

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“RAFAEL DONAYRE ROJAS”**



**TESIS**

**“PREVALENCIA DE ABORTO INCOMPLETO EN  
MUJERES DE 15- 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DE LORETO  
DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2016”**

**Para Optar el Título de Médico – Cirujano**

**Presentado por:**

**Bachiller: Brandy Lozano Pilco**

**ASESOR: DR. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ**

**REGIÓN LORETO**

**Iquitos – Perú**

**2017**

MIEMBROS DEL JURADO Y ASESOR DE TESIS



---

Dr. Bedel Camacho Flores  
**Presidente**



---

Mg. Sc. Tania Lay Ríos  
**Miembro**



---

Mg. ID. Zaid Ríos Paredes  
**Miembro**



---

Dr. Javier Vásquez Vásquez  
**Asesor**

## ÍNDICE

01 ÍNDICE DE CONTENIDO.....	3
02 ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	5
03 PÁGINA DE DEDICATORIA.....	7
04 PÁGINA DE RECONOCIMIENTO.....	8
05 RESUMEN O ABSTRACTO .....	9
CAPÍTULO I	
06. INTRODUCCIÓN.....	11
07. JUSTIFICACIÓN.....	12
08. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
8.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
8.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
09. OBJETIVOS.....	14
9.1 GENERALES.....	14
9.2 ESPECÍFICOS.....	14
CAPÍTULO II	
10. MARCO TEÓRICO.....	13
11. TÉRMINOS OPERACIONALES.....	40
12. HIPÓTESIS.....	41
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.....	43
13. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO.....	43
14. POBLACION Y MUESTRA.....	44
15. TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	45
16. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
17. LIMITACIONES.....	46
18. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	47
CAPÍTULO IV	
19. RESULTADOS.....	49
20. DISCUSIÓN.....	71
21. CONCLUSIONES.....	76
22. RECOMENDACIONES.....	78
MATERIAL DE REFERENCIA	
23. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79



## 02. ÍNDICE DE CUADROS.

<b>N°</b>	<b>NOMBRE DE LA TABLA.</b>	<b>PÁGINA.</b>
<b>01</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Edad.</b>	<b>49</b>
<b>02</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Estado civil.</b>	<b>51</b>
<b>03</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: PROCEDENCIA.</b>	<b>53</b>
<b>04</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: OCUPACIÓN.</b>	<b>55</b>
<b>05</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Grado de instrucción.</b>	<b>57</b>
<b>06</b>	<b>CONTROL PRENATAL: Número de gestaciones.</b>	<b>59</b>
<b>07</b>	<b>CONTROL PRENATAL: N° de Partos.</b>	<b>61</b>
<b>08</b>	<b>CONTROL PRENATAL: N° de Abortos.</b>	<b>63</b>
<b>09</b>	<b>Total de distribución de antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Regional de Loreto enero a noviembre del 2016.</b>	<b>65</b>
<b>10</b>	<b>CONTROL PRENATAL: Número de gestaciones de las pacientes con aborto incompleto.</b>	<b>64</b>
<b>11</b>	<b>CONTROL PRENATAL: Edad gestacional previo al aborto incompleto de las pacientes.</b>	<b>66</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>N°</b>	<b>NOMBRE DE LA TABLA.</b>	<b>PÁGINA.</b>
<b>01</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Edad.</b>	<b>50</b>
<b>02</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Estado civil.</b>	<b>52</b>
<b>03</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Procedencia.</b>	<b>54</b>
<b>04</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Ocupación.</b>	<b>56</b>
<b>05</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Grado de instrucción.</b>	<b>58</b>
<b>06</b>	<b>CONTROL PRENATAL: Número de gestaciones.</b>	<b>60</b>
<b>07</b>	<b>CONTROL PRENATAL: N° de Partos.</b>	<b>62</b>
<b>08</b>	<b>CONTROL PRENATAL: N° de Abortos.</b>	<b>64</b>
<b>09</b>	<b>Total de distribución de antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Regional de Loreto enero a noviembre del 2016.</b>	<b>66</b>
<b>10</b>	<b>CONTROL PRENATAL: Número de gestaciones de las pacientes con aborto incompleto.</b>	<b>68</b>
<b>11</b>	<b>CONTROL PRENATAL: Edad gestacional previo al aborto incompleto de las pacientes.</b>	<b>70</b>

### **3. DEDICATORIA**

Dedico este trabajo que con esfuerzo, tiempo y dedicación logre concluir después de muchas adversidades, al ser que lo hizo posible; al creador de todo lo que veo y siento, a Dios.

Dedico mi triunfo de forma muy especial a mi madre la Sra. Francisca Pilco Rolín por todo su apoyo y compañía ya que estuvo siempre a mi lado, con su amor y ánimo; incentivándome a ser constante, y eh aquí el fruto de aquello.

También se lo dedico a mi padre que aun en este tiempo gozo de su compañía Espiritual, me enseñó que todos somos capaces de cumplir una meta o de llegar al final si queremos y lo sentimos de corazón.

Igualmente les dedico mi trabajo a mis hermanos Demira Zuleika y Jherinson, a mi Prima Eidy, sus hijos y a mi tío Edilberto porque siempre estuvieron apoyándome.

#### **4. RECONOCIMIENTO**

Agradezco a cada una de las personas que participaron directa e indirectamente en la ejecución de esta investigación ya que sin ellos, el trabajo hubiera tenido algo de complicaciones para su realización y terminación.

Gracias por su apoyo, paciencia y colaboración.

Mi fiel agradecimiento al personal que labora en el Hospital Regional de Loreto quienes siempre estuvieron prestos a colaborar en la elaboración de esta investigación.

A todos los miembros de mi familia, un agradecimiento muy especial sobre todo por la comprensión, paciencia y el ánimo recibido.

A mi asesor de tesis, Dr. Javier Vásquez Vásquez, quien aportó en la conformación de muchas de las ideas plasmadas en la presente investigación. Sin su orientación seguramente no hubiese podido llegar a concretarlas.

##### **A mi Jurado:**

Al Dr.: Beder Camacho Flores,

Por el interés, motivación, apoyo y crítica, necesarios para la realización de este trabajo. Un especial agradecimiento por este privilegio

Al Dr.: Zaid Rios Paredes y a la Blga. Tania Lay Rios,

Mi agradecimiento por el comentario y la sugerencia al presente trabajo.

A todos ustedes, ¡Muchas Gracias!



## **5. RESÚMEN.**

El presente proyecto se realizó de enero a noviembre del 2016. Se determinó la prevalencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años atendidas en el área de gineco obstetricia del Hospital Regional de Loreto, se usó el método descriptivo; el tipo de estudio observacional y descriptivo; 232 mujeres ingresaron por diagnóstico de aborto incompleto; con mayor prevalencia entre 15 a 20 años con el 31%; 64.7% son convivientes; 80.2% proceden de áreas urbanas; 65.1% son amas de casa; 33.2% con secundaria incompleta; 43.1% presentaron entre 2- 3 gestaciones; el número de partos fue 1 con 40.1%; el número de abortos fue de 1 con un 95.7%; el mayor número de gestaciones tuvieron las primigestas con 39.2%; la semana gestacional con el mayor número de aborto fue de 6-10 semanas con 59.9%.

**Palabras claves:** Prevalencia, aborto incompleto, mujeres.

## **Summary.**

The present project was carried out from January to November 2016. The prevalence of incomplete abortion was determined in women aged 15-35 years in the obstetric gynecological area of the Regional Hospital of Loreto. The descriptive method; the type of study observational and descriptive ; 232 women admitted for diagnosis of incomplete abortion; With a higher prevalence between 15 and 20 years with 31%. 64.7% are cohabiting; 80.2% come from urban areas; 65.1% are housewives; 33.2% with incomplete secondary school; 43.1% had between 2 to 3 gestations; The number of births was 1 with 40.1%; The number of abortions was 1 with 95.7%; The highest number of gestations had the primigravidae with 39.2%; The gestational week with the highest number of abortions was 6-10 weeks with 59.9%.

**Keywords:** Prevalence, incomplete abortion, women.

# CAPÍTULO I

## **6. INTRODUCCIÓN.**

La práctica del aborto ha sido utilizada por el hombre para el control de la natalidad desde épocas remotas, se han aplicado técnicas diferentes en distintas regiones del planeta. En nuestro país el uso del aborto se conoce desde el imperio Inca.

En la actualidad el aborto sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial; aunque la información estadística muestra un subregistro, su incidencia va creciendo en los países de Latinoamérica a pesar de tener una política de planificación familiar.

A pesar que seguimos sin conocer la magnitud exacta del aborto, se acepta que el aborto ocurrido en condiciones de riesgo como consecuencia de un embarazo no deseado, produce una alta mortalidad y graves daños a la mujer.

Actualmente, el aborto en el Perú es ilegal, salvo en caso de amenaza a la vida o la salud de la mujer. La pena para una mujer que se somete a un aborto puede ser de hasta dos años de prisión. La pena para una persona que realiza un aborto inducido ilegal puede ser de uno a cinco años de prisión. El aborto terapéutico en el Perú es legal desde 1924. La práctica del aborto está en correspondencia con la fecundidad, el aborto incompleto puede ser resultado de ser provocado o del aborto espontáneo, se presenta en grupos sociales con diferente nivel de escolaridad que tiene o no pareja estable, que poseen o no condiciones apropiadas de vivienda, no utilizan métodos de control de natalidad; en muchas ocasiones se sienten seguras de no salir embarazadas y otras no utilizan métodos anticonceptivos existentes.

## 7. **JUSTIFICACIÓN.**

El presente trabajo es de importancia porque nos da a conocer la prevalencia y la situación actual de las pacientes hospitalizadas por aborto, y de esta manera establecer asociaciones entre el aborto y las características sociodemográficas de las pacientes que abortan y determinar la magnitud del problema.

La dimensión y las consecuencias del aborto justifican su investigación y las hacen objeto de análisis y de muchos estudios, sin embargo, el lado epidemiológico de esta patología es poco estudiada, en nuestra región debido a las condiciones socioeconómicas y culturales la hace importante, todo esto complementado con las actividades socioeconómicas, y su alta prevalencia, fue determinante para realizar un estudio más integral.

Con los resultados obtenidos sobre este estudio, se podrá sugerir recomendaciones para la prevención; y de esta forma mejorar el plan de educación; también para la propuesta de un protocolo de manejo.

De esta manera el estudio de la prevalencia de las pacientes hospitalizadas por aborto es destacado tanto por investigadores individuales como por instituciones internacionales, como la OMS.

## **8. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

### **8.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En el Hospital Regional de Loreto existe un incremento significativo del número de pacientes con diagnóstico confirmado de aborto incompleto, un porcentaje muy elevado se acompaña de complicaciones: hemorragias, infecciones, shock endotóxico; a estas complicaciones hay que añadir los traumatismos que se observan cuando los abortos son artificiales; de ahí la importancia en determinar la prevalencia del aborto en pacientes de 15 a 35 años que ingresaron en esta unidad de salud entre el período de enero a noviembre del 2016.

Por tal motivo como futuro profesional en la Salud Medica he considerado pertinente investigar más a fondo la prevalencia del aborto incompleto, en relación de sus características socio-demográficas, prenatales en mujeres de 15 a 35 años del Hospital Regional de Loreto con la propuesta de un protocolo de manejo.

### **8.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es la prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016?

## **9. OBJETIVOS.**

### **9.1 GENERAL**

- Determinar la prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 – 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el período de enero a noviembre del 2016.

### **9.2 ESPECÍFICOS.**

1. Determinar los factores que intervienen en un aborto incompleto, tomando en cuenta la edad, el grado de instrucción, estado civil y ocupación.
2. Determinar la prevalencia de la edad gestacional de las pacientes que tuvieron aborto incompleto.
3. Detectar el número de gestaciones anteriores al aborto incompleto.

# CAPÍTULO II

## **10. MARCO TEÓRICO.**

**Como antecedente tenemos: a nivel local.**

**Urrutia G, Valeria. (2015)**, en la ciudad de Iquitos, estudió la amenaza de aborto y resultados neonatales adversos en el Hospital Regional de Loreto el 2014, realizó un estudio de tipo analítico, observacional, de casos y controles retrospectivo; concluyó; que las pacientes que tuvieron amenaza de aborto tenían un riesgo significativamente mayor de tener un recién nacido prematuro, con bajo peso al nacer, con un Apgar < de 7 puntos a los 5 minutos y que sean PEG (pequeño para la edad gestacional). En relación a la amenaza de aborto con la prematuridad, de 50 gestantes con amenaza de aborto el 36% tuvieron un recién nacido prematuro. Se observó además que las gestantes con amenaza de aborto tienen 12,9 veces el riesgo de presentar productos prematuros respecto a aquellas gestantes sin antecedente de amenaza de aborto. En las conclusiones demostró que la frecuencia de prematuridad en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 36%; la frecuencia de bajo peso al nacer en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 28%; y la frecuencia de Apgar < de 7 puntos a los 5 minutos en neonatos de gestantes con presencia de amenaza de aborto fue de 18%.

**Marín Macedo, Hamilton. (2012)**, en la ciudad de Iquitos, determino los aspectos clínicos, laboratoriales y manejo del aborto en el Hospital Regional de Loreto entre enero y diciembre del 2012, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de cohorte transversal; obtuvo como resultado, el tipo de aborto más frecuente fue el aborto incompleto (74.4%) con una



edad gestacional < de 12 semanas (89.6%); el tipo de procedimiento más frecuente fue el AMEU (66.8%); la incidencia de aborto fue de 97.8 abortos por mil nacidos vivos; el estudio de imagen más frecuente fue la ecografía pélvica (76.2%).

**Urcuhuaranga Upiachihuay; Lenin Nemesio. (2014)**, en la ciudad de Moyobamba – San Martín, determinó las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín el 2014; realizó un estudio no experimental descriptivo transversal retrospectivo; concluyó; las adolescentes con aborto presentan entre los 17 a 19 años de edad (68.6%); solteras (88.2%); proceden de la zona urbanomarginal (42.2%); zona urbana (37.3%); con nivel de instrucción secundaria (67.6%); 23.5% han tenido antecedente de aborto; el 73.5% son primígesta; el 61.8% tienen entre las 10 a 20 semanas y el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación.

#### **A nivel nacional.**

**Acho, Segundo, et al. (2005)**, en un estudio realizado en Lima, determinaron la incidencia, características sociodemográficas y complicaciones del aborto en las adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos; como resultado, de un total de 2222 abortos, 325 correspondieron a adolescentes; la incidencia fue de 14.7%; 73,6% tenía entre 17 a 19 años; 59,4% interrumpió su embarazo antes de las 12 semanas; el diagnóstico de egreso fue aborto incompleto (67,1%); 9,4% tenía un embarazo anterior.

**Lílian N, Laurente H. (2017)**, en un estudio realizado en Lima, determinó la asociación entre los principales factores socio-reproductivos y el aborto incompleto en pacientes gestantes con edad gestacional menor a 22 semanas; realizó un estudio del tipo observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal; como resultado; se puede concluir que los factores socio-reproductivos como la edad menor de 35 años (OR=3,1, IC 95%=1-9,2, P<0,0385), estado civil soltera (OR= 2,34, IC 95=1,3-4,2, P<0,0045), grado de instrucción ninguno/primaria (OR=3,67, IC95%= 1,9-6,8, P<0,0001), parejas sexuales >2 (OR=4,75, IC95%=2,5-8,8, P<0,0001), gestaciones anteriores (OR=2,67, IC95%=1,3-5,4, P=0,007), abortos previos (OR=7,07, IC95%=3,6-13,4, P<0,0001), fueron estadísticamente significativos. Pero los factores de edad gestacional (OR=1,45, IC95%=0,65-3,2, P= 0,35) y Ocupación ama de casa/ estudiante (OR=0,75, IC95%=0,3-2,16, P=0,7518) no tuvieron significancia de asociación. Es decir, el presentar aborto previo como antecedente, fue el más asociado al aborto incompleto al presentar un riesgo de hasta 7,07 y el haber tenido más de 2 parejas sexuales también es un factor importante de 4,75 de riesgo.

#### **A nivel internacional.**

**Plus Cercado, María Beatriz. (2012)**, en la ciudad de Guayaquil – Ecuador, presentó un trabajo en el cual buscaba identificar la incidencia del aborto incompleto en mujeres de 15 a 35 años del Hospital De Bahía De Caráquez “Miguel Hilario Alcivar”, en el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013, realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, comparativo y transversal, concluyó; un total de 44 pacientes presentó

aborto incompleto (39.3%); según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1%; de Unión libre con 59.1%, proceden de áreas rurales 38.6%; la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje en el nivel de primaria completa con 45.5%; conviven con sus parejas con 63.6%, son amas de casa con 72.7%; 77.3% fue un embarazo no deseado; según la semana gestacional en que se produjo el aborto de muestran que el mayor porcentaje fue de 13 a 16 semana gestacional con 38.6%.

**Guerrero Andrade, Miguel Angel. (2013)**, en la ciudad de Guayaquil – Ecuador, presentó un trabajo en el cual buscaba identificar la prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel en el período de mayo a octubre del 2012, realizó un estudio de tipo retrospectiva y descriptiva, no experimental; encontró que el índice de prevalencia de pacientes diagnosticadas con aborto incompleto fue del 75%; el mayor porcentaje lo presentó las pacientes entre 20 a 23 años con el 43 %; en su mayoría el nivel de instrucción fue la secundaria con el 75%; 76% eran amas de casa; el 60% eran de unión libre; el 75% presentaron un embarazo entre las 6 a 10 semanas y su número de embarazo era mayor a tres.

**Byron Jr. Urizar G, Herbert V Caniz V, Michelle S, Mérida Selvin y Estuardo Newbery M. (2011)**, en un estudio realizado en Guatemala, se determinó las características sociodemográfica, clínica y ultrasonografía de la paciente post aborto incompleto y los costos hospitalarios. Se encontró de 341 pacientes; a 28 (8.3%) se les realizó LU (Legrado uterino) y 313

(91.7%) se les realizó AMEU (Aspiración manual endouterina); el 1.5% post LU (Legrado uterino) y 9.4% post AMEU (Aspiración manual endouterina) presentaron la cavidad uterina ocupada principalmente por sangre y coágulos respectivamente, el 3.8% post LU (Legrado uterino) y 57.2% post AMEU (Aspiración manual endouterina) presentaron de 5 a 8 mm de grosor endometrial. Se concluyó que dentro de las características ultrasonografías 6.7% y 82.4% post LU (Legrado uterino) y AMEU (Aspiración manual endouterina) respectivamente presentaron la cavidad uterina no ocupada, no evidenciando laceraciones ni perforaciones, el grosor endometrial se encontró dentro de los rangos normales; clínicamente no se demostró cambios de presión arterial que manifestaran pérdidas hemáticas considerables; se determinó que los costos hospitalarios por procedimiento fueron menores al realizar AMEU (Aspiración manual endouterina) en comparación con LU (Legrado uterino).

### **CONCEPTO DE ABORTO.**

Según la OMS define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación o con un peso del producto menor de 500 gr, con o sin expulsión total del producto de la concepción.(30)

### **EPIDEMIOLOGÍA.**

Según la OMS: Entre 2010-2014: En promedio, se produjeron anualmente 56 millones de abortos (seguros y peligrosos) provocados en todo el mundo. Se produjeron 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de

15-44 años. El 25 por ciento del total de embarazos acabó en aborto provocado. La tasa de abortos fue superior en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas. Se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo. Se calcula que en el 2008 se produjeron 47 000 defunciones a causa de abortos peligrosos. (1) África se ve desproporcionadamente afectada, ya que dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en ese continente. Cada año, unos 5 millones de mujeres ingresan en hospitales como consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica. Se estima que el costo anual por tratamientos de complicaciones importantes derivadas de abortos peligrosos asciende a \$680 millones. (11)

La OMS estima que en las últimas tres décadas cerca de 40 a 50 millones de abortos ocurren anualmente, cerca de la mitad de abortos es decir 20 millones se realizan en circunstancias inseguras. Cada año en el mundo mueren 585 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13 % (aproximadamente 70000) de todas la muertes maternas se deben a complicaciones del aborto. Además de las mujeres que mueren por esta causa, miles de mujeres sufren consecuencias a largo plazo incluyendo infertilidad.

En países en desarrollo, el riesgo de muerte secundario a complicaciones de procedimientos de abortos inseguros es varios cientos de veces mayor que aquel de un aborto realizado profesionalmente y bajo condiciones seguras. (11)

Las causas fetales del aborto corresponden a un 50 a 60 % de los casos; y de ellas las más frecuentes son la trisomía autonómica y la monosomía X. La presencia de ácido antifosfolipídicos se asocia con un 90 % de abortos. El promedio en que las adolescentes se convierten en madres es de 16,6 años; además 1 de cada 5 mujeres que cursan entre 15 y 19 años han tenido al menos 1 embarazo. La frecuencia de aborto es mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas, las cifras son un 14% y un 5% respectivamente. El antecedente de uno o más abortos previos aumenta el riesgo de aborto en embarazos sucesivos en un 24% y 32%. La edad materna influye en la incidencia del aborto, puesto que el riesgo de aborto en mujeres de 35 a 40 años es de 21% y en mujeres mayores de 40 años el riesgo es de 42%, esto, debido a que conforme la edad avanza, se magnifica la posibilidad de que se presente cualquiera de las causas de aborto espontáneo, más adelante señaladas. (5)(6)(15)

El aborto recurrente se presenta del 2 al 5 % en mujeres que desean un embarazo, y un 3 al 5 % de abortos recurrentes se presentan por problemas genéticos. (5)(8)

Cabe recalcar que las mujeres que han sido sometidas a un aborto provocado con frecuencia tienen conflictos psicológicos, emocionales y sociales. (5) (6)

## **CLASIFICACIÓN DEL ABORTO**

### **1. Según la intencionalidad**

a. **Aborto inducido**, provocado o voluntario: es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Puede ocurrir en

el contexto de la legalidad o ilegalidad.

Puede ser:

- Libre: bajo el derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo por el sólo hecho de no ser deseado.
- Psicosocial
- Eugénico: cuando se predice que nacerá un feto con defecto o enfermedad.
- Terapéutico: por razones de salud materna.
- Mixto: cuando en el embarazo múltiple se realiza una reducción selectiva embrionaria o fetal para que los restantes tengan mayor probabilidad de sobrevivir.
- Ético: Cuando el embarazo es fruto de una agresión sexual.

**b. Aborto espontáneo o involuntario:** en el cual no interviene la acción humana de forma intencionada.

## 2. Según su evolución puede ser

- **Amenaza de aborto:** se caracteriza por metrorragia escasa acompañada o no de dolor en hipogastrio tipo cólico
- **Aborto inminente o inevitable:** caracterizado por la irreversibilidad del proceso
- **Aborto retenido o diferido:** en el que persiste el producto de la concepción tras la interrupción del embarazo. Una situación a tener en cuenta dentro de este, es la gestación anembrionada, que consiste en la ausencia de embrión dentro del saco gestacional. Su causa más importante es la alteración cromosómica.
- **Aborto habitual o recurrente:** pérdida de tres o más embarazos

espontáneamente de forma consecutiva o cinco o más no consecutivos.

### 1 Según su terminación

- **Aborto completo:** el producto de la concepción es expulsado en su totalidad.
- **Aborto incompleto:** el producto de la concepción no es expulsado en su totalidad, quedan restos abortivos dentro de la cavidad uterina.

### 2 Según su edad gestacional

- **Aborto bioquímico o preclínico:** es la interrupción de la gestación después de nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional (cuatro-cinco semanas de gestación).
- **Aborto clínico:** ocurre posterior a la gestación del saco gestacional, se divide en embrionario (de la seis a la ocho semanas gestacionales) o fetal (de la diez a la veintidós semanas gestacionales).

### 3 Según las consecuencias

- **Aborto no complicado.**
- **Aborto complicado:** Infección (aborto séptico), hemorragia.

## CAUSAS DEL ABORTO

El 50% de los abortos espontáneos tienen causa conocida.

Dentro de éstas pueden ser de dos tipos:

- a. Ovular: anomalías genéticas.
- b. Maternas: anatómicas.
  - Endocrinas.
  - Infecciosas.



- Inmunológicas.
- Ambientales y iatrogénicas.

### **A. Anomalías genéticas**

Es la causa más común de aborto espontáneo (del 50 al 70%). La proporción de anomalías cariotípicas disminuye a medida que avanza la gestación. Las alteraciones cromosómicas más frecuentes en el primer trimestre son las trisomías autosómicas, sobretodo la del 16, dependen de factores como la edad materna, translocaciones equilibradas de los padres y fertilización tardía. En el segundo trimestre destacan las trisomías 13, 18, 21, así como la monosomía 45 X0. En el aborto de repetición las anomalías más frecuentes son las translocaciones. En el 2-5% de estas parejas existe una translocación equilibrada. (16)

### **B. Anomalías anatómicas o uterinas:**

- Malformaciones uterinas:** Sólo el 25% ocasionan pérdidas reproductivas, destacando por frecuencia el útero tabicado. Paradójicamente, anomalías más graves como el útero doble no incrementan la tasa abortiva debido (según diferentes teorías) a que la base del problema no radica en el conflicto de espacio, sino en alteraciones de la vascularización y nutrición endometrial
- Causa endometrial o implantatoria:** Defecto de interacción embrión-endometrio.
- Miomas uterinos:** La localización es más determinante que el tamaño, siendo los miomas submucosos los por producir trastornos en la vascularización o compresión en el desarrollo del embarazo.

- Sinequias uterinas:** Se encuentra en el 15-30% de los casos de aborto habitual.
- Insuficiencia ístmicocervical:** Caracterizada por la incapacidad del cérvix de permanecer cerrado ante la distensión de la cavidad uterina que además puede permitir el ascenso de microorganismos hacia el compartimento ovular. Generalmente es secundaria a traumatismos cervicales.
- Otras:** Placentación anormal, útero hipoplásico en mujeres expuestas al dietilestilbestrol.

### **C. Trastornos endocrinos**

- Defectos de la fase luteínica:** Para la implantación y el mantenimiento del embarazo es necesaria la correcta función del cuerpo lúteo (maduración endometrial y nidación del blastocisto). La extirpación del cuerpo lúteo antes de la séptima semana de gestación ocasiona aborto en casi todas las mujeres. La insuficiencia luteínica es el trastorno hormonal más frecuente asociado al aborto, pudiendo deberse a patología endometrial o a una insuficiencia progesterónica. También puede ser consecuencia de una anomalía fetal que ocasione alteraciones en el funcionamiento del cuerpo lúteo, observándose una asociación con la trisomía 13. Se han utilizado diferentes procedimientos diagnósticos como el registro secuencial de la temperatura basal, la determinación de la concentración de progesterona plasmática, la biopsia endometrial, la ultrasonografía y el estudio de proteínas endometriales.
- Anomalías en la secreción de LH:** La hipersecreción de LH en la primera fase del ciclo es causa de aborto, lo cual se podría explicar si

consideramos que este aumento produciría una maduración prematura del oocito con reactivación de la primera división meiótica antes de la ovulación. El envejecimiento precoz del oocito antes de la fecundación ocasionaría una mayor frecuencia de anomalías genéticas.

–**Anomalías tiroideas:** Los anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y antiperoxidasa) con frecuencia aparecen elevados en pacientes abortadoras. Las pruebas habituales de función tiroidea no han demostrado claramente su utilidad clínica.

–**Diabetes mellitus:** No hay pruebas de que la intolerancia a los carbohidratos produzca abortos con más frecuencia. No existe mayor riesgo de abortar en mujeres con diabetes subclínica o bien controlada, si bien en DMID esta tasa es dos o tres veces mayor que en la población general.

#### **D. Causas infecciosas**

Se relacionan con riesgo de aborto la exposición primaria en etapas iniciales de la gestación, la capacidad inherente al microorganismo para producir una infección placentaria, así como el desarrollo de un estado de portador y, por último, la inmunodeficiencia causada por inmunosupresores, quimioterapia, corticoides y SIDA.

Cualquier enfermedad infecciosa aguda puede ser causa de aborto esporádico, aunque ciertos agentes como la viruela, cólera, paludismo, toxoplasmosis y brucelosis, siendo el *Ureoplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*, también causan abortos la *Listeria monocytogenes*, Citomegalovirus y Virus Herpes Simple. No se ha podido demostrar que el

VIH incrementa la tasa de abortos espontáneos. La lúes es la única enfermedad con efecto demostrado en el aborto recurrente. (16)

### **E. Abortos de origen inmunológicos**

Probablemente, el 80% de los abortos de origen desconocido tienen una base inmunológica. El sistema inmune materno reconoce a la unidad feto-placentaria y establece los mecanismos de autotolerancia. Cualquier fallo de éste podría ser causa de aborto, observándose una mayor prevalencia de anticuerpos autoinmunes órgano y no organoespecíficos. Se habla de la producción de factores tóxicos (IgG, Interferón Gamma) para el embrión y/o trofoblasto. El lupus eritematoso es la enfermedad paradigma debida a presencia de anticuerpos antifosfolipídicos. Otros procesos autoinmunes que cursan con niveles elevados de Acs. Antinucleares y antitiroideos también serían causa de abortos.

– **Anticuerpos y síndrome antifosfolipídico:** Se conocen tres tipos de anticuerpos antifosfolipídicos con trascendencia clínica: anticoagulante lúidico, anticuerpos anticardiolipina y los falsos positivos de la serología lúética. Estos anticuerpos ocasionan pérdidas gestacionales recurrentes por posibles interferencias en la formación del sincitiotrofoblasto, trombosis arteriales y venosas, trombocitopenia y anemia hemolítica autoinmune. La evidencia de estos cuadros clínicos y el aumento de los anticuerpos anticardiolipina definen el Síndrome Antifosfolipídico, que aparece en el 7 al 30% de los casos de LES. Los abortos aislados no suelen asociarse con la presencia de cuerpos antifosfolipídicos. El síndrome antifosfolipídico se trata con ácido acetilsalicílico, e incluso con heparina y sus beneficios están comprobados. Estos tratamientos se instauran inmediatamente al

conocimiento de la gestación aunque, de forma ideal, deberían iniciarse con carácter preconcepcional.

– **Anticuerpos antinucleares y antitiroideos:** No se ha podido establecer su participación en la génesis del aborto habitual. Los datos disponibles no apoyan su determinación sistemática. Enfermedades autoinmunes con afectación gonadal se asocian a pérdidas recurrentes.

#### F. Causas ambientales

– **Tabaco:** La incidencia de aborto es más frecuentes en fumadoras que en no fumadoras, con independencia de la edad. Este aumento es función directa de la cantidad de humo inhalado. Analizados los productos abortivos, no se encuentran anomalías cariotípicas, lo cual habla a favor de la influencia directa del tabaco.

#### Mecanismos de acción de microorganismos implicados en la génesis del aborto espontáneo.

Microorganismos	Mecanismos
Virus rubéola Parvovirus B19 Coxsackie B Virus Varicela Zóster	FETOTOXICIDAD
CMV crónico Virus Herpes Simple Treponema pallidum Borrelia burgdoferi	EMBRIOPATÍA
Plasmodium sp.	CONGESTIÓN PLAQUETARIA
Chlamydia sp. Ureaplasma urealyticum Mycoplasma hominis	ENDOMETRITIS ENDOCERVICITIS
Listeria monocytogenes Otros Gram(+) y Gram(-) frecuentes	AMNIONITIS O DIU INFECTADO

– **Alcohol y tóxicos químicos:** Teniendo en cuenta la multiplicidad de factores de riesgo en la paciente alcohólica, no puede considerarse al alcohol como causa directa de la pérdida reproductiva, si bien hay

estudios que señalan un aumento en la tasa de abortos espontáneos.

- Algunos tóxicos como el óxido de etileno, derivados del caucho y solventes industriales también la aumentan.
- **Cafeína:** El consumo excesivo de cafeína en el embarazo se relaciona con retraso del crecimiento y pérdida embrionaria.
- **Radiaciones:** Los procedimientos diagnósticos radiológicos no aumentan el riesgo de pérdida reproductiva, retraso del crecimiento o malformaciones. No obstante, la exposición del útero grávido a dosis de radiación terapéutica sí incrementa la tasa de abortos. La ultrasonografía diagnóstica no constituye un riesgo añadido.
- **Contracepción:** Tanto los anticonceptivos orales como el DIU (utilizados preconcepcionalmente) no aumentan el riesgo de aborto que si se evidencia en caso de gestación con DIU. El uso de espermicidas antes y durante el embarazo no lo aumentan.
- **Traumatismos:** En contadas ocasiones de gran violencia pueden ocasionar abortos. Existe relación causa-efecto sólo cuando la pérdida reproductiva es próxima a la acción traumática.
- **Edad materna:** La tasa de abortos en mujeres de 40 años duplica la de pacientes 20 años más jóvenes. Este incremento es multifactorial y depende de procesos infecciosos, insuficiencia luteínica y alteraciones en la vascularización endometrial.
- **Trabajo:** El trabajo nocturno aumenta la frecuencia de abortos, sobre todo en aquellos casos que requieren una atención especial.
- **Yatrogenia:** La realización de métodos diagnósticos invasivos durante la gestación como la amniocentesis, biopsia corial o funiculocentesis,

puede favorecer su pérdida. El riesgo descrito es del 1-3% de pérdidas gestacionales y éstas tienen una clara relación con la experiencia del especialista que realiza la técnica. (16)

### **MECANISMO DEL ABORTO.**

Cuando un embarazo amenaza interrumpirse en los 3 primeros meses, aparece habitualmente el sangramiento, que puede acompañarse de dolores referidos en el hipogastrio. Esto se debe a que en ese tiempo el huevo está cubierto de vellosidades que recuerdan un erizo, y las pequeñas contracciones patológicas que desprenden las tenues vellosidades no siempre provocan dolor y aparece como primera manifestación la pérdida de sangre. (13)

Cuando se trata de un embarazo de más de 3 meses, el corion ha sufrido las transformaciones estructurales que dan lugar a la formación de la placenta. Por consiguiente, se manifiesta primero el dolor, causado por las contracciones tendentes a expulsar al feto, y después sobreviene el sangramiento como consecuencia del desprendimiento placentario. (13) El aborto que ocurre en los primeros 3 o 4 meses puede ser típico o atípico. En el aborto típico (en un tiempo), el huevo se elimina en bloque con las caducas refleja y parietales, completo o roto. Es más frecuente cuanto más joven es el embarazo. En este caso, la pérdida sanguínea suele ser escasa y la intervención quirúrgica puede no ser necesaria. (15)

“En el aborto atípico (en 2, o eventualmente, en 3 tiempos) se elimina primero al feto y después los elementos ovulares y la caduca, que algunas veces se expulsa sola en un tercer tiempo. (16)

Esta forma es más común después del tercer mes. Requiere generalmente intervención quirúrgica por las dificultades que significa el desprendimiento de los anejos ovulares al provocar hemorragias.(16) Existen diferentes eventualidades durante la expulsión:

1. El huevo puede salir envuelto parcialmente en la caduca refleja, mientras que la caduca parietal permanece retenida y es expulsada más tarde; la caduca se desgarran en la zona marginal que rodea al huevo.
2. Primeramente se desgarran la caduca refleja y sale el huevo del saco amniocorial, luego se expulsan las caducas refleja y parietal.
3. Se desgarran la caduca refleja y el corion, y por la brecha sale el embrión en el saco amniótico. Posteriormente salen el corion y las caducas.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ABORTO**

En el aborto para hablar de signos y síntomas tenemos que conocer de antemano que la mujer cursó con un embarazo y en qué semana de gestación se encontraba o por lo menos aproximarnos a la misma por la fecha de la última menstruación, debemos conocer si expulsó parte del embrión y tratar de identificar una causa. En el examen físico el útero es de tamaño más pequeño que el esperado, el cuello está abierto y hay presencia de sangrado vaginal el cual puede ir desde muy leve hasta muy intenso, inclusive al punto de atentar con la vida del paciente, es el llamado aborto incompleto hemorrágico. La hemorragia es el signo más frecuente de todas las formas clínicas de aborto, variando desde un discreto spotting asintomático a un cuadro de shock. La presencia de dolor hipogástrico y contracciones no es constante. El tamaño del útero puede ser, o no, acorde con la edad gestacional, en cuyo caso se sospecharía la expulsión previa



del saco embrionario. El cuello uterino puede estar cerrado o presentar dilatación, mostrando o expulsando restos abortivos (17) (16)

### **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN EL ABORTO**

En los exámenes complementarios encontramos estudios de imagen o radiológicos y pruebas hormonales. Dentro de los estudios radiológicos tenemos al ultrasonido, con el ultrasonido transvaginal es posible la visualización del saco gestacional desde las 4,5 semanas, con la ecografía abdominal o ultrasonido abdominal se puede observar el saco gestacional desde las 5,5 semanas. Existen criterios mayores para la interpretación del ultrasonido, como la ausencia del embrión en el saco de al menos 25 mm, con una sensibilidad del 29% y una especificidad del 99%. Y existen criterios menores como una reacción decidual menor a 2 mm, con una sensibilidad del 28% y especificidad de 99%.

Las pruebas hormonales son la Beta hCG (Gonadotropina Corionica Humana), la progesterona, el estradiol, estas son muy útiles en los embarazos de menos de seis semanas. (16)

### **DIAGNÓSTICO DEL ABORTO**

Para la realización del diagnóstico nos basamos en los síntomas y signos y si es necesario en los exámenes complementarios que nos van a confirmar el diagnóstico clínico para proceder a un tratamiento adecuado.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras patologías que producen hemorragia en la primera mitad del embarazo:

- Lesiones malignas o benignas del tracto genital inferior: Toda lesión observada debe ser adecuadamente investigada, incluyendo colposcopia, biopsia.
- Gestación molar: la ecografía y la determinación de los valores circulantes de Beta-HCG (siempre mayores de 100.000 mUI/ml) resultan determinantes para el diagnóstico, cuya determinación definitiva es anatomopatológica.
- Embarazo ectópico: en caso de que no se observe gestación intrauterina ecográficamente, la cifra de Beta- HCG sanguínea y su evolución posterior, nos permitirá orientar el diagnóstico. (16)

#### **TRATAMIENTO DEL ABORTO.**

El sangrado y una infección son los dos riesgos fundamentales de la retención de productos de la concepción, por lo tanto en ese sentido debe dirigirse el tratamiento. El manejo de la paciente puede ser de corta estancia dependiendo de las condiciones de la misma, se incluye actividades como: Realizar control de signos vitales, suspender ingesta de alimentos por 6 horas, suministrar líquidos vía venosa, suministrar analgésicos, el grado de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer. La administración de útero-tónicos para disminuir el sangrado. Uso de antibióticos de acuerdo a criterio clínico, la realización de una Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o un legrado quirúrgico dependiendo de la valoración. (20)(21)

## **AMEU (ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA)**

La AMEU es la aspiración manual endouterina que se utiliza para el tratamiento del aborto con muy buenos resultados y con bajo riesgo del paciente, consiste en la utilización de cánulas de Karman las cuales son estériles que se introducen en la cavidad uterina, las mismas se conectan a una jeringa de Karman, la cual permite realizar un raspado en la cavidad uterina evacuando el contenido al vacío sin mayores riesgos, este procedimiento puede como no realizarse con anestesia local, cabe recalcar que si bien la AMEU no se realiza en quirófano se debe realizar en un área adecuada y correctamente determinada, en el Hospital Regional de Loreto existe una área determina solo para la realización de este procedimiento. Las ventajas de la realización del AMEU es que es una técnica más segura, con menos complicaciones, de bajo costo, un servicio de alta calidad, el uso de anestesia local, no se necesita de un quirófano pero si de un área predeterminada y la recuperación es más rápida que en la realización de un legrado. (22)

## **LEGRADO UTERINO.**

Es el procedimiento más sencillo de evacuación uterina. Con la paciente anestesiada y posición ginecológica, se utiliza valva vaginal o espejuelo, se pinza el cuello uterino, traccionando el mismo. A continuación se mide la cavidad uterina usando un histerómetro. Posteriormente, si el cuello está cerrado, se procede a su dilatación con tallos de Hegar, esto podría evitarse si se realiza preparación cervical previa. Si por el contrario está dilatado, se introducirá directamente la cucharilla o legra, eligiendo la de mayor tamaño

que quepa por el orificio cervical. Introducida hasta el fondo uterino y mediante movimiento de retorno hacia el cuello se exploran las cuatro paredes, procediendo hasta evacuar la cavidad uterina. Los efectos secundarios del legrado es que las pacientes a menudo presentan cólicos abdominales, náuseas que varían de leves a moderadas, vómito, dolor y sangrado parecido al de la menstruación. (16)

### **COMPLICACIONES DEL ABORTO.**

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes, sin embargo existen complicaciones que se realizan tanto en el centro de salud como fuera de el, dentro de las mismas encontramos a la hemorragia, la cual puede ser producto de la retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cuello uterino y ocasionalmente, perforación uterina. Las infecciones, las mismas que raramente ocurren si el aborto se realizó apropiadamente. La anestesia puede causar algún tipo de complicación, la anestesia local es más segura que la anestesia general por lo que la AMEU (Aspiración manual endouterina) es más seguro que el LU (Legrado uterino). La mayoría de las mujeres que tienen un aborto bien realizado no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto. (5)(23)

**Complicaciones del Aborto Espontáneo.-** No se conocen bien las causas de la mayoría de los abortos espontáneos. Tienen lugar durante el primer

trimestre del embarazo y se producen normalmente debido a defectos o anomalías cromosómicas.

En muchos casos se resuelven sin producir ningún síntoma, apenas un retraso en la aparición de la menstruación. Otros síntomas son debidos a una evacuación incompleta que en estos casos ha de ser terminada por métodos quirúrgicos, también se presentan sangrados más o menos abundantes producidos normalmente por dicha evacuación incompleta y en menor número a infecciones por retención.(15)

### **Complicaciones del Aborto Inducido.**

Estas pueden considerarse las complicaciones más frecuentes:

**Evacuación incompleta:** En algunos casos puede ser necesaria una nueva intervención para evacuar el útero.

**Sangrados abundantes:** Normalmente se deben a evacuaciones incompletas.

**Infecciones:** Muy poco habituales debido entre otras cosas a la técnica y a la protección antibiótica que se suele aportar.

**Perforación de útero:** la manipulación de la cureta puede provocar la perforación del útero, causando inflamación (peritonitis), que a su vez exigirá, en algunos casos, la propia extracción del útero, dejando en consecuencia a la mujer con incapacidad de tener hijos.

### **Perforación uterina:**

Una complicación postquirúrgica es la perforación uterina. Es infrecuente, en torno al 0,2%. La favorecen la inexperiencia del cirujano, los abortos tardíos y la multiparidad. El tratamiento varía en función de la sintomatología. Ante la sospecha de perforación, el legrado debe interrumpirse, manteniendo una actitud conservadora. La aparición de irritación peritoneal por lesión visceral, hemorragia intensa o hematoma extenso son indicaciones de laparotomía urgente. (16)

### **Complicaciones Tardías del Aborto.-**

**Iso Rh.** Las mujeres con sangre Rh negativa que no recibieron el antídoto (inmunoglobulina antiRh) quedan expuestas a reacciones a la sangre Rh-positiva y sus futuros hijos corren el riesgo de sufrir una excesiva destrucción de glóbulos rojos (hemólisis), lo cual puede provocarle al recién nacido la grave enfermedad hemolítica. (24)

**Predisposición a abortos espontáneos.** Las mujeres que abortan corren el riesgo de sufrir abortos espontáneos en una proporción 35% mayor al de aquellas que nunca abortaron.

La infección postaborto puede asociarse a complicaciones como bacteriemia, abscesos pelvianos, tromboflebitis, CID, shock séptico, insuficiencia renal e incluso conducir a la muerte. De todos los procedimientos terapéuticos el legrado por aspiración es el que conlleva menos complicaciones infecciosas. Son factores de riesgo las infecciones

previas del tracto genital, el aborto en fases tardías y el empleo de anestésicos locales

El Síndrome de Asherman (sinequias intrauterinas) es el 60 % de los casos secundario a un legrado uterino, disminuyendo su frecuencia mediante maniobras suaves y precisas, eligiendo la técnica del legrado por aspiración en vez del curetaje quirúrgico. No hay que olvidar que se puede provocar infertilidad en la mujer debido a este síndrome. (16)

## 11. TÉRMINOS OPERACIONALES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
<b>ABORTO INCOMPLETO</b>	Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable. Antes de las 22 semanas	Resultados obtenidos de las historia clínicas del diagnóstico de ingreso		Amenaza de aborto <b>Aborto Incompleto</b> <b>Aborto Diferido</b> <b>Aborto Provocado</b> <b>Aborto en Curso</b> Aborto completo Aborto séptico
<b>ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS</b>				
<b>Edad</b>	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nace.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. Se medirá en años meses y días.	<b>Ordinal</b>	15-20 años 21-25 años 26-30 años 31-35 años
<b>Estado civil</b>				Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada
<b>Procedencia</b>	Lugar de origen de los pacientes.	Se definirá por la historia clínica en: Urbano, urbano-marginal y Rural.	<b>Nominal</b>	1.-Urbano. 2.-Urbano-marginal. 3.-Rural.
<b>Ocupación de Pacientes</b>	Actividad física o mental que las pacientes realizan para vivir.	Se definirá por la historia clínica en:	<b>Nominal</b>	<b>Ama de casa</b> <b>Profesional</b> Estudiante Otros.
<b>Grado de instrucción</b>	Grado de instrucción recibido.	Se definirá por la historia clínica en: Analfabeto, primaria, secundaria superior. Técnico, profesional	<b>Nominal</b>	Analfabeto. Primaria completa Primaria incompleta secundaria completa secundaria incompleta técnico universitario profesional



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS				
<b>El Control Prenatal</b>	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal	Resultado de la encuesta de recolección de datos	<b>Nominal</b>	Nº de gestaciones 1 2-3 4 o más N/A Nº de partos 1 2-3 4 o más N/A Nº de abortos 1 2-3 4 o más N/A
Número de Gestas de las Pacientes con Aborto incompleto.	Número de embarazos que haya tenido el paciente			<b>Primigesta</b> <b>Segundigesta</b> <b>Multigesta</b>
Edad Gestacional Previo al Aborto incompleto de las Pacientes	Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas			<b>1 a 5 semanas</b> <b>6 a 10 semanas</b> <b>11 a 15 semanas</b> <b>16 a 20 semanas</b> <b>Se desconoce</b>

## 12. HIPÓTESIS

### **Hipótesis de Trabajo: (Hi)**

La alta prevalencia de abortos incompletos en las pacientes de 15 a 35 años en el Hospital Regional de Loreto es causa de un problema de salud pública.

### **Hipótesis Nula: (Ho)**

La alta prevalencia de abortos incompletos en las pacientes de 15 a 35 años en el Hospital Regional de Loreto no es causa de un problema de salud pública.

# **CAPÍTULO III**

## **METODOLOGÍA.**

**13.1 Tipo de estudio:** Es un estudio observacional y descriptivo, que mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento, es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado.

### **13.2 Diseño de investigación**

El presente estudio, estuvo comprendido dentro del diseño del estudio de investigación no experimental y descriptivo, ya que no se construyó ninguna situación, sino se observaron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente y las mediciones se realizaron en una sola oportunidad.

El diseño que se empleará será no experimental, descriptivo, correlacional.

## **14. Población y muestra:**

### **Población:**

La población de estudio es de 437 pacientes y que está conformado por las historias clínicas seleccionadas de las mujeres con diagnóstico de aborto que ingresaron al Hospital Regional de Loreto en el servicio de Gineco-Obstetricia en el período de enero a noviembre del 2016.

### **Muestra:**

La muestra de esta investigación es de 232 pacientes de 15 a 35 años con diagnóstico de aborto incompleto; cuyo muestreo fue por conveniencia, considerando los criterios de inclusión y exclusión, de las pacientes ingresadas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN:**

### **Criterios de Inclusión:**

- Todas las pacientes de 15 a 35 años con diagnóstico de aborto, incompleto ingresadas y tratadas en el área de Ginecología del Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a noviembre del 2016.
- Pacientes ingresadas que tengan entre los 15 a 35 años.
- Todas las pacientes que presentan diagnóstico de aborto incompleto confirmado.

### **Criterios de Exclusión:**

- Aquellas pacientes ingresadas que tengan menos de 15 años y más de 35 años.
- Todas las pacientes que no tengan diagnostico concordante con el

diagnóstico de aborto incompleto.

- Pacientes que ingresan con diagnóstico de aborto incompleto sin evidencia de sangrado vaginal persistente y que no necesiten evacuación uterina.

## **15. TÉCNICA E INSTRUMENTO.**

Para poder recoger los datos provenientes de la observación de las variables de estudio, durante su aplicación se consideró las siguientes técnicas e instrumentos:

### **Técnicas.**

**Recolección de datos:** Se realizó mediante el llenado de la ficha de recolección de datos de las historias clínicas, hojas de afiliación del SIS, archivos de estadística. Previamente se coordinará con el Jefe del departamento de ginecología, y el departamento de estadística del Hospital Regional De Loreto.

**Fichaje.** Es una técnica que consiste en tomar apuntes de manera ordenada y selectiva del contenido de una información impresa y para cuyo fin se empleó fichas.

### **Instrumento**

**El cuestionario.** Elaborado sobre la base de un conjunto de preguntas cerradas y se aplicó a los pacientes diagnosticado con aborto incompleto donde se recogió información sobre las variables en estudio.

El cuestionario referido a la variables, tenemos características sociodemográficas que consta de 5 preguntas y II sobre el control prenatal que consta de 6 preguntas.

## **16. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Previa autorización de las autoridades del Hospital Regional de Loreto; se explicó sobre el estudio y los fines del mismo, una vez autorizado se ejecutó de forma minuciosa con las pacientes que estuvieron cursando por un post-graduado; luego se procedió a la revisión y comparación con las historias clínicas de las mismas.

**TÉCNICA:** La técnica que se empleó fue la encuesta o cuestionario.

**ÁREA DE ESTUDIO:** Se realizó en el departamento de Loreto, ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, en el área gineco – obstetricia del Hospital Regional de Loreto.

- **Análisis e Interpretación.**

Los datos obtenidos de la ficha de recolección de datos fueron ordenados y clasificados teniendo en cuenta las variables en estudio.

El presente estudio fue procesado y analizado mediante el paquete estadístico informático del IBMSPSS 21 en español.

**Análisis Estadístico:**

Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y tablas de frecuencias univariadas. Para las variables de naturaleza cuantitativa se utilizará proporciones. Para el cálculo de las medidas estadísticas se empleará el programa estadístico SPSS Versión 21. También se realizarán cuadros estadísticos para las variables cuantitativas y se elaborarán gráficos según el tipo de variable.

## **17. LIMITACIONES.**

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- Falta de instrumentos de control (fichas con datos incompletos) que permitan tener acceso a la información en algunos meses, lo que imposibilitó conocer con exactitud las historias clínicas.
- Escasez bibliográfica sobre estudios de aborto incompleto, lo que llevó a extrapolar la información existente sobre el tema.
- Falta de llenado correcto de las historias clínicas.
- Falta de disponibilidad de algunos de los trabajadores en archivos de la muestra estudiada, debido al desinterés que evidenciaban.

## **18. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS.**

Por la naturaleza y característica del estudio, este no transgrede de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas historias clínicas serán revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permaneció en absoluta reserva.

Se protegió la identidad de cada uno de los sujetos de estudio y se tomó en cuenta las consideraciones éticas pertinentes, tales como confidencialidad, consentimiento informado, libre participación y anonimato de la información.

# **CAPÍTULO IV**



## 19. RESULTADOS.

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

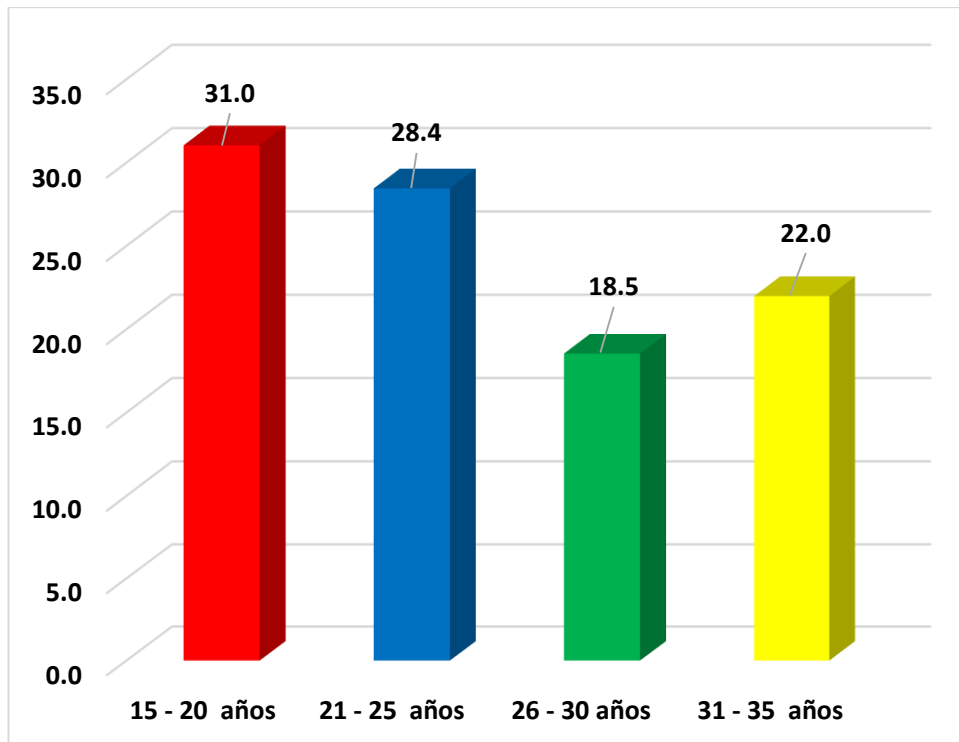
Datos demográficos según el diagnóstico de ingreso de las pacientes con aborto incompleto.

Tabla N° 01: CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>15 - 20 años</b>	72	31.0	31.0	31
<b>21 - 25 años</b>	66	28.4	28.4	59.4
<b>26 - 30 años</b>	43	18.5	18.5	77.9
<b>31 - 35 años</b>	51	22.0	22.0	100
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	

Se encontró mayor población en mujeres de entre 15 -20 años y menor población en mujeres de 26-30 años.

**Gráfico N° 01: EDAD**



Observamos que el 31 % de las pacientes fluctúan entre 15 a 20 años, seguido de 21 a 25 años con un porcentaje de 28.4%, de 31 a 35 años, con un porcentaje de 22%, de 26 a 30 años con un porcentaje de 18.5%.

Por lo que se puede analizar que durante el periodo de estudio de la investigación, las que presentaron un mayor número de aborto incompleto se dio entre las edades de 15-20 años.

**Tabla N° 02: CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Estado civil.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Soltera</b>	66	28,4	28,4	28,4
<b>Casada</b>	16	6,9	6,9	35,3
<b>Conviviente</b>	150	64,7	64,7	100,0
<b>Total</b>	232	100,0	100,0	

Fuente propia

Se registró que el mayor porcentaje de abortos se realizaron mujeres convivientes con una frecuencia de 150 (64.7 %).

**Gráfico N° 02: Estado civil**

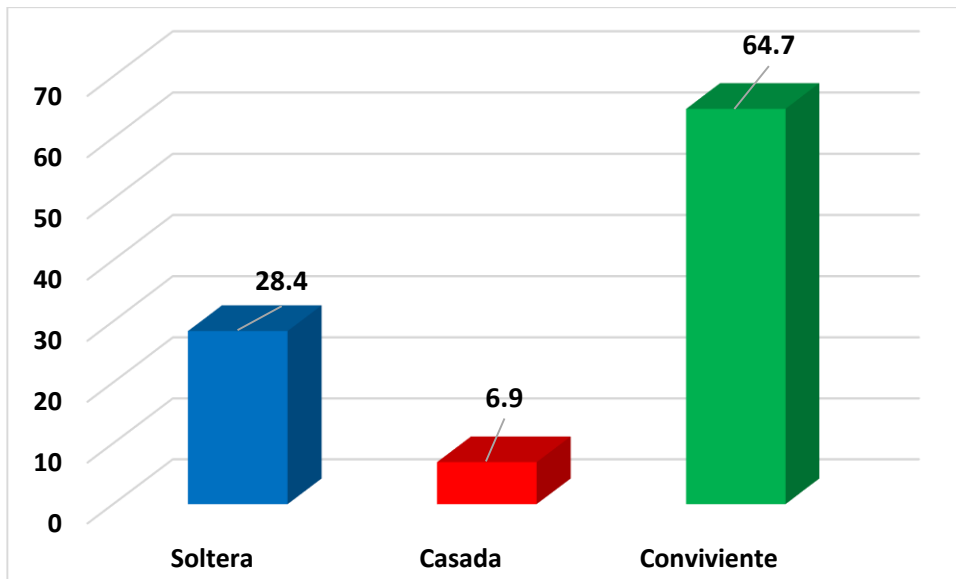


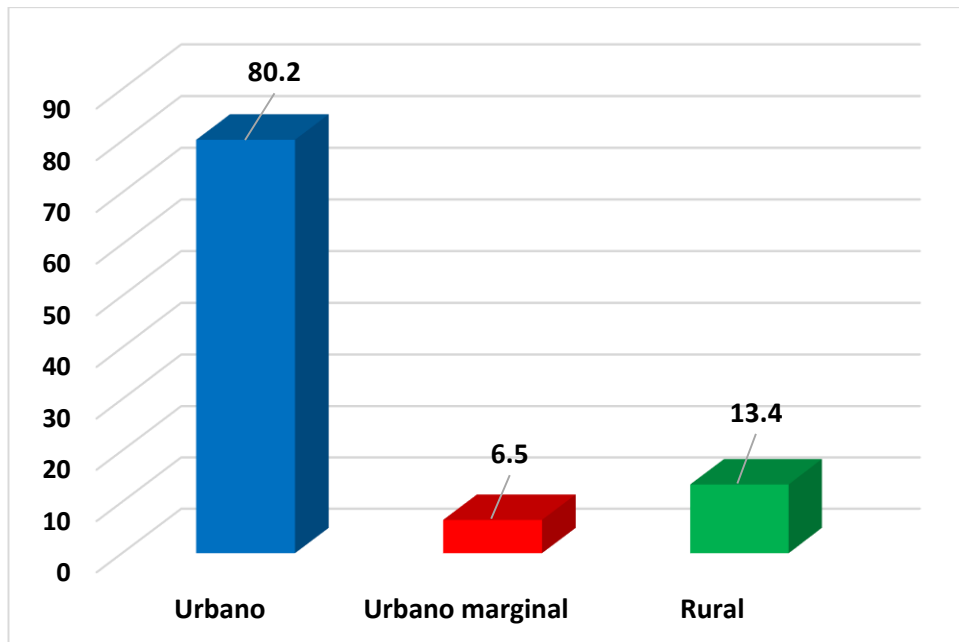
Tabla y gráfico (2) registra que el mayor porcentaje de abortos se realizaron mujeres convivientes con un 64.7 %, seguida con el 28.4% las pacientes solteras y por último el 6.9 % las casadas.

**Tabla N° 03: CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS:  
Procedencia**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Urbano</b>	186	80,2	80,2	80,2
<b>Urbano marginal</b>	15	6,5	6,5	86,6
<b>Rural</b>	31	13,4	13,4	100,0
<b>Total</b>	232	100,0	100,0	

Se encontró que la mayor población según la procedencia es el urbano con 80.2%, seguido por la rural con 13.4% urbana marginal con 6.5%

**Gráfico N° 03: Procedencia**



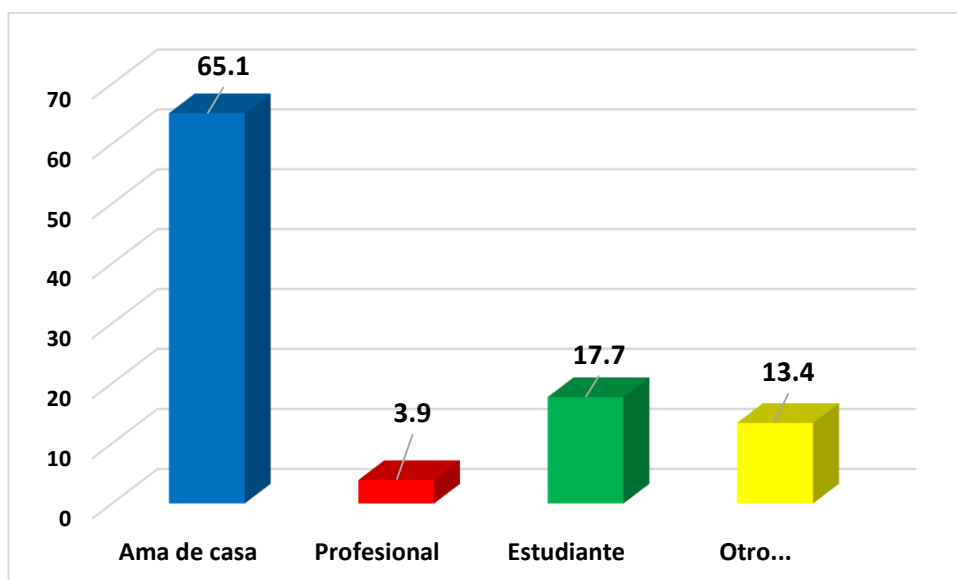
La distribución según la procedencia de muestran que el mayor porcentaje para la Urbano con 80.2%, seguido por la rural con 13.4% urbana marginal con 6.5%, Por lo que se puede analizar que la mayor parte de pacientes viven en la zona urbana.

**Tabla N° 04: CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Ocupación**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Ama de casa</b>	151	65,1	65,1	65,1
<b>Profesional</b>	9	3,9	3,9	69,0
<b>Estudiante</b>	41	17,7	17,7	86,6
<b>Otro...</b>	31	13,4	13,4	100,0
<b>Total</b>	232	100,0	100,0	

Se encontró que la mayor actividad laboral predominante fue amas de casa con el 65.1%.

**Gráfico N° 04: Ocupación**



En la tabla y gráfico (4) muestra que la actividad laboral predominante fue amas de casa con el 65.1%, seguido de estudiantes con el 17.7% porcentaje notablemente inferior en comparación con el anterior, otros oficios con el 13.4%, y profesionales solo con 3.9%

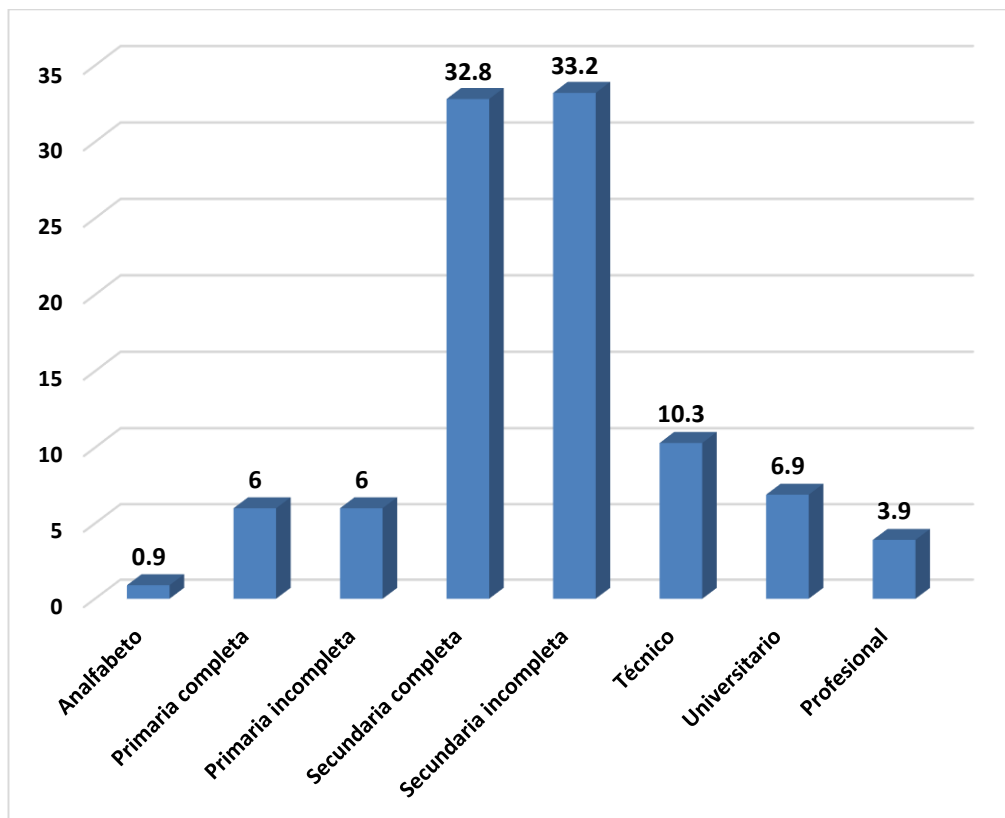


**Tabla N° 05: CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Grado de instrucción.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeto	2	0,9	,9	,9
Primaria completa	14	6,0	6,0	6,9
Primaria incompleta	14	6,0	6,0	12,9
Secundaria completa	76	32,8	32,8	45,7
Secundaria incompleta	77	33,2	33,2	78,9
Técnico	24	10,3	10,3	89,2
Universitario	16	6,9	6,9	96,1
Profesional	9	3,9	3,9	100,0
Total	232	100,0	100,0	

Tomando en cuenta el nivel de instrucción de las pacientes estudiadas se encontró que la mayor población tiene secundaria incompleta con un 33.2% (77). Seguida de secundaria completa con un 32.8% (76).

**Gráfico N° 05: CARACTERÍSTICAS SOCIOS DEMOGRÁFICAS: Grado de instrucción.**



Tomando en cuenta el nivel de instrucción de las pacientes estudiadas se ha determinado que el mayor porcentaje lo tienen las de instrucción secundaria incompleta con un 33.2% seguida de la secundaria completa con un 32.8%.

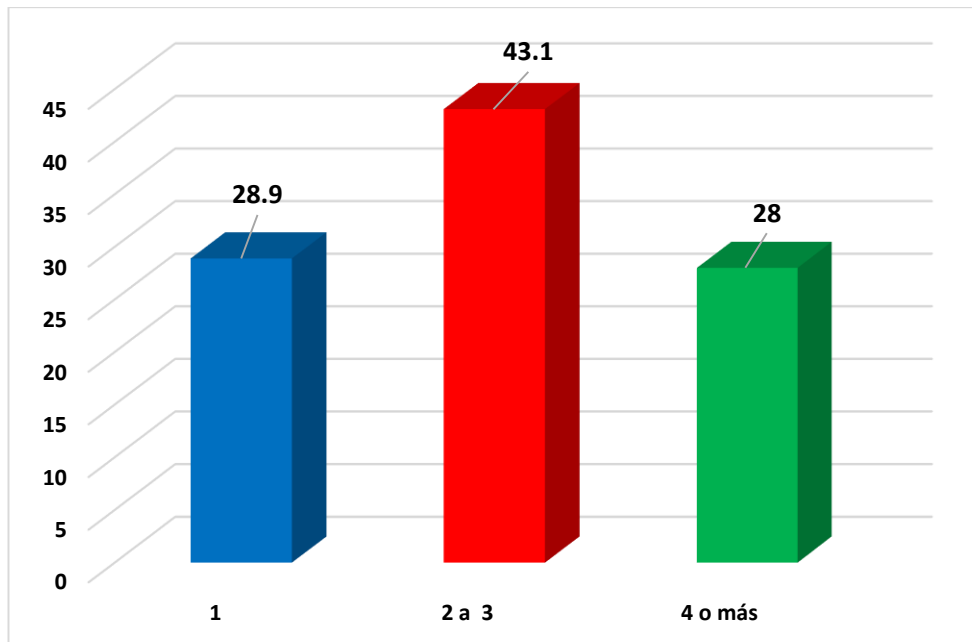
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de pacientes saben leer y escribir por haber cursado la primaria.

**Tabla N°06: CONTROL PRENATAL: Número de gestaciones:**

<b>Número de Gestaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
1 gesta	67	28,9	28,9	28,9
2-3 gestas	100	43,1	43,1	72,0
4 o más gestas	65	28,0	28,0	100,0
Total	232	100,0	100,0	

Se encontró que el mayor número de gestación fue entre 2 a 3 gestas, con 43.1%.

**Gráfico N° 06: CONTROL PRENATAL: Número de gestaciones:**



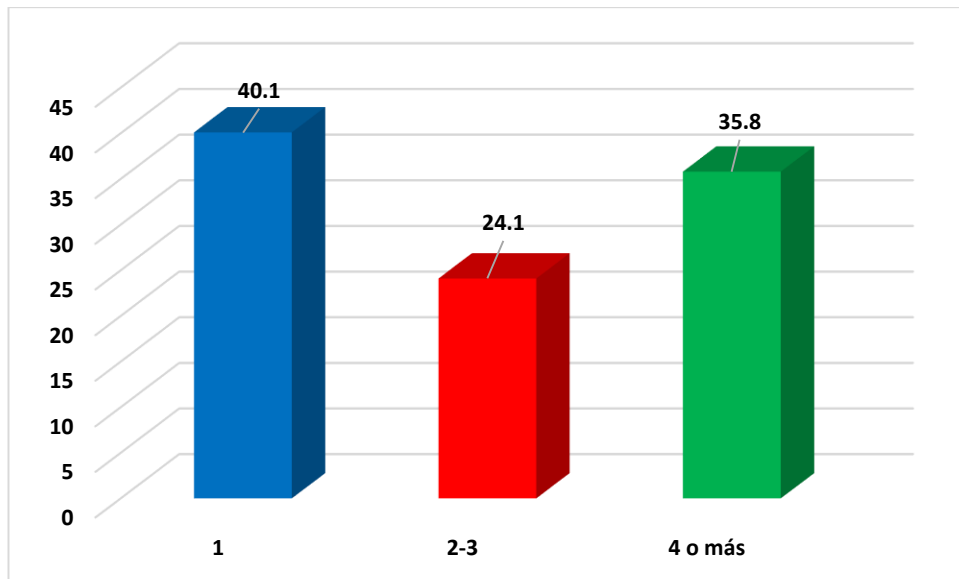
Se observa que el 43.12% de la población presentó entre 2 a 3 gestaciones, que fue el mayor; mientras que el 28,9% presentó 1 gestación; y el 28% de 4 a más gestaciones.

**Tabla N° 07: CONTROL PRENATAL: Número de partos.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
1	93	40,1	40,1	40,1
2-3	56	24,1	24,1	64,2
4 o más	83	35,8	35,8	100,0
Total	232	100,0	100,0	

Se encontró que la mayor población tienen un solo parto con 40.1% (93),

**Gráfico N° 07: CONTROL PRENATAL: Número de partos.**



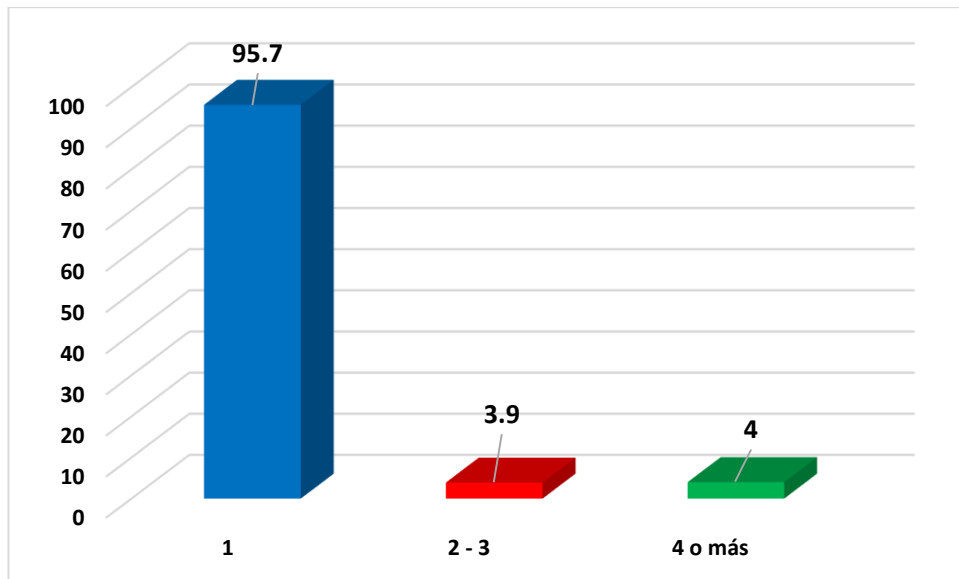
El 40,1% de la población presentó un solo parto; mientras que el 35.8% presentó de 4 o más partos, y el 24.1% entre 2-3 partos.

**Tabla N° 08: CONTROL PRENATAL: Número de Abortos.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1</b>	222	95,7	95,7	95,7
<b>2-3</b>	9	3,9	3,9	99,6
<b>4 o más</b>	1	0,4	0,4	100,0
<b>Total</b>	232	100,0	100,0	

Se encontró que el mayor porcentaje en el número de abortos es del 95.7% (222), con un solo aborto.

**Gráfico N° 08: CONTROL PRENATAL: Número de abortos.**



Según los antecedentes Gineco obstétricos demuestran que el mayor porcentaje en el número de abortos es del 95.7% con un solo aborto, un 4% con 4 o más abortos, y el 3.9% entre 2 a 3 abortos.

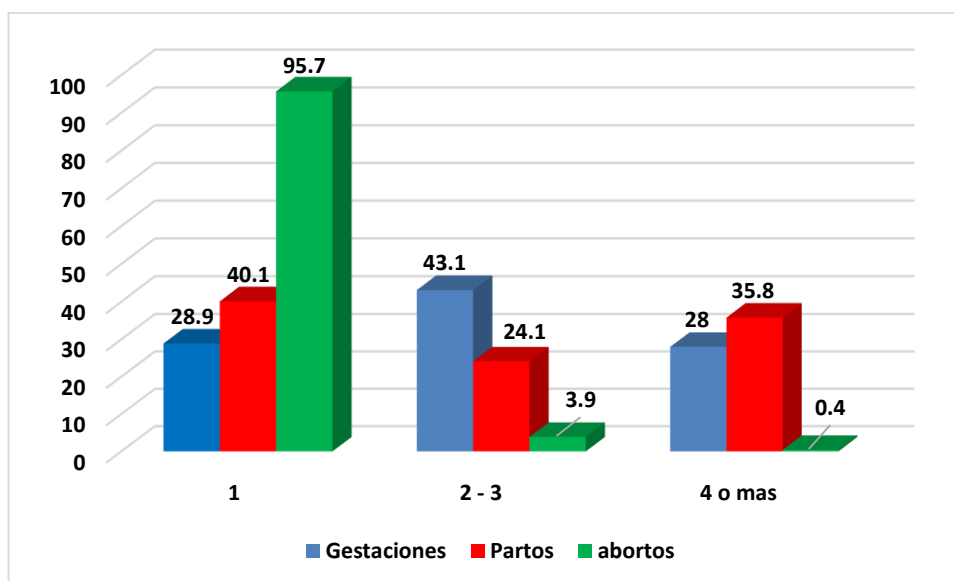


**Tabla N° 09:**

**Total de distribución de antecedentes Gineco-obstétricos; de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016.**

<b>Antecedentes Gineco - obstétricos</b>	<b>1</b>	<b>2 - 3.</b>	<b>4 o mas</b>
<b>Gestaciones</b>	28.9	43.1	28
<b>Partos</b>	40.1	24.1	35.8
<b>Abortos</b>	95.7	3.9	0.4

**Gráfico N° 09: Total de distribución de antecedentes Gineco-obstétricos**



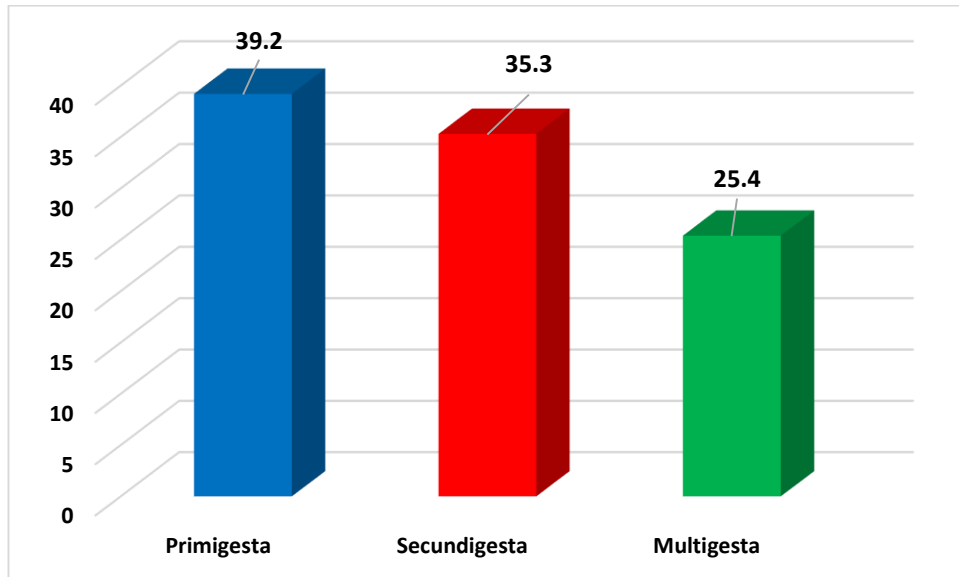
Del total de 232 mujeres, según los antecedentes Gineco-obstétricos, demuestran que el mayor porcentaje en las gestaciones fueron entre 2 a 3 con el 43.16%; en el número de partos fueron de 1 con 40.1% y en el número de abortos fueron de 1 con 95.7%.

**Tabla N° 10: CONTROL PRENATAL: Número de gestaciones de las pacientes con aborto incompleto**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Primigesta</b>	91	39,2	39,2	39,2
<b>Segundigesta</b>	82	35,3	35,3	74,6
<b>Multigesta</b>	59	25,4	25,4	100,0
<b>Total</b>	232	100,0	100,0	

Se encontró que el mayor porcentaje lo tuvieron las Primigestas con 39.2% (91).

**Gráfico N° 10: CONTROL PRENATAL: Número de gestaciones de las pacientes con aborto incompleto**



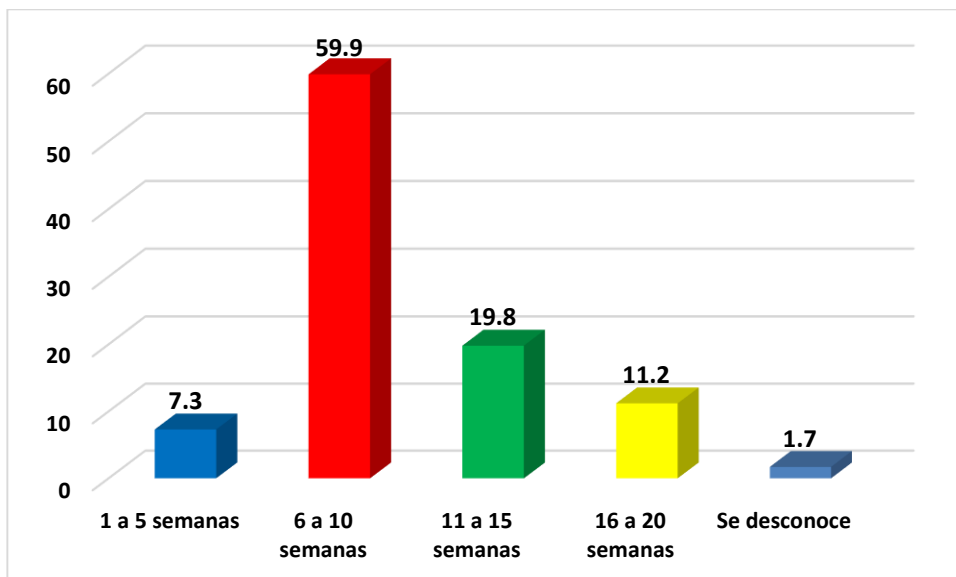
El gráfico (10) permite conocer que el mayor porcentaje lo obtuvieron las Primigestas con 39.2%, seguido de un 35.3% las secundigestas, y las Multigesta con un 25.4%.

**Tabla N° 11: CONTROL PRENATAL: Edad gestacional previo al aborto incompleto de las pacientes.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1 a 5 semanas</b>	17	7,3	7,3	7,3
<b>6 a 10 semanas</b>	139	59,9	59,9	67,2
<b>11 a 15 semanas</b>	46	19,8	19,8	87,1
<b>16 a 20 semanas</b>	26	11,2	11,2	98,3
<b>Se desconoce</b>	4	1,7	1,7	100,0
<b>Total</b>	232	100,0	100,0	

Se encontró que el tiempo de duración del embarazo de 6 a 10 semanas fue el mayor con un porcentaje del 59.9 % (139).

**Gráfico N° 11: CONTROL PRENATAL: Edad gestacional previo al aborto incompleto de las pacientes**



El tiempo de duración del embarazo de 6 a 10 semanas con un porcentaje del 59.9 % fue el mayor, el 19.8% de 11 a 15 semanas, seguido con el 11.2% de 16 a 20 semanas, el 7.3 % de 1 a 5 semanas y el ultimo con 1.7% que dice desconocer la semana de gestación.

# **CAPÍTULO V**

## 20. DISCUSIÓN

El aborto incompleto es un problema significativo de salud pública en Loreto y en todo el Perú, como se demuestra por la alta proporción de pacientes con aborto incompleto ingresadas a las salas de ginecología.

Luego del estudio realizado acerca del aborto incompleto, se ha llegado a la conclusión que la falta de conocimiento e información sobre los días fértiles para que una mujer pueda quedar embarazada es pobre o totalmente nula a nivel personal, por tanto sería una de las causas fundamentales que incitan al aborto.

En relación a los factores socio demográficos en las edades de 15 a 20 años prevalecen en un porcentaje de 31% (72), del total de la población, seguido en el rango de 21 – 25 años con 28.4% (66), de 31- 35 con 20% (51), de 26 – 30 años con 18.5% (43). Por lo que se puede analizar que durante el periodo de estudio de la investigación las que presentaron un mayor número de aborto incompleto se dio entre las edades de 15-20 años.

En relación a la edad se logró evidenciar que un 31% de pacientes con diagnóstico de aborto incompleto son mujeres 15-20 años, lo cual concuerda con el estudio del bachiller Allan Montenegro Sánchez y bachiller Sergio Molina Herrera de la Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua Managua - 2015, donde se encontró que el rango de edad que predominó fue de 14- 25 con 62.8 % (155) del total de la población, seguido en el rango de 26 – 35 años con 29.1%, de 36- 45(72) con 8.1% (20), es decir mujeres jóvenes, en el estudio de la bachiller Pluas Cercado María Beatriz de la Universidad de Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas 2013. Se asemeja del total de 44 mujeres que fueron encuestadas en la sala post legrado de aborto incompleto de muestran que el mayor porcentaje según la edad se dio entre los 21-25 años con el 34.1%; 31-35 años 31.8%; 15-20 años 22.7% y 26-30 años con el 11.4%.

En relación al estado civil que más se reportó en toda las mujeres en estudio fue la convivencia con 64.7% al indagar dicho estado civil con la tesis del bachiller Allan Montenegro Sánchez y bachiller Sergio Molina Herrera (2015) según hospital Alemán Nicaragüense, coincide con un 65.2%. Por lo que se puede analizar que durante el periodo de estudio de la investigación, las que presentaron un mayor número de aborto incompleto son pacientes que conviven actualmente con sus parejas. Lo cual concuerda con el estudio del bachiller Miguel Ángel Guerrero Andrade del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período de mayo a octubre del 2012 Ecuador, donde el mayor porcentaje de abortos se realizaron mujeres convivientes con un 60 %, seguida con el 29 % las pacientes solteras y por último el 11 % las casadas.

En relación a procedencia el 80.2% provienen de la zona urbana, por lo que se puede analizar que la mayor parte de pacientes viven en zona urbana, lo cual concuerda con el estudio de Juri Mariuxi Macas Macas, de la Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas 2013, concluye, que hay una mayor frecuencia de pacientes de aborto incompleto en la zona urbana, que representa el 87,18%(238).

En relación a ocupación tenemos a un 65.1% son amas de casa. Por lo que se puede analizar que la mayor parte de pacientes se dedican a los quehaceres del hogar, este se asemeja con el estudio del bachiller Miguel Angel Guerrero Andrade del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel 2012 Ecuador, la actividad laboral predominante fue amas de casa con el 76 %; también con el estudio de la bachiller Pluas Cercado María Beatriz de Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas 2013, donde de las 44 mujeres que fueron encuestadas en la sala post legrado la distribución según la ocupación de muestran que el mayor porcentaje fue para ama de casa con 72.7%, seguido por estudiante con 15.9%; y el 11.4% trabaja.



En relación al nivel de escolaridad en el total de la población estudiada el 33.2% tenían nivel de secundaria incompleta, seguido de secundaria completa con 32.8 %, Por lo que se puede analizar que la mayor parte de pacientes saben leer y escribir por haber cursado la primaria. Lo cual se asemeja el estudio del bachiller Miguel Ángel Guerrero Andrade (2012), donde se ha determinado que el mayor porcentaje lo tienen las de instrucción secundaria con un 75 % seguida de primaria con un 14%. También tenemos otro estudio que se asemeja, del bachiller Allan Montenegro Sánchez y el bachiller Sergio Molina Herrera (2015) según el total de la población estudiada el 55.1% (136) tenían un nivel de secundaria, seguido de primaria con 25.9 % (64), nivel universitario 13% (32), analfabeta 3.6% (9) y técnico con 2.4%.

En relación al número de gestaciones el 43.1% de la población presentó entre 2 a 3 gestaciones que fue el mayor, mientras que el 28,9% presento 1 gestación; y el 28% de 4 a más gestaciones, lo cual concuerda con el estudio de Juri Mariuxi Macas Macas donde de los casos de aborto incompleto con relación al número de gestaciones 16,48%(45) tienen una gestación, el 22,34%(61) tienen dos gestaciones, el 18,68%(51) tienen tres gestaciones.

En relación al números de partos el 40,1% de la población presentó un solo parto; mientras que el 35.8 de 4 o más partos; y el 24.1% entre 2-3 partos de las mujeres que cursaron con aborto incompleto, lo cual se asemeja con el estudio de Juri Mariuxi Macas Macas, donde de 273 de los casos de aborto incompleto con relación al número de partos, un 49,08%(134) no han tenido partos, el 17,58%(48) tienen un parto, el 19,04%(52) tienen dos partos, el 8,42%(23) tienen tres partos, 4,39%(12) tienen cuatro partos, mientras el 1,46%(4) tienen más de cinco parto.

En relación al número de abortos la gran mayoría tuvo un solo aborto con 95.7% (222); el estudio de Juri Mariuxi Macas Macas donde de 273 de los casos de aborto incompleto con relación al número de abortos anteriores, un 54,94%(150) no han tenido abortos anteriores, el 28,57%(78) tienen un

aborto anterior, el 11,72%(32) tienen dos abortos anteriores, el 3,29%(9) tienen tres abortos anteriores, 1,46%(4) tienen cuatro abortos anteriores.

En relación a la distribución de antecedentes Gineco-obstétricos; de 232 mujeres demuestran que el mayor porcentaje en las gestaciones fueron entre 2 a 3 con el 43.16%; en el número de partos fueron de 1 con 40.1% y en el número de abortos fueron de 1 con 95.7%. Lo cual se asemeja con el estudio de la bachiller Pluas Cercado María Beatriz (2013), del total de 44 mujeres que fueron encuestadas en la sala post legrado la distribución según los antecedentes Gineco-obstétricos demuestran que el mayor porcentaje en las gestaciones fue de 4 o más con el 38.6%; en el número de partos fue de 2-3 con 34.1% y en el número de abortos fue para ningún aborto con el 59.1%. Por lo que podemos analizar que la mayor parte de las pacientes encuestadas son multigestas y multíparas.

En relación al número de gestaciones con aborto incompleto el mayor porcentaje lo tuvieron las Primigestas con 39.2%, seguido con un 35.3% las segundigestas, y las Multigesta con un 25.4%. En el estudio del bachiller Miguel Angel Guerrero Andrade (2012), el mayor porcentaje lo tuvieron las Multigesta con un 63%, seguido de las primigestas en un 34%, y el 3 % segundigestas.

En relación a la edad gestacional el tiempo de duración del embarazo de 6 a 10 semanas con un porcentaje del 59.9 % fue el mayor, el 19.8% de 11 a 15 semanas, seguido con el 11.2% de 16 a 20 semanas, el 7.3 % de 1 a 5 semanas; y el ultimo con 1.7% que dice desconocer la semana de gestación, coincidente con un estudio realizado en Almería España que refiere que de 224 casos el 95% de las mujeres presentaba gestación inferior a 12 semanas. Esto concuerda con el estudio del bachiller Miguel Angel Guerrero Andrade (2012) donde de 6 a 10 semanas con un porcentaje del 75 % fue el mayor, el 10 % de 11 a 15 semanas, seguido con el 8 % de 1 a 5 semanas, el 5 % las pacientes lo desconoce y finalmente el 2 % es de 16 a 20 semanas.

# **CAPÍTULO VI**

## **21. CONCLUSIONES**

- 1)** La prevalencia de aborto incompleto fue de 53.1% (232) comprendido entre los 15 y 35 años que ingresaron al servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016.
- 2)** El estado civil que más se reportó en todas las mujeres en estudio fue la convivencia con 64.7%; el 80.2% proceden de áreas urbanas; el 65.1%, tienen ocupación de amas de casa, el 33.2% tiene secundaria incompleta, seguida de secundaria completa con un 32.8%.
- 3)** En los antecedentes Gineco-obstétrico, la mayoría de las mujeres presentaron entre 2- 3 gestaciones con el 43.1%; el número de partos fue de 1 parto con 40.1%; el número de abortos fue de 1 con un 95.7%.
- 4)** Según la semana gestacional en que se produjo el aborto, demuestran que el mayor porcentaje fue de 6-10 semanas de gestación con 59.9%, seguido por 11-15 semanas de gestación con 19.8%; 16-20 semanas de gestación con el 11.2 % y el 7.3% entre 1 a 5 semanas de gestación.
- 5)** Sobre el número de embarazos, la mayoría de las pacientes era primigestas con el 39.2%.
- 6)** Se acepta la hipótesis planteada, que predomina el aborto incompleto con 232 pacientes en el servicio de ginecología en el Hospital Regional de Loreto en el año 2016.

# **CAPÍTULO VII**

## 22. RECOMENDACIONES

Podemos considerar las siguientes:

- Promover la educación sexual entre las mujeres de 15 a 20 años de edad, que es grupo donde se encontró la más alta prevalencia de aborto incompleto.
- Realizar promoción efectiva de los métodos anticonceptivos en mujeres convivientes, primigestas y en las primeras semanas de gestación para disminuir la prevalencia de embarazos no deseados, especialmente entre las mujeres de 15 a 20 años de edad.
- Implementar programas dinámicos y didácticos que concientice a la población en general especialmente a los estudiantes de secundaria sobre las repercusiones que conlleva la práctica de abortos inducidos por causas no médicas; ya que la problemática del presente estudio se genera en las pacientes adolescentes y por ende si se quiere erradicar o bajar el índice de abortos sea cual sea la causa se necesita transmitir la información necesaria de los problemas que conllevan a un aborto.
- Es necesario que las historias clínicas se llenen de manera completa y correcta para mejorar el manejo estadístico y médico de los datos que se guardan en dichos documentos, de esta forma se aportará con datos confiables para la realización de las diferentes investigaciones que se lleven a cabo en el Hospital Regional de Loreto.

## 23. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- 1 Aparicio J, Ayala J, Ascarruz A, Casquero L. Características del Aborto en los adolescentes Hospital 2 de Mayo, Ginecología y Obstetricia Vol. 42 N°3 Diciembre 1996 [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_42n3/aborto.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_42n3/aborto.htm)
- 2 Arias, F. Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo, Tercera Edición; Madrid; Mosby Doyma, 2000.
- 3 Barroso García, Méndez y Parrón Carreño. Revista Española de Salud Pública versión impresa ISSN 1135-5727 Rev. Esp. Salud Publica v.79 n.4 Madrid jul.-ago. 2005- Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería
- 4 Bettina T, Udo J, Rogenhoferb N, Scholz C, Würfeld W, Thaler CJ, Et al. Recurrent miscarriage: current concepts in diagnosis and treatment. Journal of Reproductive Immunology 2010; 85: 25-32.
- 5 Bugua Gitau G, Liversedge H, Goffey D, Hawton A, Liversedge N, Taylor, M. the influence of maternal age on the outcomes of pregnancies complicated by bleeding at less than 12 weeks. Acta Obstet Gynecol Scand, 2009; 88(1): 116-8.
- 6 Carbonell J, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sánchez. Rev Cubana Obstet Ginecol v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2000. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2000000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2000000100005&script=sci_arttext)
- 7 Greenslade FC, Leonard AH, Benson J, Winkler J, Henderson VL. Manual vacuum aspiration: a summary of clinical & programmatic experience

- worldwide. Carrboro, NC, USA: Ipas; 1993.
- 8 Guerrero Andrade, Miguel Angel. Tesis “Prevalencia del aborto incompleto en pacientes de 12 a 27 años de edad que ingresaron al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período de mayo a octubre del 2012. Ecuador.
  - 9 Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartmann HE. Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. *ObstetGynecol* 2009;114:860-7.
  - 10 Instrucciones para Empleo – Misoprostol para el Tratamiento de Abortos Incompletos y Espontáneos. Reunión de expertos sobre misoprostol apoyada por Reproductive Health Technologies Project y Gynuity Health Projects. Junio 9, 2004. New York, NY. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008].
  - 11 JIJON A, SACOTO M, CORDOVA, A. Alto Riesgo Obstétrico; Primera Edición; Quito; Ecuaooffset; 2006.
  - 12 Juri Mariuxi Macas Macas, Tesis, “Frecuencia de Factores Asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013, Ecuador.
  - 13 MAY W, GÜLMEZOGLU AM, BA-THIKE K. Antibióticos para el aborto incompleto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2.
  - 14 Molina, T. Sandoval, J, Gonzales E, Salud Sexual y reproductiva en la adolescencia. Editorial Mediterráneo, 1era edición, Santiago de Chile 2003,
  - 15 Molloy AM, Kirke PN, et al. “Effects of folate and vitamin B12 deficiencies



- during pregnancy on fetal, infant, and child development". PUBMED, 2008
- 16 Montenegro Sánchez, Allan y Molina Herrera, Sergio. Tesis "Abordaje en el manejo del aborto incompleto en pacientes atendidas en hospital Alemán Nicaragüense y Hospital Regional Asunción de Juigalpa durante el periodo de enero a junio 2013, Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, Managua- Nicaragua.
  - 17 Odeh M, Ophir E, Grinin V, Tendler R, Kais M, Bornstein J. Prediction of abortion using three-dimensional ultrasound volumetry of the gestational sac and the amniotic sac in threatened abortion. J Clin Ultrasound. 2012; 40(7): 389-93.
  - 18 OMS, Guía Técnica, Aborto sin Riesgo para Sistemas de Salud, Ginebra 2003. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2016], URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>.
  - 19 Plas Cercado María Beatriz, Tesis: " Incidencia Del Aborto Incompleto En Mujeres De 15 A 35 años del Hospital de Bahía de Caráquez "Miguel Hilario Alcivar" en el periodo septiembre del 2012 A Febrero 2013" Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia, Ecuador.
  - 20 Prada E. et al; Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala, Causas y Consecuencias, Nueva Cork: Guttmacher Institute, 2006.
  - 21 Quiroga de Michelena, A Díaz, D Paredes, O Rodríguez, E Quispe, E Klein de Zigelboim; ESTUDIO CROMOSÓMICO EN EL ABORTO ESPONTÁNEO Y SU APLICACIÓN CLÍNICA, Revista Peruana Ginecológico Obstétrico 2007;53(2):124-129,
  - 22 Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. Lancet 2006;368:601-11
  - 23 REINDOLLAR R, Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales;

- Tercera Edición, México D.F.; Editorial Interamericana; 2000.
- 24 Reproductiva en la Adolescencia, Editorial Mediterráneo, Primera Edición, Santiago – Chile. 2003
- 25 RIGOL/ Obstetricia y Ginecología, Dr. PL Álvarez, Dra. S. Águila, Dra. R.B. Acosta; capítulo 14, Sangramiento en obstetricia, pg. 137, editorial Ciencias Médicas. 2004. Cuba.
- 26 SANDOVAL O, Aborto, Rev. Hospital Dr. Sótero del Río Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005. [Fecha de acceso: 1 de Mayo del 2008], URL [escuela.med.puc.cl/deptos/obsgin/DocenObsgin/MEC%20258/Clases2003%20/Aborto%20Espont.ppt](http://escuela.med.puc.cl/deptos/obsgin/DocenObsgin/MEC%20258/Clases2003%20/Aborto%20Espont.ppt) disponible en:
- 27 Schwarcz – Obstetricia 6ta edición pág. 206-211
- 28 SEGO, López Hernández C, Herreros López JA, Pérez-Medina T: Aborto. 2011; capítulo 50 (4): pág. 415-24. EDITORES: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, Impreso por: Gráficas Marte, S.L. Madrid España
- 29 SURÓS, J., Semiología Médica y Técnica Exploratoria, Octava edición, Editorial Salvat, Barcelona- España. 2005.
- 30 <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>
- 31 ZARATE, A. CANALES, E. Ginecología, Editor Mendez Cervantes, Primera edición, Mexico D.F., 1982.

# ANEXO

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TÍTULO: "PREVALENCIA DE ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES DE 15- 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2016"**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>METODOLOGÍA.</b>
¿Cuál es la prevalencia actual del aborto incompleto del Hospital Regional de Loreto en mujeres de 15 a 35 años; en el periodo enero – noviembre 2016?	<p><b>GENERAL:</b> Determinar la prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15 – 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b> Determinar los factores que intervienen en un aborto incompleto, tomando en cuenta la edad, el grado de instrucción, estado civil y ocupación. Determinar la prevalencia de la edad gestacional de las pacientes que tuvieron aborto incompleto. Detectar el número de gestas anteriores al aborto incompleto.</p>	<p><b>DEPENDIENTE:</b> Aborto Incompleto.</p> <p><b>INDEPENDIENTE</b> Edad materna. Grado de instrucción. Estado civil. Ocupación. Características socio demográficas. Características prenatales.</p>	Historias clínicas de los pacientes ingresados al Hospital Regional de Loreto con diagnóstico de aborto, de enero a noviembre del 2016.	<p><b>Tipo de investigación:</b> No experimental, Descriptivo, transversal, retrospectivo.</p> <p><b>Diseño de investigación.</b> El diseño que se empleara será no experimental, descriptivo, correlacional</p> <p><b>Población y muestra:</b> <b>Población:</b> Pacientes ingresados al Hospital Regional de Loreto con diagnóstico de aborto, de enero a noviembre del 2016 <b>Muestra:</b> En el presente estudio se obtuvo 232 pacientes, que es una muestra por conveniencia.</p> <p><b>Técnica y método de trabajo.</b> <b>Recolección de datos:</b> Se realizó mediante el llenado de la ficha de recolección de datos para lo cual se revisará las Historias clínicas, archivos de estadística.</p>



## ANEXO 02

### “PREVALENCIA DE ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES DE 15- 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2016”.

#### RECOLECCIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.

Historia clínica.....

Fecha de hospitalización.....

#### I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

##### 1. EDAD.

- a) 15-20 años.
- b) 21-25 años.
- c) 26-30 años.
- d) 31-35 años.

##### 2. Estado civil.

- a) Soltera.
- b) Casada.
- c) Conviviente.
- d) Viuda.
- e) Divorciada.

##### 3. PROCEDENCIA.

- a) Urbano.
- b) Urbano-marginal.
- c) Rural.

##### 4. OCUPACIÓN.

- a) Ama de casa.
- b) Profesional.
- c) Estudiante.
- d) Otros.

## **5. GRADO DE INSTRUCCIÓN.**

- a) Analfabeto.
- b) Primaria completa.
- c) Primaria incompleta.
- d) Secundaria completa.
- e) Secundaria incompleta.
- f) Técnico.
- g) Universitario.
- h) Profesional.

## **II. El control prenatal.**

### **6. N° de gestaciones.**

- a) 1.
- b) 2-3.
- c) 4 o más.
- d) N/A.

### **7. N° de partos.**

- a) 1.
- b) 2-3.
- c) 4 o más.
- d) N/A.

### **8. N° de abortos.**

- a) 2-3.
- b) 4 o más.
- c) N/A.

### **9. Número de gestaciones de las pacientes con aborto incompleto.**

- a) Primigesta.
- b) Segundigesta.
- c) Multigesta.

### **10. Edad gestacional previo al aborto incompleto de las pacientes.**

- a) 1 a 5 semanas.
- b) 6 a 10 semanas.
- c) 11 a 15 semanas.
- d) 16 a 22 semanas.
- e) Se desconoce.