeconómico. Como consecuencia de este embarazo no deseado, se asoma la posibilidad de realizarse un aborto inducido los efectos de esta práctica pueden llevar a la muerte así como a problemas de infertilidad en el futuro. Esta es la razón por la cual existen un gran número de estudios realizados por la OMS, en referencia a la práctica de abortos, así por ejemplo en uno de estos se estimó que la tasa de aborto inseguro en mujeres entre 15 a 44 años, en diferentes regiones del mundo es de 22 millones durante el 2008, el 99% de ellos en los países en desarrollo y el continente con mayores tasas de aborto fue África con una incidencia de 30 por 1000 mujeres al año<sup>2</sup>. Además se practican de 10-20 millones de abortos ilegalmente, y por lo tanto inseguros, en el mundo, de estos el 99% en países en desarrollo y representan el 13% de la mortalidad materna, lo que constituye, cada año, 70000 muertes innecesarias a causa de abortos inseguros y de complicaciones graves tales como infecciones, infertilidad y discapacidad. La muerte por aborto es un tema casi desconocido en los Estados Unidos o en otros países donde el aborto está legalmente disponible.<sup>3</sup>

La reducción de la incidencia del aborto inducido está directamente relacionada con la disponibilidad de métodos anticonceptivos. En países donde la anticoncepción está ampliamente disponible, tanto la incidencia de embarazos no planificados como la de abortos se reducen en forma drástica. En el mundo en desarrollo, más de 200 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos, inclusive de anticoncepción de emergencia<sup>4</sup>.

Por otra parte existe el aborto espontáneo y se define como aquel que se producen sin la intervención artificial en la evolución de la gestación, antes de que el feto sea viable

---

<sup>2</sup> World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneva, 2000. En la página web: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/)

<sup>3</sup> Trupin Suzanne, Clinical Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Illinois College of Medicine-Champaign. May 27, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/252560-overview>

<sup>4</sup> Bankole Akinrinlola, Mollan Marianne, Rosado María, Plata María. International Women's Health Coalition, New York, Enero 2008 en la página web: [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3192&Itemid=275](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3192&Itemid=275)

fuera del útero.<sup>5</sup> En los Estados Unidos se reporta alrededor de un 15-20% de abortos involuntarios, los cuales aumentan a medida que se incrementa la edad materna y disminuye con la edad gestacional. Por otra parte el aborto involuntario recurrente, (2 o más pérdidas de embarazo), afecta a alrededor del 1% de todas las parejas. Las causas de esta clase de aborto son múltiples entre ellas: anomalías genéticas, factores asociados a enfermedades agudas o crónicas maternas y factores exógenos o estilos de vida.<sup>6</sup>

La situación en América Latina, según la OMS, existen 3'700.000 abortos inseguros al año, de los cuales dos tercios (alrededor del 70%) corresponden a mujeres de 15 a 30 años. Con un riesgo de muerte a causa del mismo, en los países en desarrollo, de 370 por cada 100.000 casos y es responsable de 17% de las muertes maternas. Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos<sup>7</sup>.

Estos datos estadísticos no son ajenos a nuestra realidad, ya que en Colombia el número de adolescentes que quedan embarazadas está en aumento pese a las campañas de prevención y planificación que realizan el Gobierno Nacional, así lo demuestra una encuesta realizada por Pro familia, que afirma que de cada tres adolescentes, una ha estado o está embarazada. Además la secretaria de salud de Bogotá identificó en el año 2008 que del total de embarazos en Colombia, 24% termina en aborto y 26% en nacimientos no deseados. Esto se presenta gracias a que entre todas las mujeres colombianas de 15 a 55 años, 22.9%, declara haber tenido un aborto inducido. Dentro del grupo de mujeres de estas mismas edades que alguna vez han estado embarazadas, el porcentaje aumenta a 30.3%. Si se considera únicamente el grupo de adolescentes embarazadas menores de 19 años, el porcentaje llega a 44.5%<sup>8</sup>.

Además dentro de la práctica clínica, llevada a cabo en la Fundación Hospital San Pedro se ha observado que la mayoría de las pacientes que llegan al servicio de Gineco-obstetricia son mujeres que ingresan con un aborto en curso. La incidencia de aborto es alta en nuestra región, convirtiéndose en un problema de salud pública, tanto así, que se encontró dentro de este Hospital que la tasa de incidencia para el año 2009 fue de 326 de abortos no especificados.

---

<sup>5</sup> Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. 6ta edición, Editorial El Ateneo En la página web: [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file264\\_4383.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file264_4383.pdf)

<sup>6</sup> Puscheck Elizabeth, MD, Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University School of Medicine. Elective abortion, febrero 17, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/266317-overview>

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud: aborto sin riesgos 2005

<sup>8</sup> Secretaria de Salud de Bogotá. Salud sexual y reproductiva: aborto inducido, un problema de salud pública. 9 Noviembre 2006. En la página web: <H:\articulos de aborto\traducciones\ABORTO INDUCIDO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.htm>

### **1.2.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la frecuencia de los factores asociados al aborto en pacientes del servicio de Gineco-obstetricia de la Fundación Hospital San Pedro en la ciudad de Pasto en el periodo de Octubre 2010 a Febrero 2011?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo General:**

Identificar la frecuencia de los factores asociados al aborto, en pacientes que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia de la Fundación Hospital San Pedro, en el periodo de Octubre del 2010 a Febrero 2011, con el fin de establecer la relación existente de las variables encontradas con el mismo.

### **3.2. Objetivos específicos:**

- Identificar la frecuencia de los factores ginecoobstétricos, demográficos, psicosociales, estilos de vida y culturales asociados al aborto inducido.
- Identificar la frecuencia de embarazos deseados y no deseados.
- Determinar conocimientos y actitudes frente al aborto según edad y nivel educativo.
- Identificar cuáles son las razones más frecuentes por las cuales una mujer se ve obligada a abortar.

## 1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realiza porque actualmente las tasas de aborto se ha incrementado considerablemente a nivel mundial, convirtiéndose en un problema de salud pública que ha cobrado muchas vidas maternas y fetales, es así como la OMS estimó que las tasas de aborto inseguro en mujeres entre 15 a 44 años, en diferentes regiones del mundo es de 22 millones durante el 2008, el 99% de ellos en los países en desarrollo y el continente con mayores tasas de aborto fue África con una incidencia de 30 por 1000 al año<sup>9</sup>.

Dentro del contexto nacional se encontró según la secretaria de salud de Bogotá que del total de embarazos en Colombia, 24% termina en aborto y 26% en nacimientos no deseados. Esto se presenta gracias a que entre todas las mujeres colombianas de 15 a 55 años, 22.9%, declara haber tenido un aborto inducido.

Además dentro de la práctica clínica, llevada a cabo en la Fundación Hospital San Pedro se ha observado que la mayoría de las pacientes que llegan al servicio de Gineco-obstetricia son mujeres que ingresan con un aborto en curso. La incidencia de aborto es alta en nuestra región, convirtiéndose en un problema de salud pública, tanto así, que se encontró dentro de este Hospital que la tasa de incidencia para el año 2009 fue de 326 de abortos no especificados.

Este trabajo se realiza para obtener la frecuencia de los factores asociados al aborto y establecer la relación, que se presentan en mujeres de la ciudad de Pasto que ingresan a la Fundación Hospital San Pedro en el periodo comprendido entre octubre del 2010 y febrero del 2011, con el fin de hacer una comparación con los datos obtenidos por los investigadores y los datos arrojados de investigaciones anteriores en diferentes regiones del mundo.

La importancia de esta investigación radica en que los resultados arrojados por la presente investigación puedan constituir una base de datos confiables y actualizados para posteriores investigaciones sobre los factores asociados al aborto, teniendo en cuenta que la investigación presente consiste en determinar la frecuencia de los factores asociados al aborto en todas las pacientes que ingresan al servicio de gineco-obstetricia de la Fundación Hospital San Pedro durante el periodo comprendido entre Octubre del 2010 y Febrero del 2011.

---

<sup>9</sup> World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneve, 2000. En la página web: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/)

## 1.5. METODOLOGÍA

**1.5.1. Enfoque:** se realizó el estudio con enfoque cuantitativo, en el cual se describen las variables utilizando un método estadístico.

**1.5.2. Tipo de estudio:** el presente estudio es observacional, descriptivo de corte transversal, en donde se seleccionó a las mujeres que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia de la Fundación Hospital San Pedro con diagnóstico de aborto en curso durante el periodo comprendido entre octubre del 2010 y febrero del 2011.

Observacional, porque se observaron los datos sin interferir en ellos.

Descriptivo, porque los resultados infieren solamente a la población femenina que consulta por signos y síntomas compatibles con aborto en curso, además identifica la frecuencia de diferentes factores que se relacionan con el aborto ya sea inducido o espontáneo.

Transversal, porque se tomó una parte de la comunidad (población de 109 pacientes) y se desarrolló en el periodo de octubre de 2010 a febrero de 2011.

### 1.5.3. Población y muestra:

**Muestra:** muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia

**Población:** 109 pacientes

**Muestra:** 63 pacientes

**Error estimado:** 8 %

**Nivel de confianza:** 95%

PARA POBLACIONES FINITAS (inferiores a 100.000 elementos)								
<b>I. TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>								
	<b>N</b>	<b>Z</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>	<b>Q</b>			
	109	1,95	1,95	0,5	0,5			103,618125
<b># MUESTRA) n:</b>								<b>63,1</b>
	0,08	0,08	108	1,95	1,95	0,5	0,5	1,641825
	<b>e</b>	<b>e</b>	<b>N-1</b>	<b>Z</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>	<b>Q</b>	
<b>N =</b>	Poblacion el total 109 de pacientes							
<b>n =</b>	Muestra 63 estudiantes							
<b>p =</b>	Probabilidad de éxito, igual a 0,5							
<b>q =</b>	Probabilidad de fracaso, igual a 0,5							
<b>z =</b>	Confianabilidad del estudio. Cuando se trabaja con un nivel de confianza del 95%, entonces z=196							
<b>e =</b>	En el intervalo constituido por el estadístico muestral mas o menos "e" se encuentra el verdadero parametro poblacional. Para este estudio e= 8% ó error con el que se trabajo en esta investigacion							

**1.5.4. Fuentes de recolección de información:** Fuente primaria, la información recolectada proviene de una encuesta realizada a cada paciente con aborto en curso.

**1.5.5. Técnicas e instrumentos para recolección de información:** Se realizaron encuestas, previa autorización de las pacientes a través de un consentimiento informado firmado por ellas o a través de la impresión de la huella dactilar del índice derecho en caso de no poder firmar.

#### **1.5.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN.**

##### **1.5.6.1. Criterios de inclusión:**

- Pacientes de sexo femenino en edad reproductiva
- Pacientes de sexo femenino que se les ha diagnosticado aborto en curso, en el servicio de Ginecoobstetricia de la Fundación Hospital San Pedro, durante el periodo comprendido entre octubre del 2010 y febrero del 2011.
- Mujeres procedentes de cualquier departamento de Colombia, que se les ha diagnosticado aborto en curso, en el servicio de Gineco-obstetricia de la Fundación Hospital San Pedro, durante el periodo comprendido entre Octubre del 2010 y Febrero del 2011.
- Pacientes que se encuentren en capacidad de responder la encuesta
- Pacientes que firmen el consentimiento informado y por lo tanto accedan voluntariamente a responder la encuesta.
- Pacientes con aborto en curso que ingresan al servicio de Ginecoobstetricia de 7 de la mañana a 7 de la noche.

##### **1.5.6.2. Criterios de exclusión:**

- Pacientes que ingresan al servicio de Ginecoobstetricia de la Fundación Hospital San Pedro con un diagnostico diferente a aborto en curso
- Pacientes cuya procedencia no sea Colombiana
- Pacientes que no se encuentren en capacidad para responder la encuesta.
- Pacientes que se niegan a responder la encuesta o firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que ingresan con aborto en curso al servicio de Ginecoobstetricia de la Fundación Hospital San Pedro, fuera de la fecha establecida.
- Pacientes que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia de 7 de la noche a 7 de la mañana.

**1.5.7. Consideraciones éticas:** La confidencialidad de la información se garantiza y solo tendrán acceso a ella los investigadores y posibles investigadores interesados en ampliar la presente investigación, además respetando la autonomía de la paciente y

otras consideraciones éticas como la no maleficencia, beneficencia y la justicia. Es una investigación de riesgo mínimo, no hay interferencia física con el equilibrio social, cultural, familiar y ambiental.

1. Consentimiento informado
2. Conocimiento del tema
3. Derechos del paciente:
  - Principio de reserva de información.
  - No someter a riesgo la vida del paciente
  - Derecho a rechazar la encuesta o la inclusión del estudio
4. Deberes de los investigadores
  - Respeto
  - No experimentar hasta no tener el estudio comprobado
  - Informar a las pacientes sobre cualquier inquietud.
5. Informar resultado del estudio

**1.5.8. Control de errores y sesgos:** teniendo en cuenta que los sesgos se pueden presentar en cualquier momento de la investigación, mencionamos a continuación como se controló nuestro estudio:

- Se utilizó instrumento validado por profesional en Psicología, epidemiología y ginecología.
- Conocimiento amplio acerca del tema de estudio por parte de los investigadores.
- Se hizo firmar a la paciente un consentimiento informado adjunto con la encuesta.
- Se depositaron las encuestas y los consentimientos informados en una caja de madera cerrada con llave con el fin de generar confianza y garantizar la confiabilidad en los datos suministrados por las pacientes

**1.5.9. Análisis de la información:** la información es analizada a través del programa Excel.

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1. MARCO TEÓRICO

El aborto se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de la semana 20 de gestación, con un peso del producto menor a 500 gramos. Se clasifica principalmente en espontaneo o inducido.<sup>10</sup>

El Aborto inducido se define, según el Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO como "la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el conceptus (el producto de la concepción) sea viable de manera independiente" y como se definió anteriormente, hasta la semana 20 de gestación.<sup>11</sup> En esta clase de aborto juega un papel importante tanto la capacidad de la mujer de ejercer control sobre su cuerpo, y de tomar una decisión de llevar a término o no su embarazo, como las leyes que penalizan o no el aborto en cada país, es por eso que dentro del aborto inducido se encuentra el aborto terapéutico, el cual se realiza con el propósito de proteger la vida o salud de la madre<sup>12</sup>.

Independientemente de la aprobación o no del aborto, este es practicado diariamente en diferentes países del mundo, es por eso que se lo ha considerado muy frecuente, y además ha constituido un problema social y de salud pública a nivel mundial.

Un estudio realizado por la OMS en el que se estimó que la tasa de aborto inseguro en mujeres entre 15 a 44 años, en diferentes regiones del mundo es de 22 millones durante el 2008, el 99% de ellos en los países en desarrollo y el continente con mayores tasas de aborto fue África con una incidencia de 30 por 1000 mujeres al año<sup>13</sup>.

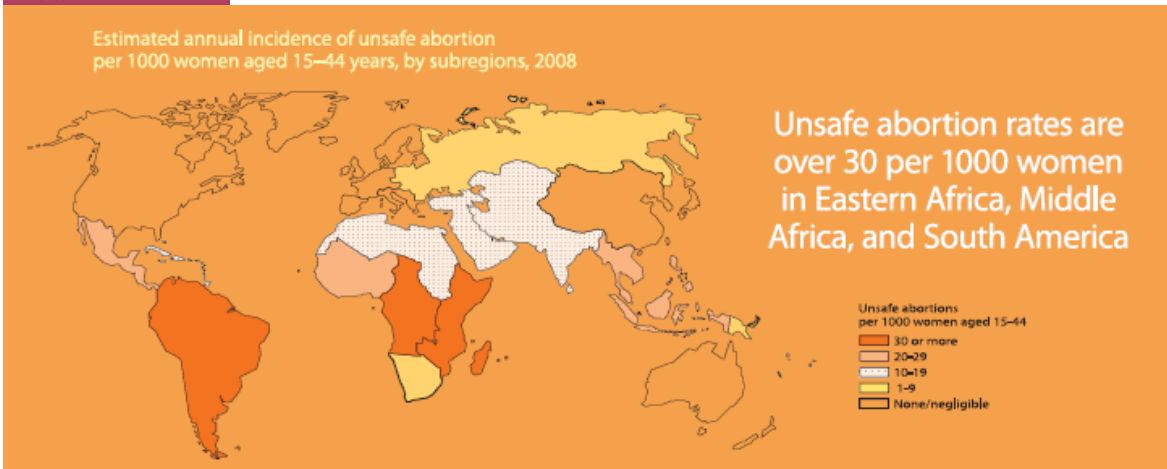
---

<sup>10</sup> Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. 6ta edición, Editorial El Ateneo, 2005

<sup>11</sup> Schenker JG, Cain JM. FIGO: Comité for the Ethical Aspects of the Human, Reproduction and Women's health. 2000.

<sup>12</sup> Schwartz Ricardo, Obstetricia, 4ta. Edición. Editorial ateneo, 2000.

<sup>13</sup> World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneve, 2000. En la página web: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/)



El aborto es legal en algunos países, con el fin de salvar la vida de la mujer y aproximadamente el 30% de las mujeres en el mundo puede llevar a cabo un aborto ya sea para preservar su salud física o mental, o bien por razones socioeconómicas o sobrepoblación. A nivel mundial, unos 20-30 millones de abortos legales se realizan anualmente, sin embargo, a pesar de ser legales con demasiada frecuencia los servicios de aborto seguro no son proporcionados por los sistemas de salud pública, además, los servicios que son ofrecidos, no son ampliamente accesibles o son de mala calidad. Estas y otras muchas razones son las causantes de que se practiquen 10-20 millones de abortos ilegalmente en el mundo y de que sean inseguros; un aborto inseguro es definido por la OMS como “un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la concurrencia de ambas circunstancias”, de estos el 99% en países en desarrollo y representan el 13% de la mortalidad materna, lo que constituye, cada año, 70000 muertes innecesarias a causa de abortos inseguros y de complicaciones graves tales como infecciones, infertilidad y discapacidad. La muerte por aborto es un tema casi desconocido en los Estados Unidos o en otros países donde el aborto está legalmente disponible.<sup>14</sup>

La reducción de la incidencia del aborto inducido está directamente relacionada con la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Datos provenientes de la antigua Unión Soviética, por ejemplo, muestran que cuando la anticoncepción está ampliamente disponible, tanto la incidencia de embarazos no planificados como la de abortos se reducen en forma drástica.

<sup>14</sup> Trupin Suzanne, Clinical Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Illinois College of Medicine-Champaign. May 27, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/252560-overview>

En el mundo en desarrollo, más de 200 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos, inclusive de anticoncepción de emergencia<sup>15</sup>.

Por otra parte el aborto espontáneo que es aquel que se producen sin la intervención artificial en la evolución de la gestación, antes de que el feto sea viable fuera del útero<sup>16</sup>. El aborto es un proceso que puede dividirse en cuatro clases o fases: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto y aborto completo. Los cuatro conforman un continuo. La mayoría de los estudios no establecen diferencias por separado entre la epidemiología y fisiopatología de cada entidad.

La amenaza de aborto consiste en el sangrado vaginal durante el embarazo temprano sin dilatación cervical o cambio en la consistencia del cuello uterino, donde las contracciones uterinas son leves. La amenaza de aborto es alrededor de 25 – 30 % en el primer trimestre, de estos menos de la mitad se convierten en un aborto completo.

El aborto inevitable se presenta en un embarazo temprano, en el cual se genera sangrado vaginal y dilatación del cuello uterino de mayor proporción que una amenaza de aborto y con contracciones uterinas mucho más intensas y frecuentes. En la ecografía, los productos de la concepción se encuentran en el segmento inferior del útero o del canal cervical.

El aborto incompleto se presenta en un embarazo temprano asociado con sangrado vaginal, la dilatación del canal cervical, y salida de los productos de la concepción. Por lo general, los cólicos son intensos, y el sangrado vaginal es muy abundante. Las pacientes pueden describir el paso de tejido, o el examinador puede observar la evidencia del paso del tejido dentro de la vagina. El ultrasonido puede mostrar que algunos de los productos de la concepción están presentes en el útero.

El aborto completo es un aborto involuntario completado. Por lo general, se exhibe una historia de sangrado vaginal, dolor abdominal, y el paso de tejido embrionario, en esta fase el dolor ha cedido y el sangrado vaginal disminuye significativamente. El examen revela un poco de sangre en la bóveda vaginal, un cuello uterino cerrado y sin sensibilidad en el útero, anexos, o en el abdomen. La ecografía muestra un útero vacío.

Un quinto término que no sigue la continuidad, pero es importante tener en cuenta es aborto retenido. Un aborto retenido es un embarazo intrauterino no viable que se ha mantenido dentro del útero sin aborto espontáneo. Normalmente, no existen síntomas, además de la amenorrea. Una ecografía suele confirmar el diagnóstico. No hay sangrado vaginal, dolor abdominal, pero los cambios cervicales están presentes.

---

<sup>15</sup> Bankole Akinrinlo, Mollan Marianne, Rosado María, Plata María. International Women's Health Coalition, New York, Enero 2008 en la página web: [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3192&Itemid=275](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3192&Itemid=275)

<sup>16</sup> Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. 6ta edición, Editorial El Ateneo En la página web: [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file264\\_4383.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file264_4383.pdf)

En los Estados Unidos la tasa de aborto involuntario en general se reporta como un 15-20%, y aumenta a medida que se incrementa la edad materna y disminuye con la edad gestacional. Por lo general, la distribución de las tasas de aborto involuntario por la edad se produce de la siguiente manera: menores de 35 años de edad: 15%; 35-39 años: 20-25%; 40 a 42 años 35% y mayores de 42 años de edad, una incidencia alrededor del 50% de aborto involuntario. Alrededor del 80% ocurren dentro del primer trimestre. Por otra parte el aborto involuntario recurrente, (2 o más pérdidas de embarazo), afecta alrededor del 1% de todas las parejas.

Con las definiciones anteriores se evalúan las causas del aborto, entre ellas:

- Anomalías genéticas o cromosómicas son la causa más común de aborto espontáneo y representan 50-65% de todos los abortos involuntarios. El más común de anomalía cromosómica es el cariotipo x, con una incidencia del 14.6%. Las Trisomías son el grupo más grande de anomalías cromosómicas y representan aproximadamente la mitad de todas las anomalías asociadas a aborto involuntario. La trisomía 16 es la trisomía más común. Las alteraciones genéticas se asocian con la edad materna, la cual se encuentra directamente relacionada con el riesgo de aneuploidía (> 30% en personas de 40 años). Del 2 al 3 % de las parejas con abortos involuntarios recurrentes tienen padres con anomalías cromosómicas.

Anomalías estructurales del aparato reproductor donde se encuentran:

- Defectos congénitos del útero, Los fibromas, la incompetencia cervical

#### **Factores asociados a enfermedad aguda materna:**

- Deficiencia de cuerpo lúteo
- Infección activa (por ejemplo, el virus de la rubéola, el citomegalovirus, la infección por listeria, toxoplasmosis)

#### **Factores asociados a enfermedad crónica materna:**

- El síndrome de ovario poliquístico
- Diabetes mellitus mal controlada
- Enfermedad renal
- Lupus eritematoso sistémico (LES)
- Enfermedades de tiroides no tratadas
- Hipertensión severa
- Síndrome antifosfolípido

#### **Factores exógenos:**

- Tabaco
- Alcohol

- Sustancias psicoactivas (en especial la cocaína)
- Cafeína (en dosis altas)

### **Factores de riesgo independientes para un aborto involuntario espontáneo:**

Extremos en la edad materna o paterna, especialmente edad avanzada.<sup>17</sup>

Pero además el aborto no solo es causado por alteraciones clínicas, sino que también por diferentes factores, que son más relevantes en el aborto inducido y en países en desarrollo, donde la mayoría de los casos son abortos de embarazos no deseados. Entre estos factores incluyen: los socioeconómicos, demográficos, socioculturales, familiares, ambientales, entre otros, los cuales se investigan en el presente proyecto. Otros factores que intervienen, principalmente en países en desarrollo están: falta de acceso por millones de mujeres y hombres a métodos anticonceptivos apropiados o bien no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente, además, ningún método anticonceptivo es 100% efectivo, también las altas tasas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica y la guerra, llevan a embarazos no deseados y circunstancias cambiantes, tales como el divorcio y otras crisis, pueden causar que un embarazo deseado se transforme en no deseado.<sup>18</sup>

Con relación con los anteriores factores, se realizó un estudio en Perú, donde se identificó la asociación entre un aborto provocado con la clase de las relaciones familiares, se trata de un estudio de casos y controles; los casos fueron 58 adolescentes con aborto provocado que acudieron al Hospital Regional Docente de Trujillo, por hemorragia, y el grupo control fueron 58 adolescentes, se asociaron según la edad de la paciente, edad gestacional y nivel socioeconómico, que continuaron con el embarazo y acudieron al control prenatal en el mismo hospital; en el cual se obtuvieron los siguientes resultados: Sólo 20% de los casos comunicó a sus padres sobre el embarazo, a diferencia del 62% de los controles, la falta de confianza hacia los padres estuvo asociada con el aborto provocado (OR: 4,5), no se encontró asociación con el antecedente familiar de aborto o con la violencia intrafamiliar. Las reacciones negativas (violencia, retirar a la afectada de los estudios o hacerla trabajar) de los padres ante la noticia del aborto fueron más frecuentes en el grupo con aborto (OR: 14); Así como la presentación de molestias y discusiones entre los miembros de las familias de los casos (OR: 23,9). Finalmente se concluyó que la comunicación y el nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo están fuertemente relacionados con el aborto provocado, en las adolescentes de Trujillo.<sup>19</sup>

<sup>17</sup> Puscheck Elizabeth, MD, Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University School of Medicine. Elective abortion, febrero 17, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/266317-overview>

<sup>18</sup> Secretaria de salud de Bogotá: Salud sexual y reproductiva, aborto inducido. 9 de noviembre del 2006 aborto inducido. En la página web: H:\articulos de aborto\traducciones\ABORTO INDUCIDO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.htm

<sup>19</sup> Calderón Jullym Alzamora Luis. Rev Perú Med Exp Salud Publica: INFLUENCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES SOBRE EL ABORTO PROVOCADO EN ADOLESCENTES, 2006. En la página web: [www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a03v23n4.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a03v23n4.pdf)

La situación en América Latina, en cuanto al aborto, según la OMS, se encontró que se practican 3'700.000 abortos inseguros al año, de los cuales dos tercios (alrededor del 70%) corresponden a mujeres de 15 a 30 años. Con un riesgo de muerte a causa del mismo, en los países en desarrollo, de 370 por cada 100.000 casos y es responsable de 17% de las muertes maternas. Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos<sup>20</sup>.

Por ejemplo, en Perú donde se investigó cual es la incidencia de los embarazos y se llegó a la conclusión de que 13% de las adolescentes peruanas entre 15 a 19 años están embarazadas y 58,2% de las que llegaron a ser madres manifestaron que su embarazo fue no deseado; Esta situación va de la mano con un inicio precoz de las relaciones sexuales además de la pobre información sobre salud sexual y planificación familiar a la que tienen acceso, problema que es de mayor envergadura en poblaciones de menor nivel socioeconómico. Como consecuencia de este embarazo muchas de estas madres al verse en estas condiciones, toman como una posibilidad practicarse un aborto inducido, que en el Perú durante el año 2001 ascendió 352 mil casos; los efectos de esta práctica pueden llevar a la muerte de la adolescente (es la cuarta causa de muerte materna en el Perú), así como a problemas de infertilidad en el futuro.<sup>21</sup>

Existe otro estudio muy significativo que se hizo en la Habana Cuba, donde se quería comprobar cuales eran los factores más cercanos al aborto; En este estudio donde se escogieron 12 policlínicas en donde se hallaban 5413 embarazadas, donde se les siguió su estado clínico por 18 meses desde el comienzo del embarazo hasta la conclusión de este, bien sea en el parto o en el aborto. Este estudio obtuvo que las características de las mujeres que terminan el embarazo en aborto fueron: Vivir en viviendas de menos de 4 habitaciones, tener más 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.<sup>22</sup>

En América Latina y el Caribe 5.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando esta región, el porcentaje más alto (21%) a nivel mundial. También se estima que, anualmente 800.000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitali-

---

<sup>20</sup> Organización Mundial de la Salud. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud: aborto sin riesgos 2005

<sup>21</sup> Rev. Perú Med Exp Salud Publica 23(4), 2006- Página 247 Influencia de las relaciones familiares sobre el Aborto provocado en adolescentes - Jully Calderón S1, Luis Alzamora de los Godos U2<http://www.vanguardia.com/historico/53101-numero-de-embarazos-adolescentes-sigue->

<sup>22</sup> Rev. Cubana Salud Pública 2001;27(1):26-35 Centro de colaboración en Investigaciones en Reproducción Humana *FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES DEL ABORTO*. Lic. Elva Díaz Díaz,1 Dra. Luisa Álvarez Vázquez2 y Dr. Ubaldo Farnot Cardoso

zadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro y entre el 10% y 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intraabdominales, así como, complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico.

Dentro del contexto nacional se encontró, según la secretaria de salud de Bogotá que existe un gran descenso en la tasa global de fecundidad que ha logrado el país, sin embargo, del total de embarazos en Colombia, 24% termina en aborto y 26% en nacimientos no deseados. Esto se presenta gracias a que entre todas las mujeres colombianas de 15 a 55 años, 22.9%, declara haber tenido un aborto inducido. Dentro del grupo de mujeres de estas mismas edades que alguna vez han estado embarazadas, el porcentaje aumenta a 30.3%. Si se considera únicamente el grupo de adolescentes embarazadas menores de 19 años, el porcentaje llega a 44.5%.

En Colombia el aborto inseguro es la tercera causa de mortalidad materna, después de la eclampsia y de las complicaciones del trabajo de parto y el puerperio. De las anteriores causas, el aborto es la única totalmente prevenible. Y el mayor porcentaje de estos pertenecen al estrato más bajo, a pesar de ello el aborto es practicado por mujeres de todos los estratos socioeconómicos, 16.6% pertenecen al estrato alto, 24.1 % al estrato medio-alto, 21.8% al estrato medio-medio, 21.6% al estrato medio bajo, y 24.4% al estrato bajo.

La mayoría de las mujeres que han abortado indican haber tenido sólo un aborto (79.2%). No obstante, una quinta parte de las mujeres que han interrumpido su embarazo de manera voluntaria (20,8%) han tenido dos o más abortos, 16.2% un segundo, 3.4% un tercer aborto y 1.2% cuatro o más abortos. En los países donde la interrupción voluntaria del embarazo no está penalizada y se prestan servicios de salud reproductiva de calidad, la asesoría en materia de planificación familiar en el momento del primer aborto reduce sustancialmente el número de embarazos no deseados y la incidencia en terminaciones voluntarias de estos.

A nivel de Bogotá viene presentando una reducción tanto en número como en tasas de los nacimientos vivos. En el 2000 ocurrieron 122.863 nacimientos (Tasa de 51.4 por 1.000 mujeres en edad fértil), mientras que para el 2004 se presentaron 113.256 nacimientos (Tasa de 44.1 por 1.000 mujeres en edad fértil). En las adolescentes entre los 15 y 19 años, se ha observado un comportamiento similar: en el 2000 ocurrieron 22.692 nacimientos (Tasa de 70.8 por 1.000 adolescentes), mientras que en el 2004 se presentaron 19.555 (Tasa de 62.2 por 1.000 adolescentes).

Según la relación entre el total de embarazos y los embarazos no planeados, en Bogotá supera las cifras mundiales pues globalmente ésta relación es de 2 de cada 5, mientras que para la ciudad es de 2 de cada 3. Es decir la relación mundial entre aborto inseguro con nacimientos vivos es de uno por cada siete nacidos vivos, en Colombia de 4 por

cada 10, mientras que en Bogotá ésta relación es de 3 por cada 9, lo que equivale a aproximadamente 37.000 abortos en el año 2004.

Para el 2004 en Bogotá el 4.8% (tres casos de un total de 42 casos) de las muertes maternas fueron causadas por el aborto, mientras que en el mundo esta cifra llega al 13% y en América Latina a 17%. En la ciudad, para el mismo año el aborto se constituyó en la quinta causa de mortalidad materna, mientras que en el país es la tercera.

Además de las estadísticas anteriores, la secretaria de salud de Bogotá comparo dos estudios realizados uno en el año de 1998 y otro en el año de 2003, llegando a diferentes conclusiones, entre ellas:

- En el momento del primer embarazo no planeado, en el estudio de 1998 el 51% de las mujeres no usaban ningún método de planificación familiar, frente al 71,52% de las mujeres del estudio de 2003.
- En el primer estudio se preguntó exclusivamente a las mujeres que iniciaron relaciones sexuales, acerca del uso de servicios de planificación familiar, de las cuales el 48% contestó en forma negativa. En el estudio del 2003, la pregunta se realizó a todas las mujeres participantes, independiente del inicio de relaciones sexuales, encontrándose que 79% no ha usado estos servicios.
- Además, en el estudio de 2003 se pudo identificar que aquellas que no usaron un método de planificación familiar en su primera relación sexual, tienen mayor riesgo de embarazo no planeado y aborto inducido.
- Las mujeres participantes en el estudio de 1998 halló que el 12% había iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años mientras que el estudio de 2003 identificó que éste comportamiento fue del 12,6%. En cuanto al inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años en el estudio de 1998 fue del 76% mientras que para el estudios de 2003 fue del 80%.
- En los dos estudios, el haber iniciado relaciones sexuales antes de los 20 años de edad, constituye un factor de riesgo para el embarazo no planeado.
- Según las investigaciones realizadas en Bogotá en los últimos años, las cifras de embarazos no planeados vienen en aumento ya que se paso de un 50% en 1998 al 66% en el año 2003.
- Con relación al aborto inducido, en las mismas investigaciones se ha logrado determinar que se encuentra entre un 4% y un 5% del total de embarazos.
- Para el primer embarazo no planeado, en el cual se obtuvo que los factores de riesgo son ser soltera, que la institución de salud no le haya ofrecido dispositivo e

inyección y no le haya dado información sobre métodos de planificación familiar, conocimiento de ligadura, conocimiento de métodos de planificación familiar no efectivos, edad de la primera relación sexual menor de 20 años y no uso de métodos de planificación familiar efectivo en dicha relación.

La comparación de las características de las mujeres que participaron en el componente cualitativo de ambos estudios, permitió observar lo siguiente:

- Frente al uso de métodos de planificación familiar las mujeres entrevistadas en 1998 y en el 2003, coinciden en afirmar que recibieron una deficiente o nula información sobre salud sexual y reproductiva, especialmente de sus padres, con quienes tuvieron una relación basada en la autoridad y/o violencia.
- Los estudios concuerdan en identificar dificultades que existen para que la pareja pueda llegar a acuerdos frente al uso de métodos de planificación familiar y la responsabilidad de esta decisión recae exclusivamente en las mujeres.
- Las participantes de los dos estudios comparten el hecho de haber iniciado sus relaciones sexuales sin usar ningún método de planificación familiar.
- En general, los dos estudios permiten concluir que el uso de métodos de planificación familiar es irregular, está limitado por la ausencia de información sobre ellos, existen creencias erradas frente a su uso y las experiencias vividas o conocidas sobre efectos secundarios son importantes para su elección o continuidad en el uso.
- En ambos estudios se puede apreciar que las mujeres obtuvieron sus primeros contactos con la sexualidad de forma vivencial y no por información adquirida por otras fuentes, a excepción de sus amigas, quienes se identificaron en los dos como una fuente importante de información, sobre aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva.
- El inicio de las relaciones sexuales en las participantes de los dos estudios fue durante la adolescencia.
- La violación fue referida como una forma de inicio de relaciones sexuales en mujeres de los dos estudios. Un hallazgo coincidente es que cuando ésta es realizada por familiares tiende a ser repetitiva y la mujer se ve obligada a adoptar una posición sumisa frente a esta práctica.

**Además el estudio del 2003 encontró lo siguiente:**

- Al parecer, el planear un embarazo es un deseo, que no concreta en la práctica, no sólo porque no está ligado con la preparación física, social, afectiva y emo-

cional de la mujer, su pareja y su entorno, sino porque no está vinculado al uso de métodos de planificación familiar.

- Como el embarazo no es un asunto planeado, un alto porcentaje de las mujeres que han tenido al menos un embarazo no planeado reportaron que no estaban planificando en el momento de su embarazo, pero tampoco deseaban embarazarse.
- Subyace a lo anterior, una relación contradictoria entre deseo de embarazo y práctica de anticoncepción: las mujeres no deseaban embarazarse y, sin embargo, no planificaban. Ello se completa con los hallazgos cualitativos, en donde la baja percepción del riesgo se manifiesta en la incapacidad de las mujeres de asumir el control sobre su vida sexual y reproductiva, asumiendo que es “el destino” el responsable de sus embarazos no deseados y de sus abortos, y no se reporta la dificultad de asumir prácticas anticonceptivas de manera consciente.
- Adicionalmente, es importante indicar el papel que los hombres están jugando en las decisiones reproductivas. En el estudio de 2003, las mujeres reportaron que sus compañeros (padres de sus hijos) no deseaban el embarazo pero que éstos influyen en sus decisiones presionando o apoyando la ocurrencia del aborto inducido (la interrupción voluntaria del embarazo). Adicionalmente, frente al usar o no Métodos de Planificación familiar, los hombres no participan en la decisión.
- Dadas las cifras encontradas y los hallazgos de las entrevistas, es posible afirmar que no todos los embarazos no planeados terminan en aborto.
- Aunque el conocimiento de Métodos de Planificación Familiar sobrepasa en condón (94,61%), la prevalencia de su uso es baja entre aquellas mujeres que han iniciado vida sexual (9,46%), lo cual coincide con lo encontrado en el estudio, en donde el condón no fue señalado como un método de uso frecuente y sistemático. Ello es preocupante dado el doble beneficio que este método tiene cuando es usado en forma correcta y sistemática: evitar ETS/VIH/SIDA y embarazos.
- La baja prevalencia de uso de Métodos de Planificación Familiar en la primera relación sexual fue significativa. Esto podría estar indicando que desde el inicio de la vida sexual, no hay una percepción de riesgo entre las mujeres, más aun cuando esta variable se encontró correlacionada a embarazo no planeado y aborto inducido.

Otros estudios realizados con mujeres en la ciudad de Bogotá, y estudiados por la secretaria de salud de Bogotá, han encontrado que:

- La mayoría de las mujeres tomó la decisión de interrumpir el embarazo por sí misma, mostrando más autonomía de la que usualmente se les reconoce a las

mujeres en esta decisión. Por ser la persona directamente comprometida con su embarazo, las mujeres acuden en primera instancia a su compañero en busca de apoyo; muchas ya tienen la decisión tomada y acuden a él para compartir su decisión y otras mujeres quieren analizar la situación para llegar a un acuerdo con su pareja. Además, compartieron su situación con otras mujeres cercanas como amigas y familiares en quienes encontraron respaldo y compañía.

- Cada mujer tuvo más de un motivo para tomar la decisión de interrumpir el embarazo y aunque esos motivos fueron comunes a la mayoría de las mujeres en cada una de ellas se conjugaron de una manera muy particular. Restricciones de tipo afectivo, económico, familiar o social tuvieron mayor o menor importancia de acuerdo a las circunstancias de vida de cada mujer.
- Se evidenció que en el grupo de mujeres entre 20 y 29 años la decisión les generó un conflicto de valores y un impacto emocional mayor, comparadas con las mujeres más jóvenes y las de más edad. Esta mayor dificultad se puede explicar por el momento de vida por el que pasan estas mujeres pues mientras para las adolescentes ser madre y conformar un hogar es un proyecto a largo plazo y las mujeres de mayor edad ya tienen establecido un hogar, han vivido la maternidad y muchas ya han decidido de antemano no tener más hijos, las mujeres de 20 a 29 años están en una etapa de definiciones pues están culminando sus estudios, deben definir su vida profesional o laboral y tienen mayores presiones sociales respecto a la consolidación de una relación de pareja y respecto a la maternidad. Todas estas circunstancias posiblemente hacen que estas mujeres vivan con mayor culpa, dudas y temores la decisión de interrumpir un embarazo.
- En 100 mujeres que usaron correctamente un anticonceptivo, 45.2% quedó embarazada por falla del método: 13% con los más efectivos (hormonales, DIU, esterilización) y 32.1 % con los tradicionales (ritmo, barrera o retiro). Estos datos corroboran que la anticoncepción no es la solución absoluta para erradicar el problema del embarazo indeseado y del aborto: pero sin duda, es a corto plazo el único medio práctico para disminuir la interrupción voluntaria del embarazo.
- Para apoyar esta afirmación, debemos anotar que de 100 mujeres que recurrieron al aborto, 42% no estaba usando ningún método y que de 100 mujeres que usaban alguno, 36.3% desconocía su correcta utilización<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Secretaria de Salud de Bogotá. Salud sexual y reproductiva: aborto inducido, un problema de salud pública. 9 Noviembre 2006. En la página web: H:\articulos de aborto\traducciones\ABORTO INDUCIDO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.htm

## 2.2 MARCO CONTEXTUAL

La fundación hospital San Pedro lugar de la investigación es una institución privada dedicada a la salud con más de 12 años de experiencia, actualmente presta cinco servicios importantes para sus clientes entre los que se encuentran:

Urgencias, consulta externa, quirófano, apoyo diagnóstico y terapéutico que se divide en dos secciones, nutrición y cardiorar y esta por último unidad de cuidados intensivos que también se divide en cuidados intensivos, intermedios, neonatal “urcunina”.

Como parte de una fundación centenaria sin ánimo de lucro, igualmente el servicio se ha prestado a través de todos los años, a finales de la década de los 70 e inicio de los 80, urgencias se prestaba en el primer piso, donde la actualidad se encuentran ubicados laboratorio clínico y patología, los responsables en esa época de urgencias eran médicos internos que cubrían 24 horas durante todo el año, quienes venían a efectuar su práctica de internado de connotadas Universidades como La Universidad del Cauca, Universidad Industrial de Santander y ocasionalmente de Universidades de la República del Ecuador, bajo la supervisión de médicos con alta experiencia en manejo de pacientes críticos, entre los que se recuerda: Dr. Javier Vicuña O. Dr. Jaime Gavilanes, Dr. Teófilo López, Dr. Edgar Santacruz. Es la primera institución privada en obtener la certificación de hospitales otorgada por el consejo de salubridad general.

La misión de esta institución es proporcionar servicios con validez y calidad a sus clientes, una de las características es atención personalizada y trato amable, experiencia, profesionalismo y seguridad. Con alta tecnología y equipo de vanguardia.

## 2.3 MARCO LEGAL

### **ACUERDO NÚMERO 350 DE 2006**

Por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la atención para la interrupción voluntaria del embarazo y la Circular Externa No. 0031 de 2007 que "brinda información sobre la provisión de servicios seguros de interrupción voluntaria del embarazo, no constitutiva del delito de aborto".

**EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en el artículo 172 de la Ley 100 y considerando que la Corte Constitucional por medio de la Sentencia C-355/06 ha determinado que "no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto."

Que actualmente en el Plan Obligatorio de Salud ya se encuentra cubierto el procedimiento de Legrado uterino, con código 12111 en el artículo No 67, correspondiente a actividades, procedimientos e intervenciones de Obstetricia del manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud adoptado mediante Resolución 5261 de 1994, el mismo que se puede usar para la terminación del embarazo según norma técnica expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Que la provisión de servicios seguros para la interrupción voluntaria del embarazo, en ningún caso puede considerarse un método de planificación familiar, sino que en las condiciones estipuladas por la Sentencia de la Honorable Corte Constitucional hacen parte de las actividades, procedimientos e intervenciones de atención materno-infantil tendientes a disminuir los riesgos de morbilidad y Mortalidad y proteger la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Que el Ministerio de la Protección Social mediante Decreto 4444 de 2006 reglamentó la atención para IVE como parte de las acciones de la salud sexual y Reproductiva y que mediante la Resolución 4905 de 2006, adoptó la Norma Técnica sobre el particular. Que el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, como ente asesor del CNSSS, aprobó recomendar la técnica de aspiración al vacío para la interrupción del

embarazo en el Plan Obligatorio de Salud, acorde con la Norma Técnica y la reglamentación adoptada por el Ministerio de la Protección Social.

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente.

## **ACUERDA**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado el procedimiento de “EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DEL ÚTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO” como alternativa a la técnica de legrado o curetaje que ya está incluido en el Plan Obligatorio de Salud para los siguientes casos:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

**PARÁGRAFO.-** La cobertura de servicios para la atención complementaria al procedimiento incluido en el presente artículo, se encuentra sujeta a los contenidos del Plan de Beneficios de cada régimen del Sistema, definidos por la Resolución 5261 de 1994 y los Acuerdos 228, 236, 263, 282, 306 y 336 o las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan.

Los medicamentos descritos en la norma técnica para la IVE, que no se encuentren contenidos en los Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336, no se consideran cubiertos en el POS.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

## 2.4 MARCO CONCEPTUAL

- **ABORTO:** Eexpulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500gramos o menos. Este estadio equivale aproximadamente a 20 semanas de gestación. <sup>24</sup>
- **ABORTO COMPLETO E INCOMPLETO:** está relacionado con la evacuación total o parcial de restos ovulares y membranas. Cuando ocurre el aborto incompleto, debe completarse la evacuación total, mediante técnicas instrumentales similares a las del aborto provocado.
- **ABORTO EN CURSO:** amenaza de aborto asociado a dilatación del orificio cervical interno.
- **ABORTO HABITUAL O RECIDIVANTE:** se denomina así al trastorno consistente en la pérdida de tres embarazos sucesivos en el período correspondiente al de aborto (hasta las 20-22 semanas).
- **ABORTO INDUCIDO:** aquel provocado con el objetivo de eliminar el feto, ya sea con asistencia médica o sin ella.
- **ABORTO INMINENTE:** es cuando mediante el tacto se puede tocar membranas o partes fetales, a través del orificio cervical interno dilatado.
- **ABORTO NATURAL O ESPONTÁNEO:** Es llamado así cuando se produce por causas involuntarias, suele ocurrir al tercer mes de gestación. También se denomina a la expulsión de feto de menos de 500 gramos de peso, en ausencia de maniobras facilitadoras.
- **ABORTOS ELECTIVOS:** Suelen ser decididos cuando el embarazo es causado por un delito sexual (violación) o cuando la mujer no puede o no desea mantener a su hijo por razones económicas y sociales
- **ABORTOS TERAPÉUTICOS:** son aquellos justificados para salvar la vida de la madre (cuando la continuación del embarazo o el parto representan un riesgo grave para su salud) o para evitar que el niño nazca con una enfermedad congénita o genética grave, que coloque en riesgo de muerte o lo condene a discapacidades muy severas.

---

<sup>24</sup> Copeland, L.J., Jarrell, J.F., McGregor, J.A., "Ginecología", Ed. Médica Panamericana, 1º edición en español (1º reimpresión) 1996 (pag. 200)

- **AMENAZA DE ABORTO:** existe amenaza de aborto, cuando hay un incremento de la contractilidad uterina inusual para esa edad gestacional y modificaciones cervicales que incluyen, centralización, ablandamiento, borramiento y dilatación del orificio cervical externo.
- **ANTICONCEPTIVO:** Sustancia, fármaco o método que se opone o impide la concepción. Los anticonceptivos pueden ser naturales o artificiales.
- **EMBRIÓN:** Fase del desarrollo embrionario que abarca desde el momento en el que el ovocito fecundado se encuentra en el útero de una mujer hasta que se produce el inicio de la organogénesis, y que finaliza a los 56 días a partir del momento de la fecundación.
- **FETO:** El embrión recibe el nombre de feto tras haber alcanzado un determinado nivel de desarrollo de los órganos (en el ser humano esto es ocho semanas después de la concepción).
- **HISTERECTOMÍA:** técnica quirúrgica que permite la extracción del Útero.
- **LEGRADO UTERINO:** Extracción de tejidos de la cavidad uterina. Pueden ser restos abortivos o tejido endometrial. Para realizar el legrado uterino es necesario dilatar previamente el conducto cervical.
- **MOLA HIDATIFORME:** Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo y es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional.

#### **4. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para el estudio descriptivo se calculara la frecuencia de las variables agrupadas según los factores demográficos, psicosociales, culturales, económicas, asociadas al aborto en pacientes del servicio de Ginecoobstetricia de la Fundación Hospital San Pedro en la ciudad de Pasto en el periodo octubre 2010 y febrero 2011. La observación de las frecuencias obtenidas agrupadas por factor asociado, permitirá describir el problema y plantear hipótesis frente a su relación con el aborto, principalmente el inducido.

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS UNIVARIADOS

**TABLA 1:** FRECUENCIA DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN MUJERES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DE LA FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2010 HASTA FEBRERO 2011.

	N	%
<b>TOTAL:</b> 64 pacientes	64	100
<b>EDAD</b>		
< 19 años (adolescente)	25	39,1
> 19 años (adulto joven)	39	60,9
<b>OCUPACION</b>		
Sin ocupación	5	7,81
Trabaja	17	26,6
Estudia	19	29,7
Ama de casa	23	35,9
<b>ESTUDIOS</b>		
Primaria	17	26,6
Secundaria	40	62,5
Universitarios	7	10,9
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	10	15,6
Unión libre	28	43,8
Soltera	26	40,6
<b>ZONA DONDE VIVE</b>		
Rural	28	43,8
Urbana	36	56,3
<b>CON QUIEN CONVIVE</b>		
Con sus padres	27	50
Con su pareja	12	22,2
Con sus padres y su pareja	1	1,9
Con su pareja y la familia de el	14	25,9

Fuente: presente investigación

	N	%
<b>COMO CONSIDERA LA CONVIVENCIA EN SU HOGAR</b>		
Buena	42	65,6
Regular	20	31,3
Mala	2	3,1
<b>CONSUME ALCOHOL</b>		
Si	20	31,3
No	44	68,8
<b>FUMA</b>		
Si	10	15,6
No	54	84,4
<b>CONSUME ALGUN TIPO DE DROGA PSICOACTIVA</b>		
Si	0	0
No	64	100
<b>HA TENIDO ABORTOS ANTERIOR/</b>		
Si	23	35,9
No	41	64,1
<b>CONOCE SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR</b>		
Si	50	78,1
No	14	21,9
<b>UTILIZA M. ANTICONCEPTIVO</b>		
Si	18	28,1%
No	46	
<b>USTED SABIA QUE ESTABA EN EMBARAZO ACTUAL/</b>		
Si	41	64,1
No	23	35,9
<b>SU EMBARAZO FUE DESEADO</b>		
Si	14	21,9
No	50	78,1

<b>Fuente: presente investigación</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>QUE OPINA SOBRE EL ABORTO</b>		
Está de acuerdo	7	10,9
Está de acuerdo con el gobierno	11	17,2
Está en desacuerdo	46	71,9
<b>POR QUE RAZÓN CREE QUE UNA MUJER SE VE OBLIGADA A ABORTAR</b>		
Porque no deseaba quedar en embarazo	24	37,5
Por problemas económicos	16	25
Por problemas con la pareja	10	15,6
Porque es muy joven para ser mama	4	6,3
Por problemas con los padres	10	15,6
<b>CREE QUE AL ABORTAR SE SOLUCIONAN LOS PROBLEMAS</b>		
Si	14	21,9
No	50	78,1
<b>CREE QUE EL ABORTO ES UNA DECISIÓN QUE LA TOMA</b>		
Únicamente la madre del bebe	33	51,6
Únicamente el padre del bebe	1	1,6
El padre y la madre del bebe	26	40,6
Los padres de la embarazada	4	6,3
<b>CONOCE ALGUN METODO PARA ABORTAR</b>		
Si	26	40,6
No	38	59,4
<b>PIENSA QUE UNA MUJER DESPUES DE ABORTAR SE ARREPIENTE</b>		
Si	57	89,1
No	7	10,9

**Fuente: presente investigación**

## ANÁLISIS UNIVARIADO

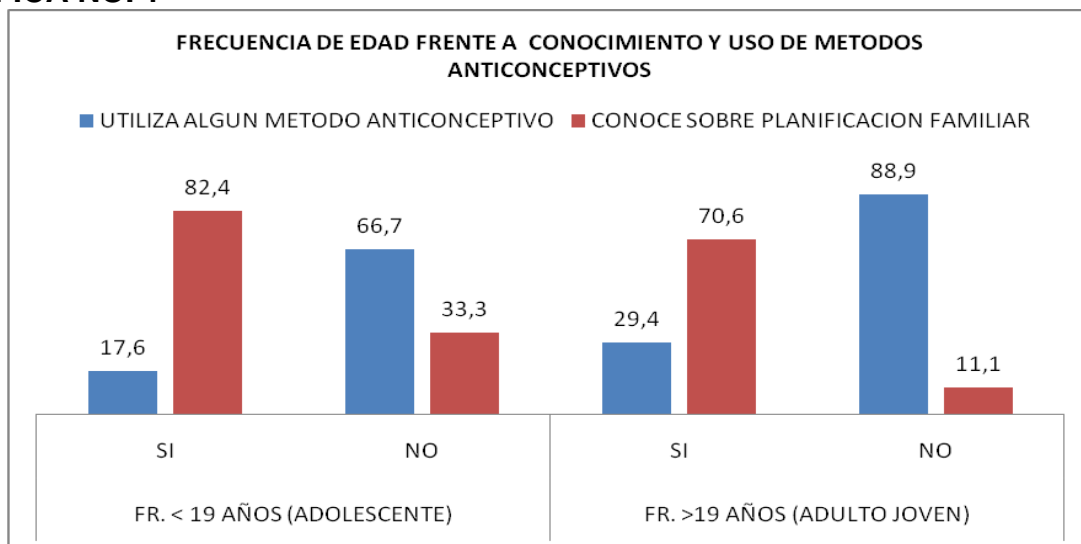
- Del total de las pacientes encuestadas, el 39% corresponden a menores de 19 años y el 60.9% corresponden a mayores de 19 años.
- Del total de las pacientes encuestadas, con referencia a la ocupación actual; el 35.9 % corresponden a pacientes amas de casa, el 29.7 % estudian, el 26.6% trabajan y el 7.8% refirieron no tener ocupación.
- Del 100 % de pacientes encuestadas, el 62.5 % realizo estudios correspondientes a secundaria, el 26.6% primaria y el 10.9% universitarios.
- Del total de las pacientes encuestadas con referencia al estado civil el 43.8% de las pacientes conviven en unión libre, el 40.6% son solteras y el 15.6% son casadas.
- Del 100% de las pacientes encuestadas el 56.3% viven en zona urbana y el 43.8 % pertenecen al área rural.
- Del total de las pacientes encuestadas frente a la pregunta: ¿cómo considera la convivencia en su hogar? , el 65.6 % opinan que es buena, el 31.3 % la consideran que es regular y el 3.1 % mala.
- Del total de las pacientes encuestadas el 68.8% no consumen alcohol y el 31.3 % respondieron si ante el consumo del mismo.
- Del 100 % de las pacientes encuestadas el 15.6 % fuman, mientras que el 84.4 % niegan el consumo del mismo.
- El total de las pacientes encuestadas no consumen sustancias psicoactivas.
- Del 100 % de las pacientes encuestadas el 35.9% respondieron si, a la pregunta: antecedente de aborto previo, mientras que el 64.1 % negaron un aborto previo.
- Del total de las pacientes encuestadas el 78.1 % respondieron tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos, mientras que el 21.9 % no tenían conocimiento de los mismos.
- Del total de las pacientes encuestadas el 28.1% utilizan algún método anticonceptivo, mientras el 71.9% no utilizan ningún método anticonceptivo.

- Del total de las pacientes encuestadas el 64.1 % respondió tener conocimiento sobre su embarazo actual, mientras que el 35.9% no sabían que estaban en embarazo.
- 78.1% del total de las pacientes encuestadas respondieron que su embarazo no fue deseado, mientras que en el 21.9% del las pacientes fue planeado.
- el 71.9 % del total de las pacientes encuestadas respondieron estar en desacuerdo frente al aborto, mientras que el 17.2% opinaron estar de acuerdo únicamente en las condiciones permitidas por la ley, y tan solo el 10.9% está de acuerdo.
- del total de las pacientes encuestadas ante la pregunta : ¿cuál cree usted, es la razón por la que una mujer aborta ? el 37.5% respondieron porque no deseaban quedar en embarazo, el 25.0% por problemas económicos, el 15.6% por problemas con la pareja y con los padres , y tan solo el 6.3 % porque es muy joven para ser mama.
- Del 100 % de las pacientes encuestadas ante la pregunta: ¿cree usted que el aborto es una solución a los problemas? el 78.1 % respondió que no solucionaba los problemas, y el 21.9 % opinaron que abortar es una solución a los problemas.
- Del total de las pacientes encuestadas frente a la pregunta: ¿quien cree usted debe tomar la decisión de abortar? El 51.6 % respondieron que la decisión la toma únicamente la madre del bebe, el 40.6% opino que la decisión la toman los padres del bebe, en el 6.3% respondió que la decisión la toman los padres de la embarazada y tan solo el 1.6 % opino que la decisión la toma únicamente el padre del bebe.
- Del 100 % de las pacientes encuestadas el 59.4% negó el conocimiento de algún método abortivo, mientras que el 40,6 % afirmaron tener conocimiento de los mismos.
- Del 100 % de las pacientes encuestadas ante la pregunta: ¿cree usted que una mujer se arrepiente después de abortar? el 89.1% respondieron que si, mientras que el 10.9% opino que no.
- del total de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecoobstetricia de la FHSP a quienes se les realizó la encuesta , se establece que dentro del grupo poblacional adolescentes (menores de 19) años, la mayor frecuencia de abortos según edad se encuentra en pacientes de 15,17,18 y 19 años con un porcentaje del 20% respectivamente.

- del total de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecoobstetricia de la FHSP a quienes se les realizó la encuesta , se establece que dentro del grupo poblacional adulto joven (mayores de 19 años ), la mayor frecuencia de abortos según edad se encuentra en pacientes de 20,21,23 años con un porcentaje del 13% respectivamente.

## RESULTADOS Y ANALISIS BIVARIADO

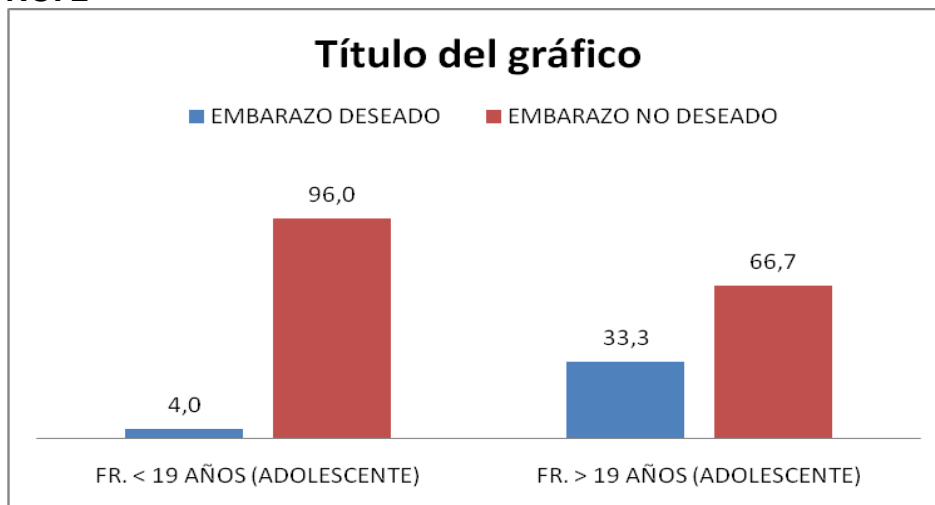
**GRAFICA NO. 1**



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACION

Del 100% de las pacientes encuestadas menores de 19 años el 82.4% conoce sobre planificación familiar sin embargo el 66.7% de este mismo grupo poblacional no utiliza métodos anticonceptivos; Del 100% de las pacientes encuestadas mayores de 19 años el 70.6% conoce sobre planificación familiar no obstante el 88.9% no utiliza ningún método de planificación familiar.

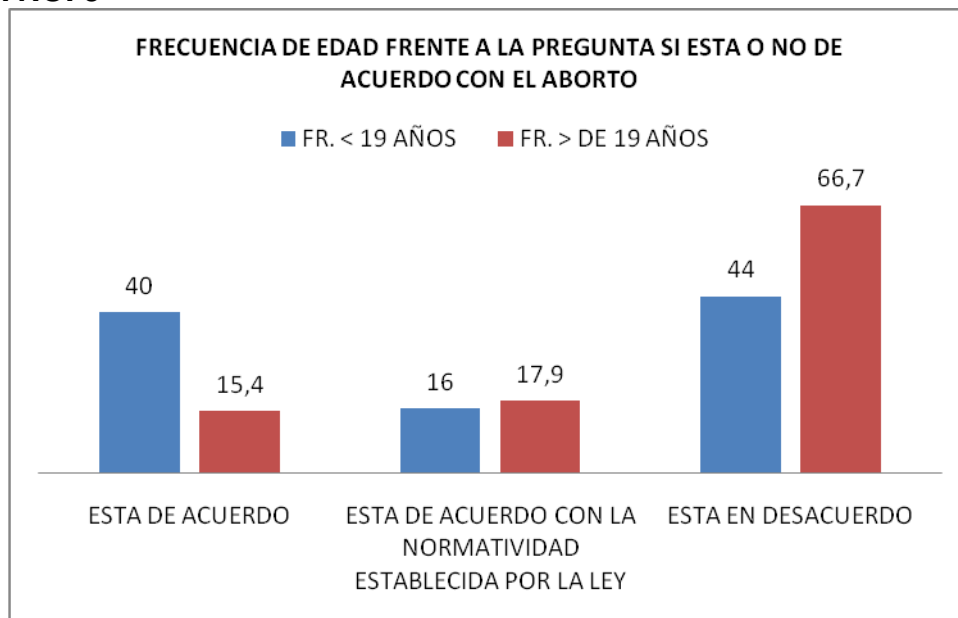
**GRAFICA NO. 2**



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACIÓN

Del 100% de las pacientes menores de 19 años el 45.3% el embarazo no fue deseado y el 63.6% de este mismo grupo de pacientes conocen algún método para abortar, sin embargo la mayoría de ellas es decir el 34% cree que abortar no es una solución a los problemas; A diferencia del grupo anterior las pacientes mayores de 19 años la mayoría de ellas su embarazo fue deseado en un 40.6%, sin embargo la mayoría de ellas conoce algún método para abortar con un porcentaje de 37.5% y en un 37,6% no consideran que el aborto sea una solución a los problemas.

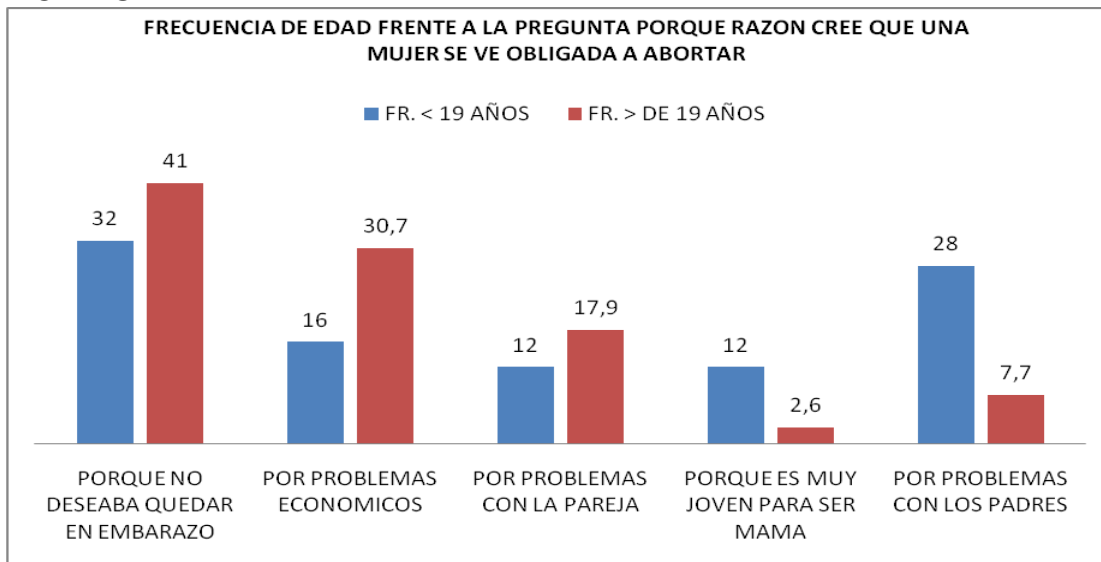
### GRAFICA NO. 3



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACIÓN

Del 100% de las pacientes menores de 19 años el 40% está de acuerdo con el aborto, mientras que las pacientes mayores de 19 años el 66.7% están en desacuerdo, y solo el 37.9% están de acuerdo con la normatividad establecida por la ley.

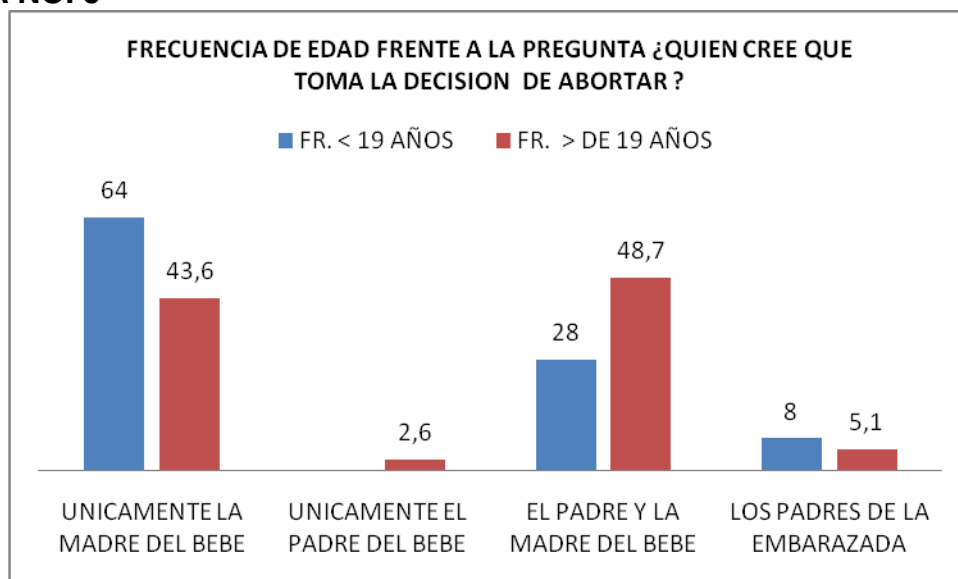
**GRAFICA NO. 4**



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACIÓN

La principal razón para que una mujer se vea obligada a abortar tanto para las menores como para las mayores de 19 años es porque su embarazo no fue deseado, con un porcentaje de 32 y 41% respectivamente; Además la segunda respuesta más frecuente para las mayores de 19 años fueron los problemas económicos con un porcentaje de 30.7% mientras que para las menores de 19 años la segunda respuesta más frecuente fue por problemas con sus padres con un porcentaje de 28%.

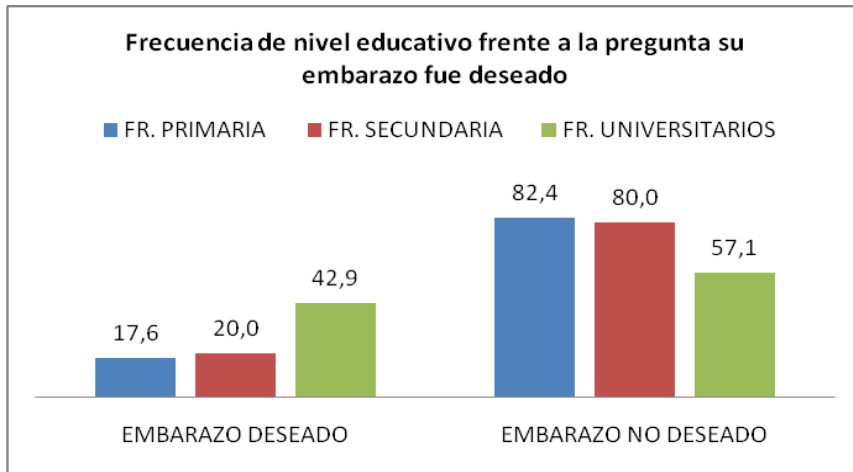
**GRAFICA NO. 5**



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACIÓN

Del total de las pacientes encuestadas, el 64% de las menores de 19 años opinan que la decisión de abortar la toma únicamente la madre, mientras que el 48.7% de las mayores de 19 años opinan que la decisión de abortar la toma el padre y la madre del bebé.

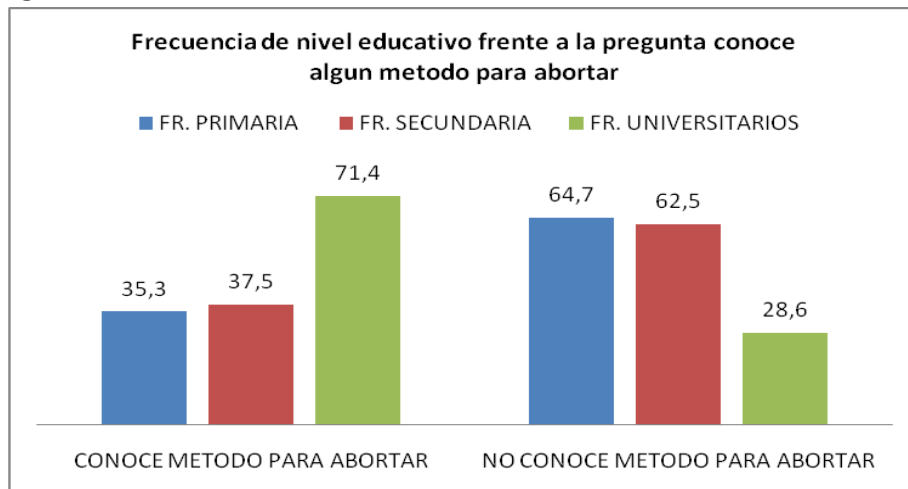
**GRAFICA NO. 6**



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACIÓN

A medida que aumenta el nivel educativo de las pacientes, disminuye la frecuencia de embarazos no deseados, de la siguiente manera: primaria 82.4%, secundaria 80% y universitarios 57.1%. Por lo tanto, únicamente las que cursan con nivel educativo universitario tienen mayor frecuencia embarazo deseado con un 42.9%

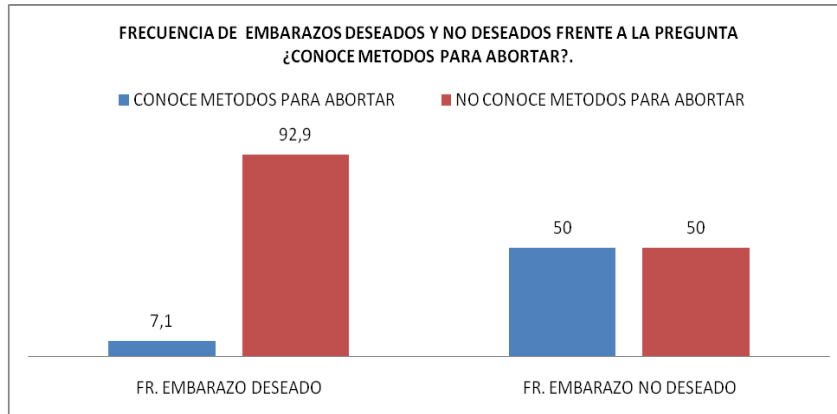
**GRAFICA NO.7**



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACION

A medida que aumenta el nivel educativo aumenta el conocimiento sobre métodos abortivos, es así como del 100% de las pacientes encuestadas el nivel educativo universitario el 71.4% conoce métodos para abortar, mientras que en un 64.7% de nivel educativo primaria no conocen sobre los mismos.

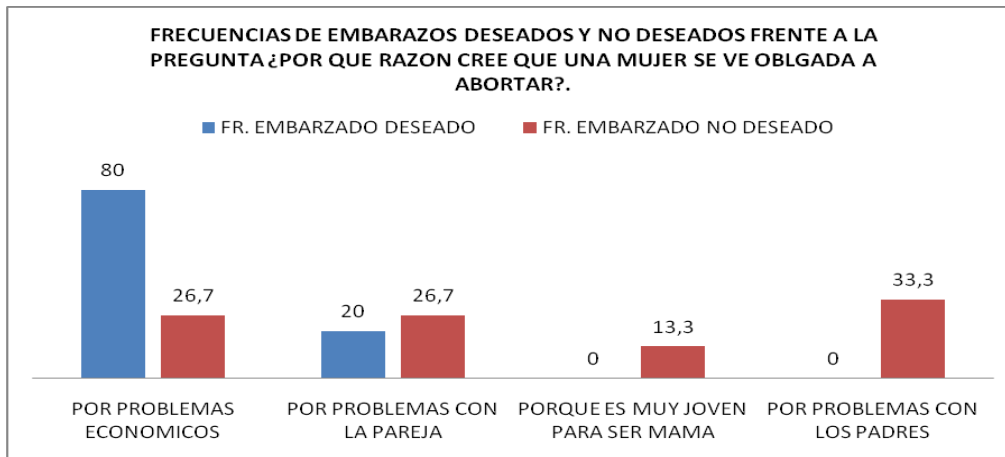
**GRAFICA NO. 8**



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACION

Del 100% de las pacientes que su embarazo fue deseado, el 92.9% no conocen métodos abortivos, mientras que del 100% de las pacientes que su embarazo no fue deseado el 50% conoce sobre métodos abortivos y el otro 50% restante no conoce.

**GRAFICA NO. 9**



**FUENTE:** PRESENTE INVESTIGACION

Del total de las pacientes que respondieron a la pregunta ¿por qué razón cree que una mujer se ve obligada a abortar? y que su embarazo fue deseado, el 80% opinan que la razón son problemas económicos, y el 20% restante por problemas con su pareja, además en estas pacientes no influye las razones: ser muy joven para ser mama ni los problemas con los padres; mientras que las pacientes con embarazos no deseados opinaron que la razón principal para abortar son problemas con los padres con un porcentaje de 33.3%,

## 4. DISCUSIÓN

El aborto es la interrupción del proceso fisiológico del embarazo que puede ser causado por múltiples factores tanto internos como externos a la embarazada, dentro de estos factores se encuentran los socio demográficos, culturales, personales, ginecoobstétricos, estilos de vida, entre otros que no solo están referidos en la presente investigación sino que han sido identificados en estudios anteriores, de la siguiente manera:<sup>25</sup>.

En nuestra investigación se identificó que las pacientes encuestadas están dentro de un rango de edades de 14 años a 41 años, este resultado es similar al encontrado a nivel de América latina, donde según la OMS del 100% de las pacientes que abortan aproximadamente el 70% corresponden a mujeres de 15 a 40 años, y es obvio teniendo en cuenta que estas pacientes se encuentran en edad reproductiva. Además la mayoría de estas pacientes, en nuestro estudio son mayores de 19 años, este resultado se relaciona con un estudio realizado en los Estados Unidos donde la tasa de aborto aumenta a medida que se incrementa la edad materna, de la siguiente manera: menores de 35 años de edad: 15%; 35-39 años: 20-25%; 40 a 42 años 35% y mayores de 42 años de edad, una incidencia alrededor del 50% de aborto<sup>26</sup>.

Además existe otro estudio muy significativo que se hizo en la Habana Cuba, donde se quería comprobar cuales eran los factores más cercanos al aborto, determinando que la mayoría de las mujeres que terminan el embarazo en aborto tienen abortos previos, son menores de 19 años, su nivel educativo es bajo, son fumadoras y alcohólicas y no abandonar estos hábitos al saber que está embarazada y ser soltera. A diferencia de esta investigación en el presente estudio se encontró con referencia a los anteriores factores asociados al aborto que la mayoría de las pacientes, es decir un 64.1% no han tenido abortos previos, un 60.9% son mayores de 19 años, el nivel educativo con mayor frecuencia de abortos fue secundaria con un 62.5%, además la mayoría de las pacientes no fuman ni consumen alcohol, y su estado civil es unión libre con un 43.8% ser adolescentes.<sup>27</sup>

En estudios anteriores se identificó que la incidencia de aborto inducido es inversamente proporcional a la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Es así como en la antigua Unión Soviética, por ejemplo, muestran que cuando la anticoncepción está ampliamente disponible, tanto la incidencia de embarazos no planificados como la de abortos

---

<sup>25</sup> Schwartz Ricardo, Obstetricia, 4ta. Edición. Editorial ateneo, 2000.

<sup>26</sup> World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneve, 2000. En la página web: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/)

<sup>27</sup> Rev. Cubana Salud Pública 2001;27(1):26-35 Centro de colaboración en Investigaciones en Reproducción Humana *FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES DEL ABORTO*. Lic. Elva Díaz Díaz,1 Dra. Luisa Álvarez Vázquez2 y Dr. Ubaldo Farnot Cardoso

se reducen en forma drástica. En el mundo en desarrollo, más de 200 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos, inclusive de anticoncepción de emergencia. Subyace a lo anterior, una relación contradictoria entre deseo de embarazo y práctica de anticoncepción, es decir, las mujeres no deseaban embarazarse y, sin embargo, no planificaban, estos hallazgos encontrados a nivel mundial son similares a los encontrados en el presente estudio, es así como la mayoría de las pacientes conocen sobre planificación familiar, tanto las menores como las mayores de 19 años, con un porcentaje de 82.4 y 88.9% respectivamente, pero solo el 17.6% y el 29.4% de las pacientes menores y mayores de 19 años respectivamente los utilizan. Es decir que un alto porcentaje de las pacientes reportaron que no estaban planificando en el momento de su embarazo, pero tampoco deseaban embarazarse.<sup>28</sup>

Dentro del contexto nacional se encontró, según la secretaria de salud de Bogotá que existe un gran descenso en la tasa global de fecundidad en el país, sin embargo, del total de embarazos en Colombia, la mayoría termina en aborto y en nacimientos no deseados, tanto así que en los últimos años, las cifras de embarazos no planeados vienen en aumento ya que se paso de un 50% en 1998 al 66% en el año 2008. Estos hallazgos son similares a los encontrados en el presente estudio, es decir, la mayoría de las pacientes que corresponde a un 78.1% % que ingresaron con aborto en curso a la Fundación Hospital San Pedro, el embarazo con el que cursaban no era deseado.

Con relación a quien toma la decisión de abortar, en otros estudios, la mayoría de las pacientes tomó la decisión de interrumpir el embarazo por sí misma, al igual que las pacientes incluidas en el presente estudio. Además en diferentes investigaciones las pacientes opinan que acuden a su pareja en busca de apoyo por ser la persona directamente comprometida con su embarazo, pero esta es la segunda opción nuestro proyecto.<sup>29</sup>

Se encontró en la presente investigación que la respuesta más frecuente a la pregunta ¿Por qué razón cree que una mujer se ve obligada a abortar?, es el embarazo no deseado con un porcentaje de 37.5%, seguida por los problemas económicos con un porcentaje de 25%. Sin embargo en estudios anteriormente realizados se concluyo que aunque muchos motivos fueron comunes a la mayoría de las mujeres en cada una de ellas se conjugaron de una manera muy particular. Restricciones de tipo afectivo, económico, familiar o social tuvieron mayor o menor importancia de acuerdo a las circunstancias de vida de cada mujer.

---

<sup>28</sup> Trupin Suzanne, Clinical Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Illinois College of Medicine-Champaign. May 27, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/252560-overview>

<sup>29</sup> Secretaria de salud de Bogotá: Salud sexual y reproductiva, aborto inducido. 9 de noviembre del 2006 aborto inducido. En la página web: H:\articulos de aborto\traducciones\ABORTO INDUCIDO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.htm

## 5. CONCLUSIONES

1. Los factores asociados al aborto encontrados en el instrumento de recolección de datos se encuentran: ginecoobstetricos, demográficos, psicosociales, de estilo de vida y culturales, los más frecuentes según cada grupo son:
  - Dentro del grupo de factores ginecoobstetricos se encuentran:
    - abortos previos con una frecuencia de 35.9% que corresponde a 23 pacientes
    - conocimiento sobre planificación familiar con un porcentaje de 78.1% es decir, 50 mujeres
    - uso de métodos anticonceptivos solo el 28.1% que corresponde a 18 pacientes del total de las encuestadas
  - Dentro de los factores demográficos que presentan mayor frecuencia se encuentran: mayores de 19 años con un porcentaje de 60.9%, ama de casa con una frecuencia de 35.9%, estado civil: unión libre con un 43.8% , zona urbana con una frecuencia de 56.3%.
  - Los factores psicosociales más frecuentes están: la convivencia con la pareja y la familia de él con un porcentaje de 25.9%, y convivencia buena en su hogar con un 65.6%
  - Los estilos de vida en el grupo de pacientes encuestadas, el 31.3% consume alcohol, el 15.6% fuma y ninguna de ellas consume sustancias psicoactivas.
  - En cuanto a los factores culturales encontrados en el instrumento de recolección de datos se encuentra el nivel educativo, de los cuales, el más frecuente es secundaria con un porcentaje de 62.5%
2. Se determino que del total de las pacientes encuestadas el 78.1% respondieron que su embarazo no fue deseado, mientras que en el 21.9% del las pacientes fue planeado.
3. Se determino que a medida que aumenta el nivel educativo aumenta el conocimiento sobre métodos abortivos, es así como del 100% de las pacientes encuestadas el nivel educativo universitarios el 71.4% conoce métodos para abortar, mientras que en un 64.7% de nivel educativo primaria no conocen sobre los mismos. Además se determino de acuerdo a la edad que del 100% de las pacientes menores de 19 años el 40% está de acuerdo con el aborto, mientras que las pacientes mayores de 19 años el 66.7% están en desacuerdo, y solo el 37.9% están de acuerdo con la normatividad establecida por la ley.

4. Se identifico que la razón más frecuente para que una mujer se vea obligada a abortar es porque el embarazo no fue deseado con un porcentaje de 37.5%, seguida de 25.0% por problemas económicos, el 15.6% por problemas con la pareja y con los padres, y tan solo el 6.3 % porque es muy joven para ser mama.

## 6. RECOMENDACIONES

- Dado que la presentación de embarazos no deseados es alta y corresponde a un porcentaje de 78.1 % en el presente trabajo, se recomienda promover el acceso a métodos anticonceptivos eficientes, y de bajo costo con el propósito de prevenirlos, y reducir la necesidad de recurrir a la interrupción de mismo.
- Pese al conocimiento de métodos anticonceptivos, la utilización es disminuida, por tanto se recomienda que la consejería de planificación familiar debe responder al deseo cada vez mayor de las mujeres de planear su paridad con responsabilidad, ya que el conocimiento no satisfecha de los mismos apunta a la necesidad de promoverlos a través de campañas dirigidas a la población
- Varios estudios han demostrado que las mujeres están muy motivadas para regular el tamaño de su familia y utilizar anticonceptivos posteriores a un aborto. las intervenciones deben mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de anticoncepción después de un aborto inducido, un nacimiento o un aborto espontáneo.
- Es necesario hacer énfasis en la importancia de ofrecerle a la población mencionada programas adecuados de educación sexual, servicios de salud reproductiva e información sobre métodos anticonceptivos, incluyendo el uso correcto.
- La reglamentación jurídica y las iniciativas medicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo pueden aplicarse dentro del ordenamiento legal vigente, en consecuencia se recomienda asistir a la población en el conocimiento de sus derechos y derogar el servicio
- Se sugiere extender el presente trabajo a futuro, tomando como población toda mujer en edad reproductiva que ingrese al servicio de Ginecoobstetricia de la fundación hospital san Pedro con el propósito de llevar a cabo un estudio de tipo probabilístico que permita generar impacto en la población identificada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Copeland, L.J., Jarrell, J.F., McGregor, J.A., "Ginecología", Ed. Médica Panamericana, 1º edición en español (1º reimpresión) 1996 (pag. 200)
2. Organización Mundial de la Salud. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud: aborto sin riesgos 2005
3. Rev. Cubana Salud Pública 2001;27(1):26-35 Centro de colaboración en Investigaciones en Reproducción Humana FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES DEL ABORTO. Lic. Elva Díaz Díaz,<sup>1</sup> Dra. Luisa Álvarez Vázquez<sup>2</sup> y Dr. Ubaldo Farnot Cardoso
4. Schenker JG, Cain JM. FIGO: Comité for the Ethical Aspects of the Human, Reproduction and Women's health. 2000.
5. Schwartz Ricardo, Obstetricia, 4ta. Edición. Editorial ateneo, 2000

## NETGRAFIA

- Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre. Base de Datos Cochranede Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews) 2001, Issue 4. No.: CD002900. DOI: 10.1002/14651858.CD002900.
- World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneve, 2000. En la página web: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/)
- Trupin Suzanne, Clinical Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Illinois College of Medicine-Champaign. May 27, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/252560-overview>
- Bankole Akinrinolo, Mollan Marianne, Rosado María, Plata María. International Women's Health Coalition, New York, Enero 2008 en la página web: [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3192&Itemid=275](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3192&Itemid=275)
- Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. 6ta edición, Editorial El Ateneo En la página web: [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file264\\_4383.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file264_4383.pdf)
- Puscheck Elizabeth, MD, Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University School of Medicine. Elective abortion, febrero 17, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/266317-overview>
- Secretaria de Salud de Bogotá. Salud sexual y reproductiva: aborto inducido, un problema de salud pública. 9 Noviembre 2006. En la página web: <H:\articulos de aborto\traducciones\ABORTO INDUCIDO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.htm>
- World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneve, 2000. En la página web: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/)
- Trupin Suzanne, Clinical Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Illinois College of Medicine-Champaign. May 27, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/252560-overview>

- Bankole Akinrinlo, Mollan Marianne, Rosado María, Plata María. International Women's Health Coalition, New York, Enero 2008 en la página web: [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3192&Itemid=275](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3192&Itemid=275)
- Puscheck Elizabeth, MD, Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University School of Medicine. Elective abortion, febrero 17, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/266317-overview>
- Calderón Jullym Alzamora Luis. Rev Perú Med Exp Salud Publica: INFLUENCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES SOBRE EL ABORTO PROVOCADO EN ADOLESCENTES,2006. en la pagina web [www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a03v23n4.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a03v23n4.pdf)
- Rev. Perú Med Exp Salud Publica 23(4), 2006- Página 247 Influencia de las relaciones familiares sobre el- Aborto provocado en adolescentes - Jully Calderón S1, Luis Alzamora de los Godos U2<http://www.vanguardia.com/historico/53101-numero-de-embarazos-adolescentes-sigue->

# ANEXOS

## ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN MUJERES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO DE SAN JUAN DE PASTO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2010 Y FEBRERO 2011.**

### ENCUESTA

**1. Edad** \_\_\_\_\_

**2. Ocupación:**

Sin ocupación\_\_\_\_\_

Trabaja\_\_\_ cual es su trabajo\_\_\_\_\_

Estudia\_\_\_ que año cursa \_\_\_\_\_

Ama de casa\_\_\_\_\_

**3. Estudios:**

Ninguno\_\_\_\_\_

Primaria\_\_\_ hasta que año\_\_\_\_\_

Secundaria\_\_\_ hasta que año \_\_\_\_\_

universitarios\_\_\_\_\_

**4. Estado civil:**

casada\_\_\_\_\_

Unión libre\_\_\_\_\_

Soltera\_\_\_\_\_

Separada\_\_\_\_\_

Viuda\_\_\_\_\_

**5. Zona donde vive:**

Rural\_\_\_\_\_

Urbana\_\_\_\_\_

**6. Estrato de su vivienda:**

1\_\_\_\_\_

2\_\_\_\_\_

3\_\_\_\_\_

**7. Cuantas personas viven en su casa: \_\_\_\_\_**

**8. Cuantas personas ocupan la misma habitación:**

De 1 a 3\_\_\_

Más de 3\_\_\_

**9. Con quien convive:**

Con sus padres\_\_\_

Con su pareja\_\_\_

Con sus padres y su pareja\_\_\_

Con su pareja y la familia de él\_\_\_

Con su(s) hijo(s), hija(s) \_\_\_

Con otros familiares\_\_\_

Sola\_\_\_

**10. Como considera la convivencia con su pareja:**

Buena\_\_\_

Regular\_\_\_

Mala\_\_\_

**11. Consume alcohol:**

Si\_\_\_ . Desde hace cuando\_\_\_\_\_

Con que frecuencia:

Varias veces en la semana\_\_\_

Una vez a la semana\_\_\_

ocasionalmente\_\_\_

No\_\_\_

**12. Fuma**

Si\_\_\_ . Cuantos cigarrillos al día \_\_\_\_\_

No\_\_\_

**13. Consume algún tipo de droga psicoactiva (cocaína, marihuana, poper, bazuco, etc.):**

Si\_\_\_ . Cual: \_\_\_\_\_

No\_\_\_

**14. Le han diagnosticado alguna enfermedad en su vida:**

Si\_\_\_ .

Cual: \_\_\_\_\_ Hace cuanto: \_\_\_\_\_ .

Se encuentra en tratamiento: si\_\_\_ con que medicamento\_\_\_\_\_

No\_\_\_

**15. Antecedentes Ginecoobstetricia:**

Ha estado embarazada anteriormente:

Si\_\_\_ . Número de embarazos anteriores\_\_\_\_\_

No\_\_\_.

**Ha tenido abortos anteriormente:**

Si\_\_\_ . Cuantos: \_\_\_\_\_

No\_\_\_

**Utiliza algún método anticonceptivo:**

Si\_\_\_ . Cual: \_\_\_\_\_

No\_\_\_

**16. Conoce sobre la planificación familiar o métodos anticonceptivos:**

Si\_\_\_ . Cuale(s): \_\_\_\_\_

No\_\_\_

**17. Usted sabía que estaba en embarazo actualmente:**

Si\_\_\_ . – cuantos meses cree que tenía: \_\_\_\_\_

No\_\_\_

**18. Su embarazo fue deseado o planeado:**

Si\_\_\_

No\_\_\_

**19. Qué opina sobre el aborto provocado:**

Está de acuerdo\_\_\_

Está en desacuerdo\_\_\_

Solo está de acuerdo cuando se trata las tres condiciones impuestas por el gobierno:

Malformaciones fetales, riesgo de muerte de la madre, violación. \_\_\_

Esta totalmente en desacuerdo\_\_\_

Tiene otra opinión \_\_\_ cual \_\_\_\_\_

**20. Porque razón cree que una mujer se ve obligada a abortar:**

Porque no deseaba quedar en embarazo\_\_\_

Porque no tiene suficientes recursos económicos\_\_\_

Por problemas con el padre del hijo que está esperando\_\_\_

Porque es muy joven para ser mamá\_\_\_

Por problemas que se generan con sus padres al enterarse que estaba en embarazo\_\_\_

Por su ocupación \_\_\_

Otra razón: \_\_\_ cual \_\_\_\_\_

**21. Cree que al abortar se solucionan los anteriores problemas:**

Si\_\_\_

No\_\_\_

Porque \_\_\_\_\_

**22. Usted cree que el aborto es una decisión que la toma:**

Únicamente la madre del bebé que espera\_\_\_

Únicamente el padre del bebé\_\_\_

El padre y la madre del bebé\_\_\_

Los padres de la embarazada\_\_\_

Otros: \_\_\_

**23. Conoce sobre alguna(s) manera(s) para abortar:**

Si\_\_\_. Cual(es) \_\_\_\_\_

No\_\_\_

**24. Usted cree que una mujer después de abortar se arrepiente**

Si\_\_\_

No\_\_\_

## ANEXO 2. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y con D.I. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en uso de mis facultades físicas y mentales acepto que fui informado sobre la colaboración voluntaria de la encuesta, con el propósito de contribuir en la participación del proyecto de investigación titulado.

**“FRECUENCIA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS ABORTOS EN MUJERES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO DE SAN JUAN DE PASTO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2010 Y FEBRERO 2011”**, con el fin de cooperar en la investigación del mismo.

He sido también informado por los estudiantes de medicina de la Fundación Universitaria San Martín de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberán estar sometidos y con las garantías de la ley 15 del 13 de diciembre de 1999 y he aprendido adecuadamente la información que me han dado.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a que la información suministrada en esta encuesta será confidencial y que será utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto de investigación que realizan los estudiantes.

Firma de quien realiza el proyecto: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Revoco el consentimiento informado presentado en la fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 2010 y no deseo llenar la encuesta

Firma de quien realiza el proyecto \_\_\_\_\_  
CC \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_  
CC \_\_\_\_\_

### ANEXO No. 3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido la paciente. Se registrara en años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Encuesta
<b>Ocupación</b>	Acción o función que desempeña la paciente diariamente, sea o no asalariado. Se registrara como sin ocupación, trabaja, estudia, ama de casa.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Estudios</b>	Conocimientos adquiridos anteriormente, son evaluados según el grado de primaria, secundaria, estudios universitarios o ninguno	Cualitativa	ordinal	Encuesta
<b>Estado civil</b>	Situación actual de la paciente relacionada con la convivencia con la pareja. Se establece como soltera, unión libre, casada, divorciada o viuda.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta
<b>Zona de residencia</b>	Lugar donde habita la paciente actualmente, registrada como rural, si reside en el campo, o urbana si reside en la ciudad	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Estrato socio-económico</b>	Nivel en números en donde se ubica la residencia de la paciente, se establece como estrato 1, 2 y 3 , es decir, bajo- bajo, bajo y medio bajo respectivamente	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
<b>Convivencia</b>	Se refiere a las relaciones interpersonales con quien vive, en la misma residencia de la paciente, se registra como buena, regular o deficiente.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Consumo de alcohol</b>	Ingesta de cualquier tipo de bebida alcohólica durante el embarazo, con o sin conoci-	Cualitativa	Nominal	Encuesta

	miento del mismo. Indicando el inicio de consumo y la frecuencia e intensidad del mismo	Cuantitativa	Razón	
<b>Consumo de tabaco</b>	Habito de fumar, durante el embarazo, con o sin conocimiento del mismo. Indicando el inicio del habito y la frecuencia e intensidad del mismo	Cualitativa	Nominal	Encuesta
		Cuantitativa	Razón	
<b>Consumo de drogas psicoactivas</b>	Consumo de cualquier tipo de droga psicoactiva durante el embarazo, con o sin conocimiento del mismo. Indicando el inicio del habito y la frecuencia e intensidad del mismo	Cualitativa	Nominal	Encuesta
		Cuantitativa	Razón	
<b>Enfermedad asociada</b>	Estado patológico de la paciente, diagnosticado antes o durante el embarazo, con o sin conocimiento del mismo. Se registrara con una afirmación o una negación	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Tratamiento de la enfermedad asociada</b>	Terapia farmacológica o de otro tipo, recibida por la paciente para el tratamiento de su enfermedad y que se administra estando la paciente en embarazo, con o sin conocimiento del mismo. Se registrara como una respuesta afirmativa o negativa	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Antecedente de Embarazo(s)</b>	Gestas anteriores de la paciente, y número de las mismas.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
		Cuantitativa	Razón	
<b>Antecedente de aborto(s)</b>	Abortos anteriores, se registra como una respuesta afirmativa o negativa, y el número de los mismos.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
		Cuantitativa	Razón	
<b>Planificación familiar</b>	Conocimiento sobre prácticas utilizadas por una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción y el número de hijos, y el momento para tenerlos. Se registrara como una respuesta afirmativa o negativa por par-	Cualitativa	Nominal	Encuesta

	te de la paciente			
<b>Métodos anti-conceptivos</b>	Cualquier método que reduzca o evite las posibilidades de embarazo, y que es utilizado actualmente por la paciente. Se registrara con una respuesta afirmativa o negativa por parte de la paciente y el tipo de método anticonceptivo utilizado por la misma.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Conocimiento del estado de embarazo</b>	Conocimiento por parte de la paciente de su estado de embarazo, antes del aborto. Se registrara como una respuesta afirmativa o negativa por parte de la paciente, si la respuesta es afirmativa, se establecerá el mes que cree que cursaba en el momento del aborto.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Embarazo no deseado o no planeado</b>	Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa de la paciente. Se registrara como una respuesta afirmativa o negativa por parte de la paciente.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Opinión sobre el aborto provocado</b>	Interrupción voluntaria del embarazo, por parte de la paciente, antes de que este sea viable fuera del útero. Se determinara con una pregunta cerrada de opción múltiple, con única respuesta	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Razones para abortar</b>	Capacidad de la paciente para dar un juicio propio sobre el aborto. Se registrara como una pregunta cerrada de opción múltiple, con única respuesta.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
<b>Métodos abortivos</b>	Conocimiento de cualquier sustancia o manera que sea capaz de causar interrupción del embarazo. Se establecerá como una respuesta afirmativa o negativa por parte de la paciente, si es afirmativa se registrara cuale(s) conoce.	Cualitativa	Nominal	Encuesta

## ANEXO 4. ARTÍCULO CIENTÍFICO

### FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO EN LA CIUDAD DE PASTO EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2010 A FEBRERO 2011.

Guancha Caicedo Jorge Wilson, Rodríguez Herrera Ingrid Julieth, Cabrera Burbano Eliana, Cabrera  
Cisneros  
juliana  
Médicos generales, Fundación Universitaria san Martín Sede Pasto.

#### RESUMEN

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública relevante a nivel mundial, no sólo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza, sino también por constituirse en elevado riesgo para su salud física y psicológica; Las mujeres llegaron a ser madres y manifiestan que su embarazo fue no deseado, esta situación va de la mano con un inicio precoz de las relaciones sexuales además de la pobre información sobre salud sexual y planificación familiar, problema que es de mayor envergadura en poblaciones de menor nivel socioeconómico. En nuestra región el aborto es un problema de salud pública al igual que en el mundo.

En Nariño no hay una investigación que diga cuáles son los factores asociados al aborto por esta razón el objetivo de nuestra investigación es identificar cuáles son esos factores relacionados con el aborto. El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte trans

versal en donde se encuestó a 63 pacientes que llegaron a la Fundación Hospital San Pedro diagnosticadas con aborto en curso. En el presente estudio se determinó que a medida que aumenta el nivel educativo aumenta el conocimiento sobre métodos abortivos, es así como del 100% de las pacientes encuestadas el nivel educativo universitarios el 71.4% conoce métodos para abortar, mientras que en un 64.7% de nivel educativo primaria no conocen sobre los mismos. Además se pudo determinar que de acuerdo a la edad que del 100% de las pacientes menores de 19 años el 40% está de acuerdo con el aborto, mientras que las pacientes mayores de 19 años el 66.7% están en desacuerdo, y solo el 37.9% están de acuerdo con la normatividad establecida por la ley.

**Palabras clave:** Factores asociados al aborto

## SUMMARY

Pregnancy among adolescents is a significant public health problem worldwide, not only to reduce the potential for development of the mother and increase the risk of poverty, but also constitute a high risk for physical and psychological health, estimated that a large percentage of women became mothers and said that their pregnancy was unintended, this situation goes hand in hand with an early onset of sexual relations as well as poor information on sexual health and family planning, problem is most size in populations of lower socioeconomic status. In our region, abortion is a public health problem as in the world. In Nariño, there is no research to say which factors are associated with abortion for this reason the aim of our research is to identify those factors related to abortion. This study is an observational, cross sectional transverse which surveyed 63 patients who arrived at San Pedro Hospital Foundation diagnosed with abortion in progress. In the present study we determined that with increasing educational level increases knowledge of abortion methods is how 100% of the patients surveyed university educational level 71.4% knew the methods of abortion, while a 64.7% primary education level do not know about them. In addition it was determined that according to the age of 100% of patients younger than 19 years, 40% agree with abortion, while those over 19 years, 66.7% disa-

gree, and only 37.9 % agree with the standards established by law.

**Keywords:** Factors associated with abortion

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el embarazo y la maternidad en adolescentes son hechos frecuentes, generados por diferentes factores como la condición socioeconómica, el nivel de educación, la edad, desconocimiento de los métodos de planificación, inasistencia al control prenatal a tiempo, patologías asociadas en el embarazo, estado civil, consumo de sustancias psicoactivas, o medidas como recurrir a sitios clandestinos que desencadenan un aborto. En diversas ocasiones, esto trae consigo afecciones a la salud integral no solamente de la adolescente implicada, sino de la esfera social que le rodea, ya que se considera una experiencia difícil que en un gran porcentaje no culmina satisfactoriamente.

“Cada año en todo el mundo se interrumpen entre 36 y 53 millones de embarazos no deseados mediante procedimientos de aborto inducido. No es posible precisar el número exacto, dado que la información sobre el aborto inducido no siempre es completa y, por ende, las estadísticas resultan poco confiables. Además, no existe un método aceptable para calcular el número de abortos inseguros. Se calcula que entre el 30 y el 50% de las mujeres se somete

a un aborto inducido al menos una vez en su vida (Van Look 1993)<sup>30</sup>.

Las muertes consecuencia de un aborto inseguro se asocian con la infección, la hemorragia, las lesiones uterinas y los efectos tóxicos de los agentes administrados por vía oral o inyectada en el útero para inducir el aborto.

## METODOLOGÍA

Este estudio es de tipo observacional, Descriptivo, de corte transversal.

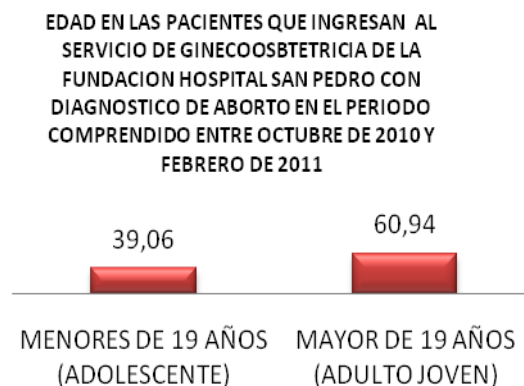
La población total del estudio fue de 109 pacientes, con una muestra de 63, el tipo de muestra fue un muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia población, con un error estimado: 8 % Nivel de confianza: 95% A las pacientes que aceptaron participar en la investigación se les hizo firmar un consentimiento informado y aquellas que no podían firmar lo que se realizó fue colocar la impresión de la huella dactilar del índice derecho.

Cabe resaltar que se les explicó que la información sería únicamente para fines estadísticos.

## RESULTADOS.

### Resultado Univariado

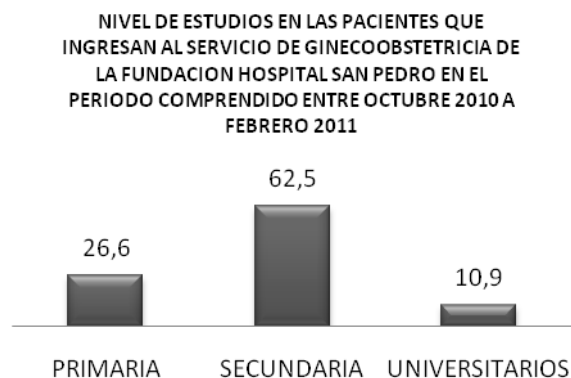
#### Grafica 1



**Fuente:** presente investigación

Del 100% de las pacientes encuestadas sujeta al estudio se encontró que el 60.94 corresponden a las mayores de 19 años es decir que la mayoría de las pacientes encontradas en el estudio son pacientes adulto joven.

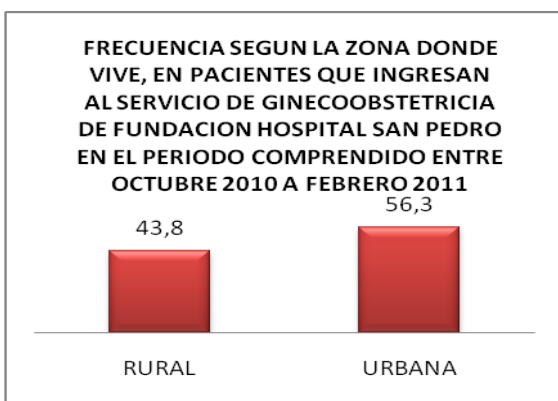
#### Grafica 2



**Fuente:** presente investigación

Del 100% de las pacientes encuestadas con respecto al nivel educativo se encontró que las pacientes de nivel secundaria son las más frecuentes con un porcentaje de 62.5% y las que tienen un nivel educativo menor son las universitarias con un porcentaje de 10.9%

**Grafica 3**



**Fuente:** presente investigación

Del 100% de las pacientes encuestadas se pudo determinar que la mayoría pertenecen a la zona urbana con un porcentaje de 56.3% mientras que las de menor porcentaje fue de 43.8%

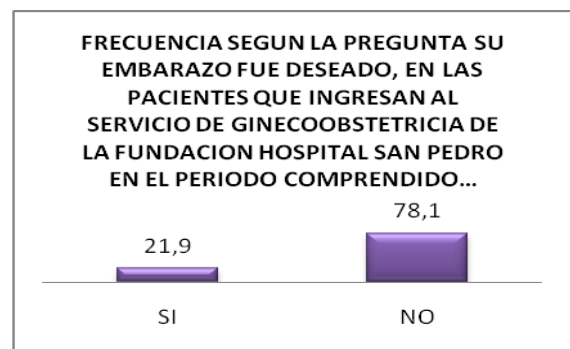
**Grafica 4**



**Fuente:** presente investigación

En cuanto al consumo de alcohol en las pacientes que ingresan al servicio de ginecoobstetricia de la Fundación hospital San Pedro se encontró que 68.8% no consumen alcohol y 31.3% si lo hacen

**Grafica 5**

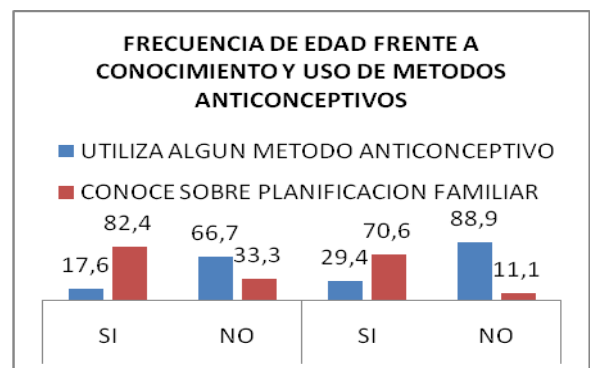


**Fuente:** presente investigación

Del 100% de las pacientes encuestadas se logro determinar que 78.1% de ellas su embarazo fue un embarazo no deseado mientras que solo un 21.9% tuvieron un embarazo deseado.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS BIVARIDO

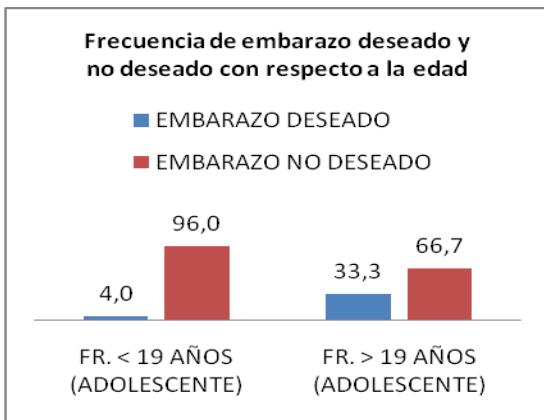
**Grafico 6**



**Fuente:** presente investigación

Del 100% de las pacientes encuestadas menores de 19 años el 82.4% conoce sobre planificación familiar sin embargo el 66.7% de este mismo grupo poblacional no utiliza métodos anticonceptivos; Del 100% de las pacientes encuestadas mayores de 19 años el 70.6% conoce sobre planificación familiar no obstante el 88.9% no utiliza ningún método de planificación familiar.

**Grafica 7**

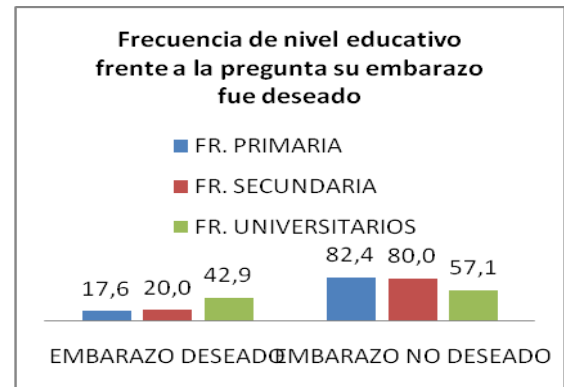


**Fuente:** presente investigación

Del 100% de las pacientes menores de 19 años el 45.3% el embarazo no fue deseado y el 63.6% de este mismo grupo de pacientes conocen algún método para abortar, sin embargo la mayoría de ellas es decir el 34% cree que abortar no es una solución a los problemas; A diferencia del grupo anterior las pacientes mayores de 19 años la mayoría de ellas su embarazo fue deseado en un 40.6%, sin embargo la mayoría de ellas conoce algún método para abortar con un porcentaje de 37.5% y en un

37,6% no consideran que el aborto sea una solución a los problemas.

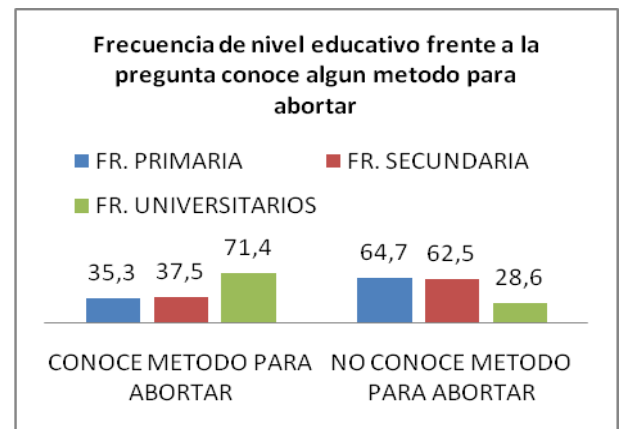
**Grafica 8**



**Fuente:** presente investigación

A medida que aumenta el nivel educativo de las pacientes, disminuye la frecuencia de embarazos no deseados, de la siguiente manera: primaria 82.4%, secundaria 80% y universitarios 57.1%. Por lo tanto, únicamente las que cursan con nivel educativo universitario tienen mayor frecuencia embarazo deseado con un 42.9%

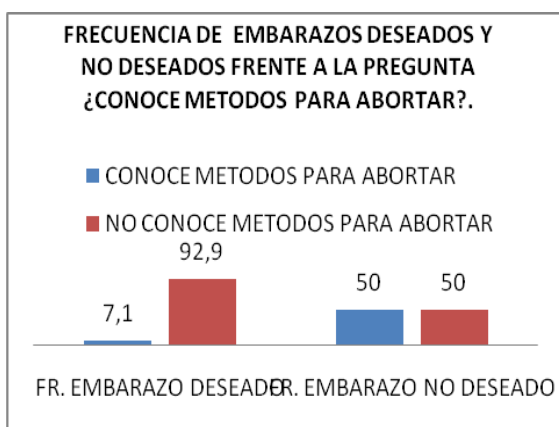
**Grafica 9**



**Fuente:** presente investigación

A medida que aumenta el nivel educativo aumenta el conocimiento sobre métodos abortivos, es así como del 100% de las pacientes encuestadas el nivel educativo universitarias el 71.4% conoce métodos para abortar, mientras que en un 64.7% de nivel educativo primaria no conocen sobre los mismos

### Grafica 10



**Fuente:** presente investigación

Del 100% de las pacientes que su embarazo fue deseado, el 92.9% no conocen métodos abortivos, mientras que del 100% de las pacientes que su embarazo no fue deseado el 50% conoce sobre métodos abortivos y el otro 50% restante no conoce.

### DISCUSIÓN

En la presente investigación se identifico que las pacientes encuestadas están dentro de un rango de edades de 14 años a 41 años, este resultado es similar al encontrado a nivel de América latina, donde según la OMS del 100% de las pacientes que abortan aproximada-

mente el 70% corresponden a mujeres de 15 a 40 años, y es apenas lógico teniendo en cuenta que estas pacientes se encuentran en edad reproductiva.

Además la mayoría de estas pacientes, en esta investigación son mayores de 19 años, este resultado se relaciona con un estudio realizado en los Estados Unidos donde la tasa de aborto aumenta a medida que se incrementa la edad materna, de la siguiente manera: menores de 35 años de edad: 15%; 35-39 años: 20-25%; 40 a 42 años 35% y mayores de 42 años de edad, una incidencia alrededor del 50% de aborto.

Además existe otro estudio muy significativo que se hizo en la Habana Cuba, donde se quería comprobar cuales eran los factores más cercanos al aborto, determinando que la mayoría de las mujeres que terminan el embarazo en aborto tienen abortos previos, son menores de 19 años, su nivel educativo es bajo, son fumadoras y alcohólicas y no abandonar estos hábitos al saber que está embarazada y ser soltera. A diferencia de esta investigación en el presente estudio se encontró con referencia a los anteriores factores asociados al aborto que la mayoría de las pacientes, es decir un 64.1% no han tenido abortos previos, un 60.9% son mayores de 19 años, el nivel educativo con mayor

Frecuencia de abortos fue secundaria con un 62.5%, además la mayoría de las pacientes no fuman ni consumen

alcohol, y su estado civil es unión libre con un 43.8%

En estudios anteriores como el de la habana cuba se identifico que la incidencia de aborto inducido es inversamente proporcional a la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Es así como en la antigua Unión Soviética, por ejemplo, muestran que cuando la anticoncepción está ampliamente disponible, tanto la incidencia de embarazos no planificados como la de abortos se reducen en forma drástica. En el mundo en desarrollo, más de 200 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos, inclusive de anticoncepción de emergencia. Subyace a lo anterior, una relación contradictoria entre deseo de embarazo y práctica de anticoncepción, es decir, las mujeres no deseaban embarazarse y, sin embargo, no planificaban, estos hallazgos encontrados a nivel mundial son similares a los encontrados en el presente estudio, es así como la mayoría de las pacientes conocen sobre planificación familiar, tanto las menores como las mayores de 19 años, con un porcentaje de 82.4 y 88.9% respectivamente, pero solo el 17.6% y el 29,4% de las pacientes menores y mayores de 19 años respectivamente los utilizan. Es decir que un alto porcentaje de las pacientes reportaron que no estaban planificando en el momento de su embarazo, pero tampoco deseaban embarazarse.

Dentro del contexto nacional se encontró, según la secretaria de salud de Bogotá que existe un gran descenso en la tasa global de fecundidad en el país, sin embargo, del total de embarazos en Colombia, la mayoría termina en aborto y en nacimientos no deseados, tanto así que en los últimos años, las cifras de embarazos no planeados vienen en aumento ya que se paso de un 50% en 1998 al 66% en el año 2008. Estos hallazgos son similares a los encontrados en el presente estudio, es decir, la mayoría de las pacientes que corresponde a un 78.1% % que ingresaron con aborto en curso a la Fundación Hospital San Pedro, el embarazo con el que cursaban no era deseado.

## CONCLUSIONES

- Los factores asociados al aborto encontrados fueron.
- Abortos previos con una frecuencia de 35.9% que corresponde a 23 pacientes.
- Las pacientes conocen sobre planificación familiar con un porcentaje de 78.1% es decir, 50 mujeres pero existe una falta de uso de los mismos con un porcentaje de 28.1%.
- Ser mayores de 19 años con un porcentaje de 60.9%, ama de casa con una frecuencia de 35.9%, estado civil: unión libre con un

43.8%, zona urbana con una frecuencia de 56.3%.

- Dentro de los factores psicosociales más frecuentes están: la convivencia con la pareja y la familia de él con un porcentaje de 25.9%.
- Consumo de alcohol 31.3% y el hábito de fumar con el 15.6%.
- Se determinó que del total de las pacientes encuestadas el 78.1% respondieron que su embarazo no fue deseado, mientras que en el 21.9% del las pacientes fue planeado.
- Se determinó que a medida que aumenta el nivel educativo aumenta el conocimiento sobre métodos abortivos, es así como del 100% de las pacientes encuestadas el nivel educativo universitarios el 71.4% conoce métodos para abortar, mientras que en un 64.7% de nivel educativo primaria no conocen sobre los mismos. Además se determinó de acuerdo a la edad que del 100% de las pacientes menores de 19 años el 40% está de acuerdo con el aborto, mientras que las pacientes mayores de 19 años el 66.7% están en desacuerdo, y solo el 37.9% están de acuerdo con la normatividad establecida por la ley.

- Se identificó que la razón más frecuente para que una mujer se vea obligada a abortar es porque el embarazo no fue deseado con un porcentaje de 37.5%, seguida de 25.0% por problemas económicos, el 15.6% por problemas con la pareja y con los padres, y tan solo el 6.3 % porque es muy joven para ser mamá.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Copeland, L.J., Jarrell, J.F., McGregor, J.A., "Ginecología", Ed. Médica Panamericana, 1<sup>o</sup> edición en español (1<sup>o</sup> reimpresión) 1996 (pag. 200)
2. Organización Mundial de la Salud. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud: aborto sin riesgos 2005
3. Rev. Cubana Salud Pública 2001;27(1):26-35 Centro de colaboración en Investigaciones en Reproducción Humana FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES DEL ABORTO. Lic. Elva Díaz Díaz,1 Dra. Luisa Álvarez Vázquez2 y Dr. Ubaldo Farnot Cardoso
4. Schenker JG, Cain JM. FIGO: Comité for the Ethical Aspects of the Human, Reproduction and Women's health. 2000.
5. Schwartz Ricardo, Obstetricia, 4ta. Edición. Editorial ateneo, 2000

## NETGRAFIA

1. Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre. Base de Datos Cochranede Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews) 2001, Issue 4. No.: CD002900. DOI: 10.1002/14651858.CD002900.
2. World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneve, 2000. En la página web: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/)
3. Trupin Suzanne, Clinical Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Illinois College of Medicine-Champaign. May 27, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/252560-overview>
4. Bankole Akinrinolo, Mollan Marianne, Rosado María, Plata María. International Women's Health Coalition, New York, Enero 2008 en la página web: [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3192&Itemid=275](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3192&Itemid=275)
5. Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. 6ta edición, Editorial El Ateneo En la página web: [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file264\\_4383.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file264_4383.pdf)
6. Puscheck Elizabeth, MD, Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University School of Medicine. Elective abortion, febrero 17, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/266317-overview>
7. Secretaria de Salud de Bogotá. Salud sexual y reproductiva: aborto inducido, un problema de salud pública. 9 Noviembre 2006. En la página web: <H:\articulos de aborto\traducciones\ABORTO INDUCIDO, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.htm>
8. World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneve, 2000. En la página web: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/)
9. Trupin Suzanne, Clinical Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Illinois College of Medicine-Champaign. May 27, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/252560-overview>
10. Bankole Akinrinolo, Mollan Marianne, Rosado María, Plata María. International Women's Health Coalition, New York, Enero 2008 en la página web: [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3192&Itemid=275](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3192&Itemid=275)

tion=com\_content&task=view&id=3192&Itemid=275

11. Puscheck Elizabeth, MD, Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University School of Medicine. Elective abortion, febrero 17, 2010. En la página web: <http://emedicine.medscape.com/article/266317-overview>
12. Calderón Jullym Alzamora Luis. Rev Perú Med Exp Salud Publica: INFLUENCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES SOBRE EL ABORTO PROVOCADO EN ADOLESCENTES, 2006. en la pagina web
13. [www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a03v23n4.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a03v23n4.pdf)
14. Rev. Perú Med Exp Salud Publica 23(4), 2006- Página 247 Influencia de las relaciones familiares sobre el- Aborto provocado en adolescentes - Jully Calderón S1, Luis Alzamora de los Godos U2<http://www.vanguardia.com/historico/53101-numero-de-embarazos-adolescentes-sigue->