

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



TESIS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y
GINECOOBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES CON
DIAGNÓSTICO DE ABORTO. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO
CADENILLAS - CHOTA. 2019.

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

Presentado por la Bachiller:

Luz Delia Ticlla Ilatoma

ASESORA:

Obsta. Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva

CAJAMARCA, PERÚ

2019

COPYRIGHT @2019
Luz Delia Ticlla Ilatoma
Derechos Reservados

SE DEDICA A:

La memoria de mi padre y a mi madre la mujer que me apoyó desde el principio de mi vida.

Mi familia, por su apoyo incondicional y a mis amigos que me brindaron los mejores momentos en la etapa de estudio.

Luz

SE AGRADECE A:

Dios por darme la sabiduría y fuerza.

Mi Alma Mater, Universidad Nacional de Cajamarca y a mis docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia.

Mi asesora Julia Elizabeth Quispe Oliva por su apoyo.

Personal del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota.

Luz

CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
CONTENIDO	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	10
EL PROBLEMA	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del Problema.....	12
1.3. Objetivos	12
1.4. Justificación.....	12
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes	14
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	14
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	14
2.1.3. Antecedentes locales.....	16
2.2 Teorías	16
2.2.1 Aborto.....	16
□ Factores fetales.....	17
□ Factores maternos	18
□ Inexplicables	18
2.2.2. Características sociodemográficas	24
2.2.3. Características ginecoobstétricas	27
2.3. Variable	30
2.4. Definición conceptual y operacional de la variable.....	31
CAPÍTULO III	32
DISEÑO METODOLÓGICO	32
3.1. Diseño y tipo de estudio	32
3.2. Área de estudio y población.....	32
3.2.1. Área de estudio	32
3.2.2. Universo	33

3.3. Unidad de análisis	33
3.4. Criterios de inclusión	33
3.5. Técnicas de recolección de datos.....	33
3.6. Descripción del instrumento.....	34
3.7. Procesamiento y análisis de datos.....	34
3.8. Control de calidad de los datos.....	34
CAPÍTULO IV.....	35
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	35
CAPÍTULO V.....	37
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

RESUMEN

Las mujeres que tienen un aborto ya sea espontáneo o provocado, tienen un cierto perfil que las caracteriza tanto en lo sociodemográfico como en lo ginecoobstétrico.

Objetivo: determinar las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019.

Material y métodos. Para ello se ha propuesto una investigación de diseño no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo y una muestra de 61 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión planteados. La técnica de recolección de datos fue extraída de las historias clínicas de las 61 mujeres atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia. **Resultados:** se encontró que el 60,7% de las mujeres tenían entre 36-45 años, el 60,7% tenían primaria como grado de instrucción, el 47,5% eran conviviente, el 51,4% amas de casa, el 55,7% tienen un ingreso menor a un salario mínimo vital y el 57,4% provenían de las áreas rurales. El 31,1% eran primíparas y en igual porcentaje multíparas, el 54,1% presentaban antecedentes de enfermedades infecciosas (con predominancia de infección del tracto urinario en un 66,7%) y el 52,45% tenían antecedentes de patologías uterinas (incompetencia cervical en un 62,5%, miomas en un 28,12% y el 9,37% presentó endometriosis)

Palabras claves: aborto; características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres.

ABSTRACT

Women who have an abortion, either spontaneous or provoked, have a certain profile that characterizes them both in the gynecobstetric and sociodemographic aspects.

Objective: determine the sociodemographic and gynecobstetric characteristics of women diagnosed with abortion treated at the Gynecology-Obstetrics Service of the José Hernán Soto Cadenillas Hospital - Chota during the period January-April 2019.

Material and methods. For this purpose, a non-experimental design study with a cross-sectional nature, of a descriptive type and a sample of 61 women who met the inclusion criteria set out, have been proposed. The data collection technique was extracted to the medical records of the 61 women treated in the service of Obstetrics.

Results: it was found that 60.7% of the women were between 36-45 years old, 60.7% had primary education, 47.5% were living together, 51.4% were housewives, 55.7% have a lower income than a minimum living wage and 57.4% came from rural areas. 31.1% were primiparous and in the same percentage multiparous, 54.1% had a history of infectious diseases (with a predominance of urinary tract infection in 66.7%) and 52.45% had a history of uterine pathologies (cervical incompetence in 62.5%, fibroids in 28.12% and 9.37% presented endometriosis)

Keywords: abortion; abortion sociodemographic and gynecobstetric characteristics of women.

INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema de Salud Pública ya que constituye una de las causas importantes de morbimortalidad materna, sin embargo, la incidencia es elevada y va en aumento; muchas mujeres continúan abortando ya sea de forma espontánea por la presencia de infecciones o malformaciones uterinas u otros factores, o de forma provocada. En ambos casos hay características que las definen y que son importantes de investigarlas, por lo que surgió la idea de la presente investigación que tiene como objetivo determinar las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019.

Se llegó a determinar que las características sociodemográficas de las pacientes con aborto fueron el grupo etáreo entre 36-45 años, tenían primaria, eran conviviente, amas de casa, tienen un ingreso menor a un salario mínimo vital y provenían de las áreas rurales. Y como características ginecoobstétricas se encontró a mujeres primíparas y multíparas, antecedentes de enfermedades infecciosas (infección del tracto urinario y vaginitis) y antecedentes de patologías uterinas (incompetencia cervical, miomas y endometriosis).

La presente tesis estuvo estructurada de la siguiente manera:

El capítulo I: consiste en el planteamiento del problema, así mismo, se planteó la justificación de la investigación, la formulación del problema, el objetivo general y los específicos.

En el capítulo II: se desarrolló el marco teórico, donde se muestran los antecedentes internacionales, nacionales y locales, bases teóricas, definición conceptual y operacional de las variables.

En el capítulo III: se estableció el diseño metodológico de la investigación. Considerando el tipo de investigación, población, criterios de inclusión. Y finalmente la descripción del instrumento utilizado.

En el capítulo IV y V: se realizó el procesamiento, análisis de los datos recabados, discusión de los resultados arrojados, finalmente se concluyó con las conclusiones y recomendaciones.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que, a nivel mundial, cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres, ⁽¹⁾ casi todas ellas en países en desarrollo. Siendo Asia, donde se concentró más de la mitad del total estimado de abortos.

En América Latina, una de cada 8 muertes maternas es causada por aborto, en Chile el aborto es la tercera causa de mortalidad materna, 17% de las muertes maternas se producen por abortos en condiciones clandestinas. ⁽¹⁾

Específicamente en Sud América, la OMS estima que el 13%-16% de las muertes maternas (53,8 o 66,2 de las 414 muertes maternas reportadas para el 2015) serían causadas por el aborto inseguro. ⁽²⁾

En el Perú, se producen 10 muertes por aborto inseguro por cada 100 000 nacidos vivos, lo cual resulta en 57,8 muertes correspondientes a los 578 130 nacidos vivos en el 2015. ⁽²⁾

En Cajamarca, el ASIS 2017 reporta que la atención de abortos fue de 20,6%. ⁽³⁾

Según las referencias estadísticas de la oficina General de Estadística de la DISA-Chota, se han atendido para el año 2014 un total de 530 casos de aborto; en el 2015 un total de 632 y para el 2016 se han reportado 602 atenciones de mujeres por aborto. (CHOTA) ⁽⁴⁾

Más allá de las cifras estadísticas, el aborto se constituye en un problema de Salud Pública, porque además de ser responsable de morbilidad materna, el 20 -30% de los abortos causan infecciones del aparato reproductor y del 20-40% de ellos, dan como resultado infección del tracto genital superior. Una de cada 4 mujeres que se somete al aborto en condiciones de riesgo está propensa a desarrollar discapacidad temporal o permanente que requiere atención médica. ⁽¹⁾

El aborto definido como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de edad gestacional. ⁽⁵⁾ En el contexto local se observó la existencia de características sociodemográficas que se relacionan con la ocurrencia del aborto como la edad, el grado de instrucción, la ocupación, el estado civil, nivel de ingreso económicos y área de procedencia. Referente a las características ginecoobstétricas, éstas están referidos a aquellos que tienen que ver con el aborto espontáneo en cuya génesis está en la paridad, antecedentes de enfermedades infecciosas y problemas uterinos. Se destaca que las pacientes primíparas y multíparas presentan un mayor riesgo de presentar aborto.

Las mujeres que tienen ITU conllevan abortos espontáneos durante las primeras 8 semanas de gestación, la causa más probable de abortos tardíos está relacionada a la incompetencia cervical. ⁽⁶⁾

Estimados durante el periodo 2010-2014 muestran que se presentaron 36 abortos por 1000 mujeres en edades de 15-44 años en las regiones en desarrollo; sin embargo, en gran parte del mundo, las mujeres de 20-24 años de edad tienden a mostrar la tasa más alta de aborto de cualquier grupo de edad, mientras que, en países desarrollados, las tasas de aborto en adolescentes son bastante bajas (3-16 por 1,000 en mujeres de 15-19 años de edad). En cuanto al nivel educativo, en el Perú, las estadísticas sugieren que el aborto no se limita a las mujeres con niveles educativos bajos pero la mayoría ocurre en mujeres con niveles socioeconómicos C, D y E. ⁽⁷⁾ Así mismo mencionan que las personas que son solteras son más propensas a tener un aborto, ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾ cabe también mencionar que las mujeres que proceden de la zona rural y las de ocupación amas de casa son las que mayor incidencia presentan abortos. ⁽⁶⁾

En el Hospital Hernán Soto Cadenillas – Chota, la situación es parecida, el número de abortos fue de 61 lo que va del año 2019 y también se encuentran las características sociodemográficas y ginecoobstétricas, es por ello que surge la idea de la realización del presente estudio con el objetivo determinar las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con aborto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas –Chota durante el periodo enero-abril de 2019.
- Identificar las características ginecoobstétricas de las mujeres con aborto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas –Chota durante el periodo enero-abril de 2019.

1.4. Justificación

A nivel mundial se aprecia que el 15% de pacientes embarazadas acaban en aborto espontáneo. El aborto es el responsable del 13% de muertes materna a nivel mundial según la OMS. ⁽¹⁰⁾ La OMS refiere al aborto como una problemática social día a día en aumento; en América Latina y el Caribe, 5000 mujeres mueren a causa de complicaciones del aborto cada año. ⁽¹¹⁾

En el Perú, se producen 10 muertes por aborto inseguro por cada 100 000 nacidos vivos, lo cual resulta en 57,8 muertes correspondientes a los 578 130 nacidos vivos en el 2015. ⁽²⁾

En Cajamarca, el ASIS 2017 reporta que la atención de abortos fue de 20,6%. ⁽³⁾

Según las referencias estadísticas de la oficina General de Estadística de la DISA-Chota, se han atendido para el año 2014 un total de 530 casos de aborto; en el 2015 un total de 632 y para el 2016 se han reportado 602 atenciones de mujeres por aborto. (CHOTA) ⁽⁴⁾

En el Hospital José Soto Cadenillas de Chota la situación no es diferente sino por el contrario, se presenta una alta prevalencia de complicaciones obstétricas; siendo el aborto la más frecuente, por otra parte, en el área de hospitalización, se presentó a menudo diferentes casos de pacientes con diagnóstico de aborto, muchas de ellas sin haber culminado la primaria, amas de casa, con un pobre ingreso económico procedentes del área rural.

Particularidades que motivaron la realización del presente estudio cuyo objetivo es determinar las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019.

Los resultados permitirán conocer el perfil de las mujeres que han tenido aborto y, así mismo los datos encontrados beneficiarán a los estudiantes y público en general que quieren hacer futuras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Herráez J (Ecuador 2016), realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo del aborto de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital General Julius Doepfner de Zamora. Encontró los siguientes resultados: la edad materna con mayor rango fue de 19 a 35 años de edad con el 66,67%, de residencia urbana en 54,86%, de escolaridad secundaria en 63,89%, y estado civil soltera en 38,19%. En los factores de riesgo agudos se destacan las infecciones del tracto urinario en 23,61%, y la multiparidad en 62,5%. Se concluyó que de los factores de riesgo de mayor relevancia para el aborto identificados en las gestantes fueron los de riesgo agudo con el 96,93%. ⁽¹²⁾

López F y cols. (Ecuador, 2015), realizaron un estudio con el objetivo de establecer la frecuencia de aborto y características sociodemográficos asociados en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo entre enero – diciembre de 2013. Los resultados indican que el 6,91% de las pacientes presentaron abortos espontáneos (201 casos registrados); destacándose en las mujeres de 20-29 años (43,8%), con un promedio de 25,65 años; residenciadas en áreas urbanas (59,7%); con nivel de educación secundaria (43,3%); y casadas (48,8%). Entre las principales patologías encontradas se mencionan la ITU (25,9%) y vaginosis (6%). Se observaron como principales características obstétricas: de 2 a 4 gestas (63,2%); antecedente de 1 aborto (81,6%). Se concluyó que de los factores de riesgo de mayor relevancia para el aborto identificados en las gestantes fueron los de riesgo agudo con el 96,93%. ⁽¹³⁾

2.1.2. Antecedentes nacionales

Mogrovejo M (Perú, 2018), realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer las características epidemiológicas de las pacientes que presentaron aborto espontáneo. La población estuvo constituida por 1426 pacientes que presentaron aborto

espontáneo por muestreo probabilístico aleatorio simple se tomó una muestra de 298 pacientes que presentaron abortos espontáneos. Se encontró que la incidencia de las pacientes que presentaron aborto más frecuente fue entre las edades de 21 y 29 años (64,9%), el grado de instrucción de secundaria (77,37%), la mayoría de pacientes fueron procedentes de Comas (62%), en la ocupación eran amas de casa (41,95%), el estado civil fue conviviente (51,8%), las pacientes que no presentaban ningún antecedente de aborto representó el (52%) y en antecedentes de gestaciones presentó 2 gestaciones el 57,38% de las pacientes. ⁽¹⁴⁾

López J (Perú, 2017), desarrolló un estudio el cual tuvo como objetivo determinar factores socio-demográficos y Gineco-obstétrico en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de ginecología del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, período enero-abril 2016. Los resultados indicaron que predominaban las pacientes de 20 a 24 años (28,7%), de 35 a 39 años (21,3%), de 25 a 29 años (14,9%). El 8,5% correspondían a las pacientes de 40 a 45 años”. En las conclusiones se encontró mayor frecuencia gestantes entre las edades de 20-24 años, proveniente de las áreas rurales, convivientes, con secundaria completa y amas de casa. ⁽¹⁵⁾

Valverde B (Lima, 2017), realizó un estudio cuyo objetivo consistió en determinar las características epidemiológicas y las complicaciones en mujeres con el diagnóstico de aborto incompleto espontáneo atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2016. Como resultados principales se observaron que predominaban las pacientes entre 21 a 34 años (61,4%), del Distrito de Comas. El 70,5% eran convivientes. Se destaca que, en su mayoría, sólo tuvieron una pareja sexual y que no se presentó complicación alguna por aborto incompleto espontáneo (41,8%). Dentro de las conclusiones, destaca que la edad de 21 a 34 años de edad, sin riesgo de infección vaginal por vía sexual. ⁽¹⁶⁾

Sánchez J (Perú, 2014), presentó un estudio con el objetivo de identificar los factores maternos que constituyen un factor asociado de riesgo para el aborto espontáneo en las mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco –obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima, durante el periodo agosto – diciembre del 2012. Los resultados alcanzados permitieron identificar: entre los factores de riesgo para el aborto espontáneo son: ser mayor o igual de 35 años (OR=1.91), ser multigesta (OR=3.58) o gran multigesta (OR= 5.83), la infección urinaria (OR=4.8). De esta manera, la investigación concluye que hay factores de riesgo para el aborto espontáneo que pueden ser prevenibles o controlables ⁽⁹⁾.

2.1.3. Antecedentes locales

Roncal F (Cajamarca, 2018), presentó un estudio con el objetivo determinar la influencia de factores de riesgo sociales en las consecuencias psicológicas post aborto. Los resultados fueron los siguiente: predominancia del grupo etario de 15-19 años (34,1%); secundaria incompleta (24,4%) y situación civil convivientes (37,8%). Como conclusión se observa al grado de instrucción educativa como factor de riesgo en el aborto incompleto ($p = 0,000 < 0,05$) y la depresión como factor psicológico ($p = 0,001 < 0,05$).⁽¹⁷⁾

Mejía O (Chota, 2018), desarrolló un estudio como objetivo determinar la relación entre el aborto y los factores socio-demográficos y biológicos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2016. Fue una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 235 mujeres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple organizado por las dimensiones: sociodemográfico y Biológico. Los resultados encontrados fueron: las que tuvieron aborto estaban entre las edades de 20 a 24 años en un 36%, presentaron ingresos económicos menores de 850 nuevos soles en un 56% y como factores biológicos se encontró a la infección urinaria en 35% y ITS en 21%. Concluyen que tanto los factores sociodemográficos y biológicos tienen influencia con el aborto.⁽¹⁸⁾

2.2 Teorías

2.2.1 Aborto

2.2.1.1. Definición

La palabra aborto se origina del vocablo latín “abortus”; donde “ab” significa privación y “ortus”, nacimiento. Definiéndose aborto privación del nacimiento. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) precisa el aborto como “la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de menor de 500 gramos de peso, que adquiere hasta las 22 semanas”.⁽¹⁹⁾

La organización Mundial de la Salud (OMS) define “la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. La vida fetal es un concepto que implica aspectos epidemiológicos antropométricos y clínicos.”⁽⁵⁾

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso (OMS).^{(20) (21)}

El aborto espontáneo es la interrupción del embarazo en forma espontánea, sin el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica, después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente (FIGO 1999) ⁽²⁰⁾

El aborto es la muerte embrionaria o fetal no inducida o la salida de los productos de la concepción antes de las 22 semanas de gestación. La amenaza de aborto es el sangrado vaginal sin dilatación cervical que se presenta durante este marco de tiempo, e indica que puede producirse un aborto espontáneo en una mujer con una gestación intrauterina viable confirmada. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos y ecografía. En general, el tratamiento es la conducta expectante para la amenaza de aborto y, si se produce el aborto espontáneo o éste parece inevitable, la observación o la evacuación del útero. ⁽²²⁾

Debe indicarse que, entre 50 y 70% de los embarazos sufren aborto espontáneo en el primer mes de gestación. En la mayoría de las ocasiones, la mujer no se da cuenta de la ocurrencia del embarazo. Se estima que entre un 10 y 15% de los embarazos reconocidos, devienen en aborto espontáneo. ⁽²²⁾

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo. Entre 10 a 15% de todos los embarazos clínicamente reconocidos resulta en un aborto espontáneo. Alrededor de un 5% de todas las parejas enfrentará pérdida reproductiva recurrente, es decir, dos o más abortos espontáneos. La mitad de los abortos del primer trimestre son causados por anomalías cromosómicas fetales diagnosticadas por técnicas convencionales; el 20% de los abortos del 2º trimestre tiene una alteración citogenética. Los estudios citogenéticos han mostrado que la mayoría de estas alteraciones son anomalías cromosómicas numéricas (86%) y una minoría por alteraciones cromosómicas estructurales (6%) y mosaicismo cromosómico (8%). Algunas anomalías cromosómicas frecuentes a la concepción, como la trisomía 16, nunca sobreviven a término. ^{(23) (24)}

2.2.1.2. Etiología

- Factores fetales

Anomalías cromosómicas

- Representan el 50 %
- Aneuploidias 85%
- Triploidía 10%

- Tetraploidia 4.5% (5)

Anomalías congénitas

- Cromosómicos
- Factores extrínsecos
- Factores teratógenos ⁽⁵⁾

Traumas

- Procedimientos intrauterinos invasivos
- Muestreo de vellosidades coriónicas
- Amniocentesis ⁽⁵⁾
- Factores maternos
 - Infecciones agudas de compromiso sistémico: TORCHS, Gonococo, Treponema, Clamidia.
 - Enfermedades: hipertiroidismo, diabetes no controlada, enfermedad renal, cardiovascular, inmunológica.
 - Deficiencia hormonal
 - Enfermedades intercurrentes
 - Defectos uterinos
 - Desnutrición severa ⁽⁵⁾
- Inexplicables
 - Efectos tóxicos: radiación, antineoplásicos, alcohol, nicotina
 - Trauma. ⁽⁵⁾

2.2.1.3 Clasificación del aborto espontáneo

- Amenaza de aborto. Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado. Los principales datos clínicos son: amenorrea secundaria, prueba de embarazo positiva (β -hCG cuantitativa), presencia de vitalidad fetal; sangrado uterino de magnitud variable, dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable, volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente. ^{(25) (26) (27)}
- Aborto inminente. Cuyo cuadro clínico es: expulsión inminente del tejido ovular, dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia, volumen uterino menor que

lo esperado por amenorrea, sangrado uterino persistente de moderada cantidad y dilatación cervical ostensible ^{(25) (26) (27)}

- Aborto inevitable. Existe amenorrea, dolor hipogástrico moderado a severo, y metrorragia. El útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo, contracciones uterinas, dilatación cervical y rotura de membranas. ^{(25) (26) (27)}
- Aborto en curso. Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas. ^{(25) (26) (27)}
- Aborto incompleto. Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable. Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blando, grande y sin retraerse totalmente, el cuello uterino permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente. El aborto incompleto, es el más susceptible de ocurrir a partir de la décima semana. La cantidad de restos retenidos relaciona, también directamente con el dolor, pues, cuanto mayor cantidad haya, será mayor el dolor, pues el útero trata de expulsar el cuerpo extraño. ^{(25) (26) (27)}
- Aborto completo. Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor. Es frecuente el cierre del orificio cervical. Cuando ocurre la interrupción espontánea del embarazo antes de cumplida la décima semana, es factible que el feto y la placenta sean expulsados juntos y completamente. Clínicamente, se puede reconocer el aborto completo cuando, luego de la expulsión, el sangrado se hace mínimo, el dolor suprabúbico desaparece y, al examen, el cuello está cerrado y el útero contraído e involucionando, de un tamaño inferior al que le correspondería. ^{(25) (26) (27)}
- Aborto retenido. El aborto retenido o diferido, entendiéndose como tal la muerte del feto en el útero no seguida de su expulsión. La desaparición de los síntomas y signos del embarazo puede ser la primera manifestación de este cuadro clínico. El aborto retenido se puede complicar con trastornos de la coagulación por consumo del fibrinógeno, debido al paso de tromboplastina al torrente circulatorio materno. Este accidente es más frecuente mientras mayor es el período en el que el feto muerto permanece in útero. ^{(25) (26) (27)}

- Aborto séptico. Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus. Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección, hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero y alteraciones del estado general. ^{(25) (26) (27)}

2.2.1.4 Diagnóstico del aborto

El diagnóstico clínico empieza con la búsqueda de factores de riesgo, dentro de la anamnesis la amenorrea, el sangrado genital variable y el dolor son signos y síntomas frecuentes, al examen físico se puede encontrar sangrado genital variable y modificaciones o no del cuello de útero. ^{(28) (29)}

A continuación, se presenta un resumen de la clínica del aborto y su orientación diagnóstica:

Tipo	Datos clínicos
Amenaza de aborto	Amenorrea secundaria Prueba de embarazo positiva (β hCG cuantitativa) Presencia de vitalidad fetal Sangrado uterino de magnitud variable Dolor tipo cólico en hipogástrico No existe dilatación cervical evidente ⁽²⁸⁾
Aborto inevitable	Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico Puede haber o no dilatación cervical ⁽²⁸⁾
Aborto incompleto	Expulsión parcial del producto en concepción Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea. ⁽²⁸⁾
Aborto inminente	Expulsión inminente del tejido ovular Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea Sangrado uterino persistente de moderada cantidad

	Dilatación cervical ostensible. ⁽²⁸⁾
Aborto completo	Expulsión completa del producto de la concepción Disminución del sangrado uterino y del dolor Es frecuente el cierre del orificio cervical ⁽²⁸⁾
Aborto diferido	Volumen uterino menor que por amenorrea Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal) ⁽²⁸⁾ No hay modificaciones cervicales. ⁽²⁸⁾
Aborto séptico	Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto Existe secreción hematópurulenta a través del cérvix con olor fétido Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de Infección Hipersensibilidad supra púbica, dolor abdómino-pélvico a la movilización del cérvix y del útero; alteración del estado general ⁽²⁸⁾

De esta manera un aborto puede ser diagnosticado de manera clínica, sin embargo, existen auxiliares de diagnóstico como:

- **Ultrasonido:** Aun contando con ultrasonido transvaginal, en manos expertas, el 8 a 31% puede ser imposible determinar en la primera consulta, si el embarazo es intrauterino o extrauterino. En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera consulta en 10% de los casos. ^{(28) (29)}
- **Anticuerpos monoclonales:** Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas coriónicas en niveles de 25 UI/L, nivel que se alcanza a los 9 días posteriores a la concepción (día 23 a 28 del ciclo). La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la HGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal. ^{(28) (29)}
- **Anamnesis.** Se debe estimar la edad gestacional en base a la fecha de última regla, la duración habitual del ciclo menstrual, la existencia y tipo de irregularidades menstruales, y la fecha en que se obtuvo la primera prueba de embarazo positiva. La sintomatología generalmente consiste en amenorrea, dolor pélvico y sangrado vaginal, si bien, dada la realización de estudios ecográficos cada vez más precoces, en muchas ocasiones las pacientes se encuentran asintomáticas en el momento del diagnóstico. ^{(28) (29)}

- **Exploración física.** Es importante, en principio, confirmar la estabilidad hemodinámica de la paciente y descartar un abdomen agudo. Se debe realizar especuloscopia para comprobar el origen, la cantidad y el aspecto del sangrado, y una exploración bimanual para constatar si existe dilatación cervical, si el tamaño y la forma uterina son acordes con los datos menstruales, y si se identifican masas anexiales. ^{(28) (29)}
- **Ecografía.** El diagnóstico de certeza debe establecerse mediante la exploración ecográfica. Su realización es obligatoria ante cualquier embarazada con sospecha de aborto. Se debe emplear sonda vaginal siempre que se disponga de ella. Ser cauto, y en caso de duda repetir la exploración tras un intervalo de tiempo (7 días) para evitar un falso diagnóstico de aborto. ^{(28) (29)}

Los signos ecográficos que permiten de forma inequívoca el diagnóstico de aborto diferido son:

- Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con longitud céfalo-caudal (LCC) >5 mm.
- Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con LCC >3,5 mm inequívocamente demostrada por un evaluador experimentado en condiciones óptimas para la visualización del embrión.
- Saco gestacional con un diámetro medio de ≥ 20 mm sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior. ^{(28) (29)}
- **Determinación de β -HCG.** Resulta de utilidad como complemento a la ecografía en caso de que no se pueda establecer con seguridad la localización de la gestación. ^{(28) (29)}

A partir de niveles >1000 mUI/ml es factible localizar la gestación por ecografía transvaginal. Cuando los niveles de β -HCG superan las 1.500 mUI/ml, es posible localizar una gestación intrauterina en más del 90% de los casos.

En una gestación intrauterina viable, los niveles de β -HCG tienden a duplicar su valor cada 48 horas. Si el incremento es menor, se debe sospechar la presencia de una gestación ectópica. Cuando los niveles disminuyen a los 2 días nos encontramos ante una gestación no viable, ya sea intrauterina o ectópica. ^{(28) (29)}

2.2.1.5 Manejo o intervención del aborto

Para el manejo o intervención del aborto, lo fundamental es prevenir los factores de riesgo, observándose entonces que la terapia farmacológica no es suficiente para evitar un aborto. De esta manera, la técnica de evacuación del contenido uterino elegido dependerá tanto del volumen uterino como de la experticia del cirujano y su indicación para realizar el procedimiento, para lo cual se describen los siguientes casos: ⁽²³⁾

- Amenaza de aborto: ocurre en casos de sangrado transvaginal; en el momento en el que el orificio cervical externo se encuentra cerrado: el manejo en esta situación es expectante hasta resolver los síntomas o progrese a algún tipo de aborto. “En la práctica, se usa progestinas como tratamiento, pero esto puede ser controversial, visto que su eficacia no se ha comprobado; así como el suministro de tocolíticos, reposo, suplementos vitamínicos, medicina china y al igual que abstinencia”. ^{(6) (23)}
- Tanto para el aborto en evolución (sangrado transvaginal, contracciones, dolor pélvico, dilatación cervical, se puede; en ocasiones ver productos en el OCI) aborto retenido, aborto incompleto (sangrado y/o dolor pélvico pueden estar presentes, cérvix está dilatado y producto de la concepción se encuentran en el canal cervical) se puede realizar manejo quirúrgico, médico o expectante. Los tres métodos han demostrado ser eficaces para abortos del primer trimestre. ^{(6) (23)}
- En los abortos que ocurren en el segundo trimestre o mayores de 16 semanas de gestación se procura el tratamiento médico; sin embargo, la cirugía se reserva solo en casos de presencia de retención de productos de la concepción. ^{(6) (23)}
- Para el manejo de aborto completo; es decir, en casos cuando el feto se encuentra completamente fuera del útero y cérvix y el sangrado y el dolor son leves o ya no existe; el manejo se orienta a garantizar que el sangrado no sea excesivo y que no haya restos en cavidad. ^{(6) (23)}
- El aborto séptico o aquel que se produce en casos de infección ascendente del tracto vaginal por instrumentación o sangrado prolongado que infecta placenta e inicia aborto puede llegar a causar bacteremia en el 60% de las pacientes; se trata

a los pacientes son antibióticos intravenosos, rehidratación IV y evacuación de la cavidad uterina incluso con feto vivo. ^{(6) (23)}

- “Los análogos de las prostaglandinas E1 se pueden usar tanto para aborto retenido como para aborto en evolución, embarazo anembrionario y de esta manera ayudar a dilatar el cérvix”. ^{(6) (23)}
- En los casos de aborto recurrente, aquellos donde se presentan dos abortos o más reconocidos por ultrasonido o cuando hay tres o más pérdidas gestacionales no necesariamente tienen que ser intrauterinas, es imprescindible realizar una explicación frecuente a la pareja de forma general y especialmente, sobre los riesgos que se asumen, lo cual involucra estudios constantes. “Por ejemplo, en parejas que son mayores de 40 años se envían a realización de estudios después de dos pérdidas, y mientras que las otras parejas después de 3 pérdidas. Todas las parejas con óbitos o neonatos con alguna anomalía deberían de someterse a estudios citogenéticos. ^{(6) (23)}

2.2.2 Características sociodemográficas

A continuación, se presentan las características de índole sociodemográfico.

- **Edad de la madre**

La edad de la madre es considerada como un factor de riesgo social en el aborto espontáneo, debido a que: “El ser humano tiene un tiempo cronológico de vida, que define su desarrollo biológico, resaltando que cada etapa de la vida implica una relación biológica y temporal. Está bien documentado que la edad es el principal factor pronóstico de la fertilidad humana, a mayor edad de la mujer menor posibilidad de embarazo”. ⁽³⁰⁾

Quedar embarazada a partir de los 35 años conlleva mayores riesgos que hacerlo a edades más tempranas. Uno de ellos es el aumento de riesgo de aborto espontáneo, es decir la pérdida del embarazo de forma involuntaria antes de la semana 20 de embarazo. El aborto espontáneo es más habitual de lo que se suele creer. Aproximadamente, unos de cada cinco embarazos acaban en aborto, cualquiera sea la edad de la madre, pero a partir de los 35 el riesgo de sufrirlo se eleva considerablemente. ⁽³⁰⁾

Aunque, el riesgo para las personas mayores sigue siendo mayor, para ella y el feto: En un estudio amplio se ha observado que el riesgo de presentar un aborto se incrementa a medida que aumenta la edad materna; el riesgo de aborto para las pacientes de 12 y 19 años fue del 13,3 %, frente al 51 % en mujeres entre 40 y 44 años. El factor que influye de manera más determinante en el incremento del riesgo es la calidad de los ovocitos, que desmejora con la edad materna y define un aumento de la repetición de alteraciones cromosómicas. ⁽¹³⁾ ⁽³⁰⁾

- **Grado de instrucción**

Definido como el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad. ⁽¹⁸⁾

El nivel educativo es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). Esta fuerte asociación está sustentada por numerosos trabajos. El mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo nivel de Instrucción y el menor riesgo a hijos de madres con alto Nivel de instrucción; asimismo estudios revelan que las mujeres con menor nivel de instrucción son las más propensas a practicarse un aborto lo que va muy ligado al nivel de pobreza. La educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. ⁽¹⁸⁾

Puede ser:

- **Primaria:** Son los estudios que desarrollan los niños en el ámbito escolar; dura 6 años, normalmente se inicia los 6 y termina a los 12 años de edad. ⁽¹⁸⁾
- **Secundaria:** La educación secundaria dura 5 años, normalmente desde los 12 hasta los 16 años, en algunos casos hasta los 17 años, dependiendo de la 9 arbitrariedad del colegio y la elección de los padres; sin embargo, ningún niño puede acabar este nivel educativo antes de los 15 años, ni tampoco puede ser adelantado. ⁽¹⁸⁾
- **Superior:** Al terminar la formación secundaria, las personas pueden proseguir sus estudios en Institutos y/o Universidades, con el objetivo de conseguir una titulación con nivel Técnico o nivel Profesional según el lugar donde se estudie; pudiendo ser:
 - **Superior Técnica:** Estudio en Institutos promedio 1 a 3 años, que otorga el grado académico de “Técnico”.

- Superior Universitario: Estudio desarrollado en la Universidad que otorga un grado profesional dependiendo de la carrera profesional universitaria elegida, puede durar desde 5 a 7 años de estudios. ⁽¹⁸⁾

- **Estado civil**

El estado civil es la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Se trata básicamente del “estado de familia” en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil. Relaciones de familia, como el matrimonio o la filiación, al determinar un estado civil, atribuyen derechos e imponen obligaciones específicas para los individuos que vinculan. Solamente las personas individuales o físicas tienen estado civil. La unión de personas de diferente sexo con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo, define claramente el concepto de matrimonio o de unión conyugal en un término más amplio. ⁽¹⁸⁾

La formación de este vínculo se da generalmente en las primeras etapas de la edad adulta, en la cual la pareja busca la prolongación de sus vidas a través de sus hijos, son muy pocos los que permanecen solteros. ⁽¹⁸⁾

En una investigación realizada se reporta que el 58.4% de las gestantes que presentaron abortos son de unión libre mientras que el 15.3% están casados. Otros 12 estudios realizados en Colombia y Perú reportan una mayor frecuencia de abortos en pacientes casadas mientras que en Cuba y el Brasil son las solteras. ⁽¹⁵⁾

- **Ocupación**

Es el tiempo empleado para las labores de trabajo, se sabe que ciertos trabajos influyen para que exista la posibilidad de aborto espontáneo, se descubrió hace más de 100 años que el plomo causa abortos espontáneos, bebés nacidos muertos, e infertilidad en mujeres que trabajaban con cerámica. Las gestantes tienen riesgo si se exponen a ciertas sustancias si la exposición a sustancias peligrosas se da durante los primeros tres meses de la gestación puede causar complicaciones en el nacimiento o un aborto espontáneo. ⁽¹⁵⁾

El trabajo que efectúa la persona también tiene gran influencia dentro de los factores de riesgo sociales, se puede decir que son pocas las ocupaciones laborales que

cumplen con todos los criterios para lograr un análisis estadístico robusto de la exposición profesional a tóxicos, en relación con el aborto espontáneo. ⁽¹⁵⁾

Dentro de los tipos de ocupaciones se puede destacar: amas de casa, empleada y trabajadora independiente.

- **Nivel de ingresos**

El nivel de ingresos puede ser entendido como: ingresos por trabajo, el cual es la remuneración total de una actividad principal y secundaria de la población de 14 años y más de edad ocupada. Se define como el total de remuneraciones acumuladas de los trabajadores asalariados e independientes en su actividad principal o secundario. ⁽¹⁸⁾

- **Procedencia**

Se refiere al tipo de área: rural o urbana, aquel territorio integrado por centros poblados rurales, asentamientos rurales y las localidades rurales o urbana; aquel territorio ocupado por centros poblados urbanos. El área urbana de un distrito puede estar conformada por uno o más centros poblados urbanos.” ⁽³¹⁾

Estudios realizados en pacientes con aborto incompleto demuestran que el mayor porcentaje se presentó en un 38,6% en zona rural mientras que un 34,1 % a zona urbano marginal. ⁽¹⁵⁾

2.2.3 Características ginecoobstétricas

A continuación, se presentan las Características de índole ginecoobstétrico.

- **Paridad**

Es el número de gestaciones de una mujer que a ha dado a luz, un feto mayor de 22 semanas de gestación que tenga un peso mayor de 500gr, con una talla mayor de 25 cm, ya sea vivo o muerto. Se divide en nulíparas, primíparas, multíparas y gran multípara. ⁽¹⁵⁾

Se dice que las pacientes multíparas presentan un riesgo de presentar abortos tres veces más que las pacientes primíparas. Otras investigaciones reportan que el 38.6% son multigestas, las gestantes que tienen antecedentes de dos a tres partos

representado en 34,1% y las que no presentaron antecedentes de parto presentaron mayor porcentaje de un 59,1% ⁽¹⁵⁾

- **Enfermedades infecciosas**

La producción de abortos sin una causa definida en el segundo trimestre de embarazo se debe a infecciones asintomáticas del tracto genital que podrían desempeñar un papel importante en los abortos espontáneos recurrentes. Entre los principales microorganismos que producen aborto se encuentran: streptococo B hemolítico, treponema, toxoplasma, listeria, salmonella, brucella, campylobacter, clamidia, rubeola, herpes, HIV, varicela y viruela entre otros. ⁽³¹⁾

- **Tipos de infección**

a) Infección del tracto urinario (ITU). Es la infección bacteriana más común de la mujer. Más de la mitad de las mujeres experimenta por lo menos un episodio de infección urinaria en algún momento de su vida. La infección de la vía urinaria durante el embarazo constituye la primera causa de enfermedad médica no obstétrica que compromete el bienestar materno, fetal y neonatal. ⁽¹⁸⁾

Representa la primera causa de internamiento por sepsis en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San Bartolomé y el Instituto Materno – perinatal en Lima. Además, se asocia entre 27% a 35% de los partos pre términos, 22% a 30% de los neonatos pequeños para la edad gestacional y puede conllevar a abortos espontáneos durante las primeras ocho semanas de gestación. ⁽¹⁸⁾

b) La vaginitis: también llamada vulvovaginitis, es una inflamación o infección de la vagina. También puede afectar la vulva, la parte externa de los genitales de la mujer. La vaginitis puede causar picazón, dolor, secreción y olor. La vaginitis es común, especialmente en las mujeres en edad reproductiva. Por lo general, ocurre cuando hay un cambio en el equilibrio de bacterias o levaduras que normalmente se encuentran en su vagina. Hay diferentes tipos de vaginitis, las que tienen distintas causas, síntomas y tratamientos. ⁽¹⁸⁾

- **Patologías uterinas**

La implantación del huevo tiene lugar a los seis a siete días de la fecundación en la capa funcional del endometrio. Es fundamental que esta capa posea una estructura y vascularización adecuadas, que condicionarán un medio favorable a la implantación en lo que se ha venido a denominar “receptividad endometrial”. Por este mismo motivo, cualquier infección, sustancia tóxica o alteración anatómica que distorsione la estructura o la transformación funcional de todo o parte del endometrio, podría dar lugar a alteraciones en la fase peri implantativa que conduzcan al aborto. Por otro lado, una vez sobrepasado el primer trimestre, entrarán en juego otros factores relativos al útero tales como su capacidad de crecimiento, distensión y conformación, su conversión desde forma esférica a cilíndrica y su adecuado mecanismo de cierre cervical. Todos estos factores se encuentran modificados en casos de anomalía uterina, lo que condiciona una mayor frecuencia de abortos tardíos y partos inmaduros. Se cree que los abortos precoces repetidos en pacientes con útero anómalo son debidos a una inadecuada preparación endometrial en el lugar de la implantación. ^{(9) (30)}

En cambio, la causa más probable de abortos tardíos parece ser la incompetencia cervical asociada. La ausencia de endometrio y la deformación cavitaria asociada sean factores contribuyentes al aborto. En relación con los leiomiomas uterinos, son frecuentemente asociados con el aborto habitual, pero es poco probable que sean una causa directa de aborto, particularmente cuando su localización es subserosa. Sólo en aquellos casos de miomas submucosos e intramurales la deformación cavitaria u la distorsión vásculo miometrial pueden condicionar una mayor propensión al aborto, por la distorsión del endometrio suprayacente y por la deformación de la propia cavidad. En estos casos, la miomectomía ha demostrado corregir el trastorno. Se han comunicado prevalencias de mioma del 18 % en pacientes con aborto de repetición. ^{(9) (30)}

a) Incompetencia cervical: También llamada cuello uterino incompetente es un defecto congénito en el tejido cervical existiendo la dilatación asintomática del OCI, cerca de la semana 20 la salida del producto de la gestación. Esto ocurre cuando su cuello uterino se abre (dilata) demasiado temprano en el embarazo, por lo general sin dolor ni contracciones. Las contracciones suceden cuando los músculos del útero se endurecen y luego se relajan para ayudar a expulsar al bebé durante el parto y nacimiento. La incompetencia cervical puede llevar al aborto espontáneo, por lo general durante el segundo trimestre. Para ayudar a prevenirlo,

su profesional puede recomendar el cerclaje. Es una puntada que le pone en el cuello uterino para ayudar a mantenerlo cerrado. ⁽³²⁾

- b) **Miomas:** El mioma o fibroma uterino es el tumor benigno más frecuente en las mujeres en edad fértil. Estos fibromas son sintomáticos aproximadamente en una tercera parte de los casos, y tienen a veces una repercusión importante en la calidad de vida de las pacientes. Los síntomas más frecuentes son el dolor pélvico y las metrorragias, que dependen de la localización y del tamaño del tumor. De localización submucoso, se asocian de manera importante con abortos repetidos. ⁽³³⁾

Los miomas pueden desarrollarse en cualquier lugar del miometrio. Según la localización y la posición del mayor diámetro transversal con relación al miometrio, se distinguen tres grupos de miomas:

- Los miomas subserosos: situados en la superficie del miometrio del lado peritoneal, que se desarrollan hacia la cavidad abdominal y deforman los relieves uterinos. Algunos miomas pediculados cuelgan de la pared uterina. ⁽³³⁾

- Los miomas intramurales o intersticiales: se localizan dentro de la pared uterina en el miometrio. ⁽³³⁾

- Los miomas submucosos que se proyectan en la cavidad uterina. ⁽³³⁾

- c) **Endometriosis:** La endometriosis es la presencia de células del revestimiento del útero (endometrio) en otros lugares de la zona pélvica, lo que provoca una reacción inflamatoria. Mientras que algunas mujeres pueden experimentar síntomas dolorosos o infertilidad, otras no tienen ningún síntoma. La endometriosis predispone a las mujeres a un mayor riesgo de aborto y a complicaciones del embarazo. La explicación para Saraswat reside en que la endometriosis se asocia con un aumento de la inflamación de la pelvis y con cambios estructurales y funcionales en el revestimiento del útero. Este tipo de cambios podrían influir en la implantación y desarrollo de la placenta, lo que predispone a resultados adversos del embarazo. ⁽³⁴⁾

2.3 Variable

Variable: características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto.

2.4 Definición conceptual y operacional de la variable

Variable	Categorías	Dimensión	Indicadores	Escala
características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto.	características sociodemográficas Se refieren a las características sociales y económicas que influyen en el mayor % de abortos.	Edad (en años)	<25 años 26 – 35 años 36 – 45años Más de 45 años	De razón
		Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Nominal
		Estado civil	Conviviente Casada Divorciada Soltera Viuda	Nominal
		Ocupación	Trabajadora independiente Empleada Ama de casa	Nominal
		Nivel de ingresos	Menos del mínimo vital Mínimo vital Más del mínimo vital	Nominal
		Área de procedencia	Rural Urbana	Nominal
	Características ginecoobstétricas Se clasifican en paridad, antecedentes de enfermedades infecciosas y uterinas.	Paridad	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Nominal
		Antecedentes de enfermedades Infecciosas	No Si	Nominal
		Tipo de infección	Infección del tracto urinario (ITU) Vaginitis	Nominal
		Antecedentes de patologías Uterinas	No Si	Nominal
		Patologías uterinas	Incompetencia cervical Miomomas Endometriosis	Nominal

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación es no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo.

Es no experimental: porque la investigación se realizó sin manipular deliberadamente la variable.

De corte transversal: porque los datos se recolectaron en un momento único.

De tipo descriptivo: ya que se buscó describir las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto.

3.2 Área de estudio y población

3.2.1 Área de estudio

El estudio se llevó cabo en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota del departamento de Cajamarca ubicado en Jr. Exequiel Montoya N° 718, el mismo que corresponde a la Provincia y Distrito de Chota. 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.

El servicio de Gineco Obstetricia es un servicio que está a disposición de toda la población, en este servicio se atienden a las mujeres en estado de gestación, en el momento de parto, con afecciones ginecológicas, gestantes con complicaciones como hiperémesis gravídica, amenaza de aborto y aborto complicado, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas entre otras.

3.2.2 Universo

El universo de la presente investigación está constituido por las 61 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco -Obstetricia de dicho hospital, registradas durante los meses de enero - abril del año 2019.

3.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis lo constituye cada una de las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota 2019.

3.4 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Historias Clínicas completas con diagnóstico de aborto.
- Historias clínicas con datos legibles.

3.5 Técnicas de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

En una primera etapa se solicitó el permiso al Director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, para realizar el estudio, previamente se le informó la naturaleza de la investigación y el aporte teórico que brindarán los resultados.

En una segunda etapa se conversó con el personal de estadística y de admisión de dicho establecimiento, a quien se le solicitó permiso para acceder a los archivos.

En una tercera etapa, se revisó cada una de las historias clínicas con la finalidad de obtener los datos.

La técnica utilizada fue documentación ya que los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes del servicio de Gineco obstetricia que tuvieron diagnóstico de aborto y de esa manera se pudo obtener las características sociodemográficas y ginecoobstétricas.

La validación del instrumento se realizó mediante juicio de expertos utilizando la V de Aiken obteniendo un puntaje de 1. (Ver Anexo 4)

Se determina que los ítems propuestos en el instrumento de evaluación contienen una adecuada validez de contenido, ello determinado por el coeficiente de validez de contenido V de AIKEN, siendo superior en todas ellas a 0.70.

3.6 Descripción del instrumento

El instrumento corresponde a una ficha de recolección de datos cuya fuente proviene de las historias clínicas de cada paciente. En dicho instrumento se incluyó: los datos sociales y los datos biológicos considerados como características sociodemográficas y ginecoobstétricas.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

La información fue procesada en el EXCEL versión 2016, se elaboraron para el análisis las tablas de frecuencia simple que reflejan la frecuencia y el porcentaje del recuento de las variables relacionadas.

3.8 Control de calidad de los datos

La calidad de datos estuvo sujeta a la validación de las técnicas de recolección de datos diseñados para esta investigación, en específico, el proceso de identificación de los números de historias para el llenado de las fichas de recolección de datos.

Se asume un 95% de confiabilidad en la recolección de datos, debido a que éstos se realizaron por la misma investigadora.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 01: Características sociodemográficas de las mujeres con aborto atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota. 2019

EDAD	N°	%
25 años o menos	4	6,6
26-35	16	26,2
36-45	37	60,7
Más de 45	4	6,6
Total	61	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instrucción	3	4,9
Primaria	37	60,7
Secundaria	16	26,2
Superior	5	8,2
Total	61	100,0
ESTADO CIVIL		
Conviviente	29	47,5
Casada	15	24,6
Divorciada	2	3,27
Soltera	15	24,6
Total	61	100,0
OCUPACION		
Trabajadora independiente	15	24,6
Empleada	13	21,3
Ama de casa	33	54,1
Total	61	100,0
NIVEL DE INGRESOS		
Menos del mínimo vital	34	55,7
Mínimo vital	14	23,0
Más del mínimo vital	13	21,3
Total	61	100,0
PROCEDENCIA		
Rural	35	57,4
Urbana	26	42,6
Total	61	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Se aprecia en la tabla 01 las mujeres pertenecen en su mayoría al grupo etario de 36-45 años en 60,7%, el 60.7% tenían primaria, el 47,5% eran convivientes, el 54,1% eran amas de casa, el 55,7% cuentan con menos del mínimo vital y 57,4% procede del área rural.

Tabla 02: Características ginecoobstétricas de las mujeres con aborto atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota. 2019

PARIDAD	N°	%
Nulípara	16	26,2
Primípara	19	31,1
Múltipara	19	31,1
Gran múltipara	7	11,5
Total	61	100,0
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS		
Si	33	54,1
No	28	45,9
Total	61	100,0
TIPO DE INFECCIÓN		
Vaginitis	11	18.03
Infección del tracto urinario(ITU)	22	36.06
Sin infección	28	45.90
Total	61	100,0
ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS UTERINAS		
Si	32	52,45
No	29	47,54
Total	61	100,0
TIPOS DE PATOLOGÍAS UTERINAS		
Miomas	9	28,12
Incompetencia cervical	20	62,5
Endometriosis	3	9,37
TOTAL	61	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Se puede observar en la presente tabla que en % similar (31,1%) fueron mujeres primíparas y múltiparas respectivamente, el 54,1% tenían antecedentes de enfermedades infecciosas y el 52,45% tuvieron antecedentes de patologías uterinas. Así mismo se observa que el 66,7% de mujeres con diagnóstico de aborto presentan ITU y el 33,3% vaginitis. Finalmente, el 62,5% presentaron incompetencia cervical, el 28,12% tuvieron miomas y el 9,37% tuvieron endometriosis.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El aborto es considerado como una de las principales causas de morbilidad materna y serias complicaciones a futuro, en su génesis con riesgos múltiples entre ellos: características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres.

En la tabla 01 se muestra que el 60,7% de las mujeres con diagnóstico de aborto tenían entre 36-45 años, estos hallazgos se asemejan a los de Sánchez (2014), quien observó la predominancia de edad de las mujeres igual o mayor a 35 años. ⁽⁹⁾

Resultados diferentes fueron los de Herráez (2016) quien encontró que el 66,67% de mujeres con diagnóstico de aborto tenían una edad entre 19-35 años, de igual modo a los de López F. (2015) quien encontró que el 43,8% de las mujeres tenían entre 20-29 años, igualmente a los de López J (2017) quien estimó que el 28,7% de las mujeres tenían entre 20-24 años, de igual forma a los de Valverde (2017) quien determinó mayor frecuencia de mujeres en edades de 21-34 años con 61,4%, por su parte Mogrovejo (2018) determinó que el 64,9% de las mujeres tenían 21-29 años, así mismo Mejía (2018) menciona que el 36% de las mujeres tenían entre 20-24 años y por ultimo Roncal (2018) encontró que el 34,1% de mujeres con aborto espontáneo tenían entre 15-19 años. ^(12,13,15, 16,14,17,18)

Según la Revista Médica de Chile (2014), la edad permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, a la probabilidad de un aborto si se embaraza en los extremos de la vida reproductiva. En una mujer mayor de 35 años es mayor la posibilidad de un aborto espontáneo mientras que en las adolescentes existe mayor probabilidad de que decida por un aborto provocado. ⁽³⁵⁾

Según Guttmacher Institute (2018), la gran mayoría de abortos son el resultado de embarazos no planeados. Durante el período 2010–2014, las tasas estimadas de embarazo no planeado en las regiones desarrolladas y en desarrollo fueron de 45 y 65 por 1,000 mujeres en edades de 15–44, respectivamente. ⁽³⁶⁾

Referente al grado de instrucción, se destaca que las mujeres con diagnóstico de aborto, tenían primaria completa en un 60,7%. Difiere de los resultados de Herráez (2016) quien encontró mayor prevalencia de aborto en las mujeres con escolaridad secundaria con 63,89%, así mismo López F (2015), describió que el 43,3% de las mujeres tenían nivel de secundaria, de igual forma de López J (2017) quien demostró mayor frecuencia de abortos espontáneos en mujeres con secundaria completa, así también difiere con Mogrovejo (2018) quien observó que el 77,37% de pacientes tenían secundaria y por su parte Roncal (2018) determinó 24,4% de abortos espontáneos en mujeres con secundaria incompleta. ^(12, 13, 15,14,17)

Comettant M. (2015), menciona que el grado de instrucción es un importante indicador de salud en todas las áreas, se conoce que a mayor nivel educativo el autocuidado de la salud, es mejor, por tanto, puede ser evitado un aborto ya sea espontáneo o inducido. Sin embargo, en estudios posteriores se ha visto que las mayores frecuencias de abortos se presentaban en las madres que tenían educación secundaria o superior. ⁽³⁷⁾

Roncal (2018), señala que las mujeres con un nivel alto de estudios, tienen una mejor actitud para aceptar un embarazo sin recurrir al aborto o tener conducta de autocuidado que de igual forma les permita proteger su embarazo. ⁽¹⁷⁾

En cuanto al estado civil, se observó que el 47,5% de las mujeres con aborto fueron convivientes, semejantes a los resultados de López J. (2017), quien encontró mayor frecuencia de abortos espontáneos en mujeres convivientes, así mismo se asemeja a los de Mogrovejo (2018), quien identificó que el 51,8% fueron convivientes, de igual manera con Valverde (2017), quien estimó que el 70,5% de las mujeres con abortos espontáneos eran convivientes y, por último, a los de Roncal (2018) quien determinó que el 37,8% de mujeres con abortos espontáneos fueron convivientes. ^(15,14,16,17)

Pero difieren con los encontrados por López F. (2015), quien encontró que el 48,8% de las mujeres eran casadas, así mismo Herráez (2016) observó que el 38,19% eran solteras. ^(13,12)

Roncal (2018), mencionó que por la misma situación legal en la que se encuentran las mujeres solteras, pueden estar en situaciones de estrés y ansiedad situaciones que pueden provocar un aborto incompleto espontáneo o inducir a un rechazo hacia el embarazo que las conlleva a decidir por sí mismas terminar con el embarazo. ⁽¹⁷⁾

Respecto a la ocupación el 54,1% de las mujeres con diagnóstico de aborto fueron amas de casa, siendo semejante a los resultados de López J (2017), quien estimó

mayor frecuencia de abortos espontáneos en mujeres amas de casa, de igual manera con los resultados de Mogrovejo (2018), quien observó que el 41,95% de mujeres con diagnóstico de aborto eran amas de casa. ^(15,14)

La ocupación es el tiempo empleado para las labores de trabajo, se sabe que ciertos trabajos influyen para que exista la posibilidad de aborto debido a las exposiciones que se enfrentan o al estrés causado por éste.

Sánchez (2014), indicó que no hay evidencia que las mujeres que trabajen a tiempo completo tengan un efecto importante en las cifras de aborto involuntario comparado con las que trabajan tiempo parcial o se quedan en casa. Sin embargo, las pacientes que refieren que su trabajo era generalmente estresante y/o exigente tienen probabilidades significativamente más altas de aborto espontáneo. ⁽⁹⁾

En relación al nivel de ingresos, se observó que el 55,7% ganaban menos del salario mínimo vital, semejantes son los resultados de Mejía (2018), quien encontró que el 56% de abortos se presentó en pacientes con ingreso económico menos del mínimo vital. ⁽¹⁸⁾

El nivel de ingresos influye muchas veces en la toma de decisiones, considerándose por ejemplo que las mujeres que tienen ingresos bajos consideran que el aborto es una salida para solucionar su problema, ya que ellas piensan que al no tener trabajo en ese momento o no contar con un trabajo estable les dificultaría un poco más mantener un bebé.

Según Guttmacher Institute (2018) afirma que las mujeres en países de bajos ingresos tienen mayor probabilidad de tener un aborto inseguro. ⁽³⁶⁾

Respecto al área de procedencia, se observó que el 57,4% de las mujeres con diagnóstico de aborto eran procedentes de las áreas rurales. Resultados semejantes son los de López J. (2017), quien observó una mayor frecuencia de abortos espontáneos en mujeres de áreas rurales ⁽¹⁵⁾

Resultados diferentes son los de López F. (2015), quien encontró que el 59,7% de las mujeres procedían de áreas urbanas, también difiere a los de Herráez (2016) él encontró un 54,86% de mujeres con aborto son residentes en zonas urbanas, por su parte Mogrovejo (2018), registró el 62% de mujeres eran del área urbana. ^(13,12,14)

La procedencia es un factor muy importante para el aborto, especialmente en las mujeres que residen en áreas rurales como se ha visto aún casos en la actualidad muchas de ellas no tienen acceso a métodos anticonceptivos, sigue aún la violencia

sexual, falta de apoyo social a las mujeres que desean tener hijos, no hay una información oportuna ni concientización al 100% acerca de la importancia del control de su embarazo ya que a pesar de que el embarazo no es una enfermedad se sabe que implica un riesgo si se presentara alguna complicación. En cambio, las mujeres urbanas tienen más fácil acceso a la información como por ejemplo a métodos anticonceptivos que les permiten prevenir un embarazo no deseado disminuyendo en ellas la necesidad de recurrir a interrumpirla voluntariamente.

En la tabla 02 se observa en relación a la paridad de la paciente los resultados arrojaron el 31,1% eran primíparas y múltiparas respectivamente, semejante son los resultados de Herráez (2016) quien encontró el 62,5% fueron múltiparas, de igual manera López F. (2015), determinó el 63,2% de las mujeres tenían entre 2 a 4 gestas. Así mismo Mogrovejo (2018), encontró mujeres con más de 2 gestaciones en un 57,38%. ^(12,13,14)

Sin embargo, estos resultados difieren a lo observado por Sánchez (2014), quien determinó que, en su mayoría eran gran multigestas. ⁽⁹⁾

El número de hijos que la pareja planifica o desea tener es importante para el desarrollo de los demás hijos y el bienestar económico de la familia, así como también, el gasto que implicaría el tener más hijos, notándose nuevamente que la parte económica está presente en el futuro de la mujer, mas no es la motivación inicial para la decisión en el momento del aborto.

El 54,1% de mujeres con diagnóstico de aborto presentaban antecedentes de enfermedades infecciosas. De las 33 mujeres con antecedentes de enfermedades infecciosas, el 66,7% presentó infección del tracto urinario (ITU). Semejante a los resultados de Herráez (2016) quien identificó el 23,61% tenían ITU, similar a los resultados de Sánchez (2014), él encontró mayor influencia de infección urinaria en el aborto espontáneo, por su parte Mejía (2018) encontró el 35% de mujeres con aborto presentaron ITU. Por último, López F. (2015), determinó el 25,9% de mujeres con abortos espontáneos presentaron antecedentes de enfermedades infecciosas (ITU y vaginosis). ^(12,9,18,13)

Gamonal (2017), mencionó que la infección del tracto urinario, es una patología frecuente en las mujeres en general; las mismas que al no ser detectadas a tiempo son causantes de abortos espontáneos en la etapa embrionaria. ⁽³⁸⁾

La vaginitis es una de las enfermedades vaginales más comunes que puede producir algunas complicaciones ginecológicas y obstétricas como abortos espontáneos

tardíos, por lo que los especialistas recomiendan detectarla y tratarla lo antes posible.

(39)

El 82% de las mujeres con diagnóstico de aborto presentaron patologías uterinas. De las 50 mujeres con patologías uterinas, el 62,5% presentó incompetencia cervical, el 28,12% presentó miomas y el 9,37% presentó endometriosis.

Aquellos procesos patológicos maternos que suponen una afectación general se relacionan con la pérdida del embarazo en función del grado de repercusión que tengan sobre la fisiología materna. Así pues, ante un inadecuado control de estas enfermedades podrían condicionar abortos de repetición en caso de que el agente causante persistiera en las sucesivas gestaciones.

Según Sánchez (2014), refiere que la patología local uterina (tumorações, malformaciones e incompetencia cervical) afectarán en mayor o menor medida para que se presente el aborto, según la repercusión que tengan sobre la propia estructura anatómica uterina. ⁽⁹⁾

En los casos de miomas que distorsionan la cavidad, la alteración vásculo-endometrial asociada podrían condicionar una mayor propensión al aborto; aun así, existen también referencias que apuntan hacia una disminución en las tasas de gestación en aquellos casos de miomas que no comprometen la cavidad. Se han comunicado prevalencias de mioma del 18 % en pacientes con aborto de repetición. Aun así, difícilmente pueden ser considerados la causa última de la complicación en tan alto porcentaje de casos, pues en la mitad de pacientes existe al menos otra causa asociada con la infertilidad. En relación con los miomas uterinos, son frecuentemente asociados con el aborto habitual, pero es poco probable que sean una causa directa de aborto, particularmente cuando su localización es subserosa. ⁽⁹⁾

Rivero (2017), mencionó que la causa más probable de abortos tardíos está relacionada con la insuficiencia cervical. ⁽³³⁾

En el estudio, presentado durante el Congreso de la European Society of Human Reproduction (ESHRE) por Saraswat refirió que las mujeres con endometriosis el 76% implica riesgo para aborto espontáneo y casi tres veces mayor al embarazo ectópico. Añade, además, que el impacto de la endometriosis en la edad reproductiva va de 2 a 10% de todas las mujeres.  l refiere que la endometriosis se asocia con un aumento de la inflamación de la pelvis con cambios estructurales y funcionales en el revestimiento del útero. Este tipo de cambios podrían influir en la implantación y desarrollo de la placenta, lo que predispone a resultados adversos del embarazo. ⁽³⁴⁾

CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo general y los específicos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se observó en las características sociodemográficos que predominó: al grupo etáreo entre 36-45 años, tuvieron primaria, eran convivientes, amas de casa, disponen de un ingreso menor a un salario mínimo vital y provenían de las áreas rurales.
2. En conclusión, las características ginecoobstétricas lo siguiente: las mujeres eran primíparas y multíparas, presentaban antecedentes de enfermedades infecciosas (infección del tracto urinario y vaginitis), así, mismos antecedentes de patologías uterinas (incompetencia cervical, miomas y endometriosis).

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados encontrados se exponen a continuación, las siguientes recomendaciones:

1. A las autoridades del Gobierno de Cajamarca responsables de la gestión pública de la salud en el sistema hospitalario:
 - 1.1. Capacitación a los profesionales de salud para la adecuada atención de las pacientes con diagnóstico de aborto y sus riesgos que se pueda presentar con respecto a las características sociodemográficas y ginecoobstetricas.

2. A las autoridades del Hospital José Hernán Soto Cadenillas –Chota:
 - 2.1. Promover y ejecutar actividades formativas dirigidas a las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, sobre el aborto, con la finalidad que la información que se les brinde sea veraz y efectiva sobre todo en mujeres mayores de 35 años, de áreas rurales, con estudios de primaria, convivientes, amas de casa, de escasos recursos económicos y con antecedentes de enfermedades infecciosas como infección del tracto urinario y antecedentes de patologías uterinas.
 - 2.2. Desarrollar programas de educación sexual (ITU), prevención de embarazos no deseados y patologías uterinas.

3. A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca:
 - 3.1. Promover la campaña preventiva sobre infección del tracto urinario entre las mujeres, en coordinación con la Escuela Profesional de Obstetricia, que permita desarrollar trabajo comunitario, para prevenir el aborto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández. El Aborto como problema de Salud Pública. 2015. Disponible en URL: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=710-boletin-informativo-el-aborto-un-problema-de-salud-publica&Itemid=235
2. Taype A, Merino N. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: qué dicen los números. Rev Perú Med Exp Salud Publica. Perú. 2016. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v33n4/1726-4642-rpmesp-33-04-00829.pdf
3. Análisis de situación de salud 2017 (ASIS). Hospital Regional Docente Cajamarca (ASIS). Cajamarca. 2018. Disponible en URL: <http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/ASIS%202017%20HRDC.pdf>
4. Dirección de Salud Chota. Oficina General de Estadística e Informática. Casos Atendidos de Aborto en el Hospital José Soto Cadenillas durante los años: 2014-2015 y 2016.
5. Guevara Y. Manejo de aborto. 2016. Disponible en URL: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion20052016/MANEJO-DE-ABORTO.pdf
6. PROMSEX. El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Perú. 2019. Disponible en URL: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
7. Cabezas E, Langer A, Álvarez Bustamante P. Perfil Sociodemográfico del aborto inducido. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 2018 Disponible en URL: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6085/7115>
8. García M. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. La Habana, Cuba. 2015. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000100004
9. Sánchez J. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima 2014. Tesis de grado. Universidad Nacional Jorge Basadre;

2014. Disponible en URL: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2327/84_2013_sanchez_cjuno_j_facs_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Citado el 2014] Disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
 11. Mascaró P. Guías de Práctica Clínica de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima – Perú 2014. Disponible en URL: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D503.pdf
 12. Herráez J. Factores de riesgo del aborto de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital General Julius Doepfner De Zamora, Periodo junio 2014 - junio 2015 [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. 2016. Disponible en URL: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13799/1/Tesis%20Lista%20Johanna%20Herraez.pdf>
 13. López F y Morales K. Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo" en el año 2013. Cuenca 2014. Tesis de grado. Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21693/1/TESIS%202015.pdf>
 14. Mogrovejo M. Características epidemiológicas de pacientes con aborto espontáneo en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero-diciembre 2017. [tesis de grado]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista. 2018. Disponible en URL: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1547/T-TPMC-%20Marlene%20Solangel%20%20Mogrovejo%20Ysuhaylas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 15. López J. Factores socio-demográficos y Gineco-Obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, período enero-abril 2016. [Tesis de grado]. Piura: Universidad César Vallejo. 2017. Disponible en URL: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16941/Lopez_PJM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. Valverde C. Características epidemiológicas y complicaciones en mujeres con aborto incompleto espontáneo atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2016. Tesis de grado. Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. Disponible en URL: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1266/T-TPMC-Irene%20Salazar%20Gutierrez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Roncal Pajares M. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2016. Tesis de grado. Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. Disponible en URL: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2111/T016_43192983_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. MEJIA O. El aborto y su relación con los factores sociodemográficos y biológicos en las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2016. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Alas Peruanas. 2018. Disponible en URL: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/7044/8/T059_47002076_T.pdf
19. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos de asistencia en obstetricia. [Online]. 2019. [file:///F:/TESIS%20\(PER%C3%9A\)/OBSTETRICIA/Aborto-espontáneo-1-trimestre.pdf](file:///F:/TESIS%20(PER%C3%9A)/OBSTETRICIA/Aborto-espontáneo-1-trimestre.pdf). (último acceso 28 marzo 2019).
20. Guevara E. Aborto. 2015. Instituto Nacional Materno Perinatal. Disponible en: https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044_2015_07_14_complicaciones_aborto.pdf
21. Dulay A. Aborto espontáneo. Estados Unidos. 2017. Disponible en URL: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
22. González M. Pérdida Gestacional. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2016; 73(619): p. 309-315. Disponible en URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162t.pdf>
23. Castillo S, Fuentes A, Paulos A, Rosa E. Estudio cromosómico en abortos espontáneos. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Scielo. Chile. 2014. Disponible en URL: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100007
24. Mayo Clinic. Aborto Espontaneo. Estados Unidos. 2016. Disponible en URL: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/diagnosis-treatment/drc-20354304>
25. Pacheco, RJ. Ginecología Obstetricis y Reproducción. Tomo II. 22007 ed. Vera JC, editor. Lima, Perú: REP SAC; 2007.
26. Gary F. Obstetricia de Williams. 24ª Edición. México. Mc Graw Hill 2014.
27. Ministerio De Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima - Perú; 2007. 1-171 p. Disponible en URL: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

28. Cunnigham G JLKBSa. El Aborto. 23^a ed. México DF: Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2011. P.215-234. Gobierno Federal Mexicano. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de abortos recurrentes. [En línea].; México 2010. [citado 20 de Agosto 2016]. Disponible en URL: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_RR_CENETEC.pdf.
29. Medlineplus. Aborto Espontaneo. Estados Unidos. 2019. Disponible en URL: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001488.htm>
30. Llanos F. Factores frecuentes que ocasionan el aborto de gestantes adolescentes en el centro materno infantil Cesar López Silva Villa el Salvador periodo abril – agosto 2014. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Privada Sergio Bernales. 2015. Disponible en URL: <http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/92/3/LlanosCubasFidel.pdf>
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Glosario de términos. Compendio Estadístico Provincia Constitucional del Callao. [Online]. 2014. Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1268/Glosario.pdf
32. 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 de grado]. Ecuador: Universidad Católica De Santiago De Guayaquil. 2017. Disponible en URL: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8043/1/T-UCSG-PRE-MED-562.pdf>
33. Pérez E, Godoy D, Quiroz D, Quiroz D, Brown J, Alzolay A, Yzhac J, Brito N. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata. Estado Bolívar-Venezuela. Revista Biomédica. Vol. 27. 2016, 3-9. Disponible en URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2016/bio161b.pdf>
34. Fuentes V. La endometriosis se asocia con un mayor riesgo de aborto en el embarazo. SINC. Europa. 2015. Disponible en URL: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/La-endometriosis-se-asocia-con-un-mayor-riesgo-de-aborto-en-el-embarazo>
35. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica de Chile. Chile. 2014. Disponible en URL: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872014000200004

36. Guttmacher Institute. Aborto a nivel mundial 2017—Resumen ejecutivo. [Online]. 2018. <https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-a-nivel-mundial-2017-resumen-ejecutivo>. (último acceso 28 marzo 2019).
37. Comettant M. Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2015 - marzo 2016. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2016. Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4846/Comettant_pm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Gamonal M. Relación entre los factores biológicos, obstétricos, socioeconómicos y el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas - Chota - 2015. [Tesis de grado]. Chota. 2017. Disponible en URL: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1805/T016_47489901_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Paavonen J. Infecciones vaginales. IntraMed. Argentina. 2018. Disponible en URL: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93589>

ANEXOS

ANEXO N°1

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ABORTO. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS. CHOTA. 2019.

I. DATOS GENERALES

Institución: Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota

N° De Historia Clínica: Fecha de aplicación:

II. Factores de riesgo sociales

1. ¿Cuántos años tiene actualmente? Edad en años cumplidos:

- a) 25 o menos
- b) 26 – 35
- c) 36 – 45
- d) Más de 45

2. ¿De dónde procede usted?

- a) Rural
- b) Urbano

3. ¿Hasta qué año ha estudiado?

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior técnica
- e) Superior universitaria

4. ¿Cuál es su estado civil actual?

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

5. ¿Cuál es su ocupación actual?

- a) Trabajadora independiente
- b) Empleada
- c) Trabajadora del hogar

6. **¿Cuál es su nivel de ingresos?**

- a) Menos del mínimo vital
- b) Mínimo vital
- c) Más del mínimo vital

III. Factores de riesgo biológicos

7. **De acuerdo a su número de partos (paridad), usted es:**

- a) Nulípara
- b) Primípara
- c) Multípara
- d) Gran multípara

9. **¿Presenta antecedentes de enfermedades de origen infecciones?**

- a) Si
- b) No

Especifique: _____

10. **¿Presenta antecedentes de enfermedades relacionados con problemas uterinos?.....**

- a) Si
- b) No

Especifique: _____

IV. ABORTO ESPONTÁNEO

13. **¿Ha tenido abortos previos?**

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es afirmativa, indique la cantidad:

14. **¿Ha tenido abortos espontáneos?**

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es afirmativa, indique la cantidad: _____

ANEXO N°2
UBICACIÓN GEOGRÁFICA



ANEXO N°3

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA



FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ABORTO ESPONTÁNEO. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS. CHOTA-2019

I. DATOS GENERALES

Institución: Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota
N° De Historia Clínica: 45830310
Fecha de aplicación: 06/08/2019

II. FACTORES DE RIESGOS SOCIALES

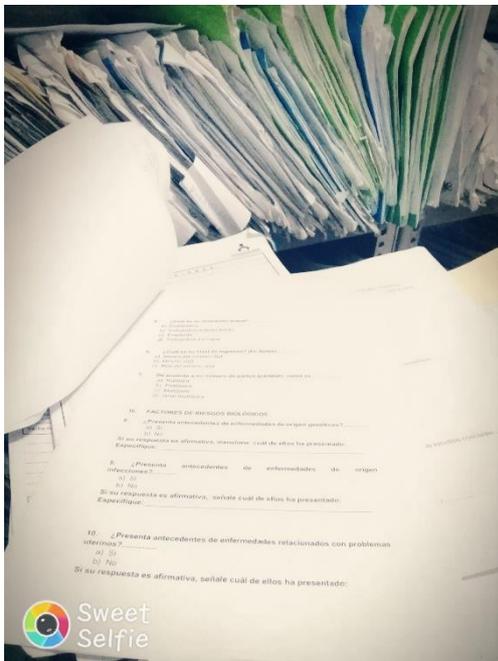
1. ¿Cuántos años tiene actualmente? Edad en años cumplidos.

- a) 25 o menos
- b) 26 - 35
- c) 36 - 45
- d) Más de 45

2. ¿De dónde procede usted?.....

- a) Ambito rural
- b) Ambito urbano

¿Estudiado? Año de estudio



ANEXO N°4
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

**“FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ABORTO. Hospital
José Hernán Soto Cadenillas. Chota 2019”**

COEFICIENTE DE VALIDACION “V” AIKEN

ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	S	V de Aiken	Descripción
Item1	2	2	2	2	8	1	Válido
Item2	2	2	2	2	8	1	Válido
Item3	2	2	2	2	8	1	Válido
Item4	2	2	2	2	8	1	Válido
Item5	2	2	2	2	8	1	Válido
Item6	2	2	2	2	8	1	Válido
Item7	2	2	2	2	8	1	Válido
Item8	2	2	2	2	8	1	Válido
Item9	2	2	2	2	8	1	Válido
Item10	2	2	2	2	8	1	Válido
Item11	2	2	2	2	8	1	Válido
Item12	2	2	2	2	8	1	Válido
Item13	2	1	2	2	8	1	Válido
Item14	2	2	2	2	8	1	Válido
Aiken Total						1	Válido

Calificación

A: ítem aceptable (2)

B: ítem que se modifica (1)

R: ítem que se rechaza (0)

Coeficiente V-AIKEN

$$v = \frac{S}{(n(C-1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria

n= Numero de jueces= 4 jueces

C= Número de valores = 4 (A, B, R)

Coeficiente V-AIKEN > 0.70 es valido

Validez del Instrumento

La validez del instrumento presenta un Coeficiente de Aiken igual a 1, indicando que el instrumento es válido.

Jueces

Jueces	Nombre	Profesión	Grado Académico	Institución donde labora
Juez 1	María Consuelo Sánchez Morales	Obstetra	Especialidad	HJSC
Juez 2	Gladys Sánchez Díaz	Obstetra	Especialidad	HJSC
Juez 3	Delicia Rojas Padilla	Obstetra	Especialidad	HJSC
Juez 4	Carmen Alicia Iparraguirre López	Obstetra	Especialidad	HJSC

ANEXO N°5
Solicitud De Aceptación De Permiso Para Realización De Proyecto De Investigación

SOLICITO: PERMISO PARA REALIZACIÓN DE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DR. FAUSTO DÍAZ TANTALEAN
DIRECTOR DEL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS – CHOTA

Yo, **LUZ DELIA TICLLA ILATOMA**, identifica con DNI N° 76833643, con domicilio Av. Tacabamba S/N, provincia de Chota, departamento de Cajamarca. Ante usted respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de Obstetricia en la Universidad Nacional de Cajamarca, solicito a usted permiso para realizar trabajo de investigación sobre: **"FACTORES DE RIESGO; BIOLÓGICOS Y SOCIALES DEL ABORTO ESPONTÁNEO. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS. CHOTA. 2019"**

Por lo expuesto, ruego a usted acceder a mi solicitud

Atentamente



LUZ DELIA TICLLA ILATOMA
DNI N° 76833643

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL "JHSC" - CHOTA
REG: 3144-19
PROCEDENCIA: Luz D. Ticlla F.
PASE: Admisión
PARA: [Firma]
HORA: 11:00 a. FECHA: 05-08-19.

Cajamarca, agosto de 2019

DIRECCIÓN

ARTÍCULO CIENTÍFICO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECOOBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS - CHOTA. 2019.

Bachiller: Ticlla Ilatoma, Luz Delia

Servicio de Obstetricia-Ginecología, Hospital José Hernan Soto Cadenillas.

RESUMEN

El objetivo general es determinar las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019. Para ello se ha propuesto una investigación de diseño no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo.

Palabras claves: aborto; características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres.

ABSTRACT

The general objective is to determine the sociodemographic and gyneco-obstetric characteristics of women diagnosed with abortion treated in the Gynecology-Obstetrics Service of the José Hernán Soto Cadenillas - Chota Hospital during the period January-April 2019. For this purpose, a research of non-experimental cross-sectional design, descriptive type.

Keywords: abortion; abortion sociodemographic and gyneco-obstetric characteristics of women.

INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema de Salud Pública ya que constituye una de las causas importantes de morbimortalidad materna, sin embargo, la incidencia es elevada y va en aumento; muchas mujeres continúan abortando ya sea de forma espontánea por la presencia de infecciones o malformaciones uterinas u otros factores, o de forma provocada. En ambos casos hay características que las definen y que son importantes de investigarlas, por lo que surgió la idea de la presente investigación que tiene como objetivo determinar las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las

mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota durante el periodo enero-abril de 2019.

Se llegó a determinar que las características sociodemográficas de las pacientes con aborto fueron el grupo etáreo entre 36-45 años, tenían primaria, eran conviviente, amas de casa, tienen un ingreso menor a un salario mínimo vital y provenían de las áreas rurales. Y como características ginecoobstétricas se encontró a mujeres primíparas y multíparas, antecedentes de enfermedades infecciosas (infección del tracto urinario y vaginitis) y antecedentes de patologías uterinas (insuficiencia cervical, miomas y endometriosis).

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de la presente investigación, se recogió de forma retrospectiva todos los casos de las mujeres con diagnóstico de aborto, que fueron atendidas en el servicio de ginecobstetricia durante el periodo enero y abril del año 2019 en el Hospital Jose Hernan Soto Cadenillas Chota. Se tabularon las características sociodemográficas y ginecoobstetricas en tablas de frecuencia simple que reflejan la frecuencia y de esa manera se describe las características de las mujeres con aborto.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de documentación, cuyos datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes del servicio de Gineco obstetricia que tuvieron diagnóstico de aborto y de esa manera se pudo obtener las características sociodemográficas y ginecoobstétricas. La población estuvo conformada por las 61 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto y para la muestra, se consideró la totalidad de la población debido al corto número de éste.

RESULTADOS

Tabla 01

EDAD	N°	%
25 años o menos	4	6,6
26-35	16	26,2
36-45	37	60,7
Más de 45	4	6,6
Total	61	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instrucción	3	4,9
Primaria	37	60,7
Secundaria	16	26,2
Superior	5	8,2
Total	61	100,0
ESTADO CIVIL		
Conviviente	29	47,5
Casada	15	24,6
Divorciada	2	3,27
Soltera	15	24,6
Total	61	100,0
OCUPACION		
Trabajadora independiente	15	24,6
Empleada	13	21,3
Ama de casa	33	54,1
Total	61	100,0
NIVEL DE INGRESOS		
Menos del mínimo vital	34	55,7
Mínimo vital	14	23,0
Más del mínimo vital	13	21,3
Total	61	100,0
PROCEDENCIA		
Rural	35	57,4
Urbana	26	42,6
Total	61	100,0

Tabla 02

PARIDAD	N°	%
Nulípara	16	26,2
Primípara	19	31,1
Múltipara	19	31,1
Gran múltipara	7	11,5
Total	61	100,0
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS		
Si	33	54,1
No	28	45,9
Total	61	100,0
TIPO DE INFECCIÓN		
Vaginitis	11	18,03
Infección del tracto urinario(ITU)	22	36,06
Sin infección	28	45,90
Total	61	100,0
ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS UTERINAS		
Si	32	52,45
No	29	47,54
Total	61	100,0
TIPOS DE PATOLOGÍAS UTERINAS		
Miomas	9	28,12
Incompetencia cervical	20	62,5
Endometriosis	3	9,37
TOTAL	61	100,0

(Tablas elaborado por la investigadora)

Los resultados reportaron como características sociodemográficas que las mujeres pertenecen en su mayoría al grupo etario de 36-45 años en 60,7%, el 60,7% tenían primaria, el 47,5% eran convivientes, el 54,1% eran amas de casa, el 55,7% cuentan con menos del mínimo vital y 57,4% procede del área rural. Como características ginecoobstétricas se puede observar que en % similar (31,1%) fueron mujeres primíparas y multíparas respectivamente, el 54,1% tenían antecedentes de enfermedades infecciosas y el 52,45% tuvieron antecedentes de patologías uterinas. Así mismo se observa que el 66,7% de mujeres con diagnóstico de aborto presentan ITU y el 33,3% vaginitis. Y finalmente en la tabla 03 el 62,5% presentaron incompetencia cervical, el 28,12% tuvieron miomas y el 9,37% tuvieron endometriosis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

En la tabla 01 se muestra que el 60,7% de las mujeres con diagnóstico de aborto tenían entre 36-45 años, estos hallazgos se asemejan a los de Sánchez (2014), quien observó la predominancia de edad de las mujeres igual o mayor a 35 años. ⁽⁹⁾

Resultados diferentes fueron los de Herráez (2016) quien encontró que el 66,67% de mujeres con diagnóstico de aborto tenían una edad entre 19-35 años, de igual modo a los de López F. (2015) quien encontró que el 43,8% de las mujeres tenían entre 20-29 años, igualmente a los de López J (2017) quien estimó que el 28,7% de las mujeres tenían entre 20-24 años, de igual forma a los de Valverde (2017) quien determinó mayor frecuencia de mujeres en edades de 21-34 años con 61,4%, por su parte Mogrovejo (2018) determinó que el 64,9% de las mujeres tenían 21-29 años, así mismo Mejía (2018) menciona que el 36% de las mujeres tenían entre 20-24 años y por ultimo Roncal (2018) encontró que el 34,1% de mujeres con aborto espontáneo tenían entre 15-19 años. ^(12,13,15, 16,14,17,18)

Referente al grado de instrucción, se destaca que las mujeres con diagnóstico de aborto, tenían primaria completa en un 60,7%. Difiere de los resultados de Herráez (2016) quien encontró mayor prevalencia de aborto en las mujeres con escolaridad secundaria con 63,89%, así mismo López F (2015), describió que el 43,3% de las mujeres tenían nivel de secundaria, de igual forma de López J (2017) quien demostró mayor frecuencia de abortos espontáneos en mujeres con secundaria completa, así también difiere con Mogrovejo (2018) quien observó que el 77,37% de pacientes tenían secundaria y por su parte Roncal (2018) determinó 24,4% de abortos espontáneos en mujeres con secundaria incompleta. ^(12, 13, 15,14,17)

En cuanto al estado civil, se observó que el 47,5% de las mujeres con aborto fueron convivientes, semejantes a los resultados de López J. (2017), quien encontró mayor frecuencia de abortos espontáneos en mujeres convivientes, así mismo se asemeja a los de Mogrovejo (2018), quien identificó que el 51,8% fueron convivientes, de igual manera con Valverde (2017), quien estimó que el 70,5% de las mujeres con abortos espontáneos eran convivientes y, por último, a los de Roncal (2018) quien determinó que el 37,8% de mujeres con abortos espontáneos fueron convivientes. ^(15,14,16,17)

Pero difieren con los encontrados por López F. (2015), quien encontró que el 48,8% de las mujeres eran casadas, así mismo Herráez (2016) observó que el 38,19% eran solteras. ^(13,12)

Respecto a la ocupación el 54,1% de las mujeres con diagnóstico de aborto fueron amas de casa, siendo semejante a los resultados de López J (2017), quien estimó mayor frecuencia de abortos espontáneos en mujeres amas de casa, de igual manera con los resultados de Mogrovejo (2018), quien observó que el 41,95% de mujeres con diagnóstico de aborto eran amas de casa. ^(15,14)

En relación al nivel de ingresos, se observó que el 55,7% ganaban menos del salario mínimo vital, semejantes son los resultados de Mejía (2018), quien encontró que el 56% de abortos se presentó en pacientes con ingreso económico menos del mínimo vital. ⁽¹⁸⁾

Respecto al área de procedencia, se observó que el 57,4% de las mujeres con diagnóstico de aborto eran procedentes de las áreas rurales. Resultados semejantes son los de López J. (2017), quien observó una mayor frecuencia de abortos espontáneos en mujeres de áreas rurales ⁽¹⁵⁾

Resultados diferentes son los de López F. (2015), quien encontró que el 59,7% de las mujeres procedían de áreas urbanas, también difiere a los de Herráez (2016) él encontró un 54,86% de mujeres con aborto son residentes en zonas urbanas, por su parte Mogrovejo (2018), registró el 62% de mujeres eran del área urbana. ^(13,12,14)

En la tabla 02 se observa en relación a la paridad de la paciente los resultados arrojaron el 31,1% eran primíparas y multíparas respectivamente, semejante son los resultados de Herráez (2016) quien encontró el 62,5% fueron multíparas, de igual manera López F. (2015), determinó el 63,2% de las mujeres tenían entre 2 a 4 gestas. Así mismo Mogrovejo (2018), encontró mujeres con más de 2 gestaciones en un 57,38%. ^(12,13,14)

Sin embargo, estos resultados difieren a lo observado por Sánchez (2014), quien determinó que, en su mayoría eran gran multigestas. ⁽⁹⁾

El 54,1% de mujeres con diagnóstico de aborto presentaban antecedentes de enfermedades infecciosas. De las 33 mujeres con antecedentes de enfermedades infecciosas, el 66,7% presentó infección del tracto urinario (ITU). Semejante a los resultados de Herráez (2016) quien identificó el 23,61% tenían ITU, similar a los resultados de Sánchez (2014), él encontró mayor influencia de infección urinaria en el aborto espontáneo, por su parte Mejía (2018) encontró el 35% de mujeres con aborto presentaron ITU. Por último, López F. (2015), determinó el 25,9% de mujeres con abortos espontáneos presentaron antecedentes de enfermedades infecciosas (ITU y vaginosis). ^(12,9,18,13)

El 82% de las mujeres con diagnóstico de aborto presentaron patologías uterinas. De las 50 mujeres con patologías uterinas, el 62,5% presentó incompetencia cervical, el 28,12% presentó miomas y el 9,37% presentó endometriosis.

CONCLUSIÓN

3. Se observó en las características sociodemográficos que predominó: al grupo etáreo entre 36-45 años, tuvieron primaria, eran convivientes, amas de casa, disponen de un ingreso menor a un salario mínimo vital y provenían de las áreas rurales.
4. En conclusión, las características ginecoobstétricas lo siguiente: las mujeres eran primíparas y múltiparas, presentaban antecedentes de enfermedades infecciosas (infección del tracto urinario y vaginitis), así, mismos antecedentes de patologías uterinas (incompetencia cervical, miomas y endometriosis).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. Sánchez J. Factores de riesgo para aborto espontáneo en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho – Lima 2014. Tesis de grado. Universidad Nacional Jorge Basadre; 2014. Disponible en URL: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2327/84_2013_sanchez_cjuno_j_facs_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Herráez J. Factores de riesgo del aborto de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital General Julius Doepfner De Zamora, Periodo junio 2014 - junio 2015 [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. 2016. Disponible en URL: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13799/1/Tesis%20Lista%20Johanna%20Herraez.pdf>
13. López F y Morales K. Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital "Homero Castanier Crespo" en el año 2013. Cuenca 2014. Tesis de grado. Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21693/1/TESIS%202015.pdf>
14. Mogrovejo M. Características epidemiológicas de pacientes con aborto espontáneo en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero-diciembre 2017. [tesis de grado]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista. 2018. Disponible en URL: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1547/T-TPMC-%20Marlene%20Solangel%20%20Mogrovejo%20Ysuhaylas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. López J. Factores socio-demográficos y Gineco-Obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, período enero-abril 2016. [Tesis de grado]. Piura: Universidad César Vallejo. 2017. Disponible en URL: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16941/Lopez_PJM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Valverde C. Características epidemiológicas y complicaciones en mujeres con aborto incompleto espontáneo atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2016. Tesis de grado. Universidad Privada San Juan

Bautista; 2017. Disponible en URL:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1266/T-TPMC-Irene%20Salazar%20Gutierrez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Roncal Pajares M. Factores psicosociales y su influencia en el aborto incompleto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2016. Tesis de grado. Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. Disponible en URL:
http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2111/T016_43192983_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. MEJIA O. El aborto y su relación con los factores sociodemográficos y biológicos en las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas-Chota, 2016. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Alas Peruanas. 2018. Disponible en URL:
http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/7044/8/T059_47002076_T.pdf