

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**

**COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO  
DE ABORTO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL  
ROSARIO. CAJABAMBA, 2020.**



**TESIS**

**Para optar el título profesional de**

**OBSTETRA**

**Presentado por:**

**Bachiller: Katherin Isabel Culqui Romero**

**Asesor: M. Cs. Obsta. Rossana Patricia León Izquierdo**

Cajamarca-Perú  
2021

**Copyright © 2021 By**  
Culqui Romero, Katherin Isabel  
Todos los derechos reservados

**Se dedica a:**

Principalmente a Dios y a la Virgen María, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional además de la fortaleza para cumplir con este sueño.

Mis padres, por ser el pilar más importante en mi vida, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. Sé que este momento es tan especial para ustedes como lo es para mí.

Mis hermanos, sobrinos y mi pequeña por darme ánimo y motivación para lograr esta meta.

Mis docentes, gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

**Se agradece a:**

La Universidad Nacional de Cajamarca por ser el lugar de mi formación, en donde se hizo posible culminar este sueño.

Mi asesora, M. Cs. Obsta. Rossana Patricia León Izquierdo, quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de esta tesis para así alcanzar los resultados que buscaba.

Al director del Hospital Nuestra Señora del Rosario - Cajabamba y colaboradores, por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación.

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	viii
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	3
1.1. Definición y delimitación del problema .....	3
1.2. Formulación del problema .....	4
1.3. Objetivos.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	5
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	6
2.1. Antecedentes.....	6
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	6
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	8
2.2. Bases teóricas.....	10
2.2.1. Aborto.....	9
2.2.1.1. Cuadro clínico.....	10
2.2.1.2. Clasificación.....	11
2.2.1.3. Diagnóstico.....	15
2.2.2. Tratamiento de aborto.....	15
2.2.3. Complicaciones.....	24
2.3. Hipótesis.....	27
2.4. Variables.....	27

2.5.	Definición, conceptualización y operacionalización de variables.....	27
CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO.....		29
3.1.	Diseño y tipo de estudio.....	29
3.2.	Área de estudio y población.....	29
3.3.	Muestra.....	29
3.4.	Unidad de análisis.....	30
3.5.	Criterios de inclusión y exclusión.....	30
3.6.	Consideraciones éticas de la investigación.....	30
3.7.	Procedimientos para la recolección de datos.....	30
3.8.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
3.9.	Procesamiento y análisis de datos.....	32
3.10.	Control de calidad de datos.....	32
CAPITULO IV: INTERPRETACION DE RESULTADOS.....		33
CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....		39
CONCLUSIONES.....		42
SUGERENCIAS.....		43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		44
ANEXOS.....		52

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Tratamiento hospitalario de aborto en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario. Cajabamba, 2020.	<b>29</b>
<b>Tabla 2.</b> Complicaciones post tratamiento de aborto más frecuentes en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario. Cajabamba, 2020.	<b>30</b>
<b>Tabla 3.</b> Tratamiento hospitalario y complicaciones post tratamiento de aborto en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario. Cajabamba, 2020.	<b>31</b>
<b>Tabla 4.</b> Prueba de hipótesis sobre complicaciones asociadas al tratamiento de aborto en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario. Cajabamba, 2020.	<b>32</b>

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre las complicaciones más frecuentes post tratamiento de aborto con Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, 2020. El diseño y tipo de estudio fue no experimental, retrospectivo de tipo descriptivo, correlacional de enfoque cuantitativo, la muestra estuvo constituida por 133 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto. La técnica fue la observación y el instrumento la lista de cotejo. Los resultados indicaron que el 29,3% fueron gestaciones menores de 13 semanas; 72,2% ingresó con el diagnóstico de aborto incompleto; según el estado general al ingreso se registró que 60,2% fue regular y 8,2% tuvo mal estado general; en cuanto al tiempo de hospitalización de la paciente en el nosocomio, el 42,1% estuvo internada 24 horas y 37,6%, entre 48 horas y más de 48 horas hospitalizada. Del 100% de historias clínicas el 70,7% registran Legrado Uterino y 29,3% Aspiración Manual Endouterina. Se registró que el 78,1% no tuvo ninguna complicación; de otro lado 21,9% tuvo alguna complicación, entre las más frecuentes evacuación incompleta, hemorragia, infección pélvica y desgarro de cuello uterino. En cuanto a quienes fueron sometidas a Aspiración Manual Endouterina, la complicación más frecuente fue hemorragia (9,0%) seguida de evacuación incompleta (0,8%); sin embargo, las mujeres que fueron manejadas con Legrado Uterino, si bien en su mayor porcentaje no presentaron complicaciones (58,6%); el 12,1% si las tuvieron; registrándose con mayor frecuencia hemorragia, infección pélvica y desgarro de cuello. Se concluyó que existe asociación entre el tipo de tratamiento del aborto y las complicaciones que pueda presentar la mujer ( $=0,00 < 0,05$ ).

**Palabras clave:** aborto, tratamiento del aborto, complicaciones.



## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the association between the most frequent complications after abortion treatment with Manual Vacuum Aspiration and Uterine Curettage in women treated at the Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, 2020. The design and type of study was non-experimental, retrospective, descriptive, correlational with a quantitative approach, the sample consisted of 133 medical records of patients diagnosed with abortion. The technique was observation and the instrument was the checklist. The results indicated that 29.3% were pregnancies under 13 weeks; 72.2% were admitted with a diagnosis of incomplete abortion; According to the general condition at admission, 60.2% were fair and 8.2% had poor general condition; Regarding the time of hospitalization of the patient in the hospital, 42.1% were hospitalized for 24 hours and 37.6%, between 48 hours and more than 48 hours hospitalized. Of the 100% of clinical histories, 70.7% recorded Uterine Curettage and 29.3% Manual Endouterine Aspiration. It was found that 78.1% did not have any complications; On the other hand, 21.9% had some complication, among the most frequent incomplete evacuation, hemorrhage, pelvic infection and tearing of the cervix. As for those who underwent Manual Vacuum Aspiration, the most frequent complication was hemorrhage (9.0%) followed by incomplete evacuation (0.8%); however, the women who were managed with Uterine Curettage, although in their highest percentage no complications appeared (58.6%); 12.1% did have them; registering with greater frequency hemorrhage, pelvic infection and neck tear. It was concluded that there is an association between the type of abortion treatment and the complications that the woman may present ( $p=0.00<0.05$ ).

**Keywords:** abortion, abortion treatment, complications.

## INTRODUCCIÓN

Se define al aborto como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que sea posible la viabilidad fetal (1). La palabra aborto proviene del latín aboriri-abortar. De acuerdo con el New Shorter Oxford Dictionary, es el nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir. También significa la terminación inducida del embarazo para la destrucción del feto (2). Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea o gestación, con un peso feto inferior a 500 g (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define aborto como “la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, es decir antes de que pueda sobrevivir por sí mismo fuera del útero” (4, p. 1); viene a ser la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto con un peso menor de 500 gr, correspondiente a una gestación menor de 22 semanas.

Entre los tratamientos para el aborto se analizó al Legrado Uterino y la Aspiración Manual Endouterina. Estos vienen a ser el uso de procedimientos transcervicales que llevan al termino de un embarazo, dentro de los procedimientos específicos que se utilizan tenemos la aspiración de vacío, la dilatación además de la evacuación (6).

Entre los años 2010 al 2014, a nivel mundial, se produjeron 56 millones de abortos, de los cuales 3 millones de mujeres presentaron complicaciones, de estas 47 000 terminaron en muerte materna (7). Cada año, entre los años 2015 y 2019, ocurrieron aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados, de los que el 61% terminaron en aborto. Lo que se traduce en 73 millones de abortos por año (8). En 14 países en desarrollo, el 40% de las mujeres que sufren un aborto presentan complicaciones tales como hemorragias, por evacuaciones incompletas, o infecciones, que requieren atención médica y, en porcentaje menor, los casos de perforación uterina (9).

Es por ello que se realizó la presente investigación, la cual dará a conocer la relación entre el tratamiento empleado en cada caso de aborto y las complicaciones post tratamiento. De los resultados obtenidos los profesionales de la salud podrán tomar acciones a fin de disminuir estas complicaciones lo cual beneficiará la salud reproductiva de las mujeres.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPITULO I: Describe el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación y viabilidad de la presente investigación.

CAPITULO II: Presenta las bases teóricas de la investigación en la cual se exponen antecedentes internacionales y nacionales, el marco teórico de las variables: Tratamiento de aborto y Complicaciones post tratamiento.

CAPITULO III: Comprende el diseño metodológico utilizado para el proceso de recolección y procesamiento de la información obtenida de la población en estudio.

CAPITULO IV: Se presentan los resultados de la investigación donde se consideran las tablas, figuras y su respectiva interpretación.

CAPITULO V: Corresponde al análisis y discusión de los resultados.

Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, la bibliografía consultada y los anexos como evidencias del trabajo de investigación.

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Definición y delimitación del problema

El aborto se considera como “la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal” (1, p. 535). La tasa de aborto es de “aproximadamente 49 para las mujeres casadas y 28 para las mujeres solteras” (10, p. 1). Su incidencia va aumentando con la edad de la madre, el 15% de los productos se perderán antes de la invasión del embrión en el tejido endometrial, durante la implantación se dará el 25% y posterior al primer retraso del ciclo menstrual será tan solo del 10% (10).

A nivel mundial, entre los años 2010 al 2014, se produjeron 56 millones de abortos, resultando 3 millones de mujeres con complicaciones, de las cuales 47 000 terminaron en muerte materna (7). Existe un aproximado de 121 millones de embarazos no planeados entre los años 2015 y 2019, cada año, de los que el 61% terminaron en aborto; lo que se traduce a 73 millones de abortos por año (8). En 14 países en desarrollo el 40% de las mujeres que tienen un aborto sufren complicaciones tales como hemorragias, por evacuaciones incompletas, o infecciones, que requieren atención médica y en porcentaje menor perforación uterina (9).

En el Perú solo entre los años 2012 y 2018, unas 424.570 mujeres fueron atendidas por presentar diagnóstico de aborto. Es decir, unos 60 mil abortos por año. El 8% de las 377 muertes maternas registradas a nivel nacional en el año 2017 fueron por complicaciones en el aborto y en el tratamiento de este, según cifras del sector Salud (1). En el año 2016, el aborto se encontró entre las diez causas básicas de muerte materna, representando el 1,7% entre el aborto espontáneo y lesiones de órganos o tejidos de la pelvis consecutivo al aborto (7).

Según el boletín epidemiológico 2018 del Instituto Nacional Materno Perinatal, el aborto y sus complicaciones como las hemorragias, perforaciones uterinas, infecciones, evacuaciones incompletas y desgarros representó el 14,1% de las causas de muerte materna directa (11).

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2019 se han atendido 687 mujeres con diagnóstico de aborto, las cuales fueron resueltas por medio de legrado uterino o por aspiración manual endouterina, procedimientos propios del tratamiento quirúrgico, dependiendo de la edad gestacional de la paciente. El aborto y sus complicaciones fueron la segunda causa de morbilidad con un 24,62% (12).

Por todos estos datos, tanto a nivel mundial como nacional, es que se realizó la presente investigación, la cual dará a conocer la relación entre el tratamiento empleado en cada caso de aborto y las complicaciones que se pueden presentar posterior a este. De los resultados obtenidos los profesionales de la salud podrán tomar acciones a fin de disminuir estas complicaciones lo cual beneficiará la salud reproductiva de las mujeres.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes asociadas al tratamiento de aborto con Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino, en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, 2020?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la asociación entre las complicaciones más frecuentes post tratamiento de aborto con Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino, en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, 2020

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- 1) Especificar el porcentaje de los tratamientos de aborto realizados con Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.
- 2) Identificar las complicaciones más frecuentes post tratamiento de aborto realizados con Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

El aborto se considera un problema de salud pública a nivel mundial y nacional, por lo que es un factor preocupante para la sociedad. En algunos casos el aborto trae consigo serias complicaciones posteriores a su tratamiento, tales como infecciones, hemorragias o perforaciones, lo que conlleva algunas veces a una muerte inevitable o dejan secuelas en la salud física y mental de la mujer, así como en sus condiciones reproductivas posteriores (7).

El presente estudio tiene por finalidad identificar cuáles son las complicaciones más frecuentes que podría presentar una mujer luego de haber sido intervenida por diagnóstico de aborto en el Hospital Nuestra Señora del Rosario de Cajabamba. Es decir, proporcionará información sobre las complicaciones que se presentan después que la mujer haya sido intervenida mediante Legrado Uterino o Aspiración Manual Endouterina. Los resultados podrán servir como base para la generación de nuevas hipótesis, las que puedan posibilitar actualizar estos procedimientos que permitan salvaguardar la integridad de la paciente.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Ávila J, Bombin M, Encalada D, Mercado J, Zúñiga J. (Chile, 2019)**, su investigación titulada, Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos, tuvo el objetivo de evaluar resultados iniciales y en mediano plazo del manejo con AMEU del aborto en el primer trimestre. La metodología utilizada en el estudio fue el análisis estadístico de serie de casos. En la investigación se analizaron 53 biopsias de contenido intrauterino, dando como resultado 53 abortos, de éstos 39 abortos retenidos y 14 abortos incompletos. Además, se registró un 3% de complicaciones post tratamiento, específicamente 1 caso de perforación uterina y 1 caso de evacuación incompleta. En dicha investigación se concluyó que el AMEU es una buena alternativa en el tratamiento del aborto ya que implica menores costos, mínimas complicaciones además de alta eficacia (13).

**Álvarez M, Pérez A, Arch-Tirado E, Stuth D, Zavala A, Hernández F, Martínez M. (México, 2018)**, su investigación titulada, Análisis comparativo de complicaciones agudas postquirúrgicas entre legrado uterino y la aspiración manual endouterina en el aborto guiados por ultrasonido intraoperatorio vs. técnica habitual a ciegas, realizaron un estudio retrospectivo, con muestreo censal; la muestra estuvo constituida por 221 pacientes. El estudio estuvo constituido por 2 grupos según la intervención realizada. Se registraron datos como la edad, semanas de gestación, procedimiento realizado a la paciente, indicación del procedimiento y complicaciones. Con todo esto se construyó bases de datos multivariantes para evaluar y analizar la tendencia. Hubo diferencia significativa ( $p \leq 0,05$ ) de sangrado por evacuación incompleta entre los grupos, con una incidencia de 2,38% (grupo 1) y de 16,75% (grupo 2) (14).

**Soto D. (México, 2017)**, su investigación titulada, Complicaciones más frecuentes de la aspiración manual endouterina en el tratamiento del aborto incompleto del primer trimestre comparado con el legrado uterino instrumentado en el Hospital general de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”. Diciembre 2015 a Mayo 2016. tuvo el objetivo de comparar los resultados de dos tipos de procedimientos diferentes, la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el Legrado Uterino (LU), en el manejo del aborto incompleto del primer trimestre. El estudio se dividió en dos grupos, al 49% de los casos se le realizó AMEU y al 51% LU, se presentó una sola complicación en el grupo de AMEU, la hemorragia, en el grupo de LU se registraron 5 casos de hemorragia. Por lo que se concluye que el AMEU y el LU son métodos empleados para el manejo del aborto incompleto, igual de efectivos (15).

**Narváez F. (Ecuador, 2015 – 2016)**, su investigación titulada, Aborto temprano, complicaciones del tratamiento quirúrgico. Estudio a realizarse en el hospital maternidad Matilde Hidalgo de Procel. Guayaquil año 2015, se revisaron las historias clínicas de pacientes atendidas por Aborto incompleto menor de 12 semanas en el Departamento de Gineco – Obstetricia. De 1347 pacientes el 87,8% no presentó ninguna complicación, lo que equivale a 1183 pacientes. El 12,2% restante presentó complicaciones, equivalente a 164 pacientes. De las cuales el 79,26% corresponde a hemorragias; el 14,02% infecciones; el 6,7% desgarro cervical; perforación uterina y síndrome de Asherman no reportaron ni un caso (16).

**Ballinas J. (México, 2014)**, su investigación titulada, Aspiración manual endouterina (AMEU) vs legrado uterino (LU) instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M. tuvo COMO objetivo describir las complicaciones más comunes, posteriores al AMEU y LU. Se obtuvo que en el LU no hubo ninguna complicación en un 41%, 22% lesión cervical, la hemorragia con un 14%, evacuación incompleta con un 8%, infección con 7% y con 5% la perforación uterina. El AMEU no tuvo ninguna complicación en un 91%, hemorragia con 4%, evacuación incompleta con un 3%, y por último la perforación uterina con un 1 %. Se concluyó que la técnica del AMEU, es más eficaz ya que presenta menor número de complicaciones en comparación con el LU (18).



### 2.1.2. Antecedentes nacionales

**González E. (2018)**, su investigación titulada, Factores asociados a complicaciones de la aspiración manual endouterina. Instituto Nacional Materno Perinatal 2016, tuvo el objetivo de identificar los factores asociados a las complicaciones de la aspiración manual endouterina. Las complicaciones fueron la hemorragia con 38,98%; aspiración insuficiente 25,42%, reacción adversa a medicamentos 18,64% y perforación uterina 16,94%. Se concluye que la tasa de complicaciones fue 1,4% y las más frecuentes fueron la hemorragia y la aspiración insuficiente (19).

**Flores J. (2017)**, su investigación titulada, Prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y legrado uterino en el manejo de abortos en mujeres de 15 – 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016, tuvo el objetivo de determinar la prevalencia y complicaciones del AMEU Y LU. Las complicaciones fueron: 12,3% evacuación incompleta y 1% hematómetra agudo. Se encontró una relación según la prueba de chi-cuadrado entre el tipo de procedimiento y hematómetra agudo ( $\chi^2$ : 6,747, sig. Asintótica: 0,09, intervalo de confianza 95%), pero en la prueba de Fisher no se encontró esta relación (sig. Exacta: 0,052). No encontrándose una relación significativa (7).

**Ruiz C. (2016)**, su investigación titulada, Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas al procedimiento de la aspiración manual endouterina y legrado uterino, en el Hospital María Auxiliadora, en el período Enero a Diciembre del 2014, tuvo el objetivo de identificar características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidas a dicho tratamiento a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad y determinar las acciones pertinentes a considerar en los servicios de prevención y tratamiento. El hallazgo mínimo de complicaciones, es concordante con investigaciones anteriores que plantean su efectividad y eficacia. Por cuanto 4 pacientes presentaron sangrado y 14 fiebre (20).

**Callahui I. (2016)**, su investigación titulada, Complicaciones de la aspiración manual endouterina instituto nacional materno perinatal 2015. Tuvo el objetivo de describir las complicaciones del tratamiento en el Instituto Nacional Materno Perinatal de enero a julio del 2015. Los diagnósticos más frecuentes que se encontraron fueron aborto incompleto (52,5%), seguido por aborto retenido / frustrado (46,3%). De estas, 6 (3,7%) pacientes presentaron

complicaciones. De las cuales, 5 (3,1%) tenían diagnóstico de aborto incompleto y una (0,6%) embarazo molar. El 83,3% de las complicaciones se presentaron en el postoperatorio y el 16,7% presentó complicaciones tanto en el intra como en el postoperatorio. Las complicaciones postoperatorias correspondieron a un caso de sangrado vaginal y uno de dolor pélvico. La única paciente que se complicó tanto en el intra como en el postoperatorio correspondió a un caso de hemorragia por evacuación incompleta. Se concluye que el AMEU es una técnica segura y sus complicaciones más frecuentes son el sangrado vía vaginal, dolor pélvico y procedimiento insuficiente (21).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Aborto**

La palabra “aborto”, proveniente del latín “abortus”, es el participio del verbo “aborior”, que tiene por significado “ab = de (indica separación)”, y “orior = levantarse, salir, nacer” (22). De acuerdo con el New Shorter Oxford Dictionary, es el nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir. También es la terminación inducida del embarazo para destruir al feto. Si bien el término se utiliza de manera indistinta en un contexto médico, el uso popular de la palabra aborto se refiere a la interrupción intencional del embarazo. Es por esta razón que muchos prefieren utilizar el término aborto espontáneo para referirse a la muerte del feto antes de su viabilidad (2).

Se llama aborto a toda interrupción, ya sea espontánea o provocada, del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500g (3). Para la OMS (4) el aborto es “la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable”, es decir antes de que este pueda sobrevivir fuera del útero; viene a ser la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto menor de 500 gramos de peso lo cual corresponde a una gestación menor de 22 semanas de amenorrea.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (23) considera al aborto como la expulsión o extracción de un embrión o feto de menos de 500g de peso (alrededor de 22 semanas de embarazo) o de otro producto de gestación absolutamente no viable puede ser un huevo no embrionado, mola hidatiforme, etc; independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado.

El aborto es definido como la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación normal, cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno, el feto pesa alrededor de 500g para esta edad gestacional; también se considera como la terminación de la gestación después que el blastocito se ha implantado en el endometrio, pero antes de que alcance la viabilidad (24).

Este cuadro se divide en dos grupos:

“Abortos espontáneos; los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y Abortos provocados, aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas, y tardío, a las 12 semanas o más” (3, p. 206).

Determinar “la frecuencia del aborto espontáneo es difícil de precisar. Se estima que aproximadamente el 15% de los embarazos clínicos terminan en aborto espontáneo” (25, p. 535).

### **3.1. Cuadro Clínico**

Gestación menor de 22 semanas que presentará dolor abdominal en bajo vientre además puede presentarse en algunos casos sangrado vaginal de cuantía variable con o sin cambios a nivel cervicales, con o sin expulsión del producto o restos de la gestación. Del mismo modo puede existir fiebre en caso de infección. Signos peritoneales en casos infectados, sépticos o en perforación de vísceras (27).

El cuadro clínico se presenta con sangrado genital irregular, de escasa cantidad y color café, este aumenta progresivamente y se encuentra asociado a dolor hipogástrico tipo cólico, el cual se va intensificando con el progreso del cuadro (24).

#### **2.2.1.2. Clasificación**

##### **A. Aborto espontáneo**

Pérdida de la gestación antes de las 20 semanas de amenorrea, tiempo en el cual el feto no tiene condiciones de sobrevivir fuera del útero materno. Ocurre

cuando un embarazo termina de manera abrupta. Del 8 al 15% de los embarazos, terminan de esta manera, aunque existe un número importante que pasan desapercibidos (28).

Más del 80% de los abortos espontáneos se producen durante las primeras 12 semanas de gestación. Asimismo, parece haber una proporción de varones a mujeres de 1.5. El aborto del primer trimestre suele acompañarse de hemorragia en la decidua basal además de necrosis del tejido adyacente. En estos casos, el óvulo se desprende, lo que estimula una serie de contracciones uterinas provocando la expulsión (2).

El aborto espontáneo viene a ser la pérdida del producto de la concepción, sin inducción, antes de las 20 semanas o cuando el feto tiene un peso aproximado de 500 gramos o menos. La incidencia de abortos espontáneos es de 10 y 18%. Es asociado con defectos cromosómicos, enfermedades maternas de tipo endocrinas, inmunológicas, infecciosas y malformaciones del aparato genital o disfunción placentaria. Un tercio de las mujeres tienen un aborto espontáneo alguna vez durante su edad reproductiva (29).

#### *Clasificación clínica del Aborto espontáneo*

##### **a. Aborto inevitable**

En este caso las contracciones se incrementan, el dolor más intenso y la hemorragia más severa. En el examen pélvico se encuentra un orificio interno que permite la entrada de un dedo, las membranas se encuentran íntegras. Actividad uterina aumentada, cuello dilatado, el dolor se hace insostenible y las membranas casi siempre se rompen súbitamente. En este momento el aborto es inevitable; para otros se considera inminente. En esta etapa el proceso es irreversible y el aborto tendrá lugar en corto tiempo (31).

La rotura de las membranas acompañada de la salida de líquido en presencia de dilatación del cuello uterino, anuncia un aborto casi seguro. Con frecuencia empiezan las contracciones uterinas para provocar un aborto o bien aparece una infección. Después de 48h, si no elimina líquido amniótico ni existe hemorragia o dolor, entonces puede reanudar sus actividades habituales con excepción del coito. Sin embargo, si la salida del líquido se acompaña de hemorragia, dolor o fiebre, el aborto se debe considerar inevitable y proceder a evacuar el útero (2).

### ***b. Aborto incompleto***

Expulsión parcial de restos embrionarios, acompañado de sangrado el cual puede ser profuso; este en algunas ocasiones es causa de hipovolemia. En el examen ginecológico el cuello uterino es permeable hasta la cavidad uterina. El útero se encuentra disminuido de tamaño. Es característico que cuando el aborto se da antes de la semana 10, la placenta y el embrión se expulsan juntos; luego de este tiempo se eliminan por separado (24).

Los restos ovulares no han sido eliminados por completo por lo que la cavidad uterina permanece parcialmente ocupada; el útero se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios además la hemorragia es profusa y persistente (3). La hemorragia de un aborto incompleto, de un embarazo más avanzado, en ocasiones es algo grave pero rara vez letal. Por todo esto, en el caso de una mujer con un embarazo más avanzado o con una hemorragia abundante, se procede a realizar la evacuación de inmediato (2).

### ***c. Aborto retenido***

Describe a los productos muertos de la concepción que se retienen durante varios días, semanas o incluso meses dentro del útero con el orificio cerrado del cuello uterino. Puesto que los abortos espontáneos casi siempre son precedidos por la muerte embriofetal, la mayor parte se denominaba de manera correcta "retenido". Después de la muerte del embrión no siempre se presenta hemorragia vaginal u otros síntomas de amenaza de aborto. Si el aborto retenido se interrumpe en forma espontánea, el proceso de la expulsión es el mismo que en cualquier otro aborto (2).

Se define como la muerte o desprendimiento del feto o embrión que además queda retenido en el útero y no hay expulsión de restos ovulares. Este se da cuando el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen además de que los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnóstico (24).

Este tipo de aborto se caracteriza por la retención, de un embrión o feto muerto o la detención de la progresión normal del embarazo, esto puede acompañarse o no de sangrado variable. La paciente no presentará sintomatología alguna. Son las alteraciones genéticas las principales causas de esto (32).

#### ***d. Aborto séptico***

Se presenta cuando el aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital. También pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a completar la evacuación del huevo (3). El aborto séptico se define como un proceso infeccioso ascendente caracterizado por una endometritis, anexitis y parametritis por contaminación ovular durante las maniobras abortivas o por rotura espontánea de las membranas ovulares. Constituyen factores de riesgos el embarazo avanzado, ausencia de asepsia adecuada, dificultades técnicas en la evacuación uterina o presencia no sospechada de patógenos de transmisión sexual o de gérmenes de la flora normal potencialmente de la vagina, endocérvix, genitales externos y región perineal (33).

#### ***B. Aborto recurrente***

El aborto recurrente es un problema reproductivo multifactorial y que afecta a una población muy heterogénea. Las alteraciones cromosómicas son la causa más frecuente. Se estima que menos de un 5% de las mujeres van a experimentar dos pérdidas consecutivas de embarazo y sólo el 1% tres pérdidas consecutivas o más. Aproximadamente el 50% de los casos de aborto recurrente no presentan una etiología definida, aún luego de una evaluación exhaustiva (34).

Se denomina aborto recurrente a cualquier mujer que ha experimentado 3 ó más abortos espontáneos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación, utilizándose el término de abortadora recurrente primaria si no ha tenido embarazos viables entre sí, y abortadora secundaria, si ha existido al menos uno viable previo (35).

En la mayoría de los casos, existe muerte embrionaria o fetal y muy pocos abortos suceden después de las 14 semanas. Resulta sorprendente observar que la probabilidad de tener un embarazo satisfactorio alcanza hasta 50% incluso después de seis abortos (2).

Es necesario elaborar una historia clínica detallada y orientada hacia los antecedentes de los abortos, uso y abusos de drogas tóxicas, cirugías previas e infecciones. El examen físico debe incluir una evaluación cuidadosa del cérvix y búsqueda de anomalías uterinas (31).

### **2.2.1.3. Diagnóstico**

El sangrado es el signo más común de un aborto, dolor en el abdomen, espalda además de la pérdida de líquido caliente proveniente de la vagina (27).

El diagnóstico se realiza mediante la correlación entre el cuadro clínico, la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG) y la ecografía transvaginal o transabdominal dependiendo de la edad gestacional y concentración de B-HCG (24).

“El diagnóstico inicial es de tipo clínico considerando la anamnesis y el examen físico” (36, p. 21), donde se evidencia sangrado transvaginal cambios cervicales además de dolor.

En los exámenes de laboratorio la determinación seriada de B-gonadotropina Coriónica Humana (B- Hcg), la cual puede alcanzar niveles de 10 a 25 Mui/ml en los siguientes 9 días posteriores a la fecundación, si no hay un aumento de mínimo el 66% en 48 horas el pronóstico del embarazo es desfavorable, además se debería solicitar un hemograma completo (36).

En la ecografía transvaginal o transabdominal los hallazgos permiten correlacionar el tiempo de amenorrea y la concentración de B-HCG, encontrando por medio de la ecografía transvaginal la aparición, localización y características del embarazo de forma más precoz en comparación con la ecografía transabdominal. Los hallazgos varían, puede existir desde ausencia de embrión, ausencia de actividad cardíaca, distorsión del saco gestacional y/o disminución del líquido amniótico (24).

### **2.2.2. Tratamiento del aborto**

El aborto, realizado mediante aspiración manual endouterina o legrado uterino, ha sido el método de interrupción del embarazo utilizado durante décadas. Estas técnicas se caracterizan por la inmediatez de sus resultados (38).

El tratamiento del aborto viene a ser la utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen las técnicas de la aspiración de vacío, la dilatación y la evacuación (6).

## **Aspiración Manual Endouterina (AMEU)**

Es uno de los procedimientos que “tiene éxito en el 98% de los casos y reduce significativamente el riesgo de complicaciones, la pérdida de sangre, el dolor y las secuelas asociadas con el legrado uterino” (40, p. 2). Es un procedimiento que se realiza en los casos de aborto incompleto sin infección ni hemorragia severa la cual, es la complicación más frecuente por la que acuden las pacientes a un hospital (40).

Bombin et al (13) mencionan que la aspiración manual endouterina se encuentra:

“Dirigida a gestaciones menores de 15 semanas y su uso puede ampliarse desde los casos de aborto incompleto, aborto retenido, mola hidatiforme, interrupción voluntaria del embarazo, biopsia endometrial a incluso aborto séptico hasta 6 a 8 horas posterior a la administración de antibióticos. Debe cumplir con requisitos técnicos como tamaño uterino menor a 12 centímetros y dilatación cervical menor a 2 centímetros, además de definir la posición del útero” (p. 462).

Basa su mecanismo de acción en trasladar una presión negativa, generada por una fuente manual o eléctrica, dentro del útero a través de unas cánulas que se encuentran conectadas a la fuente de presión negativa. Esto permite retirar los tejidos endouterinos en su totalidad, así se evita raspar manualmente las paredes uterinas y poder ocasionar daños en estas. Puede realizarse tanto en forma eléctrica como en forma manual. La aspiración eléctrica requiere del uso de una bomba de vacío de tipo Berkeley que es operada con energía eléctrica. La aspiración manual endouterina utiliza un equipo portátil que no requiere electricidad (41).

La OMS ha reconocido que el AMEU constituye uno de los métodos más eficaces para el tratamiento del aborto incompleto y recomienda que se encuentre disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral (41).

El AMEU es relativamente más económica, su mecanismo de acción permite que el procedimiento tome menos tiempo que el legrado uterino (LU). Cuando se está bien capacitado, se presentan menos complicaciones además permite el uso de anestesia local. Si se utiliza sedoanalgesia, se usa dosis reducidas de analgésicos o sedantes, haciendo posible que el procedimiento pueda



efectuarse de manera ambulatoria (41).

La aspiración manual endouterina permite realizar el procedimiento fuera de una sala de operaciones. Dicho procedimiento es un acto quirúrgico con un tiempo limitado además de predecible, también permite obtener tejido ovular cuando sea necesario un estudio anatómico-patológico o estudios genéticos (41).

El AMEU tiene indicaciones; absolutas, como la edad gestacional hasta las 12 semanas por fecha de última regla. Relativas, como el aborto séptico con terapia antibiótica y hasta una edad gestacional máxima de 12 semanas por fecha de última regla. En el tratamiento del aborto frustrado no complicado y hasta un tamaño equivalente a 12 semanas de la fecha de última regla. En la evacuación uterina de la mola hidatiforme hasta un tamaño equivalente a 12 semanas de la fecha de última regla (7).

Contraindicada en casos de biopsia por sospecha o confirmación de embarazo. Aborto incompleto, frustrado o embarazo molar correspondiente a un útero mayor de 12 semanas de la fecha de última regla. Presencia de infección sin haber iniciado una amplia cobertura de antibiótico (7). Riesgo de sangrado durante el procedimiento, sospecha de perforación uterina previa al procedimiento, anemia severa, inestabilidad hemodinámica debida a trastornos cardíacos, hemorragia o infección que puede llevar al shock severo o muerte, fibromiomas uterinos que hagan imposible determinar el tamaño y posición del útero (40).

El procedimiento para realizar un AMEU es “solicitar a la persona que vacíe la vejiga. Ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica. Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina, la situación del útero y verificar la dilatación del cuello” (40, p. 3).

#### **a) Dilatación cervical**

Existen “los casos de aborto inevitable o de aborto incompleto, puede que el cuello uterino esté lo suficientemente abierto como para permitir la evacuación endouterina, sin la realización de una dilatación complementaria o mediante sólo una dilatación mínima” (18, p. 27).

#### **b) Bloqueo paracervical**

Se debe cargar jeringa con 20 ml de solución de lidocaína al 1%. Si no se

dispone de esta solución, se puede sustituir con 10 ml de lidocaína al 2%. Luego de colocado el espéculo y realizada la correcta antisepsia del cuello uterino, estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior con una pinza de cuello (40).

Seguidamente “realice una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cérvico-vaginal posterior. Aplique el bloqueo paracervical en los puntos horarios 2, 4, 8, 10 sobre la unión de la mucosa vaginal y la cervical, bajo la mucosa cervical. Introducir la aguja hasta una profundidad de 2,5 a 3,8mm” (40, p. 26).

Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. Si no existiera, completar la aplicación inyectando lentamente de 2 a 5 ml de la solución. Se debe esperar de 5 a 15 minutos, hasta que el anestésico haga efecto (40).

### **c) Evacuación**

Para realizar el AMEU, se introduce una cánula de plástico, se dispone de diferentes tamaños evitando así la necesidad de dilatación cervical en algunos casos. Luego se conecta a un aspirador manual de plástico de 60 centímetros cúbicos cargado con el vacío. Este se libera al abrir la válvula de seguridad de la jeringa, la cánula se gira delicada y lentamente mientras que se desplaza hacia adelante y hacia atrás en el útero. El aspirador sirve como fuente del vacío para aspirar los restos ovulares a través de la cánula hacia el interior del cilindro del aspirador con una presión de 26” de mercurio, hasta que llega al 90% de su capacidad. No produce ruido, debido a que la acción se realiza suavemente, la bolsa gestacional permanece intacta asegurando una completa evacuación uterina (18).

El procedimiento llega a su fin con la obtención de una espuma rosada en la cánula, cuando no se observa paso de tejido, al percibir aspereza en las paredes del útero, y dificultad para mover la cánula, cuando el vacío hace que se adhiera a las paredes uterinas (7). “Por medio de luz directa, verificar la cantidad y presencia de productos de la concepción (vellosidades, decidua y saco/membranas adecuadas según la edad gestacional)” (40, p. 27).

### **d) Control postoperatorio**

La paciente se recupera en una camilla en donde descansa hasta sentirse en condiciones de levantarse. Se da egreso entre 4 y 6 horas posteriores al

procedimiento (18). En este período es fundamental; controlar los signos vitales, evaluar el sangrado, administrar medicación para el dolor si fuera necesario además de brindar contención y acompañamiento (40).

### **e) Seguimiento**

En esta etapa:

“la paciente debe recibir indicaciones que incluyan una analgesia adecuada, el inicio de anticoncepción y los signos de alarma por los cuales debe volver a consultar en urgencias. El control ambulatorio es en un periodo de 1 a 2 semanas. La corroboración de la evacuación completa puede basarse en parámetros clínicos, es decir, la ausencia de dolor y existencia de sangrado escaso a moderado, por lo que no es necesario el control ecográfico” (13, p. 462).

Otro procedimiento del tratamiento quirúrgico es el Legrado Uterino, que consiste en la evaluación del contenido uterino y posterior curetaje de las paredes de la cavidad uterina. Tiene como objetivo extraer los restos de tejido trofoblástico, decidual y membranas ovulares que se encuentran retenidas en la cavidad endouterina, respetando la decidua basal (42).

### **Legrado uterino (LU)**

Procedimiento complejo con la paciente anestesiada y en posición ginecológica, se aplica una valva vaginal y se pinza el cuello uterino, traccionando para evitar la perforación, 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 (7).

Los efectos secundarios son a menudo cólicos abdominales, náuseas que varían de leves a moderadas, vómito, dolor y sangrado parecido al de la menstruación (7).

Indicado en abortos incompletos con altura uterina equivalente o menor a 22 cm (44), sangrado uterino anormal para diagnóstico y tratamiento de pólipos

placentarios, extracción de tejido placentario infectado previa administración de antibióticos y trombofilias (7).

El LU está “contraindicado en casos de aborto séptico o infectado sin antibioticoterapia previa, embarazos menores de 12 semanas de gestación, útero con contenido fetal, cérvix cerrado, sospecha inicial de perforación uterina por maniobras abortivas previas” (44, p. 19).

Se realiza “el procedimiento del LU es en posición ginecológica, bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia se colocan campos quirúrgicos, se realiza la antisepsia del cérvix y de vagina con solución antiséptica. Se procede a realizar el tacto bimanual para identificar, situación, tamaño y orientación del útero y dilatación cervical” (44, p. 20).

#### **a) Dilatación**

Se “requiere la preparación del cuello uterino con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos” (7, p. 5).

#### **b) Evacuación**

Se coloca el espéculo suavemente en forma oblicua deprimiendo la pared posterior de la vagina, se va introduciendo la pinza cervical o una pinza de Foster si el cuello está muy blando, lateralmente al espéculo pinzando el labio anterior del cérvix para así estabilizar el cuello, se tracciona la pinza para corregir el ángulo cérvicouterino rectificando el cuerpo del mismo. Se retira el espéculo (44).

Se introducen las pinzas de Winter o Foster, las cuales deben ser introducidas hasta el fondo del útero donde se abren y rotan dentro de la cavidad para poder atrapar los restos más gruesos. Se completa la evacuación haciendo uso de las legras (18).

Su finalidad es:

“Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia delante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado. Posteriormente

legar el fondo y los cuernos” (44, p. 21 - 22).

Los signos que indican que el cirujano a terminado el LU son la ausencia de restos placentarios, el sangrado rojo rutilante, escaso, espumoso además hay sensación táctil de vaciamiento a través de la cureta (7).

### **c) Control postoperatorio**

Se debe evaluar constantemente la presencia de hemorragias. Se realiza estudios histológicos del material evacuado. Administrar vacuna anti-D si la paciente fuese Rh negativo. Observar a la paciente durante 24 horas. Además de control postoperatorio a las 3 a 5 semanas de practicado el procedimiento (18).

### **2.2.3. Complicaciones**

Existen complicaciones que se realizan tanto en el centro de salud como fuera de él, 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 (7). “La anestesia puede causar algún tipo de complicación, la anestesia local es más segura que la anestesia general” (7, p. 30).

En el caso de la aspiración manual endouterina se reporta:

“Una tasa de 1.2% de complicaciones, la cual es menor a la tasa del legrado uterino. Las complicaciones mínimas reportadas requieren manejo conservador en un 1.7% de los casos y técnicas invasivas mayores en el 0.6% de los casos. Estas comprenden la evacuación incompleta, desgarró cervical, perforación uterina, hemorragia e infección” (13, p.. 462-463).

Se clasifican en:

- a) Inmediatas:** ocurren en las 3 horas posteriores a la intervención: desgarró de cérvix, hemorragia uterina, perforación uterina. Otras menos frecuentes: aborto séptico, embolia de líquido amniótico, CID (44).
- b) Medio plazo:** aparecen entre las 3h y los 28 días del procedimiento: retención de restos, infección (44).
- c) Tardías:** a partir de los 28 días: sensibilización Rh, Síndrome de

Asherman, estenosis o insuficiencia cervical, amenorrea, cuadros psicológicos, mortalidad (44).

### ***Complicaciones más graves y/o frecuentes post tratamiento intrahospitalario***

**Evacuación incompleta:** es la retención de tejidos post AMEU que puede llevar a una hemorragia e infección. La mejor forma de prevenir una evacuación incompleta es observar cuidadosamente las señales de haber completado el procedimiento. La evacuación incompleta se trata repitiendo la evacuación y administrando antibióticos cuando sea necesario (40).

**Desgarro del cuello uterino:** se puede producir durante la colocación inicial de tenáculo, al retirarse la usuaria si no se avisa, durante la dilatación cervical o succión por no fijar adecuadamente el tenáculo (40).

**Hemorragia:** salida de sangre desde el sistema cardiovascular que es provocada por la ruptura de los vasos sanguíneos como venas, arterias y capilares (19). La cuantía es muy variable, pudiendo en casos extremos conducir a un cuadro de shock, haciendo obligatoria la evacuación uterina urgente. Entre tanto, resulta eficaz la administración de oxitocina para cohibir la hemorragia. Puede ser debida a laceraciones o desgarros de vagina o cérvix, perforación uterina, retención de restos ovulares, coagulopatía o atonía uterina (44).

Dependiendo de la causa de la hemorragia, el tratamiento adecuado puede incluir una reevacuación del útero y la administración de fármacos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo intravenoso de líquidos y, en casos graves, transfusiones sanguíneas, el reemplazo de los factores de coagulación, una laparoscopia o una laparotomía de exploración. Dada la baja incidencia de hemorragia con aspiración al vacío, no se recomienda la utilización de oxitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la dilatación y evacuación (47).

**Perforación Uterina:** la perforación del útero es la complicación más común del legrado (47). Más habitual en multíparas y en abortos tardíos además influye la inexperiencia del cirujano (44).

Puede dar lugar a varios problemas, incluyendo sangrado, daños a las vísceras, y peritonitis, lo que requiere un control rápido de daños. Además, la

formación de hematomas y cualquier tipo de trauma peritoneal debido a la coagulación o la sutura de la pared uterina podrían dar lugar a la formación de adherencias con secuelas patológicas, tales como dolor crónico, infertilidad secundaria, o íleo agudo (47).

Puede ser una perforación limpia; basta con tratamiento conservador, pautar dieta absoluta, bolsa de hielo sobre el abdomen, oxitocina y antibióticos de amplio espectro como profilaxis de una posible infección. Perforación sucia; el tratamiento es similar al de una perforación limpia, siendo en otras ocasiones imprescindible el tratamiento quirúrgico con exéresis del foco infeccioso. Las más graves son las laterales en dirección al ligamento ancho por la posible lesión de vasos uterinos. En ocasiones es necesaria una laparoscopia y/o laparotomía (44).

El tratamiento del aborto que se emplea en los distintos establecimientos de salud se ajusta a los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud, como es el caso del nosocomio en el que se desarrolló la investigación, en este se emplean los tratamientos antes mencionados, teniendo siempre en cuenta el estado en el que llega la paciente, el tipo de aborto y la edad gestacional.

Los procedimientos empleados son:

*Aspiración Manual Endouterina.* Se emplea en casos de abortos incompletos sin infección ni hemorragia severa con edad gestacional menor a las 12 semanas. Tiene como mecanismo de acción el trasladar una presión negativa dentro del útero a través de unas cánulas. Esto permite que el procedimiento demore menos y utilizar anestesia local. En cuanto al procedimiento consiste en introducir una cánula de plástico que se conecta a un aspirador manual cargado en vacío, el vacío se libera al abrir la válvula y se gira delicadamente la cánula hacia adelante y hacia atrás, el procedimiento culmina con la obtención de una espuma rosada, así como cuando no se observa paso de tejido además al percibir aspereza en las paredes del útero y dificultad para mover la cánula.

*Legrado Uterino:* la paciente se encuentra anestesiada y en posición ginecológica, se aplica una valva vaginal y se pinza el cuello uterino traccionando para evitar perforación, se mide la cavidad uterina usando un histerómetro, si el cuello está cerrado se procede a la dilatación con tallos de Hegar si este se encuentra dilatado se introduce directamente la cucharilla o legra. Introducida hasta el fondo uterino y mediante movimientos de retorno

hacia el cuello se exploran las cuatro paredes hasta evacuar la cavidad uterina. El procedimiento termina cuando haya ausencia de restos placentarios, el sangrado sea rojo rutilante, escaso, espumoso, sensación táctil de vaciamiento a través de la cureta.

En cuanto al tratamiento empleado en dicho nosocomio va a depender mucho de cómo ingresa la paciente, el tipo de aborto, las semanas de gestación además del especialista a cargo del caso.

### **2.3. Hipótesis**

**Ha:** Las complicaciones más frecuentes asociadas al tratamiento de aborto con legrado uterino son desgarro de cérvix, hemorragia e infecciones; y con la aspiración manual endouterina son evacuación incompleta y hemorragias; en mujeres atendidas en hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, 2020.

### **2.4. Variables**

**2.4.1. Variable 1:** Complicaciones post tratamiento

**2.4.2. Variable 2:** Tratamiento de aborto

### **2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables**





## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLOGICO**

#### **3.1. Diseño y tipo de estudio**

El presente estudio fue diseñado como una investigación no experimental, retrospectivo de tipo descriptivo, correlacional de enfoque cuantitativo.

No experimental, porque no habrá manipulación de las variables; retrospectivo, porque los datos son obtenidos del archivo del nosocomio; descriptivo, porque pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre el tratamiento del aborto y complicaciones post tratamiento; correlacional, porque permitirá conocer la asociación entre las complicaciones post tratamiento del aborto y el tratamiento del aborto. Finalmente, cuantitativa, porque se usará la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico.

#### **3.2. Área de estudio y población**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nuestra Señora del Rosario — Cajabamba, departamento de Cajamarca, ubicado en Jr. La Torre N° 276, el mismo que corresponde a la provincia y distrito de Cajabamba. Dicho nosocomio está categorizado como hospital de segundo nivel de complejidad con categoría II-1, por contar con las 4 principales áreas de atención: medicina, cirugía, neonatología - pediatría y Gineco - Obstetricia.

La población estuvo constituida por 133 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el periodo de enero a diciembre del 2019.

#### **3.3. Muestra**

En el presente estudio la muestra estuvo conformada por el total de la población, es decir una muestra universo; por consiguiente, no se empleó ninguna técnica de muestreo.

#### **3.4. Unidad de análisis**

La unidad de análisis del presente estudio fue cada historia clínica de pacientes con diagnóstico de aborto.

### 3.5. Criterios de inclusión y exclusión

#### **Criterios de inclusión:**

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto dentro del periodo de enero a diciembre del 2019.

Historias clínicas legibles y completas.

#### **Criterios de exclusión:**

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto completo.

### 3.6. Consideraciones éticas de la investigación

**La confidencialidad:** Se garantizó la privacidad de cada paciente con diagnóstico de aborto además del manejo al cual fueron sometidos.

**La veracidad:** Se respetó en todo momento los datos recolectados durante la investigación, sin alterarlos ni manipularlos.

**Respeto:** Se protegió la identidad de las pacientes además de los datos de la historia clínica documento médico legal.

**Beneficencia - no maleficencia:** Se maximizó los beneficios de la investigación mientras se minimizó los riesgos para los participantes de la investigación.

**Información:** Se hizo referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso.

### 3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos primero se solicitó la autorización al director del Hospital Nuestra Señora de Rosario Cajabamba para tener acceso a las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de aborto y poder recolectar los datos (Anexo 2).

El tiempo estimado para el recojo de información por historia clínica fue de 10 minutos por lo que se consideró que en tres meses se recolectaría la información total de las 133 historias clínicas, por tanto, se completó el proceso de recolección de datos en el periodo de Mayo a Julio del 2021. Una vez recolectada la información se procedió a la tabulación y análisis de datos que luego fueron diseñados en tablas estadísticas y finalmente se realizó la

interpretación y la relación de los resultados obtenidos.

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

Para el recojo de la información se empleó la técnica de análisis documental, el instrumento fue la guía de registro de datos (Anexo 1). Dicho instrumento dividió en tres partes:

Parte I: Datos generales.

Esta parte comprendió al número de la ficha, la fecha de elaboración de la ficha además del número de historia clínica.

Parte II: Datos de ingreso y tiempo de hospitalización

Constó de edad gestacional, ítem uno, con la alternativa < 13ss con valor de 2 puntos y de 13 a 21ss con valor de un punto. Ítem dos, diagnóstico de ingreso; con puntuaciones de un, dos puntos para aborto incompleto, tres puntos para aborto retenido, cuatro puntos para aborto frustrado y cinco puntos para aborto inminente. Ítem tres, condición de ingreso — estado general, con tres alternativas; bueno con valor de un punto, regular dos puntos y malo tres puntos. Ítem cuatro, tratamiento médico realizado a la paciente, con dos alternativas Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrado Uterino (LU) con valores de dos y un punto correspondientemente. Ítem cinco el cual correspondió al tiempo de hospitalización tuvo cuatro alternativas, 12 hrs con el valor de un punto, 24 hrs dos puntos, 48 hrs tres puntos y >48 hrs con el valor de cuatro puntos.

Esta parte nos sirvió para determinar la edad gestacional de la paciente además del tipo de aborto lo cual se encuentra directamente relacionado con el tratamiento que recibió la paciente. También se tuvo el tiempo de hospitalización de la paciente, algo que va de la mano con el hecho de que la paciente haya presentado alguna complicación, si esto se hubiera dado, la paciente debió permanecer un tiempo mayor hospitalizada.

Parte III: Complicaciones que pudo haber presentado la paciente luego del tratamiento intrahospitalario.

En la tercera parte del instrumento, las más importante, se encontró la lista de complicaciones que se pudieron haber presentado, estas fueron doce alternativas cada una con una puntuación distinta. Inició con la alternativa

ninguna correspondiéndole cero puntos, evacuación incompleta un punto, desgarro del cuello uterino dos puntos, hemorragia tres puntos, perforación uterina cuatro puntos, infección pélvica cinco puntos, hematómetra agudo seis puntos, shock neurogénico siete puntos, alergias toxicidad a la lidocaína ocho puntos, síndrome de Asherman nueve puntos, coagulación intravascular diseminada diez puntos y finalmente mortalidad materna once puntos.

### **Validez**

Para la validez del instrumento se aplicó el método de agregados individuales, es decir la validez por juicio de expertos, para lo cual se recurrió a 3 profesionales versados en la materia (Anexo 5).

### **Confiabilidad del instrumento**

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante la prueba piloto en 20 historias clínicas con características similares a la población estudiada, en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba. Posteriormente se analizó con Alfa de Cronbach por consistencia interna; cuyo valor encontrado fue 0.76; lo cual indica que la magnitud de confiabilidad es alta (Anexo 6).

### **3.9. Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 25 y Microsoft Excel para Windows a fin de generar una base de datos. La interpretación de los datos se realizó mediante tablas simples, de contingencia, y gráficos estadísticos, para ser analizados posteriormente.

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva para determinar cuál es el porcentaje en el que se presentó cada complicación según el tratamiento que se le dio a cada paciente además de la estadística inferencial con la prueba de chi-cuadrado de Pearson para la comprobación de la hipótesis.

### **3.10. Control de calidad de datos**

El control de calidad para evitar los datos perdidos se hizo durante todo el proceso de aplicación de la guía de registro de datos, ya que fue el propio investigador quien se encargó de aplicar dicha guía. El ingreso a la base de datos se realizó el mismo día que se recogió los datos.

## CAPITULO IV

### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1: TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. CAJABAMBA, 2020.**

TIPO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aspiración Manual Endouterina	39	29.3
Legrado uterino	94	70.7
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recojo de información de historias clínicas del Hospital Nuestra Señora del Rosario. Cajabamba, 2020

En la tabla 1 se observa que, en cuanto al tratamiento del aborto durante el periodo de estudio, el 70,7% de historias clínicas registran legrados uterinos y 29,3% aspiración manual endouterina procedimientos a los que fueron sometidas las pacientes.

**Tabla 2: COMPLICACIONES POST TRATAMIENTO DE ABORTO MÁS FRECUENTES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE ROSARIO. CAJABAMBA, 2020.**

	RECuento	PORCENTAJE
<b>AMEU</b>		
Ninguna	26	19.5
Evacuación incompleta	1	0.8
Desgarro de cuello	0	0
Hemorragia	12	9.0
Infección pélvica	0	0
<b>LEGRADO UTERINO</b>		
Ninguna	78	58.6
Evacuación incompleta	0	0
Desgarro de cuello	2	1.5
Hemorragia	10	7.6
Infección pélvica	4	3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recojo de información de historias clínicas del Hospital Nuestra Señora de Rosario. Cajabamba, 2020

En la tabla 2 se observa las complicaciones que presentó la mujer quien ingresó al nosocomio con diagnóstico de aborto y el tratamiento respectivo que recibió. Se registró que en el caso de las pacientes sometidas a AMEU el 19,5% no tuvo ninguna complicación y en el caso del LU el 58,6%: por otro lado, quienes presentaron complicaciones en el caso de AMEU fueron 9,0% por hemorragia y 0,8% por evacuación incompleta, en el caso de LU el 7,6% presentaron hemorragia, el 3% infección pélvica y el 1,5% desgarro de cuello.

**Tabla 3: TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y COMPLICACIONES POST TRATAMIENTO DE ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE ROSARIO. CAJABAMBA, 2020.**

			COMPLICACIONES					Total
			Ninguna	Evacuación incompleta	Desgarro de cuello	Hemorragia	Infección pélvica	
<b>Tratamiento del aborto</b>	AMEU	Recuento	26	1	0	12	0	39
		% del total	19,5%	0,8%	0,0%	9,0%	0,0%	29,3%
	LU	Recuento	78	0	2	10	4	94
		% del total	58,6%	0,0%	1,5%	7,6%	3,0%	70,70%
<b>Total</b>	Recuento	104	1	2	22	4	133	
	% del total	78,1%	0,8%	1,5%	16,6%	3,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recojo de información de historias clínicas del Hospital Nuestra Señora de Rosario. Cajabamba, 2020

En la tabla 3 se muestra datos sobre el tipo de complicación en relación con el tratamiento administrado; en cuanto a quienes se les realizó AMEU la complicación más frecuente es hemorragia (9,0%) seguida de evacuación incompleta (0,8%); sin embargo, las mujeres que fueron manejadas con LU, si bien en su mayor porcentaje no presentaron complicaciones (58,6%); pero 12,1% si presentaron complicaciones; registrándose con mayor frecuencia hemorragia, seguida de infección pélvica y por último desgarro de cuello.



**Tabla 4: PRUEBA DE HIPÓTESIS SOBRE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE ROSARIO. CAJABAMBA, 2020.**

<b>PRUEBAS DE CHI-CUADRADO</b>			
	<b>VALOR</b>	<b>df</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	60.322 <sup>a</sup>	4	0
<b>Razón de verosimilitud</b>	58.667	4	0
<b>Asociación lineal por lineal</b>	2.053	1	0.152
<b>N de casos</b>	133		

Fuente: Ficha de recojo de información de historias clínicas del Hospital Nuestra Señora del Rosario. Cajabamba, 2020.

En la tabla 4 se presenta la prueba de hipótesis sobre complicaciones de aborto asociados a su tratamiento; en la que se observa un valor **p=0,00<0.05**; es decir que si existe asociación entre ambas variables; por lo tanto, existe asociación entre el tipo de tratamiento del aborto y las complicaciones que pueda presentar la mujer.

## CAPITULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se revisaron 133 historias clínicas de pacientes atendidas en el hospital Nuestra Señora del Rosario - Cajabamba con diagnóstico de aborto.

“Las hemorragias del primer trimestre afectan del 15-25% de todos los embarazos y es una de las principales causas de consulta a los servicios de urgencias, siendo la primera causa de sangrado en el primer trimestre de gestación el aborto” (46, p. 1), definido por la OMS (46) como la interrupción del embarazo antes de la semana 20 o un feto que nace con un peso menor de 500 g. A nivel mundial el aborto es considerado como problema de salud pública dado a que el 13% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos debido a los factores de riesgo y connotaciones legales de cada país hace que su número haya aumentado junto con sus complicaciones y repercusiones sociales (47, p. 1).

En el caso del tratamiento intrahospitalario que recibieron las pacientes con diagnóstico de aborto se identificó que el 70,7% fueron sometidas a Legrado Uterino y el 29,3% sometidas Aspiración Manual Endouterina. Lo que coincide con lo hallado por Soto (2017) que del 100% de pacientes de su estudio la mayoría (90%) fueron sometidas a Legrado Uterino y el 10% Aspiración Manual Endouterina. Por otro lado, esto difiere con los resultados encontrados por los estudios de Flores (2017) quien mencionan que 100% las pacientes fueron sometidas a Legrado Uterino.

Hasta hace unos años solo se podía ofrecer a la paciente la técnica del legrado uterino. Esta técnica se basa específicamente en el retiro de los restos ovulares o producto de la gestación con la ayuda de un instrumental metálico, el cual se introduce dentro del útero, para así poder retirar los tejidos haciendo uso de las conocidas legras uterinas, ya sean cortantes o romas (42). Actualmente, se puede ofrecer la técnica de la aspiración manual endouterina, la que no implica el uso de instrumental metálico, su mecanismo de acción se

basa en trasladar una presión negativa dentro del útero a través de unas cánulas que están conectadas a la fuente de presión negativa. Esto permite retirar los tejidos endouterinos en su totalidad y así se evita raspar manualmente las paredes uterinas, disminuyendo el riesgo de daño en las paredes uterinas (41).

Con respecto a las complicaciones que se presentaron post tratamiento del aborto se encontró que el 78,1% de las pacientes no presentaron ninguna complicación, el 21,9% presentaron alguna complicación dentro de las cuales las más frecuentes fueron hemorragia, infección pélvica y desgarro de cuello uterino. Estos resultados coinciden con los encontrados en los estudios de Gonzales (2018), en el que se menciona que el porcentaje de pacientes con complicaciones es mucho menor (1,4%) al de las pacientes que puedan presentar alguna complicación, además la hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes y Larrea S. et al. (2015), quienes obtuvieron en su estudio que el 14,6% de las participantes declaró complicaciones (6,2% hemorragia y 6,8% aborto incompleto).

De las pacientes sometidas a Aspiración Manual Endouterina el 9,0% presentaron como complicación la hemorragia y el 0,8% evacuación incompleta; además en el caso de las pacientes sometidas a Legrado Uterino el 7,6% presentaron hemorragia, el 3,0% infección pélvica y el 1,5% desgarro de cuello; esto coincide con los datos hallados por Gonzales (2018) quien encontró 0,57% de hemorragias como complicación, el 39,7% presentaron complicaciones como evacuación incompleta, infección pélvica y desgarros.

Las complicaciones de la Aspiración Manual Endouterina y el Legrado Uterino más frecuentes son la hemorragia y la infección. Otras menos frecuentes el desgarro cervical, la evacuación incompleta y la perforación uterina. Estas complicaciones afectan a menos del 10% de las mujeres. La morbilidad debida a un aborto seguro realizado por un profesional suficientemente capacitado depende de la edad gestacional, el método utilizado, la edad materna y el número de partos. Estas pueden reducirse si se logra una adecuada dilatación del cuello, manipulación adecuada del instrumental dentro del útero y la extracción total del tejido (16).

La prueba de hipótesis arrojó  $p = 0,00 < 0,05$  lo que demostró que existe asociación entre ambas variables por lo tanto existe asociación entre el tratamiento del aborto y las complicaciones.

## CONCLUSIONES

- 1 Los tratamientos intrahospitalarios que recibieron las pacientes fueron en mayor porcentaje Legrado Uterino seguido de Aspiración Manual Endouterina.
- 2 Las complicaciones post tratamiento de aborto en el caso de las Aspiración Manual Endouterina fueron, en mayor porcentaje hemorragia, seguida de evacuación incompleta; además en el caso de Legrado Uterino se presentaron en mayor porcentaje hemorragia, seguida de infección pélvica y por último desgarros de cuello.
- 3 Por lo tanto, en el estudio se determinó la asociación que existió entre las complicaciones post tratamiento y el tratamiento de aborto, de acuerdo al tratamiento empleado en cada paciente. La prueba de hipótesis, a través de chi cuadrado, arrojó  $p= 0,00 < 0,05$  por lo tanto existe asociación entre el tratamiento del aborto y las complicaciones. Por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

## SUGERENCIAS

1. Al personal gineco-obstetra del Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, se recomienda enfatizar los procesos de capacitación dirigidas a minimizar las complicaciones producidas por los tratamientos de aborto realizados tanto con Legrado Uterino como Aspiración Manual Endouterina, puesto que los hallazgos de la presente investigación indican que continúan siendo elevadas; lo que pone en riesgo la integridad y salud de la mujer.
2. Al personal obstetra que labora en el Hospital Nuestra Señora del Rosario se recomienda enfatizar los procesos de educación, orientación y consejería dirigidos a las mujeres en edad fértil (en todas las etapas de vida) con la finalidad de fortalecer los conocimientos y uso de los métodos de planificación familiar para evitar los embarazos no deseados; así como informar sobre los riesgos y las consecuencias que pueden ocasionar los abortos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Red de periodistas feministas de América Latina y el Caribe. Abortar en América Latina y el Caribe: acceso y obstáculos. Agencia Ocote. 2019 [citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.agenciaocote.com/abortar-en-america-latina-y-el-caribe-acceso-y-obstaculos/>
2. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23.<sup>a</sup> ed. México: The McGraw Hill; 2011. 1400 p.
3. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6.<sup>a</sup> ed. El Ateneo; 2008. 720 p.
4. Llave O, Rocha LL, Villca C, Flores P. Abortion and some considerations. Arch Boliv Med. 2017;27:48.
5. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento médico del aborto. 2019 [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
6. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2.<sup>a</sup> ed. 2012 [citado 20 de julio de 2020]. 134 p. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432\\_spa.pdf;jsessionid=E29F1D754D63EB5401661F633E11FA77?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=E29F1D754D63EB5401661F633E11FA77?sequence=1)
7. Flores J. Prevalencia y complicaciones de la aspiración manual endouterina y legrado uterino en el manejo de abortos en mujeres de 15 - 45 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016 [Tesis pregrado]. [Iquitos, Perú]: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2017 [citado 16 de julio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4854>
8. Guttmacher Institute. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. Guttmacher Institute. julio de 2020 [citado 13 de enero de 2020]; Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivelmundial#:~:text=Aproximadamente%20121%20millones%20de%20e>

mbarazos,a%C3%B1o%20entre%202015%20y%202019.&text=De%20es  
tos%20embarazos%20no%20planeados,millones%20de%20abortos%20  
por%20a%C3%B1o.

9. Guttmacher Institute. Aborto a nivel mundial 2017 - Resumen ejecutivo. Guttmacher Institute. 2018 [citado 24 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-a-nivel-mundial-2017-resumen-ejecutivo>
10. 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 pregrado]. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017 [citado 15 de junio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.pdf>
11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín epidemiológico 2018. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018 [citado 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605?pagina=1>
12. Oficina de epidemiología y salud ambiental. Análisis de situación de salud año2019 - Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2020 [citado 19 de agosto de2021]. Disponible en: [http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS\\_HRD\\_C\\_A%20C3%91O\\_2019.pdf?r=1606503282](http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRD_C_A%20C3%91O_2019.pdf?r=1606503282)
13. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2019;84(6):9 [citado 12 de agosto de 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lang=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lang=pt)
14. Álvarez M, Pérez Á, Arch E, Stuth D, Zavala A, Hernández F, Martínez M. Análisis comparativo de complicaciones agudas posquirúrgicas entre legrado y la aspiración manual endouterina en el aborto guiados por ultrasonido intraoperatorio vs. técnica habitual a ciegas. Clínica e

investigación en ginecología y Obstetricia - Elsevier. 2018;45(2):50-7 [citado 20 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X16300338?via%3Dihub>

15. Soto D. Complicaciones más frecuentes de la aspiración manual endouterina en el tratamiento del aborto incompleto del primer trimestre comparado con el legrado uterino instrumentado en el hospital general de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez". Diciembre 2015 a Mayo 2016 [Tesis postgrado]. [México]: Universidad Autónoma Del Estado De México; 2017. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66784>
16. Narváez F. Aborto temprano, complicaciones del tratamiento quirúrgico [Tesis Pregrado]. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2015 [citado 4 de julio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33950/1/CD%201359-%20NARVAEZ%20CEVALLOS%20FRANKLIN%20EMILIO.pdf>
17. Larrea S, Palència L, Perez G. Aborto farmacológico dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres de América Latina: complicaciones y su tratamiento. Gaceta Sanitaria. 2015;29(3):198-204 [citado 28 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv29n3/original6.pdf>
18. Ballinas J. Aspiración manual endouterina vs legrado uterino instrumentado en pacientes con diagnóstico de aborto. Hospital General de Jilotepec, I.S.E.M [Tesis postgrado]. [Toluca, México]: Universidad Autónoma Del Estado De México; 2014 [citado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14989/Tesis.420064.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Gonzáles E. Factores asociados a complicaciones de la aspiración manual endouterina instituto nacional materno perinatal 2016 [Tesis Postgrado]. [Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2018 [citado 20 de abril de 2020]. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3557/gonzales\\_ged.pdf?sequence=3&isAllowed=y20](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3557/gonzales_ged.pdf?sequence=3&isAllowed=y20)



20. Ruiz C. Características clínicas y epidemiológicas de mujeres sometidas al procedimiento de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrado Uterino, en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo Enero a Diciembre de 2014 [Tesis pregrado]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/777/SomocurcioClaudia\\_pdf\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/777/SomocurcioClaudia_pdf_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Callahui I. Complicaciones de la aspiración manual endouterina Instituto Nacional Materno Perinatal 2015 [Tesis postgrado]. [Lima, Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2016 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: [http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3253/callahui\\_oi.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=Conclusiones%3A%20La%20Aspiraci%C3%B3n%20Manual%20Endouterina,dolor%20p%C3%A9lvico%20y%20procedimiento%20insuficiente.](http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3253/callahui_oi.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=Conclusiones%3A%20La%20Aspiraci%C3%B3n%20Manual%20Endouterina,dolor%20p%C3%A9lvico%20y%20procedimiento%20insuficiente.)
22. Bernal R. El aborto: La bioética como principio de la vida [Tesis pregrado]. [España]: Universidad de Cantabria: 2013 [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Aborto espontáneo. 2010 [citado 26 de agosto de 2021]; Disponible en: <file:///C:/Users/KATY/AppData/Local/Temp/S0304501310004565.pdf>
24. Rodríguez A, León H. Guía de atención del aborto. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog); 2011 [citado 11 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%202011.%20%20ATENCIÓN%20DEL%20ABORTO.pdf>
25. Donoso E, Vera C. El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2016;81(6):534-45 [citado 22 de abril de 2021] Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000600014](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600014)

26. Mora P, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, Klein E, et al. Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2016;62(2):141-51 [citado 22 de julio de 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322016000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002)
27. Sandoval J. Prevalencia de aborto en usuarias atendidas en el Centro de Salud I - 4 Santa Clotilde - Río Napo entre Enero y Setiembre del 2017 [Tesis pregrado]. [Iquitos, Perú]: Universidad Científica del Perú; 2018 [citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/442>
28. Marin M, Cespedes I. Proyecto de Ley Aborto - Casiopea [Internet]. Casiopea. 2014 [citado 22 de julio de 2019]. Disponible en: [https://wiki.ead.pucv.cl/Sitio\\_responsive:\\_Proyecto\\_de\\_Ley\\_Aborto#Aborto\\_Espontaneo](https://wiki.ead.pucv.cl/Sitio_responsive:_Proyecto_de_Ley_Aborto#Aborto_Espontaneo)
29. Bouquet R. Aborto espontáneo. *Liberabit - Revista de psicología*. 2012;18(1):5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/686/68623931007.pdf>
30. V, Miranda A. Amenaza de aborto. *Hospital de Beneficencia Española de Puebla*. 2016;8 [citado 22 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.beneficienciaespanola.com.mx/wp-content/uploads/2016/07/Articulo\\_amenaza\\_de\\_aborto\\_pdf.pdf](https://www.beneficienciaespanola.com.mx/wp-content/uploads/2016/07/Articulo_amenaza_de_aborto_pdf.pdf)
31. Botero J, Jubizhazbun A, Henao G. *Obstetricia y Ginecología*. 7.<sup>a</sup> ed. Colombia:Quebecor World-Bogota; 2004. 798 p.
32. Illescas M. Misoprostol oral vs vaginal para la maduración cervical en pacientes con diagnóstico de aborto diferido en el departamento de Ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso — Cuenca 2009 [Tesis postgrado]. [Cuenca - Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2010 [citado 11 de enero de 2020]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3937/1/doi275.pdf>
33. Coronado R, Álvarez A, Yero M, Matos O. Aborto séptico: síndrome de Mondor. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2006;35(4):6 [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000400009)

34. Lorenzo F, Serpa I, Aguilera J, Fodere R, Gogorza S, Leguizamon G. Consenso: Aborto Recurrente FASGO 2018. 2018;40 [citado 19 de agosto de 2021]. disponible en:  
[http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_Fasgo\\_2018\\_Aborto\\_Recurrente.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2018_Aborto_Recurrente.pdf)
35. Manzur A. Aborto recurrente. Revista Médica Clínica Las Condes. 2010;21(3):416-23 [citado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-aborto-recurrente-S0716864010705538>
36. Guamán J, Marcatoma N. Nivel de conocimientos y actitudes sobre aborto inducido en usuarios del centro de salud N° 1 Pumapungo. Cuenca. 2018. [Tesis pregrado]. [Cuenca - Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2018 [citado 11 de enero de 2020]. Disponible en:  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31334/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
37. Pacora P. Aborto terapéutico: ¿realmente existe? Acta medica peruana. 2014;31(4):6 [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172014000400006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000400006)
38. Lete I, Coll C, Serrano I, Doval J, Carbonell J. Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación: ¿Dónde estamos en el año 2018? Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2018;61(2):190-199 [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en:  
[https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n2/18%20REV\\_Aborto%20farmacologico%20en%20el%20primer%20trimestre%20de%20la%20gestacion.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n2/18%20REV_Aborto%20farmacologico%20en%20el%20primer%20trimestre%20de%20la%20gestacion.pdf)
39. Organización mundial de la salud. Tratamiento médico del aborto. 2018 [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>

40. Levy D, Lukin G, Messina A. Aspiración manual endouterina (AMEU). 2020 [citado 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/ameu-nota-tecnica-2.pdf>
41. Montes A. Guía de procedimiento asistencial de Aspiración Manual Endouterina (AMEU). 2014 [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/rd/RD2014II/rd\\_078\\_2014.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/rd/RD2014II/rd_078_2014.pdf)
42. Gutiérrez M, Guevara E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;61(1):57-64 [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322015000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010)
43. Hospital Nacional Docente Madre Niño «San Bartolomé». Guía de procedimiento asistencial de Legrado Uterino Obstétrico. 2020 [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2020/Ginecologia/RD%20097%20SB%202020.pdf>
44. Villamarin L. Complicaciones del legrado instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el hospital provincial general Latacunga en el periodo septiembre 2010 — agosto 2011 [Tesis Pregrado]. [Ambato, Ecuador]: Universidad Técnica de Ambato; 2012 [citado 30 de julio de 2021]. Disponible en: <https://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/2126/1/Villamar%C3%ADn%20Grajeda%20Luis%20Felipe.pdf>
45. Ruipérez E, De La Puente M, Izquierdo N, Asenjo E, Herráiz M, Vidart J. Tratamiento médico del aborto espontáneo del primer trimestre. [España]: Universidad Complutense de Madrid; 2015 [citado 8 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-tratamiento-medico-del-aborto-espontaneo-S0210573X13001354>

46. Chango M. Abdomen agudo quirúrgico secundario a rotura uterina por legrado inducido [Tesis Pregrado]. [Ambato, Ecuador]: Universidad Técnica de Ambato; 2016 [citado 1 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23943/2/Chango%20Silva%20Margarita%20Fernanda.pdf>
47. Hernández P, Papadopolo E, Andrino R, Reyes C. Síndrome de Asherman. Revista de la federación centroamericana de obstetricia y ginecología. 2011;16(1):22-4 [citado 1 de septiembre de 2021]. Disponible en:  
<http://www.revcog.org/index.php/revcog/search/authors/view?firstName=Edwin&middleName=&lastName=Papadopolo&affiliation=&country=>
48. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6.ª ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014. 634 p. Disponible en:  
[https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**COMPLICACIONES ASOCIADA AL TRATAMIENTO DE ABORTO. HOSPITAL  
NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. CAJABAMBA, 2020**

#### FICHA DE RECOLECCION

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas; el llenado debe ser correcto tal como se encuentran en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos.

#### I. DATOS GENERALES

1. FICHA Nº: \_\_
2. FECHA DE ELABORACION DE LA FICHA: \_\_\_\_\_
3. Nº HCL: \_\_\_\_\_

#### II. DATOS DE INGRESO Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

1. Edad gestacional: <13 ss ( ) de 13ss a 21 ss ( )

2. Diagnóstico de ingreso:

Aborto incompleto ( )

Aborto retenido ( )

Aborto frustrado ( )

Aborto inminente ( )

3. Condición de ingreso – estado general

Bueno ( )

Regular ( )

Malo ( )

4. Tratamiento médico realizado a la paciente:

Aspiración Manual Endouterina SI( ) NO( )

Legrado Uterino SI( ) NO( )

5. Tiempo de hospitalización:

12hrs ( ) 24hrs ( ) 48hrs ( ) >48hrs ( )

#### III. Complicaciones que pudo haber presentado la paciente luego del tratamiento intrahospitalario.

1. Ninguna SI( ) NO( )
2. Evacuación incompleta: SI( ) NO( )
3. Desgarro de cuello uterino: SI( ) NO( )
4. Hemorragia: SI( ) NO( )
5. Perforación uterina: SI( ) NO( )
6. Infección pélvica: SI( ) NO( )
7. Hematómetra agudo: SI( ) NO( )
8. Shock neurogénico: SI( ) NO( )
9. Alergias toxicidad a la lidocaína SI( ) NO( )
10. Síndrome de Asherman SI( ) NO( )
11. Coagulación Intravascular diseminada SI( ) NO( )
12. Mortalidad materna SI( ) NO( )

## ANEXO 2

### SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO.

SOLICITO: Permiso Para Realizar Trabajo De Investigación

Sr. Julio A. Ponce De León Gabelán

DIRECTOR DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO CAJABAMBA

Yo, **KATHERIN ISABEL CULQUI ROMERO**, identificada con DNI N° **75716257**, con domicilio Jr. Sánchez Cerro 159, provincia Cajamarca, departamento de Cajamarca. Ante usted expongo:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de OBSTETRICIA en la Universidad Nacional de Cajamarca, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de investigación en su Hospital sobre "COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ABORTO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. CAJABAMBA, 2020." En el plazo de un mes, para así poder obtener el grado de Obstetra.

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Cajabamba, 19 de abril 2021



-----  
Atentamente:

KATHERIN ISABEL CULQUI ROMERO

DNI: 75716257



## ANEXO 3

### AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO.



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"



Oficio N° 22-21-GR: CAJ/DRSC RED V CJBA HAC /COOR. G.C

A : KATHERIN ISABEL CULQUI ROMERO  
ENCARAGADA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

DE : OBS. NINO BETUEL VÁSQUEZ TELLO  
COORDINADOR DE CAPACITACION

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

FECHA : Cajabamba, 24 de mayo del 2021.

Es grato dirigirme al Despacho de su Digno cargo con la finalidad de saludarle muy cordialmente; y al mismo tiempo autorizarle a la Bachiller en obstetricia **KATHERIN ISABEL CULQUI ROMERO CON DNI N° 75716257**, la ejecución del trabajo de investigación denominado: **"COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ABORTO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. CAJABAMBA, 2020."**

En espera de la atención que brinde al presente, aprovecho la oportunidad para expresar a usted, los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



## ANEXO 4

### SOLICITUD PARA OBTENER LAS HISTORIAS CLINICAS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"



Oficio N° 23-21-GR: CAJ/DRSC RED V CJBA HAC /COOR. G.C

A : JOEL BARRIOS MEDINA  
JEFE DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA

DE : OBS. NINO BETUEL VÁSQUEZ TELLO  
COORDINADOR DE CAPACITACION

ASUNTO : PROPORCIONAR LAS HCL PARA EL TRABAJO DE  
INVESTIGACION

FECHA : Cajabamba, 24 de mayo del 2021.

Es grato dirigirme al Despacho de su Digno cargo con la finalidad de saludarle muy cordialmente; y al mismo tiempo solicitarle de las facilidades correspondientes a la Bachiller en obstetricia **KATHERIN ISABEL CULQUI ROMERO CON DNI N° 75716257**, para la ejecución del trabajo de investigación denominado: **"COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ABORTO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. CAJABAMBA, 2020."** Para ello le pedimos que coordine con la responsable del trabajo de investigación así mismo **proporcione las historias clínicas** que se encuentran en la lista adjunta, para poder realizar dicho trabajo de investigación.

En espera de la atención que brinde al presente, aprovecho la oportunidad para expresar a usted, los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Pdo.  
24/05/21  
09:41 am  
el

## ANEXO 5

### CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



### CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>	Julia Elizabeth Quispe Oliva
<b>2. PROFESIÓN</b>	Docente en obstetricia
<b>TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO</b>	Doctora/ Obstetra
<b>ESPECIALIDAD</b>	Obstetra
<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)</b>	30 años
<b>INSTITUCIÓN DONDE LABORA</b>	Universidad Nacional De Cajamarca
<b>CARGO</b>	Directora de Departamento Académico
<b>3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:</b>	<b>COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ABORTO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. CAJABAMBA, 2020</b>
<b>4. NOMBRE DEL TESISISTA: KATHERIN ISABEL CULQUI ROMERO</b>	
<b>5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>	Determinar las complicaciones asociadas al tratamiento de aborto en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora de Rosario. Cajabamba, 2020
<b>6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:</b>	Para el recojo de información se empleara la técnica de observación y el instrumento la lista de cotejo.  El instrumento consta de cuatro partes: la primera parte con los datos del investigador, nombre de la investigación además de especificar la manera de cómo se obtendrán los datos; la segunda parte titulada datos personales en donde encontramos el número de la ficha, la fecha en que se realizó la ficha además del número de historia clínica; la tercera parte titulada datos propios del estudio consta de cinco ítems, el primero la edad gestacional de la paciente, segundo el diagnóstico de ingreso específicamente el tipo de aborto, tercero la condición de ingreso de la paciente, cuarto el tratamiento realizado a la paciente ya sea farmacológico y/o quirúrgico, quinto el tiempo de hospitalización de la paciente; por último la cuarta parte y la más importante para el estudio titulada complicaciones, iniciamos con la opción ninguna, evacuación incompleta, desgarro del cuello uterino, hemorragia, perforación uterina, infección pélvica, hematómetra aguda, shock neurogénico, alergias

toxicidad a la lidocaína, síndrome de Asherman, coagulación Intravascular diseminada y mortalidad materna.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítems	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
											*****
I. 1	X		X			X	X		X		
I. 2	X		X			X	X		X		
I. 3	X		X			X	X		X		
II. 1	X		X			X	X		X		
II. 2	X		X			X	X		X		
II. 3	X		X			X	X		X		
II. 4	X		X			X	X		X		
II. 5	X		X			X	X		X		
III. 1	X		X			X	X		X		
III. 2	X		X			X	X		X		
III. 3	X		X			X	X		X		
III. 4	X		X			X	X		X		
III. 5	X		X			X	X		X		
III. 6	X		X			X	X		X		
III. 7	X		X			X	X		X		
III. 8	X		X			X	X		X		
III. 9	X		X			X	X		X		
III.10	X		X			X	X		X		
III.11	X		X			X	X		X		
III.12	X		X			X	X		X		
<b>Aspectos Generales</b>									<b>Sí</b>	<b>No</b>	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario									X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación									X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial									X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir									X		

**JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:**

APLICABLE

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES

NO APLICABLE

Fecha:

27/04/21

Firma:



E mail:

jquispe@unc.edu.pe

Teléfono:

955586031

Elaborado por Corral Y (2009)



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**




**CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS**

<p>Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.</p>	
<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>	Carla Lileth Silva García
2. <b>PROFESIÓN</b>	Docente en obstetricia
<b>TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO</b>	Magister/ Obstetra
<b>ESPECIALIDAD</b>	Obstetra
<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)</b>	12 años
<b>INSTITUCIÓN DONDE LABORA</b>	Universidad Nacional De Cajamarca
<b>CARGO</b>	Docente
<p><b>3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ABORTO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. CAJABAMBA, 2020</b></p>	
<p><b>4. NOMBRE DEL TESISTA: KATHERIN ISABEL CULQUI ROMERO</b></p>	
<b>5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<p>Determinar las complicaciones asociadas al tratamiento de aborto en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora de Rosario. Cajabamba, 2020</p>
<p><b>6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:</b> Para el recojo de información se empleara la técnica de observación y el instrumento la lista de cotejo.</p> <p>El instrumento consta de cuatro partes: la primera parte con los datos del investigador, nombre de la investigación además de especificar la manera de cómo se obtendrán los datos; la segunda parte titulada datos personales en donde encontramos el número de la ficha, la fecha en que se realizó la ficha además del número de historia clínica; la tercera parte titulada datos propios del estudio consta de cinco ítems, el primero la edad gestacional de la paciente, segundo el diagnóstico de ingreso específicamente el tipo de aborto, tercero la condición de ingreso de la paciente, cuarto el tratamiento realizado a la paciente ya sea farmacológico y/o quirúrgico, quinto el tiempo de hospitalización de la paciente; por último la cuarta parte y la más importante para el estudio titulada complicaciones, iniciamos con la opción ninguna, evacuación incompleta, desgarro del cuello uterino, hemorragia, perforación uterina, infección pélvica, hematómetra aguda, shock neurogénico, alergias toxicidad a la lidocaína, síndrome de Asherman, coagulación Intravascular diseminada y mortalidad materna.</p> <p>A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.</p>	

Ítems	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)  *****
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
I. 1	X		X			X	X		X		
I. 2	X		X			X	X		X		
I. 3	X		X			X	X		X		
II. 1	X		X			X	X		X		
II. 2	X		X			X	X		X		
II. 3	X		X			X	X		X		
II. 4	X		X			X	X		X		
II. 5	X		X			X	X		X		
III. 1	X		X			X	X		X		
III. 2	X		X			X	X		X		
III. 3	X		X			X	X		X		
III. 4	X		X			X	X		X		
III. 5	X		X			X	X		X		
III. 6	X		X			X	X		X		
III. 7	X		X			X	X		X		
III. 8	X		X			X	X		X		
III. 9	X		X			X	X		X		
III.10	X		X			X	X		X		
III.11	X		X			X	X		X		
III.12	X		x			X	X		x		
<b>Aspectos Generales</b>								<b>Si</b>	<b>No</b>	*****	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario								X			
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación								X			
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial								X			
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir								X			

**JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:**

<b>APLICABLE</b>		<b>APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES</b>		<b>NO APLICABLE</b>	
<input checked="checked" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fecha : 18/05/ 21	Firma: 	E mail: csilvag@unc.edu.pe	Teléfono: 920416160		
Elaborado por Corral Y (2009)					





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



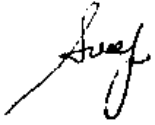
**CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS**

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.	
<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>	María Janet Sánchez J.
<b>2.</b>	
<b>PROFESIÓN</b>	Docente en obstetricia
<b>TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO</b>	Magister
<b>ESPECIALIDAD</b>	Obstetra
<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)</b>	21 años
<b>INSTITUCIÓN DONDE LABORA</b>	Universidad Nacional De Cajamarca
<b>CARGO</b>	Docente
<b>3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:</b>  <b>COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ABORTO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. CAJABAMBA, 2020</b>	
<b>4. NOMBRE DEL TESISISTA: KATHERIN ISABEL CULQUI ROMERO</b>	
<b>5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>	Determinar las complicaciones asociadas al tratamiento de aborto en mujeres atendidas en el Hospital Nuestra Señora de Rosario. Cajabamba, 2020
<b>6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:</b> Para el recojo de información se empleara la técnica de observación y el instrumento la lista de cotejo.  El instrumento consta de cuatro partes: la primera parte con los datos del investigador, nombre de la investigación además de especificar la manera de cómo se obtendrán los datos; la segunda parte titulada datos personales en donde encontramos el número de la ficha, la fecha en que se realizó la ficha además del número de historia clínica; la tercera parte titulada datos propios del estudio consta de cinco ítems, el primero la edad gestacional de la paciente, segundo el diagnóstico de ingreso específicamente el tipo de aborto, tercero la condición de ingreso de la paciente, cuarto el tratamiento realizado a la paciente ya se farmacológico y/o quirúrgico, quinto el tiempo de hospitalización de la paciente; por último la cuarta parte y la más importante para el estudio titulada complicaciones, iniciamos con la opción ninguna, evacuación incompleta, desgarro del cuello uterino, hemorragia, perforación uterina, infección pélvica, hematómetra aguda, shock neurogénico, alergias toxicidad a la lidocaína, síndrome de Asherman, coagulación Intravascular diseminada y mortalidad materna.	
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente	

y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítems	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
											*****
I. 1	X		X			X	X		X		
I. 2	X		X			X	X		X		
I. 3	X		X			X	X		X		
II. 1	X		X			X	X		X		
II. 2	X		X			X	X		X		
II. 3	X		X			X	X		X		
II. 4	X		X			X	X		X		
II. 5	X		X			X	X		X		
III. 1	X		X			X	X		X		
III. 2	X		X			X	X		X		
III. 3	X		X			X	X		X		
III. 4	X		X			X	X		X		
III. 5	X		X			X	X		X		
III. 6	X		X			X	X		X		
III. 7	X		X			X	X		X		
III. 8	X		X			X	X		X		
III. 9	X		X			X	X		X		
III.10	X		X			X	X		X		
III.11	X		X			X	X		X		
III.12	X		x			X	X		x		
<b>Aspectos Generales</b>								<b>Si</b>	<b>No</b>	*****	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario								X			
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación									x		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial									x		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir								X			

**JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO:** marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE		APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES		NO APLICABLE	
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fecha : 19/05/ 21	Firma: 	E mail: mjsanchez@unc.edu.pe	Teléfono: 986809651		
Elaborado por Corral Y (2009)					

1) Los títulos de sus variables no coinciden en varias partes del instrumento.  
 2) Las partes de su instrumento no están claras. Las partes del instrumento debe contener sus 2 variables de estudio, mas por variable interviene

## ANEXO 6

### PRUEBA DE FIABILIDAD DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ABORTO

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,760	6

## ANEXO 7

### DATOS DE INGRESO Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO DE LA MUJER ATENDIDA CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO CAJABAMBA, 2020.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Edad gestacional</b>		
de 13 a 21 semanas	94	70.7
Menor de 13 semanas	39	29.3
<b>Tipo de aborto</b>		
Aborto incompleto	96	72.2
Aborto retenido	20	15.0
Aborto frustrado	13	9.8
Aborto inminente	4	3.0
<b>Estado general</b>		
Bueno	42	31.6
Regular	80	60.2
Malo	11	8.2
<b>Tiempo de hospitalización</b>		
12 horas	27	20.3
24 horas	56	42.1
48 horas	39	29.3
más de 48 horas	11	8.3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recojo de información de historias clínicas del Hospital Nuestra Señora de Rosario. Cajabamba, 2020.

En la tabla 1 se muestra algunos datos generales de la paciente atendida con diagnóstico de aborto; hallándose que 66,9% correspondió a gestaciones menor de 13 semanas; en cuanto al tipo de aborto 70,6% ingresó con el diagnóstico de aborto incompleto; según el estado general de ingreso se registró que 58,8% fue regular y 8,1% tuvo mal estado general; luego se tiene el tiempo de hospitalización o permanencia que tuvo la mujer en el nosocomio desde su ingreso, en este caso 41% estuvo internada 24 horas y 40% estuvo entre 48 y más de 48 horas hospitalizada.