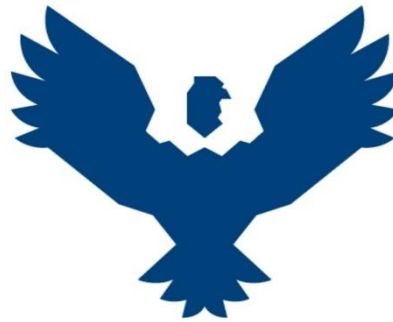




**Universidad Andina del Cusco**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Obstetricia**



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL  
CUSCO EN EL AÑO 2019**

**Presentado por:**

Br. Fernando Urquiza Mena

**Para optar por al Título Profesional de:**

Licenciado en Obstetricia

**Asesora:**

Dra. Obst. Rosario Isabel Soto Bringas

**Cusco – 2021**



## AGRADECIMIENTO

Primeramente, le agradezco a Dios por ser el motor principal en mi vida, por acompañarme y permitirme confiarle mis anhelos con la certeza de que estos se materializarán. Les agradezco a mis padres porque desde muy pequeño me enseñaron el significado de perseverar y luchar por nuestros sueños, a mi hermano porque fue mi primer compañero de vida y quienes me enseñaron desde el momento que nació lo esencial que es un equipo.

Sé muy bien que el amor puede distraer, pero en mi caso me sirvió de impulso para seguir adelante en cada caída por ello le agradezco a mi pareja porque a pesar de todos mis fallos siempre creyó en mí y me hizo confiar en mí mismo.

Le debo este logro a mi amada universidad, la casa que me ha formado a nivel intelectual y humanístico, quien me acogió incluso cuando yo no sabía quién era, quien me formó como un hombre responsable y honesto. Así mismo estoy en deuda con todos los docentes que desde su sentido humano me cultivaron el gusto por aprender, quienes día a día luchan para educar a ciudadanos íntegros y humanos desde cada cátedra que pueden dictar.

Le agradezco especialmente al Dra. Rosario Soto. Quien más allá de ser mi tutora en este proyecto, ha sido como una amiga, que me dio consejos para la vida y motivación para poder concluir con este gran paso. Sin ella este sueño no habría sido posible.

Este logro más que mío es de todos aquellos que lo hicieron posible y jamás me alcanzarán las palabras para agradecerles, por tanto.



## DEDICATORIA

Esta nota de agradecimiento está dirigida a todos los que fueron un apoyo considerable e imprescindible en el transcurso de mi carrera y para el desarrollo posterior de esta tesis. Primeramente, a mis padres, que fueron el apoyo moral y espiritual necesario para continuar cuando las dificultades se presentaron. Agradezco grandemente al equipo de profesores que fueron guías y soporte intelectual en este proceso de investigación, sin ellos esto no hubiese podido ser posible. Gracias por su esfuerzo, paciencia, y consideración.



## **JURADO DE TESIS**

Jurados:

Dra. Obst. Gladis Edith Rojas Salas.

Dra. Obst. Alicia Enriqueta De La Cruz Galarza.

Asesor:

Dra. Obst. Rosario Isabel Soto Bringas



## ÍNDICE

Agradecimiento .....	II
Dedicatoria.....	III
Jurado de tesis.....	IV
Índice .....	V
Índice de Tablas.....	VIII
Resumen .....	IX
Abstract.....	X

### CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del problema .....	2
1.2.1. Problema general .....	2
1.2.2. Problemas específicos.....	2
1.3. Justificación .....	2
1.3.1. Conveniencia .....	2
1.3.2. Relevancia social .....	3
1.3.3. Implicancias prácticas.....	3
1.3.4. Valor teórico .....	3
1.3.5. Utilidad metodológica .....	3
1.4. Objetivos de investigación.....	4
1.4.1. Objetivo general .....	4
1.4.2. Objetivos específicos .....	4
1.5. Delimitación del estudio .....	4
1.5.1. Delimitación espacial .....	4
1.5.2. Delimitación temporal .....	4

### CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	5
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	5
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	9



2.1.3. Antecedentes locales.....	14
2.2. Marco legal .....	15
2.3. Bases teóricas.....	16
2.3.1. Definición de aborto .....	16
2.3.2. Clasificación del aborto según criterio clínico .....	17
2.3.3. Factores fetales o cromosómicos del aborto.....	19
2.3.4. Causas maternas del aborto .....	20
2.3.5. Clases de abortos .....	21
2.3.6. Factores etiopatogenicos.....	25
2.3.7. Otras causas del aborto .....	28
2.3.8. Diagnóstico de un aborto .....	29
2.4. Marco conceptual.....	31
2.5. Hipótesis .....	32
2.5.1. Hipótesis general .....	32
2.5.2. Hipótesis específica .....	32
2.6. Variables e indicadores.....	32
2.6.1. Identificación de variables.....	32
2.6.2. Operacionalización de variables.....	33

### **CAPÍTULO III: MÉTODO**

3.1. Alcance del estudio.....	37
3.2. Diseño de investigación .....	37
3.3. Población .....	37
3.4. Muestra .....	37
3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos .....	38
3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	39
3.7. Plan de análisis de datos .....	39

### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1. Características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional Cusco del año 2019.....	40
4.2. Características Gineco-obstétricas de pacientes con abortos provocados	



atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019.....	44
4.3. Diagnósticos de aborto presentados en el Hospital Regional Cusco del año 2019.....	46

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes.....	48
5.2. Limitaciones del estudio.....	49
5.3. Comparación crítica con la literatura existente.....	49
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	54
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	57
Anexo 2: Instrumento.....	58
Anexo 3: Validación de instrumentos.....	61



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la muestra según la dimensión edad. ....	40
Tabla 2: Distribución de la muestra según la dimensión estado civil. ....	41
Tabla 3: Distribución de la muestra según la dimensión grado de instrucción .....	41
Tabla 4: Distribución de la muestra según la dimensión ocupación .....	42
Tabla 5: Distribución de la muestra según la dimensión zona de procedencia. ....	42
Tabla 6: Distribución de la muestra según la dimensión seguro de salud. ....	43
Tabla 7: Distribución de la muestra según la dimensión edad gestacional. ....	44
Tabla 8: Distribución de la muestra según la dimensión número de gestaciones .....	44
Tabla 9: Distribución de la muestra según la dimensión número de abortos. ....	45
Tabla 10: Distribución de la muestra según la dimensión tuvo controles pre natales..	45
Tabla 11: Distribución de la muestra según la dimensión tipo de aborto.....	46
Tabla 12: Distribución de la muestra según la dimensión estado de aborto.....	47
Tabla 13: Distribución de la muestra según la dimensión estado de complicación. ....	47





## RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo describir las características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019. Para este estudio se utilizó el alcance descriptivo, con un diseño no experimental; la muestra es de tipo probabilístico conformado por 236 mujeres y para la recolección de datos se utilizó como técnica la recopilación documental. Los resultados permiten concluir que: Las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de aborto, permite concluir que el 25,4% de las pacientes que han sufrido aborto son mujeres que se encuentran en edad adulta; generalmente estos abortos se dieron en trabajadoras independientes en un (39,4%). Las pacientes que han sufrido aborto son aquellas que residen en la zona urbana (61,0%) lo cual poseen un seguro que es el Seguro Integral de Salud (SIS) esto resalto porque la delimitación de estudio se encuentra en la zona céntrica del Cusco. Las características Gineco-obstétricas que presentan los pacientes con abortos provocados; son en la edad gestacional las pacientes sufrieron de aborto en el primer trimestre de su embarazo, donde el 38,6% de las pacientes son primerizas y en su mayoría (85,6%) sufrieron al menos un aborto, finalmente se identificó que no se realizaron controles prenatales (82,6%) siendo un riesgo para la salud de la madre y del bebe. Los diferentes diagnósticos de aborto atendidas son el aborto espontáneo es el que más prevalece en las pacientes (81,8%), donde la mayoría indica que el tipo de aborto fue incompleto, sin embargo, no tuvieron complicaciones en un 93,6%. Las características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto se dividieron en tres: sociodemográficas, Gineco-obstetricas y los diferentes diagnósticos de aborto, estas características nos reflejaron los distintos factores o causas por las que se da un aborto y reflejo que existe un porcentaje alto de abortos atendidos en el Hospital Regional Cusco en el año 2019.

Palabras clave: Características epidemiológicas y abortos atendidos.



## ABSTRACT

The objective of this work is to describe the epidemiological characteristics of patients with a diagnosis of abortion treated at the Cusco Regional Hospital in 2019. For this study, the descriptive scope was used, with a non-experimental design; The sample is probabilistic, made up of 236 women, and documentary collection was used as a technique for data collection. The results allow us to conclude that: The sociodemographic characteristics of patients with a diagnosis of abortion allow us to conclude that 25.4% of the patients who have undergone abortion are women who are in adulthood; generally these abortions occurred in independent workers (39.4%). The patients who have suffered an abortion are those who reside in the urban area (61.0%) which have insurance that is the Comprehensive Health Insurance (SIS), this highlighted because the study delimitation is in the central area of Cusco . Gyneco-obstetric characteristics presented by patients with induced abortions; In gestational age, the patients suffered an abortion in the first trimester of their pregnancy, where 38.6% of the patients are first-time and the majority (85.6%) suffered at least one abortion. Prenatal controls were carried out (82.6%) being a risk for the health of the mother and the baby. The different diagnoses of abortion attended to are spontaneous abortion, which is the most prevalent in patients (81.8%), where the majority indicate that the type of abortion was incomplete, however, 93.6% had no complications. The epidemiological characteristics of patients with a diagnosis of abortion were divided into three: sociodemographic, gyneco-obstetric and the different diagnoses of abortion, these characteristics reflected the different factors or causes for which an abortion occurs and a reflection that there is a high percentage of abortions attended at the Cusco Regional Hospital in 2019.

Keywords: Epidemiological characteristics and attended abortions.



## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

El aborto es la interrupción del producto de la gestación antes de las 22 semanas o un producto menor a 500gr, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que se realizan entre 40 y 50 millones de abortos anualmente en todo el mundo, lo que equivale a unos 125,000 por día. (1)

El aborto es una experiencia común en la salud reproductiva. Cada año, a nivel mundial se estiman 22 millones de abortos inseguros, que resultan en 47,000 muertes y 5 millones de lesiones para las mujeres.

En el ámbito latinoamericano, se registra un promedio de 44 por cada mil mujeres en edad reproductiva que se realizan abortos. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos ha contribuido a que estos resultados estadísticos hayan disminuido en las últimas décadas.

Se estima que en Perú se realizan 371,420 abortos clandestinos por año; es decir, más de 1,000 abortos al día. Por otro lado, el 50,9 % de mujeres hospitalizadas por aborto incompleto son menores de 25 años. Asimismo, el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) mediante las encuestas elaboradas en el año 2018 indica que en el Perú un 19% de mujeres entre 18 a 49 años se practicaron un aborto.



La problemática del aborto también se observa en la ciudad del Cusco, donde encontramos pacientes que acuden a los establecimientos de salud con diagnóstico de aborto no solo espontáneo sino con complicaciones que afectan la salud de la madre, así como su futuro reproductivo.

Ante esta realidad, y tomando en cuenta que el Hospital Regional del Cusco es de nivel III al cual acuden la mayoría de pacientes con diagnóstico de aborto es que se plantea realizar la siguiente investigación que responderá la pregunta.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- a. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019?
- b. ¿Cuáles son las características Gineco-obstétricas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019?
- c. ¿Cuáles son los diferentes diagnósticos de aborto presentados por las pacientes atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019?

## **1.3. Justificación**

### **1.3.1. Conveniencia.**

El presente estudio es conveniente porque nos permitirá recoger información actualizada sobre la problemática del aborto en la ciudad del Cusco, hospital Regional, así como presentar las estadísticas a la comunidad científica y autoridades de la región.



### **1.3.2. Relevancia social.**

Este estudio es relevante, puesto que conocer las características epidemiológicas, permitirá general un perfil epidemiológico de las pacientes diagnosticadas con aborto y pueda permitir a las autoridades de salud, generar políticas de salud, para atacar las causas del problema y consecuentemente disminuir la tasa global de abortos en la Región Cusco.

### **1.3.3. Implicancias prácticas.**

La presente investigación tiene implicancias prácticas ya que al evidenciar las estadísticas sobre aborto y sus características permitirá tomar decisiones para prevenir las complicaciones y muerte materna producto de abortos en condiciones de riesgo.

### **1.3.4. Valor teórico**

Tiene valor teórico porque aporta datos actuales necesarios a ser conocidos para un manejo oportuno y los resultados colaboraran a replantear acciones, ejecución y evaluación, encaminadas a una parte de la salud reproductiva en el organismo público.

### **1.3.5. Utilidad metodológica.**

Tiene utilidad metodológica debido a que la problemática del aborto tiene escasa información estadística por lo que los resultados en la presente investigación se podrán utilizar como base para estudios posteriores, tanto con metodología cuantitativa como cualitativa, de esta manera contribuyen a perfeccionar la disposición de vida de nuestra población. La metodología aplicada al presente estudio permitirá validar, indagar y construir un instrumento de recolección y análisis de datos, para conseguir datos reales y poder describir nuestra variable y buscando así nuevos conocimientos de estudio.



## **1.4. Objetivos de investigación**

### **1.4.1. Objetivo general**

Describir las características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- a. Describir características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional Cusco del año 2019.
- b. Describir las características Gineco-obstétricas de pacientes con abortos provocados atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019.
- c. Indagar los diferentes diagnósticos de aborto presentados en el Hospital Regional Cusco del año 2019.

## **1.5. Delimitación del estudio.**

### **1.5.1. Delimitación espacial**

El presente estudio ha sido realizado en el Hospital Regional del Cusco.

### **1.5.2. Delimitación temporal**

En cuanto a la delimitación temporal, el presente estudio se efectuó en el año 2019.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación.

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Los autores Rivero y Pintado (2017) en su investigación “Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús Durán el periodo de enero y febrero del 2017”, realizada en Guayaquil – Ecuador, tuvieron como objetivo determinar la frecuencia y los factores de riesgo de aborto en mujeres entre 20 y 40 años en el Hospital Mariana de Jesús (2). Los autores realizaron un estudio de tipo científico, observación indirecta, descriptivo, diseño no experimental, retrospectivo, longitudinal y la muestra de estudio fueron pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Mariana de Jesús en el periodo comprendido entre enero a febrero del 2017 (2). Los autores concluyen:

El grupo etario más frecuente fue entre las edades de 20 a 25 años en un 46% con un total de 42 pacientes. Los pacientes que poseen algún antecedente patológico personal representan un 31% que es significativo para que sea un factor de riesgo para el que se produzca un aborto. El tener antecedentes ginecológicos no condiciona de manera notable a la aparición de la producción de un aborto con un 17% de las pacientes que presentaron alguno. La edad gestacional más frecuente fue menos de las 12 semanas con un 79% de las pacientes. El 65% de las pacientes se reportó que la producción del aborto fue en la primera gestación. El 91% de las pacientes no recibieron no tuvieron complicaciones del aborto. (2)



Por su parte García (2016) en su estudio intitulado “Aborto incompleto, factores de riesgo en adolescentes, estudio a realizar en el Hospital Universitario año 2015”, realizada en a ciudad de Guayaquil – Ecuador. Tuvo como propósito determinar los factores de riesgo que conllevan Aborto Incompleto en las pacientes Adolescentes del Hospital Universitario de Guayaquil del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2015 mediante observación indirecta retrospectiva transversal (3). El autor realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo transversal y la población de estudio estuvo conformada por pacientes adolescentes cuya gestación terminó en un aborto incompleto en el Hospital Universitario de Guayaquil. El autor después de obtener los resultados de su estudio concluye:

El presente trabajo de investigación se concluyó de una manera ordenada y tabulada los factores de riesgo de Aborto incompleto, en Adolescentes en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2015 en una muestra calculada de 207 pacientes con dicho diagnóstico. El total de 163 casos clínicos cumplieron los criterios de inclusión, en el Hospital Universitario Guayaquil, de los cuales se llegó a determinar los factores asociados. Del análisis de los resultados se concluye; que el aborto provocado constituyó el factor mayormente predominante al aborto incompleto porque representó el 38,65% de los casos, seguido de causa Espontaneo 35,58%, esfuerzo físico excesivo 9,20%, Infecciones en el embarazo 7.98%, trauma 6.75% y por antecedentes patológicos personales 1.84%. La mayor Frecuencia se presentó en el mes de junio con el 13.50% de los casos. El grupo de edad que presentaron mayor número de casos fueron las adolescentes comprendidas en los 16 años que represento el 28.83% de los casos. La mayoría de la población residía en el área urbana con el 70.55% mientras que el 29,45% de las Adolescentes lo hacía en el área rural. El total de las Adolescentes Atendidas el 52.76% tienen instrucción primaria, mientras que el 47,24% tienen instrucción secundaria. En cuanto a los antecedentes obstétricos; historia de embarazos o gestaciones, 56 pacientes son primigestas (34,36%). La mayoría de pacientes no presentan antecedentes de aborto previos las cuales fueron 62 pacientes (38.04%). (3)





Imues y Mesa (2011) en su estudio “Causas que determinan el aborto en mujeres atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital San Luis de Otavalo en el periodo octubre 2010 a agosto del 2011”, realizado en la ciudad de Ibarra – Ecuador. Tuvieron como objetivo determinar las causas que conduce al aborto en mujeres que acuden al servicio de Gineco – obstetricia del Hospital “San Luis de Otavalo”. El estudio fue de tipo descriptivo – analítico, diseño cualitativo – cuantitativo, la población fueron de 155 pacientes que ingresaron al Hospital “San Luis de Otavalo y las técnicas aplicadas fueron la revisión de historias clínica, revisión de partes diarios y revisión de libro de legrados. Obteniendo la siguiente conclusión:

Luego del estudio efectuado se determinó que las principales causas que provocan abortos en mujeres atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia fueron de tipo social, psicológico, económico, también destacamos los factores maternos, fetales e inmunológicos, de igual forma se considera la edad y los controles prenatales, entre las principales. Después de haber realizado la investigación se estableció que durante nuestro periodo de estudio hubo 155 abortos los cuales oscilan en edades comprendidas entre 19 y 24 años con un 29%, debiendo señalar que este grupo de edad no es tan común para este problema de salud, se tiene presente que el aborto se dirigía en mayor proporción en las adolescentes, lo que no ocurre en el estudio realizado. Se revisaron las 155 historias clínicas, partes diarios y registros de legrados como la realización de un instrumento que permitió la recolección de datos determinando variables específicas para el procesamiento de la información. El manejo de los formularios del Hospital “San Luis de Otavalo” en lo que se refiere al área investigada, es inadecuada porque existen vacíos al momento de llenar los mismos. Se elaboró una guía educativa para prevención de aborto, la misma que fue difundida en el servicio de Gineco - obstetricia y a la vez sirva como respaldo educativo para el personal de salud. Según el formulario de recolección de datos hemos determinado que el 95% de las pacientes que presentaron abortos, no asistieron a los controles prenatales, convirtiéndose en un factor de riesgo potencial para que haya existido complicaciones durante la gestación, donde se evidencia una aparente irresponsabilidad materna. Otra de la variable importante fue el tipo de aborto donde los resultados reflejan el aborto incompleto en un 56%, seguido del



diferido y en curso, estos tipos de abortos se seguirán dando debido a que la población no tiene una cultura en salud, e ignoran que durante el embarazo se pueden presentar diversas complicaciones que aumentan el riesgo de mortalidad materno - fetal. (4)

Por su parte Rosado (2015) en su estudio intitulado “Caracterización epidemiológica clínica del aborto en pacientes ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán, durante enero 2012 a diciembre 2014”, realizada en la ciudad de Guatemala. Tuvo como propósito caracterizar epidemiológica y clínicamente a las pacientes que fueron ingresadas por diagnóstico de aborto, en el servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán durante 01 de enero de 2012 al 31 de diciembre del 2014 (5). El estudio fue tipo descriptivo – retrospectivo, la población de estudio fue constituida por pacientes con diagnóstico clínico de aborto o amenaza de aborto que ingresaron al Hospital de Cobán Alta Verapaz y como instrumento de recolección de datos se utilizó la observación directa de datos. El autor concluye:

El Hospital de Cobán brindó atención para la resolución de aborto espontáneo a un total de 1187 pacientes durante 3 años de 2012 a 2014, principalmente de la cabecera departamental Cobán en un 26.28%, San Pedro Carcha 18.03% y Tactic 10.28%. Las características sociodemográficas y epidemiológicas de las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional de Cobán, fueron las siguientes: 67.48% de pacientes proceden del área rural, 82.98% pertenecían a la étnica indígena, el 49.20% eran mujeres casadas, las edades de las pacientes con diagnóstico de aborto oscilaron entre los 12 y 50 años siendo el grupo con más alto porcentaje el de 21 a 25 años con 24.77%, el 54.17% eran mujeres de religión evangélica, 88.37% de las pacientes refirieron ser amas de casa y el 57.12% analfabetas. Del grupo de pacientes que indicó su inicio de vida sexual el 4.97% refirió la edad de 18 años, el 26.28% de mujeres solo tubo 1 pareja sexual y tan solo el 8.09% de pacientes utilizaba un método de planificación familiar. En relación al conocimiento y atención prenatal se concluye lo siguiente: el 85.34% de las pacientes tenían conocimiento de su embarazo, el 75.06% no especifico o no se le pregunto sobre si iniciaron control prenatal, tan solo el 9.35% de pacientes si refirió haber tenido control prenatal. Las características clínicas gineco-obstétricas de las pacientes ingresadas con diagnóstico



de aborto son las siguientes: el 13.23% indicaron que tuvieron 24 horas de hemorragia vaginal antes de consultar al hospital, el 49.71% de las pacientes era multigesta, el 28.73% primigesta y el 21.57% secundigesta. El 21.57% presentó 1 embarazo anterior como antecedente más frecuente y el 19.71% refirió 1 parto como grupo mayoritario, el 91.66% de pacientes no tenía antecedente de cesárea y el 11.88% indicó que tenían un aborto previo. La resolución del embarazo anterior en el 54.34% de las pacientes fue eutócico simple. De las pacientes incluidas en el estudio se determinó que el 22.33% tenían 1 hijo vivo, el 95.87% no tenían hijos muertos. En cuanto a la presencia de antecedentes patológicos el 71.10% de pacientes no refirieron alguno, el 21.48% refirieron antecedentes médicos, de los cuales la infección del tracto urinario fue la principal con el 14.15%. El 42.71% de las pacientes presento hemorragia vaginal como signo principal, el 72.87% de los diagnósticos se clasifico como aborto incompleto, el 63.77% de las pacientes se les realizó legrado intrauterino como tratamiento, el 95.28% no presentó ninguna complicación y el 45.49% de las pacientes tubo 2 días de estancia hospitalaria para resolver el aborto. (5)

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

En un estudio hecho por Maravi (2020) intitulado “Aborto espontáneo y factores asociados en mujeres a partir de los 35 años de edad atendidas en el centro médico naval Cirujano Mayor Santiago Távora durante el año 2018”, realizado en la ciudad de Lima – Perú. Tuvo como propósito determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a abortos espontáneos en mujeres a partir de los 35 años de edad atendidas en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” durante el año 2018 (6). El estudio fue de tipo observacional, la población estuvo constituida por mujeres a partir de los 35 años edad del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora, la técnica de estudio fue documental y como instrumento la ficha de recolección de datos. Obteniendo la siguiente conclusión:



Los factores que estuvieron asociados al aborto espontáneo en mujeres a partir de los 35 años de edad atendido en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” durante el año 2018 fueron la paridad, la edad, el antecedente de aborto, la cirugía uterina y el IMC. Los factores que no estuvieron asociados al aborto espontáneo en mujeres a partir de los 35 años de edad atendido en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” durante el año 2018 fueron el antecedente de parto pre término, síndrome de ovario poliquístico, anomalías uterinas, infecciones ginecológicas, consumo de alcohol, tabaco y traumatismos. (6)

Por su parte el autor Guerrero (2018) en su investigación “Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital de apoyo Nuestra Señora de Las Mercedes-Paira durante el periodo julio a diciembre 2017”, realizada en la ciudad de Piura – Perú. Tuvo como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes de Paita durante el periodo Julio a diciembre 2017 (7). El autor realizó una investigación de tipo observacional, retrospectiva, transversal, descriptivo, la población de estudio fueron gestantes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes de Paita en el periodo de Julio a diciembre 2017 y la técnica aplicada fue la observación documental de las historias clínicas. Llegando a la siguiente conclusión:

La incidencia encontrada en el presente estudio para el período Julio-diciembre 2017 fue de 18.49% en las pacientes con el diagnóstico de aborto. En cuanto al perfil epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes de Paita fue: edad de 13 a 43 años (promedio de 27.3años), nivel de instrucción predominante fue el de secundaria(56,4%), la mayoría de pacientes tenían nivel socioeconómico bajo(64,3%), la ocupación que más se presentó fue la de ser ama de casa(84,3%), más de la mitad de pacientes procedencia zona Urbano Marginal(60.7%), el mayor porcentaje de las pacientes presentó el estado civil Convivientes(78.6%). Respecto al perfil clínico en cuanto a antecedentes obstétricos



más de 72.1% ha tenido un embarazo anterior; el 32.8% tiene antecedente de abortos previos; el periodo intengénésico predominante en la población en estudio fue de 6 meses a 2 años (25.7%), la edad gestacional más frecuente en que se interrumpió la gestación fue de 3-8 semanas (50%), el tipo de aborto según intencionalidad encontrado en la población de estudio fue del tipo espontaneo (99.3%) y además se encontró que el antecedente que más relaciona con el riesgo de sufrir aborto es la cirugía pélvico-uterina (16.4%). Respecto a la sintomatología la asociación de dolor hipogastrio y sangrado presento mayor porcentaje (51.4%), cerca del 57,9% de las pacientes presento algún grado de anemia (menor a 11g/dl) al momento del ingreso. El aborto incompleto es el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia con un (85.7%). El tratamiento utilizado en la totalidad fue el quirúrgico y la técnica quirúrgica más utilizada fue principalmente legrado uterino y la mitad presento alguna complicación dentro de las cuales la anemia ocupa el primer lugar (47.1%). La condición al alta de las pacientes post aborto casi en su totalidad fue dada de alta en condición de recuperada (99.3%). (7)

La autora Roncal (2018) en su estudio intitulado “Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto, Hospital Regional Docente de Cajamarca 2016”, realizada en la ciudad de Cajamarca – Perú. Tuvo como propósito determinar y analizar los factores psicosociales que influyen en el aborto incompleto en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016 (8). La autora realizo un estudio de diseño no experimental, tipo descriptivo, analítico, correlacional, de corte transversal, prospectivo, la población de estudio fueron 383 mujeres que acudieron al hospital y se realizaron un diagnóstico de aborto incompleto, el muestreo fue aleatorio, la muestra fue de 82 mujeres y como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta. La autora llego a la siguiente conclusión:

El mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto perteneció al grupo etario de 15-19 años; la mayoría tiene secundaria completa, convivientes y pertenecientes a una familia disfuncional. La mayoría de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto tuvieron un nivel de autoestima baja y un grado de depresión mínima. Hubo un alto porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto.



Se determinó que el grado de instrucción como factor social influye significativamente en el aborto incompleto según  $p = 0,000$  y como factor psicológico el grado de depresión también influye significativamente en el aborto incompleto según  $p = 0,001$ . Con lo que se corrobora la hipótesis de manera parcial. (8)

Sánchez (2017) en su investigación “Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia Gineco-obstetricia del Hospital de apoyo Rezola de Cañete, enero a diciembre 2017”, realizada en la ciudad de Lima – Perú. Tuvo como propósito determinar cuáles son los factores asociados al aborto de las mujeres atendidas en emergencia Gineco–Obstetricia del Hospital de apoyo Rezola de Cañete, enero – diciembre 2017 (9). La investigación fue de diseño no experimental, tipo observacional, cuantitativo, nivel descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, la población de estudio fue de 268 casos de abortos en mujeres de edad reproductiva atendidas en emergencia Gineco-obstetricia del Hospital de apoyo Rezola de Cañete, la muestra de estudio fue de 100 gestantes, la técnica aplicada fue el análisis documental y como instrumento la ficha de recolección de datos. El autor llegó a concluir que:

Las mujeres atendidas en el servicio de emergencia de Gineco obstetricia del Hospital Rezola de Cañete, en el estudio realizado se obtuvo, que de cada 100 mujeres atendidas el 55% son solteras, dedicadas a sus casas un 54% y desempleadas, son las mujeres que presentaron alto porcentaje resaltando antes los otros indicadores, así mismo el aborto incompleto un 40% y sigue siendo el aborto con mayor porcentaje en el Perú. Dentro de los factores personales se puede decir de acuerdo con las mujeres que fueron evaluadas para el estudio, en edades, < 20 años un 13%, 20-24 años 35%, 25-29 años 19%, 30-24 años 15%, 35-39 años 9% y mayores de 40 años un 9%, en el estado civil, casadas 15%, solteras 55%, convivientes 30% y grado de instrucción, analfabetas 1%. Primaria completa 27%, superior completo 15%. Se tiene en los factores sociales que comprende de indicadores, estudiantes un 18%, Ama de casa un 54% y empleados un 28%. Los factores obstétricos comprenden de dos indicadores, así como gesta donde, las Primigesta tienen un 51% y las multigesta un 49%. Dentro de los tipos de aborto se tiene que aborto completo tiene un 8%,



aborto frustrado un 30%, aborto espontáneo un 12%, aborto séptico un 10% y aborto incompleto un 40% siendo el aborto con mayores incidencias en la población femenina en edad fértil. (9)

En una investigación hecha por Miranda (2018) intitulada “Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con aborto en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre del 2015”, realizada en Iquitos – Perú quien tuvo como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas en las pacientes hospitalizadas por aborto en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto del 2015 (10). La investigación fue de tipo cuantitativo, básico, diseño descriptivo, transversal, retrospectivo, la población de estudio fue de 500 pacientes con diagnóstico de aborto hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”, el tipo de muestreo fue por conveniencia, la técnica aplicada fue el análisis documental y como instrumento fue la ficha de recolección de datos. Obteniendo la siguiente conclusión:

La edad promedio de las pacientes hospitalizadas por aborto fue de 27.12 años, siendo el grupo etario más frecuente aquellas de 26 a 30 años (23.2%), y el de menos frecuencia las menores o igual de 15 años con el 3.0%. La procedencia urbana representó el mayor porcentaje (55.8%) en las pacientes con aborto, siendo aquellas de procedencia rural las de menor porcentaje (13.4%). El estado civil de mayor frecuencia en las pacientes con aborto fueron las convivientes (72.4%), y las casadas las de menor frecuencia (6.6%). El grado de instrucción secundario (incompleto y completo) representó el grupo con mayor porcentaje (63.6%) y las analfabetas el de menor (0.8%). La edad gestacional de las pacientes hospitalizadas por aborto fue de 10.24 semanas en promedio, representando un mayor porcentaje aquellas de 8 a 12 semanas (53.2%), siendo la minoría entre las 18 a 22 semanas (6%). El número de gestaciones anteriores en las pacientes hospitalizadas por aborto fue promedio de 4, con mayor porcentaje aquellas de cuatro a más gestaciones (25.2%) y el menor porcentaje aquellas de tres gestaciones (15.8%). La paridad de las pacientes hospitalizadas por aborto fue promedio de 4, representando un mayor porcentaje las multíparas (25.0%) y la minoría las gran multíparas (4.0%). Las manifestaciones



clínicas más frecuentes encontradas de las hospitalizadas por aborto fueron el sangrado vaginal (99.2%), el dolor pélvico (90.8%), y los cambios cervicales (68.0%). Los tipos de abortos encontrados en el estudio fueron abortos incompletos (72.2%), abortos frustrados (20.6%) y abortos en curso (7.2%). El tipo de tratamiento realizado en las pacientes por aborto fueron AMEU (67.0%), Legrado Uterino (25.6%) y AMEU + Legrado Uterino (7.4%). Sobre las características sociodemográficas en los tipos de aborto, existe evidencia estadísticamente significativa con la edad, habiendo relación entre variables tipo de aborto y edad de las pacientes en estudio, y además relación altamente significativa entre variables tipo de aborto y grado de instrucción secundaria completa e incompleta ( $p$  valor  $< 0,05$ ). Pero no hubo relación significativa entre variables procedencia y tipo de aborto, tampoco entre variables estado civil y tipo de aborto ( $p$  valor  $> 0,05$ ). Respecto a la edad se obtuvo que desde 16 a 30 años fue el mayor porcentaje en relación a los tipos de abortos. Las características gineco-obstétricas en los tipos de abortos mostraron evidencia estadística significativa respecto a la edad gestacional, habiendo relación entre tipo de aborto y edad gestacional menor o igual de 12 semanas en las pacientes del estudio ( $p$  valor  $< 0,05$ ). Pero no se obtuvo relación significativa entre gestaciones anteriores y tipo de aborto, ni entre paridad y tipo de aborto ( $p$  valor  $> 0,05$ ). (10)

### **2.1.3. Antecedentes locales.**

El autor Valderrama (2013) en su investigación “Incidencia, características epidemiológicas y manejo del aborto, Hospital Antonio Lorena del Cusco: julio a diciembre de 2012”, realizada en la ciudad del Cusco – Perú. Tuvo como objetivo determinar cuál es la incidencia, características epidemiológicas y el procedimiento más empleado para el manejo del aborto en el servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, periodo Julio- diciembre de 2012 (11). El estudio realizado por el autor fue de diseño no experimental, prospectivo, descriptivo, transversal, la población de estudio fueron 316 pacientes con el diagnóstico de aborto al servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena del Cusco y como técnica de estudio se utilizó la ficha de recolección de datos. El autor concluye:





La incidencia encontrada en el presente estudio para el periodo Julio- diciembre 2012 fue de 316 pacientes con el diagnóstico de. Aborto. La mayoría de las pacientes con diagnóstico de aborto ingresaron por el servicio de emergencia. En cuanto a las características epidemiológicas: La edad promedio a la que se presentó el mayor número de abortos fue de 28.35 años; la mayoría de pacientes eran procedentes del área urbana; la mayoría de pacientes tuvieron la condición de ser convivientes; la ocupación que más se presentó fue la de ser amas de casa; el mayor porcentaje de las pacientes pertenecían a la religión católica; la mayor cantidad de pacientes con diagnóstico de aborto fueron bilingües (quechua y castellano); el grado de instrucción predominante fue el de secundaria completa; más de la mitad de las pacientes desconocían que estaban embarazadas y casi la mitad de las pacientes no tenían conocimiento del aborto. En cuanto a los antecedentes Gineco-obstétricos: La edad gestacional promedio a la que se presentó el aborto de 10,12 semanas; fueron primigesta el 25.7%; un considerable 20.6% habían presentado abortos previos; más de la mitad de las pacientes no utilizaron ningún método anticonceptivo y de las usuarias fue el inyectable el método de elección. El aborto incompleto es el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia. En sólo el 25% de las pacientes se realizó el Aspirado Manual Endouterino. Más de la mitad de las pacientes no presentaron anemia al momento del ingreso. (11)

## 2.2. Marco legal

Los abortos pasan por algunas normas, protocolos y guías que da el Ministerio de Salud Peruano estas son algunas:

- a. **Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad. Resolución Ministerial N.º 6952006/MINSA.** – “En dicha guía se describe la definición, clasificación, etiología, factores de riesgo, diagnóstico, manejo según nivel de complejidad y capacidad



resolutiva, complicaciones y criterios de referencia del aborto, que recomienda o direcciona el Ministerio de Salud”. (12)

- b. **Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal. Resolución Ministerial N.º 486-2014/MINSA.** – “Estandarizar los procedimientos para la atención integral de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante”. (13)
- c. **Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud – Segunda Edición 2012. (OMS).** – “Trata de últimos cálculos de las tasas de aborto inseguro y la justificación de salud pública y derechos humanos para tratar con urgencia el problema de aborto inseguro; las recomendaciones clínicas para brindar atención antes, durante y después del aborto”. (14)

## 2.3. Bases teóricas

### 2.3.1. Definición de Aborto

Es la terminación espontánea o inducida de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, con un peso menor de 500 gramos y no viable”. Y se encuentra de manera innegable ligado a otros aspectos epidemiológicos, sociales, éticos y culturales. (14)

El aborto puede ser inducido de muchas maneras, y la elección depende del tiempo de gestación o desarrollo del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto socioeconómico en el que se tome la decisión y se realice el acto, especialmente el



acceso a los servicios médicos, y de los límites puestos por la legislación, entre otros factores. (4)

Es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal así mismo el aborto tiene gran importancia médica, legal y social. La viabilidad nace entre la línea que separa al aborto del parto pretérmino. Por lo general, se va a definir por el peso y las semanas de gestación. (10)

### 2.3.2. Clasificación del aborto según criterio clínico

Según el autor García (2016) existen diferentes clasificaciones del aborto según el criterio clínico y son:

#### Según la edad gestacional

- **Aborto bioquímico.** - “Es la interrupción de la gestación después de la nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional.” (3)
- **Aborto clínico.** - “Aquel que ocurre luego de haber identificado el saco gestacional. Puede ser: temprano antes de las 12 semanas y tardío de 12 a 20 semanas.” (15)

#### Según el origen

- **Espontáneo:** “Se produce de manera natural, involuntaria y sin intervención alguna de la madre ni de terceros. Está asociado a factores: genéticos, endócrinos, inmunológicos, infecciosos, traumáticos, de anomalías del tracto genital, idiopáticas.” (16)
- **Inducido:** “La interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el concepto (el producto de la concepción) sea viable de manera independiente.” (3)



### Según la evolución

- **Amenaza de aborto:** “Cuando presenta sangrado y dolor pélvico, pero ausencia de dilatación del cuello uterino cuyo pronóstico es favorable. Aborto inevitable o inminente: cuando ya existe dilatación del cuello uterino y se palpan las membranas fetales a través de él.”
- **Aborto en curso:** “Cuando se palpan o protruyen membranas o partes fetales a través del orificio cervical.”
- **Aborto diferido:** “Cuando se retiene el embrión o saco gestacional dentro del útero después de perder vitalidad.”
- **Aborto séptico:** “Cuando termina en un proceso infeccioso sea de grado I, II y III de acuerdo a la extensión de la infección.” (3)

### Según la terminación

- **Aborto completo:** “Cuando se ha expulsado la totalidad del producto y sus anexos.”
- **Aborto incompleto:** “Cuando se ha expulsado solo una parte del contenido embrionario, pero permanecen restos en cavidad que provocan sangrado continuo.” (3)

### Según las consecuencias

- **Aborto no complicado:** “Cuando no ha habido secuela directa para la madre o su futuro obstétrico.”
- **Aborto complicado:** “Cuando como resultado de la pérdida, quedan secuelas reparables o irreparables para la madre y su futuro obstétrico.” (3)

### Según su ocurrencia

- **Aborto habitual o frecuente:** “Cuando se han producido 3 o más abortos consecutivos.” (3)



### Según las condiciones en las que se suspende

“Dentro de la categoría de un aborto inducido, se toman en cuenta aspectos como la capacidad profesional que lo atiende, el lugar de ocurrencia y las condiciones higiénicas en las que se realiza el aborto.” (17)

- **Aborto seguro:** “Implica un procedimiento con las mínimas probabilidades de riesgo para la madre.” (3)
- **Aborto inseguro:** “Es 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.” (18)

### 2.3.3. Factores fetales o cromosómicos del aborto

Para el autor Guerrero (2018) existen principales factores fetales o cromosómicos del aborto y estas son:

- Aborto aneuploide:** “Se reporta aproximadamente una cuarta parte de las anomalías cromosómicas; es error en la gametogénesis materna y un 5% de la paterna. Menos de 10% fue error en la fertilización y división cigótica.” (7)
  - **Trisomía autosómica:** “Es la alteración y resultado más frecuente de la translocación aislada de un cromosoma, siendo más común en el 13, 16, 18, 21 y 22. La edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de este defecto.” (7)

“Es la anomalía que más usualmente se observa en los abortos del primer trimestre; en este acápite se incluyen las trisomías 16, 22 y 21.” (16)



- **Monosomía X (45X):** “Anormalidad cromosómica más común compatible con la vida (síndrome de Turner). 70% termina en aborto y 30% llega a término.” (7)

“Se debe a la pérdida de uno de los cromosomas X durante la fertilización, o a la no disyunción durante la meiosis.” (16)

- **Triploidía:** “Asociado con degeneración hidrópica de la placenta. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidía o trisomía del cromosoma 16.” (7)

“El gameto contiene 69 cromosomas, usualmente se encuentra asociada a la degeneración hidrópica de la placenta.” (16)

- **Monosomía autosómica:** “Es extremadamente rara e incompatible con la vida. Polisomía sexual cromosómica 47XXY síndrome Klinefelter y 47XXX variedad super mujer.” (7)

- Aborto euploide:** “Los abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos. La edad materna avanzada aumenta dramáticamente la incidencia de abortos euploides, que pueden ser causados por mutación aislada o factor poligénico, varios factores maternos y posiblemente por algunos paternos.” (7)

#### 2.3.4. Causas maternas del aborto

Para los autores Narváez y Neira (2008) existen diferentes causas maternas del aborto y estas son:

- Anomalías uterinas congénitas.** – “Se debe a la presencia de anomalías en la formación o fusión del conducto mülleriano, aquí se encuentran contemplados los



casos de útero septado. El tratamiento de estas malformaciones a través de técnicas metroplásticas transfúndicas o resección histeroscópica.” (19)

**b. Anomalías uterinas adquiridas:**

- **Uso de dietilestilbestrol.** - “Al utilizar la paciente este fármaco durante el embarazo, se presenta una superficie endometrial más pequeña que las normales, y no existe una terapia eficaz desarrollada.”
- **Sinéquias intrauterinas.** - “Consiste en la presencia de bandas fibrosas entre las paredes del útero como consecuencia de una infección, o de un trauma quirúrgico. Su tratamiento es mediante lisis histeroscópica, y se coloca en la cavidad intrauterina un DIU o un catéter.”
- **Los leiomiomas.** - “Son infrecuentes como causa de aborto, sin embargo, si su localización es a nivel submucoso, se asocian de manera importante con abortos repetidos.”
- **La Incompetencia Cervical.** - “Consiste en la dilatación asintomática del orificio cervical interno, permitiendo así la salida del feto, cerca de la semana 20 de gestación, puede deberse a una dilatación cervical forzada o a un defecto congénito en el tejido cervical.” (19)

**2.3.5. Clases de abortos**

Los autores Imues y Mesa (2011) nos menciona diferentes clases de abortos las cuales son:

- a. Aborto incompleto.** - “Es la expulsión parcial del producto de la concepción, en la que quedaron restos dentro de la cavidad uterina tales como membranas ovulares o restos placentarios, por lo cual amerita su posterior tratamiento con un legrado uterino.” (4)



“Es cuando existe separación del producto de la concepción antes de un nivel de maduración. Este tiempo corresponde a las 22 semanas completas es decir a 154 días completos, o cuando el feto no supera los 500 gramos de peso.” (4).

Puede presentarse espontáneamente o provocado, siendo incompleto si la evacuación es parcial, quedando en el interior del útero restos ovulares y/o membranas. Los síntomas típicos de esta afección, entre otros, sangrado vaginal y cólico en la parte baja del abdomen.

- b. Aborto completo.** - Es cuando existe la exclusión del embrión, la placenta y las membranas, usualmente no se necesita tratamiento, pero conviene realizar un ultrasonido para verificar si restos ovulares permanecen dentro del útero. Se le debe comunicar a la paciente que si aparece fiebre o sangrado vaginal pudiera deberse a retención de restos. En otras palabras, ocurre cuando la mujer da a luz un feto no viable. Durante un aborto espontáneo completo, el cuerpo de la mujer expulsa todo el tejido, y los síntomas incluyen el desalojo de todo el tejido y el cierre del cérvix.
- c. Aborto fallido, diferido o retenido.** - Ocurre cuando el feto muere, pero se retiene en el útero cuatro o más semanas. Después de seis semanas en el útero puede presentarse el síndrome de feto muerto con coagulación intravascular diseminada, hipofibrinogenemia progresiva y posible hemorragia masiva cuando finalmente ocurre el parto. Los abortos fallidos suelen terminar como abortos tardíos, en consecuencias son difíciles de tratar.
- d. Aborto terapéutico.** - Es más común, existen formas para su consecuencia y elección depende del periodo de desarrollo del embrión, de la salud de la madre, del contexto socio-económico en el que se tome la decisión y se realice el acto, y de los límites puestos por la legislación. (4)

Para los autores Imues y Mesa (2011) el aborto terapéutico es justificado por estas razones y son:





“Para salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo o el parto significan un riesgo grave para su vida; para salvar la salud física o mental de la madre, cuando éstas están amenazadas por el embarazo o por el parto y para evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o que le condena a padecimientos o discapacidades muy graves.” (4)

- a. **Aborto séptico.** - Es un aborto espontáneo e inducido que sufre una complicación infecciosa y progresiva, con un cuadro de sepsis con todo su cortejo signo-sintomático y fundamentalmente con las alteraciones hemodinámicas típicas de la sepsis. La infección normalmente empieza como endometritis, involucra el endometrio e infecta a los productos retenidos de concepción. La sepsis por aborto se presenta con un gran compromiso general, metrorragia y fiebre, leucocitosis, a veces loquios fétidos.
- b. **Aborto espontaneo o natural.** - Los abortos espontáneos son causados por problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. Por lo regular, estos problemas no tienen relación con los genes del padre o de la madre. Otras causas posibles de aborto espontáneo pueden ser por drogadicción, alcoholismo, exposición a toxinas ambientales, problemas hormonales, infección, problemas físicos de los órganos reproductores de la madre, enfermedades graves de la madre. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé.
- c. **Aborto provocado o inducido.** - Es la complicación de un embarazo incitada intencionalmente, ya sea por medicinas, o por una intervención mecánica. Ya que en él están en juego varios factores éticos, sociales, morales y hasta religiosos; ya sea para la mujer o la pareja que no pretenden o no consiguen vivir dicho embarazo, como para la vida que se gesta en el vientre de la madre. (4)



Según los autores Imues y Mesa (2011) las técnicas utilizadas para el aborto provocado son los siguientes:

El envenenamiento del bebé y consiste en extraer el líquido amniótico introduciendo una aguja larga a través del abdomen de la madre, se inyecta una solución salina que ocasiona la muerte del bebé por envenenamiento, deshidratación, hemorragia cerebral, quemaduras y otros daños y unas horas muere. (4)

“Por succión, que es el método más utilizado y consiste en introducir en el útero un tubo con el borde afilado que succiona con gran potencia el cuerpo del bebé que se va despedazando.” (4)

“Por dilatación y curetaje, método que utiliza una cureta que tiene cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz.” (4)

“Por cesárea, en la que se corta el tejido del vientre, se extrae en bebé y se corta el cordón umbilical dejando que el bebé muera.” (4)

“Uso de fármacos y hierbas abortivas, que provocan partos prematuros o evitan la producción de hormonas lo que priva de alimento al bebé, pero ponen en grave riesgo también la vida de la madre.” (4)

- a. **Aborto en curso.** - Es el cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento, dilatación cervical y sangrado de origen uterino. Las membranas ovulares se encuentran íntegras. El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos parenterales, reforzar la actividad uterina si es necesario y esperar la expulsión fetal para proceder al legrado o revisión uterina.
- b. **Amenaza de aborto.** – “Consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen Endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20



semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado.” (4)

### 2.3.6. Factores etiopatogénicos

**Factores Ovulares.** – “Son llamados abortos endócrinos y generalmente ocurren antes de las 12 semanas de edad gestacional. La proporción estimada para éste tipo de aborto supera el 50%, se dice que cuanto más precoz, mayor es el porcentaje de anomalías detectadas.” (20)

Los factores ovulares tienen los siguientes factores y son:

- “Las anomalías cromosómicas se detectan en 50-60% en el 1er. Trimestre, disminuyendo hasta un 7% a finales de la semana 24.”
- Las trisomías, son las causas más frecuentes, el principal mecanismo que las genera es la falta de disyunción meiótica (no se separan los cromosomas homólogos). La trisomía autosómica es la más frecuente y se detecta en un 51.9%, la trisomía 16 origina casi un 33% de los abortos y no se ha encontrado en neonatos por lo que se presume que es muy letal. La trisomía 21 y 22 ocupan el segundo lugar en frecuencia de abortos.
- “La monosomía X (45, X) es el segundo tipo más frecuente causante de alrededor de 18.9% de los casos anormales.”
- La Triploidía: “corresponden al tercer grupo más frecuente con una frecuencia de 15.5%, generalmente son producidas por anomalías de la fertilización; tanto la dispermia (penetración de un óvulo por dos espermatozoides) como la diginia (falta de eliminación del corpúsculo polar).”
- “Posteriormente tenemos según su frecuencia: la tetraploidia con un 5.6%; las translocaciones, 3.8%, y el mosaicismo, con 1.5% respectivamente.” (20)
- “Las alteraciones genéticas no cromosómicas incluyen defectos enzimáticos que, sin duda, son capaces de interferir en el desarrollo embrionario.” (20)



## Factores maternos

Entre los factores maternos se tiene los siguientes:

**Anomalías anatómicas.** - “Es toda patología uterina relacionada con su conformación anatómica. Ya sea de origen congénito o adquirido, son causantes del 10 a 15% de todos los abortos con desarrollo fetal adecuado.” (21)

- **Sinequias uterinas:** Son partes ordenadas entre los muros del útero que pueden llegar a obliterar casi por completo la cavidad uterina, éstas son adquiridas y la mayoría de los casos son resultado de infecciones intrauterinas, combinadas con traumatismos quirúrgicos secundario a la retención de productos de la concepción tras un aborto o un parto. (22)
- **Anomalías Mullerianas:** Anomalías del desarrollo o fusión incompleta del conducto mulleriano. que dan lugar a anomalías como útero tabicado y el bicorne. Estos se asocian con la pérdida precoz del embarazo debido a que la implantación ocurre en el tabique siendo el mismo avascular. Otras como el útero doble y el unicornio se manifiestan con más frecuencia en el trabajo de parto pretérmino. (23)
- **Cérvix Incompetente:** “Suele ser secundario a un traumatismo cervical y se debe por lo general a la dilatación mecánica al final del embarazo, también atribuible a laceraciones cervicales profundas y a conización ampliada como tratamiento de la displasia cervical.” (24)
- **Hipoplasia Uterina:** “Es la disminución del tamaño uterino, se ha observado en un 70% de mujeres expuestas a DES (dietilbestrol).” (5)
- **Tumores benignos del útero:** “Son también responsables en gran parte de pérdidas del embarazo, los más frecuentes son los miomas.” (24)
- “Posición uterina anormal, especialmente incarceration por retroversión y retroflexión marcada.” (5)
- “La endometriosis es un principio reconocido de infecundidad, pero su papel en el aborto ha sido puesto en evidencia en los últimos años.” (5)



**Factores endócrinos y metabólicos.** - “Para un adecuado desarrollo del embarazo debe producirse una compleja interacción de hormonas, un fallo en cualquiera de las hormonas implicadas en este proceso puede llegar a provocar un aborto espontáneo.”

(5)

- **Deficiencia de Progesterona:** “Dado su conocido efecto de mantener la quiescencia uterina, su deficiencia conlleva a la pérdida de la función lútea durante las primeras siete semanas.” (24)
- **Deficiencia tiroidea:** “Es raro que una deficiencia o un exceso de hormona tiroidea sea la causa de la pérdida precoz, aunque las pacientes con disfunción tiroidea pueden presentar trabajo de parto pretérmino normalmente aparece después de la semana 24 de gestación.” (25)
- **Diabetes:** “Las diabéticas con niveles elevados de glucosa y de hemoglobina, tienen un riesgo elevado de aborto en el primer trimestre, así como de anomalías congénitas fetales, estando más predisuestas las insulín dependientes.” (25)
- **Síndrome del ovario poliquístico:** “Parece ser que la concentración sérica elevada de hormona luteinizante que caracteriza a este síndrome posee un efecto nocivo sobre el cuerpo lúteo.” (25)
- **Andrógenos aumentados:** “El exceso de andrógenos produce una disfunción del cuerpo lúteo, la pérdida del embarazo suele producirse por fallecimiento del feto alrededor de la semana 8 de la gestación.” (26)

**Enfermedad sistémica.** - Como el Lupus Eritematoso y Coagulopatías.

- El Lupus Eritematoso sistémico es el que coexiste una modificación profunda del procedimiento inmunológico con elaboración de anticuerpos contra antígenos adecuados afecta a mujeres en edad reproductiva, produciendo aborto en 30% generalmente en las semanas 8 a la 14 de la gestación.
- “Entre las coagulopatías, la enfermedad de Von Willebrand se ha notado con una notable frecuencia de aborto de hasta 50%.”



- Enfermedad Vascular Hipertensiva: “los abortos presentados como consecuencia son de aparecimiento tardío.” (5)

**Factores Infecciosos y Parasitarios.** – “Es una causa relativamente infrecuente de pérdida precoz del embarazo. Cualquier infección aguda, con bacteriemia o viremia, puede alcanzar al embrión o feto y producir la muerte o infección placentaria.” (25)

“La toxoplasmosis parece ser uno de los más importantes debido a su extraordinaria frecuencia entre la población aparentemente sana, no es sólo causa de malformaciones congénitas sino también se relaciona con abortos espontáneos.” (25)

La presencia de *Mycoplasma hominis* y *ureaplasma urealyticum* se ha aislado en feto, placenta y endometrio en abortos espontáneos. Entre las infecciones víricas se encuentran rubéola y citomegalovirus, como productores de malformaciones congénitas, también se ha documentado virus causantes de aborto como lo son: herpes, sarampión, hepatitis A y B, Varicela, Herpes zoster. (25)

### 2.3.7. Otras causas del aborto

- a. Cirugía durante la gestación.** – “En teoría la anestesia general puede producir efecto sobre la división celular normal, y los anestésicos halogenados interfieren en la síntesis de DNA, lo cual sugiere un efecto potencialmente nocivo para el feto o embrión.”
- b. Traumatismos.** – “Los traumas físicos de toda orden, directos o indirectos son causa frecuente de aborto, en los que se incluyen agresiones de cualquier índole, que alcanzan al útero, produciendo lesión placentaria o lesión directa del embrión o del feto.”
- c. Amniocentésis del segundo trimestre.** - “Se ha descrito un riesgo del 1% de aborto luego de practicar la punción y aspiración amniótica, ésta cifra puede variar dependiendo de que se practique en condiciones óptimas.”



- d. **Factores nutricionales.** – “Deficiencias nutritivas totales o parciales (de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales) aumentan la frecuencia de aborto, sin embargo, no hay pruebas que una dieta deficiente de un determinado elemento nutritivo sea una causa importante de aborto.”
- e. **Factores psicógenos.** – “No existen datos que demuestren claramente relación causa efecto entre alteraciones psicológicas y aborto habitual. Los abortos repetidos y la frustración resultante provocan importante estrés psicológico, lo cual es posible que tenga participación en el desarrollo de futuros embarazos.” (27)
- f. **Factores inmunológicos.** – “La posibilidad de un rechazo inmunológico del embrión se utiliza con gran frecuencia para explicar los casos de abortos espontáneos de repetición, las pacientes mejor definidas con pérdidas inmunológicas son aquellas con síndrome antifosfolípidos.” (20)

#### 2.3.8. Diagnóstico de un aborto

- a. **Anamnesis.** – “Se estima la probable edad gestacional en base a la fecha de última regla, la duración del ciclo, la existencia de irregularidades menstruales que puedan existir habitualmente y la fecha en que se obtuvo una primera prueba de embarazo positiva.” (28)

La sintomatología normal consiste en amenorrea, dolor pélvico y sangrado vaginal. Ante un sangrado escaso no acompañado de dolor conviene interrogar sobre su relación con el coito, ya que esta es una causa frecuente de metrorragia. El dolor suele ser un síntoma inespecífico. (28)

- b. **Exploración Física.** – “Es importante en principio confirmar la estabilidad hemodinámica de la paciente descartar un abdomen agudo. Se debe realizar una exploración ginecológica con espejo para comprobar el origen, la cantidad y es aspecto del sangrado.” (28)

La cantidad de sangrado se correlaciona con el riesgo de aborto. Cundo es similar o superior al de la menstruación, raramente el embarazo seguirá adelante. Si hay restos



ovulares protruyendo a través del orificio cervical externo, se puede intentar su extracción con pinzas de anillos para aliviar el dolor. Por último, se realizará una exploración bimanual para constatar la existencia de dilatación cervical, si el tamaño y la forma uterina son acordes con los datos menstruales y si se identifican masas anexiales. (28)

- c. **Ecografía.** – “Su realización es obligatoria ante cualquier embarazo con sospecha de aborto. El diagnóstico ecográfico del aborto debe primar la precaución para evitar errores de indicar tratamiento evacuador ante falso diagnóstico de aborto en una gestación viable.” (28)

Los signos que permiten establecer el diagnóstico de aborto son:

“Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud céfalocaudal  $>5\text{mm}$ .” (5); “Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud céfalocaudal  $>3.5\text{mm}$  inequívocamente demostrada por un evaluador experimentado en condiciones óptimas para la visualización del embrión.” (5) Y “Saco gestacional con un diámetro medio de  $>20\text{ mm}$  sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior.” (5)

- d. **Determinación de B-Hcg.** - Resulta de utilidad como complemento a la ecografía en caso de que no se pueda establecer con seguridad la localización de la gestación por ecografía. Sin embargo, una vez que se ha constatado la existencia de un embarazo intrauterino por ecografía, la monitorización de los niveles de B-hCG ya no es necesaria. A partir de niveles de  $1000\text{ mUI/mL}$  es factible localizar la gestación por ecografía transvaginal. Cuando los niveles de B-hCG superan las  $1,500\text{ mUI/mL}$ , es posible localizar una gestación intrauterina en más del 90% de los casos.

“En una gestación viable, los niveles de B-hCG tienden a duplicar su valor cada 48 horas. Aunque existe una amplia variabilidad, en  $>95\%$  de los casos este incremento es de al menos  $53\%$ .” (5)





## 2.4. Marco conceptual

- **Aborto:** interrupción de la gestación antes de las 22 semanas o un producto menor a 500gramos
- **Características epidemiológicas:** “son rasgos, cualidades, propiedades de la persona, que, por tener alguna relación con una enfermedad, tienen interés epidemiológico ya que individuos con ciertas características pueden tener mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad.” (29)
- **Caracterices sociodemográficas:** “Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.” (30)
- **Diagnóstico:** “Un diagnóstico es aquello que, en el ámbito de la medicina, está vinculado a la diagnosis. Este término, a su vez, hace referencia a diagnosticar: recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición.” (31)
- **Epidemiología.** – “Es el estudio de la distribución y los determinantes de eventos (en particular de enfermedades) concernientes con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”. (7)
- **Nivel de instrucción:** “Es el grado más elevado de estudios ejecutados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos”. (7)
- **Nivel socioeconómico:** “Es una medida total económica y sociológica compuesta de la actividad laboral de la persona, posición económica y social ya sea familiar o individual en relación a otras personas, basada en sus ingresos, empleo y educación” (7)



## **2.5. Hipótesis.**

### **2.5.1. Hipótesis general**

Por tratarse de una investigación descriptiva no requiere hipótesis.

### **2.5.2. Hipótesis específica**

Por tratarse de una investigación descriptiva no requiere hipótesis.

## **2.6. Variables e indicadores**

### **2.6.1. Identificación de variables**

#### **Características sociodemográficas**

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Procedencia
- Seguro de salud

#### **Características gineco-obstétricas**

- Edad gestacional
- Número de gestaciones
- Número de abortos
- Controles Pre-Natales

#### **Diagnóstico de aborto**

- Aborto infectado
- Aborto en curso
- Aborto retenido



2.6.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Expresión Final	Escala de Medición	Instrumento			
Características socio-demográficas	"Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles." (30)	Es cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumente su probabilidad de sufrir un aborto que será estudiada en la presente investigación	Características sociodemográficas	Edad	Adolescente	De 10 a 14 años	De intervalo	Ficha de recopilación documental			
						De 15 a 19 años					
						De 20 a 24 años					
					Adulta	De 25 a 29 años					
						De 30 a 34 años					
						De 35 a 39 años					
					Adulta mayor	De 40 años a más					
						Estado civil			Con pareja	Casada	Nominal
									Sin pareja	Conviviente	
				Soltera/divorciada							
				Grado de instrucción	Sin estudio	Analfabeta	Nominal				
					Estudios básicos	Primaria					
					Estudios avanzados	Secundaria					
				Ocupación	Ama de casa	Ama de casa	Nominal				
					Trabajadora dependiente	Trabajadora dependiente					
Trabajadora independiente	Trabajadora independiente										
Procedencia	Zona rural	Zona rural	Nominal								
	Zona urbana	Zona urbana									
Seguro de salud	Seguro financiado por el estado	Seguro integral de salud	Nominal								
		FOSPOLI									
	Seguro privado	Seguro privado clínicas									



VARIABLE	Definición Conceptual	Definición operacional	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Características de Gineco obstétricas	“Es cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumente su probabilidad de sufrir un aborto.” (32)	Es cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumente su probabilidad de sufrir un aborto que será estudiada en la presente investigación	Características Gineco obstétricas.	Edad gestacional	< de 22 semanas	< de 22 semanas	Ordinal	Ficha de recopilación documental
					1er trimestre del embarazo	1er trimestre del embarazo		
					< 500 gramos	< 500 gramos		
				Número de gestaciones	Primigesta	Primigesta	Nominal	
					Segundigesta	Segundigesta		
					Multigesta	Multigesta		
				Número de abortos	0-1		Ordinal	
					> 2			
				Controles Pre-Natales	Numero controles pre-natales	Si tuvo	Nominal	
						No tuvo		



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE	EXPRESIÓN FINAL	INSTRUMENTO
Diagnóstico de Aborto	Diagnostico que se realiza por medio de criterios clínicos y también mediante el apoyo de ecografías	Es cualquiera característica, exposición o rasgo de una persona que desarrolle su probabilidad de soportar un aborto que será estudiada en la presente investigación	Diagnóstico de aborto	Tipo de aborto	Esponáneo	Esponáneo	Ficha de recopilación documental
					Inducido	Inducido	
					No especificado	No especificado	
					Retenido	Retenido	
					Séptico	Séptico	
				Estado de aborto	Completo	Completo	
					Incompleto	Incompleto	
				Estado de complicación	Complicado	Complicado	
					Complicado por hemorragia excesiva	Complicado por hemorragia excesiva	
					Complicado por hemorragia excesiva o TA	Complicado por hemorragia excesiva o TA	
					Infectado	Infectado	
					Sin Complicación	Sin Complicación	



## CAPÍTULO III

### MÉTODO

#### 3.1. Alcance del estudio

La presente investigación es de alcance descriptivo, puesto que la investigación va a presentar a la variable de estudio y sus dimensiones tal y como se encuentran en la realidad.

#### 3.2. Diseño de investigación.

Por ser una investigación descriptiva, corresponde a un diseño no experimental de corte transversal, vale decir que no se va a maniobrar deliberadamente ninguna de las variables, y se va a aplicar el instrumento en una sola oportunidad.

#### 3.3. Población

La población de estudio estuvo conformada por el conjunto de mujeres que han acudido al Hospital Regional del Cusco y que han sido atendidas en el año 2019 con el diagnóstico de aborto. Esta población es de 612 casos.

#### 3.4. Muestra.

La muestra es de tipo probabilístico, para cuyo efecto se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{E^2(N - 1) + z^2 * p * q}$$

Donde el tamaño de muestra (n) se calcula a partir de conocer los datos del nivel de confianza (z) igual a 1.96 para 95% el valor de p = q = 0.5; mientras que el tamaño de la población (N) = 612, el error estimado es del 5%



Resolviendo la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 612}{0.05^2(612 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

Por consiguiente, el tamaño de muestra es igual a:

$$n = \frac{0.9604 * 612}{0.0025 * 611 + 0.9604}$$

n= 236.24

Con lo que el tamaño de muestra es igual a 236 mujeres

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó la técnica de la recopilación documental que tuvo como finalidad que a partir de una fuente documental (historia clínica) se obtuvo datos a ser utilizados en esta investigación.

El instrumento es la ficha de recolección de datos, elaborado a partir de la operacionalización de las variables, que comprende datos sociodemográficos, características ginecológicas y diagnóstico del tipo de aborto con el que ingresaron las pacientes.

Para la recolección de datos se solicitó el permiso respectivo del establecimiento de salud, así como de acuerdo a la muestra se revisaron las historias clínicas que se encontraban en el departamento de estadística del establecimiento, de donde se obtuvo la información requerida para el análisis de los datos.

### **3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos**

Este instrumento, ha sido validado mediante el juicio de tres expertos. (Anexo 3)



Para evidenciar la confiabilidad de la ficha de recolección de datos de las características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto, se aplicó el coeficiente de Alfa de Cronbach, la que se obtuvo un valor de 0,765, por consiguiente, el instrumento cuenta con una confiabilidad aceptable para poder recolectar los datos.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,765	13

### **3.7. Plan de análisis de datos**

Para el procesamiento de datos, una vez obtenida la información realizada en el trabajo de campo se efectuó a pasar los datos a la hoja de cálculo Excel, luego se procedió a migrar la data al Software SPSS, de esa manera se procesaron los datos para luego realizar un análisis descriptivo y generar tablas y figuras.





## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1. Características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional Cusco del año 2019.

**Tabla 1**

*Distribución de la muestra según la dimensión edad.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
De 10 a 14 años	6	2,5	2,5
De 15 a 19 años	58	24,6	24,6
De 20 a 24 años	60	25,4	25,4
De 25 a 29 años	48	20,3	20,3
De 30 a 34 años	32	13,6	13,6
De 35 a 39 años	26	11,0	11,0
De 40 años a más	6	2,5	2,5
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta

Comentario:

La tabla 1 evidencia que el 25,4% de los encuestados tiene entre 20 a 24 años de edad, el 24,6% tiene entre 15 a 19 años de edad, así mismo el 20,3% tiene de 25 a 29 años de edad, sin embargo, también se evidencia que hay un porcentaje mínimo, pero no menos relevante de 2,5%, en el caso de la categoría de los encuestados de 10 a 14 años de edad y en el caso de los encuestados que tienen de 40 años a más.



**Tabla 2**

*Distribución de la muestra según la dimensión estado civil.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
CASADA	46	19,5	19,5
CONVIVIENTE	93	39,4	39,4
SOLTERA/DIVORCIADA	97	41,1	41,1
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta

Comentario:

Según la tabla 2, los resultados de la dimensión de estado civil, muestran que el 41,1% de los encuestados se encuentran en la categoría de soltera/divorciada, así mismo el 39,4% de los encuestados indicaron estar en la categoría de conviviente, y finalmente el 19,5% afirmo estar en la categoría de casada.

**Tabla 3**

*Distribución de la muestra según la dimensión grado de instrucción.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
ANALFABETA	4	1,7	1,7
PRIMARIA	41	17,4	17,4
SECUNDARIA	85	36,0	36,0
SUPERIORES	106	44,9	44,9
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta.

Comentario:

Como se evidencia en la tabla 3, según la dimensión grado de instrucción, los encuestados que tienen grado superior representan al 44,9%, seguidamente del 36,0% quienes indicaron haber culminado la secundaria, así mismo el 17,4% manifestó tener la primaria completa, finalmente el 1,7% indico ser analfabeto.



**Tabla 4**

*Distribución de la muestra según la dimensión ocupación.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
AMA DE CASA	83	35,2	35,2
TRABAJADORA DEPENDIENTE	60	25,4	25,4
TRABAJADORA INDEPENDIENTE	93	39,4	39,4
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta

Comentario:

La tabla 4 evidencia que, respecto a la dimensión de ocupación, el 39,4% de los encuestados indicio ser trabajadora independiente, así mismo el 35,2% indicio ser ama de casa, finalmente el 25,4% de los encuestados manifestó ser trabajadora dependiente.

**Tabla 5**

*Distribución de la muestra según la dimensión zona de procedencia.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Urbano	144	61,0	61,0
Rural	92	39,0	39,0
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta.

Comentario:

Según la tabla 5 respecto a la distribución de la muestra según la dimensión de la zona de procedencia, se evidencia que el 61% de los encuestados viven en la zona urbana, mientras que el 39% manifestó vivir en la zona rural.



**Tabla 6**

*Distribución de la muestra según la dimensión seguro de salud.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SEGURO PRIVADO	46	19,5	19,5
FOSPOLI	2	,8	,8
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	188	79,7	79,7
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta.

Comentario:

Como se evidencia en la tabla 6, la dimensión segura de salud se divide en 3 categorías, siendo estas el Seguro Privado, FOSPOLI y el Seguro Integral de Salud (SIS); en ese entender el 79,7% manifestó tener el SIS, así mismo el 19,5% indicó tener seguro privado, finalmente el 8,0% indicó tener FOSPOLI.



#### 4.2. Características Gineco-obstétricas de pacientes con abortos provocados atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019.

**Tabla 7**

*Distribución de la muestra según la dimensión edad gestacional.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menor de 22 semanas	39	16,5	16,5
Primer trimestre de embarazo	114	48,3	48,3
Menor de 500 gramos	83	35,2	35,2
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta

Comentario:

La tabla 7 evidencia, que el 48,3% de los encuestados, tuvo una edad de gestación hasta el primer trimestre de embarazo, seguidamente el 35,2% tuvo una edad de gestación menor de 500 gramos, finalmente el 16,5% indico tener una edad gestacional menor de 22 semanas.

**Tabla 8**

*Distribución de la muestra según la dimensión número de gestaciones.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
PRIMEGESTA	91	38,6	38,6
SEGUNDIGESTA	88	37,3	37,3
MULTIGESTA	57	24,2	24,2
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta.

Comentario:

La tabla 8 según la dimensión de números gestacionales, evidencio que el 38,6% de los encuestados tuvo su primigesta, así mismo el 37,3% tuvo su Segundigesta, finalmente el 24,2% manifestó haber tenido multigesta.



**Tabla 9**

*Distribución de la muestra según la dimensión número de abortos.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
DE 0 A 1 ABORTO	202	85,6	86,0
DE DOS A MAS ABORTOS	34	14,4	14,0
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta

Comentario:

Según los resultados de la tabla 9 se manifestaron que la distribución de la muestra según la dimensión número de abortos, se muestra que el 86% de los encuestados tuvo de 0 a 1 abortos, seguidamente el 14% manifestó haber tenido de dos a más abortos.

**Tabla 10**

*Distribución de la muestra según la dimensión tuvo controles pre natales.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI TUVO	41	17,4	17,4
NO TUVO	195	82,6	82,6
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta

Comentario:

Como se evidencia en la tabla 10, según la dimensión de controles pre natales, el 82,6% de los encuestados manifestó no haber tenido controles pre natales, así mismo el 17,4% indicó si haber tenido.



### 4.3. Diagnósticos de aborto presentados en el Hospital Regional Cusco del año 2019.

**Tabla 11**

*Distribución de la muestra según la dimensión tipo de aborto.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
EXPONTANEO	193	81,8	81,8
INDUCIDO	1	,4	,4
NO ESPECIFICADO	10	4,2	4,2
RETENIDO	23	9,7	9,7
SEPTICO	9	3,8	3,8
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta.

Comentario:

La tabla 11 muestra que el 81,8% de los encuestados manifestó haber tenido un aborto espontáneo, así mismo el 9,7% indico haber tenido un aborto retenido, seguidamente el 4,2% no especifico la causa del aborto, finalmente el 3,8% indico tener un aborto séptico y el 0,4% manifestó que fue inducido.

**Tabla 12**

*Distribución de la muestra según la dimensión estado de aborto.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
COMPLETO	24	10,2	10,2
INCOMPLETO	212	89,8	89,8
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta.

Comentario:

Según la distribución de la muestra de la dimensión estado de aborto, se evidencio que el 89,8% indico que el aborto fue incompleto, y el 10,2% manifestó no haber tenido un aborto completo.

**Tabla 13**

*Distribución de la muestra según la dimensión estado de complicación.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
COMPLICADO	1	,4	,4
COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA	8	3,4	3,4
COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TA	5	2,1	2,1
INFECTADO	1	,4	,4
SIN COMPLICACION	221	93,6	93,6
Total	236	100,0	100,0

Fuente: Datos procesados de la aplicación de la encuesta

Comentario:

Según la figura 13, se muestra que el 93,6% tuvo un estado de aborto sin complicaciones, el 3,4% indico haber tenido un aborto complicado por hemorragia excesiva, el 2.1% manifestó haber tenido complicado por hemorragia excesiva o TA, finalmente el 0,4% en el caso de un aborto complicado e infectado.





## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos.

Se evidencia que las mujeres de 20 a 24 años es decir el 25.4% han sufrido un aborto en la edad adulta. Generalmente les sucede a las personas que son solteras/divorciadas en un 41,1%, siendo en su mayoría es decir el 44,9% con grado de instrucción superior; la ocupación predominante es de trabajadora independiente con un 39,4%. Por lo que las mujeres vulnerables de abortar se concentran en la zona urbana en un 61,0%. El cual se aprecia que el 79,7% posee un Seguro Integral de Salud.

Respecto a las características Gineco obstetras, el 48,3% de las mujeres indican que la edad gestacional respecto al aborto se da en el primer trimestre del embarazo. En cuanto al número de gestaciones el 38,6% de las mujeres indican que son primigestas. El 85,6% de las encuestadas indican que sufrieron un aborto. De igual manera el 82.6% indican que no se hicieron controles prenatales.

Por otra parte, en el diagnóstico de aborto se encontró que el tipo de aborto predominante ha sido el aborto espontáneo con un 81,8% esto se da en embarazos de alto riesgo durante las primeras semanas de gestación de 10 a 11 semanas esto procedente por cierto trastorno genético; así también se encontró que el 89,8% de las mujeres indican que el estado de aborto fue incompleto, esto se da cuando algunas partes del feto quedan en la placenta y los síntomas más típicos son los cólicos y sangrado vaginal. Finalmente, en el estado de complicación se obtuvo que, en su mayoría, es decir el 93,6% de las mujeres no tuvieron alguna complicación.



## 5.2. Limitaciones de estudio.

Por el tema de la pandemia Covid 19 se ha tenido la limitación para recabar información por cuanto el acceso a las historias clínicas ha sido restringido.

## 5.3. Comparación crítica con la literatura existente.

Por su parte García (2016) mencionó que el grupo de edad que presentaron mayor número de casos fueron las adolescentes comprendidas en los 16 años que represento el 28.83% de los casos. La mayoría de la población residía en el área urbana con el 70.55% En cuanto a los antecedentes obstétricos; historia de embarazos o gestaciones, 56 pacientes son primigestas (34,36%). (3)

Contrario a lo que menciona García respecto a la edad, en la Ciudad del Cusco el aborto se presentó en mujeres de 25 a 29 años, pero precisa que la mayoría de abortos proceden de pacientes que residen en la zona urbana, donde el 38,6% indican que son primigestas. En ese entender, se visualiza en gran medida que las pacientes interrumpen el aborto desde los 20 años, lo cual esa proporción al menos tiene un hijo, en ese sentido, esto podría deberse a la falta de acudir a un centro de planificación familiar o a dificultades económicas.

Los autores Rivero y Pintado (2017) en su investigación señalaron que la edad gestacional ha sido en un promedio menor a 12 semanas con un porcentaje de 79,0% de pacientes, mientras que el 65% de pacientes tuvieron un aborto en la primera gestación.

Se afirma según los resultados obtenidos en la presente tesis, que el aborto se realiza en el primer trimestre del embarazo, es decir que ocurre una pérdida del embrión o feto ten una etapa temprana, donde se presenta antes de las 12 semanas de igual manera se sostiene que las pacientes sufrieron un aborto cuando eran primigestas.



Por su parte el autor Guerrero (2018) concluyó que en la ocupación que más se presentó fue la de ser ama de casa (84,3%), más de la mitad de pacientes procedencia zona Urbano Marginal (60.7%), el mayor porcentaje de las pacientes presentó el estado civil convivientes (78.6%). Respecto al perfil clínico en cuanto a antecedentes obstétricos más de 72.1% ha tenido un embarazo anterior; la edad gestacional más frecuente en que se interrumpió la gestación fue de 3-8 semanas (50%), el tipo de aborto según intencionalidad encontrado en la población de estudio fue del tipo espontaneo (99.3%). (7)

En efecto el presente trabajo nos permite confirmar los resultados, el cual la mayoría de las personas que conviven son las que han sufrido aborto, donde indican que el 81,8% fue de tipo espontáneo y la interrupción del aborto se dio el primer trimestre. En ese sentido gran parte de este tipo de abortos espontáneos ocurren porque el feto no está desarrollándose de manera adecuada, ello podría deberse a la falta o exceso de cromosomas, por lo que la madre en el primer trimestre puede presentar signos y síntomas como sangrado y salida de tejidos por la vagina.

Por su parte Sánchez (2017) indicó que el aborto incompleto se da en un 40% y sigue siendo el que más predomina en el Perú. Dentro de los factores personales se puede decir de acuerdo con las mujeres que fueron evaluadas para el estudio, la edad donde se produce el aborto es entre los 20 – 24 años con un 35%; en el estado civil predominan las solteras con un 55%, por lo que el 51% son primigestas.

Tomando en cuenta este estudio previo, se concuerda que el aborto producido se da en pacientes de 20 a 24 años, así mismo el estado de aborto en ambos estudios en su mayoría ha sido incompleto, y que no se han expulsado todos los restos del feto y ha quedado una parte en el útero, lo cual podría generar riesgos en el paciente, por lo tanto, es prioritario hacer un tratamiento para quitar los restos del útero.

En una investigación hecha por Miranda (2018) concluyó que la edad promedio por aborto fue de 27 años, donde la procedencia resaltante es la zona urbana en un 55.8% en las pacientes con aborto. El estado civil frecuente de las pacientes es la de convivientes en un 72.4%; así también el grado de instrucción secundario represento el 63,6%; la edad



gestacional de las pacientes en su mayoría es aquella de 8 a 12 semanas es decir el 53.2%. Finalmente, el tipo de aborto realizado fue el aborto incompleto en un 72.2%.

En efecto las pacientes que realizan mayormente un aborto son las personas que tienen un grado superior y como ya se mencionó anteriormente, son aquellas que conviven con sus parejas, en ese sentido el aborto que realizan antes de las 12 semanas no lleva controles prenatales, por lo que no poseen información completa acerca de los riesgos que este conlleva, más aún cuando los pacientes tienden a hacerse el aborto por inducción.

La presente investigación fue de alcance descriptivo, diseño no experimental y como población de estudio estuvo constituida por mujeres atendidas con diagnóstico de aborto. Este método tiene comparación con los diferentes antecedentes que utilizamos en la investigación como los autores Rivero y Pintado (2017) quienes en su estudio realizaron un método de diseño no experimental y descriptivo; García (2016) fue otro de los autores que realizó un estudio descriptivo y su población fueron adolescentes con aborto incompleto; Rosado (2015) tuvo como metodología el tipo descriptivo; cómo se puede comparar los antecedentes de estudios que utilizamos en el presente trabajo tienen el mismo alcance de investigación esto debido a que estos estudios buscan describir cómo se da el aborto en los diferentes Hospitales tanto nacionales como internacionales con el fin de ver las características o consecuencias que trae estos abortos y hacer conocer a la sociedad las causas, síntomas o prevenciones de estos casos.



## CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional Cusco del año 2019, permitió concluir que el 25,4% de las pacientes que sufrieron aborto se encuentran en la edad adulta, esto debido a una irregularidad cromosómica del feto, esto se debe a que una mujer pasado los 30 años tiene mayor riesgo de aborto espontáneo; y en un (39,4%) son trabajadoras independientes. Las pacientes que sufren de aborto son las que residen en la zona urbana (61,0%) quienes poseen el Seguro Integral de Salud (SIS) esto resalta por la delimitación de estudio, por ende, las mujeres que acuden a este establecimiento son aseguradas y las que están más cerca al Hospital, mientras que a las pacientes de zona rural solo las trasladan si llegan a tener alguna complicación.
2. Las características Gineco-obstétricas que presentan los pacientes con abortos provocados atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019, son: en la edad gestacional las pacientes sufrieron de aborto en el primer trimestre de su embarazo, donde el 38,6% de las pacientes son primerizas y en su mayoría (85,6%) sufrieron al menos un aborto, esto debido a que en el primer trimestre de gestación el cuerpo de la mujer proporciona nutrientes y hormonas al feto y en algunos casos estos no se desarrollan normalmente, finalmente se identificó que no se realizaron controles prenatales (82,6%) siendo un riesgo para la salud de la madre y del bebe, estos controles son importantes para identificar pacientes con riesgo perinatal u obstétrico.
3. Los diferentes diagnósticos de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019 son las siguientes: El aborto espontáneo es el que más prevalece en las pacientes (81,8%) esto debido a que el feto no se desarrolla normalmente por falta o exceso de cromosomas, donde la mayoría indica que el tipo de aborto fue incompleto, sin embargo, no tuvieron complicaciones en un 93,6%.
4. Las características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional se dividieron en tres: sociodemográficas, Gineco-obstetricas y los diferentes diagnósticos de aborto, estas características nos reflejaron los distintos factores o causas por las que se da un aborto y reflejo que existe un porcentaje alto de abortos atendidos en el Hospital Regional Cusco en el año 2019.



## RECOMENDACIONES

1. Mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva sin discriminar ni dejar de priorizar ningún grupo etario, dentro de ello la accesibilidad a los diferentes métodos anticonceptivos, de esta manera poder prevenir embarazos no deseados.
2. Mejorar el acceso a una atención prenatal en mujeres con embarazo confirmado y poder tener una atención oportuna y evitar abortos.
3. Mejorar la información sobre tasas y complicaciones asociadas al aborto inseguro en la localidad del Cusco.
4. Se recomienda a la decana del Colegio de Obstetras a poder realizar capacitaciones constantes a mujeres de todas las edades en cómo prevenir embarazos no deseados o a como poder saber si está embarazada y quiere tener al bebe, para que tenga todas las precauciones del caso para que no ocurra ningún problema y por ende llevar a un aborto.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Impacto en Salud. [Online].; 1994. Available from: [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-la-mujer-y-salud-sexual-reproductiva&alias=121-derogacion-del-aborto-terapeutico-en-nicaragua-impacto-en-salud&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-la-mujer-y-salud-sexual-reproductiva&alias=121-derogacion-del-aborto-terapeutico-en-nicaragua-impacto-en-salud&Itemid=235).
2. Rivero M, Pintado S. Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del 2017. Tesis. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil; 2017.
3. García M. Aborto incompleto, factores de riesgo en adolescentes, estudio a realizar en el Hospital Universitario año 2015. Tesis. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Guayaquil; 2016.
4. Imues N, Mesa E. Causas que determinan el aborto en mujeres atendidas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital "San Luis de Otavalo" en el periodo Octubre 2010 a agosto del 2011. Tesis. Ecuador: Universidad Técnica del Norte, Ibarra; 2011.
5. Rosado P. Caracterización epidemiológica clínica del aborto en pacientes ingresadas en el servicio de complicaciones prematales del Hospital de Cobán, durante enero 2012 a diciembre 2014. Tesis. San Juan Chamelco: Universidad Rafael Landívar, Alta Verapaz; 2015.
6. Maravi S. Aborto espontáneo y factores asociados en mujeres a partir de los 35 años de edad atendidas en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" durante el año 2018. Tesis. Perú: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2020.
7. Guerreiro I. Características clínicas epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital de apoyo nuestra señora de las Mercedes - Paita durante el periodo Julio a Diciembre 2017. Tesis. Perú: Universidad Nacional de Piura, Piura; 2018.
8. Roncal F. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional docente de Cajamarca, 2016. Tesis. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca; 2018.
9. Sánchez J. Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia gineco-obstetricia del Hospital de apoyo rezola de Cañete, enero - diciembre 2017. Tesis. Cañete: Universidad Privada Sergio Bernales, Lima; 2017.
10. Miranda F. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con aborto en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre del 2015. Tesis. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos; 2018.



11. Valderrama R. Incidencia, características epidemiológicas y manejo del aborto, Hospital Antonio Lorena del Cusco: julio - diciembre de 2012. Tesis. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco; 2013.
12. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Guía técnica. Lima: Ministerio de Salud, Lima; 2007.
13. Ministerio de Salud. Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado. [Online].; 2014. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3795.pdf>.
14. OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Lima: Organización Mundial de Salud, Lima; 2012.
15. Doblado R. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 3(409-421): p. 1-13.
16. MSP. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido, recurrente. Guía prácticas clínica Ministerio de Salud Pública. Lima: MSP, Lima; 2016.
17. Aibar. Complicaciones y tratamiento de aborto precoz. Servicio de obstetricia y ginecología Hospital Virgen de las Nieves. Lima:, Lima; 2009.
18. Guerrero , Andrade. Prevalencia de aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad, Hospital Matilde Hidalgo de Procel. Tesis. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Guayaquil; 2012.
19. Narvaez P, Neira A. Estudio comparativo de las características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - Ecuador, 2007 - 2008. Tesis. Ecuador: Universidad de Cuenca, Cuenca; 2008.
20. Mellado C. Estudio citogenética en abortos espontáneos. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2006; 1(10-15): p. 173-177.
21. Lopez H. Factores Asociados al Aborto Espontáneo. Revista Centroamericana de Ginecología y Obstetricia. 2000; 1(10-12): p. 10-12.
22. Scott J. Tratado de obstetricia y ginecologica. Informe. Mexico: Hill M Interamericana, Mexico; 2000.
23. Cols M. Manejo integral de Urgencias. Guía. Bogota: Panamericana, Bogota; 1999.
24. Mellado C. Manejo integral de urgencias. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1996;; p. 173-177.





25. Juárez H. Mortalidad Materna: analisis epidemiologico, durante los años 1993 a 2000 en el Hospital Regional de Zacapa. Guatemala;; 2000.
26. Gormaz G. Precisiones sobre el aborto. Revista Chilena de obstetricia y ginecologia. 2005;; p. 318-327.
27. Iquic I, Sequeira E. Características socioeconomica y gineco-obstetrica de las pacientes con aborto. Guatemala;; 2012.
28. Humberto L. Caracterización Epidemiológica y Clínica de Mujeres en edad fértil con diagnóstico de aborto. Guatemala;; 2010.
29. Ibañez C. Estudios epidemilógicos descriptivos: características. [Online].; 2008. Available from:  
[https://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2008/03/06/86037#:~:text=Las%20variables%20de%20persona.,probabilidad%20de%20padecer%20una%20enfermedad.](https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/03/06/86037#:~:text=Las%20variables%20de%20persona.,probabilidad%20de%20padecer%20una%20enfermedad.)
30. Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. [Online].; 2015. Available from:  
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines\\_J\\_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf).
31. Perez J, Merino M. Definición de diagnóstico. [Online].; 2012. Available from:  
<https://definicion.de/diagnostico/#:~:text=Un%20diagn%C3%B3stico%20es%20aquello%20que,permite%20evaluar%20una%20cierta%20condici%C3%B3n.>
32. Flores F. El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretermino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015 - mayo 2016. Tesis. Lima;; 2016.



**Anexo 1:**  
**Matriz de consistencia**

<b>Problemas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variable</b>	<b>Método</b>
¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019?	Describir las características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019.	Por tratarse de una investigación descriptiva no requiere hipótesis.	características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto	<p><b>Alcance:</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental de corte transversal</p> <p><b>Población:</b> 612 mujeres con diagnóstico de aborto</p> <p><b>Muestra:</b> Probabilística de 236 mujeres</p> <p><b>Técnica:</b> Recopilación documental</p> <p><b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos</p>
¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019?	Describir características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital Regional Cusco del año 2019.			
¿Cuáles son las características Gineco-obstétricas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019?	Describir las características Gineco-obstétricas de pacientes con abortos provocados atendidas en el Hospital Regional Cusco del año 2019.			
¿Cuáles son los diferentes diagnósticos de aborto presentados por las pacientes atendidas en el Hospital Regional cusco del año 2019?	Indagar los diferentes diagnósticos de aborto presentados en el Hospital Regional Cusco del año 2019.			



**Anexo 2:**  
**Instrumentos**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

TITULO: Características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital regional Cusco en el año 2019.

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

1. Edad

- De 10 a 14 años       De 15 a 19 años       De 20 a 24 años  
 De 25 a 29 años       De 30 a 34 años       De 35 a 39 años  
 De 40 años a más

2. Estado civil

- Casada       Conviviente       Soltera/divorciada

3. Grado de instrucción

- Analfabeta       Primaria       Secundaria  
 Estudios superiores

4. Ocupación

- Ama de casa       Trabajadora dependiente       Trabajadora independiente

5. Procedencia

- Zona rural       Zona urbana



6. Seguro de salud

- Seguro integral de salud     Fospoli     Seguro privado clínicas

CARACTERISTICAS GINECO OBSTETRICAS

7. Edad gestacional

- Menor de 22 semanas     Primer trimestre de embarazo
- Menor de 500 gramos

8. Numero de gestaciones

- Primigesta     Segundigesta     Multigesta

9. Número de abortos

- De 0 a 1 aborto     De dos a más abortos

10. Controles pre natales

- Si tuvo     No tuvo

DIAGNOSTICO DE ABORTO

11. Tipo de aborto

- Espontáneo     Inducido     No especificado
- Retenido     Séptico



12. Estado de aborto

Completo

Incompleto

13. Estado de complicación

Complicado

Complicado por hemorragia excesiva

Complicado por hemorragia excesiva o TA

Infectado

Sin Complicación



**Anexo 3:**  
**Validación de instrumentos**

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS**

**DATOS GENERALES**

- 1.1. TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: Características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco en el año 2019.
- 1.2. INVESTIGADOR: Br. Fernando Urquiza Mena

**DATOS DEL EXPERTO**

- 2.1. NOMBRES Y APELLIDOS: Antuanett Alraga Rodriguez
- 2.2. ESPECIALIDAD: Obstetra
- 2.3. LUGAR Y FECHA: Hospital Regional Cusco 10 Enero 2021
- 2.4. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: .....

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0 - 20 %	REGULAR 21 - 40 %	BUENO 41 - 60 %	MUY BUENO 61 - 80 %	EXCELENTE 81 - 100 %
Forma	Redacción	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				X	
	Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado				X	
	Objetividad	Esta expresado en conducta observable				X	
Contenido	Actualidad	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología			X		
	Suficiencia	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad					X
	Intencionalidad	El instrumento mide pertinentemente las variables de investigación					X
Estructura	Organización	Existe una organización lógica				X	
	Consistencia	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativo				X	
	Coherencia	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				X	
	Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				X	

- I. Opinión de aplicabilidad: Muy Bueno
- II. Promedio de valoración: 61 - 80 %
- III. Luego de revisado el instrumento:
- Procede su aplicación (X) Debe corregirse ( )

  
Sello y firma del experto  
DNI N° 40825666



## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

### DATOS GENERALES

1.1. TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: Características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco en el año 2019.

1.2. INVESTIGADOR: Br. Fernando Urquiza Mena

### DATOS DEL EXPERTO

2.1. NOMBRES Y APELLIDOS: Lisbeth Aswe Escalante  
 2.2. ESPECIALIDAD: Obstetra  
 2.3. LUGAR Y FECHA: 10/01/2021 - Hospital Regional Cusco  
 2.4. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: .....

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0 - 20 %	REGULAR 21 - 40 %	BUENO 41 - 60 %	MUY BUENO 61 - 80 %	EXCELENTE 81 - 100 %
Forma	Redacción	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				X	
	Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado					X
	Objetividad	Esta expresado en conducta observable				X	
Contenido	Actualidad	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología			X		
	Suficiencia	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad				X	
	Intencionalidad	El instrumento mide pertinentemente las variables de investigación				X	
Estructura	Organización	Existe una organización lógica					X
	Consistencia	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativo				X	
	Coherencia	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				X	
	Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				X	

I. Opinión de aplicabilidad: Muy Bueno .....

II. Promedio de valoración: 61 - 80 % .....

III. Luego de revisado el instrumento:

Procede su aplicación (X)                      Debe corregirse ( )

  
 .....  
 Lisbeth Aswe Escalante.  
 COP 26032  
 Sello y firma del experto  
 DNI N° 4.083.6940 .....



## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

### DATOS GENERALES

- 1.1. TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: Características epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Hospital Regional Cusco en el año 2019.
- 1.2. INVESTIGADOR: Br. Fernando Urquiza Mena

### DATOS DEL EXPERTO

- 2.1. NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Choccechance Apaza
- 2.2. ESPECIALIDAD: Obstetra
- 2.3. LUGAR Y FECHA: Hospital Regional Cusco 10.01.2021
- 2.4. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: .....

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 0 - 20 %	REGULAR 21 - 40 %	BUENO 41 - 60 %	MUY BUENO 61 - 80 %	EXCELENTE 81 - 100 %
Forma	Redacción	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios					X
	Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado					X
	Objetividad	Esta expresado en conducta observable				X	
Contenido	Actualidad	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
	Suficiencia	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad					X
	Intencionalidad	El instrumento mide pertinentemente las variables de investigación				X	
Estructura	Organización	Existe una organización lógica				X	
	Consistencia	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativo				X	
	Coherencia	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					X
	Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				X	

- I. Opinión de aplicabilidad: ..... Muy Bueno
- II. Promedio de valoración..... 61 - 80 %
- III. Luego de revisado el instrumento:

Procede su aplicación (X) Debe corregirse ( )

  
 Andrea Choccechance Apaza  
 OBSTETRA  
 COP. 17833

Sello y firma del experto

DNI N° 23998705