

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HUANCAVELICA**

(Creado por Ley N° 25265)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
TESIS**

**“INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES
CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE
PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL
2016”**

**LINEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PARA OPTAR EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN: EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO
OBSTETRICO**

**PRESENTADO POR:
OBSTETRA: FLORABEL RAMOS YANCE**

HUANCAVELICA – PERU

2018

ACTA DE SUSTENTACION

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DEL PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los CINCO días del mes de DICIEMBRE a las 12 horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) obstetra: Ramos Yance Florabel

Siendo los Jurados Evaluadores:
Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Oliveres
Secretario : Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda
Vocal : Dr. Leonardo Leyva Yataco

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLINICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACA JA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016

Presentado por el (la) Obstetra: Ramos Yance Florabel

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 601-2018 concluyendo a las 13 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 05 de diciembre 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
Mg. TULA S. GUERRA OLIVERES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
DOCENTE ASOCIADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

Dra. LINA Y. CARDENAS PINEDA
DOCENTE NOMBRADA

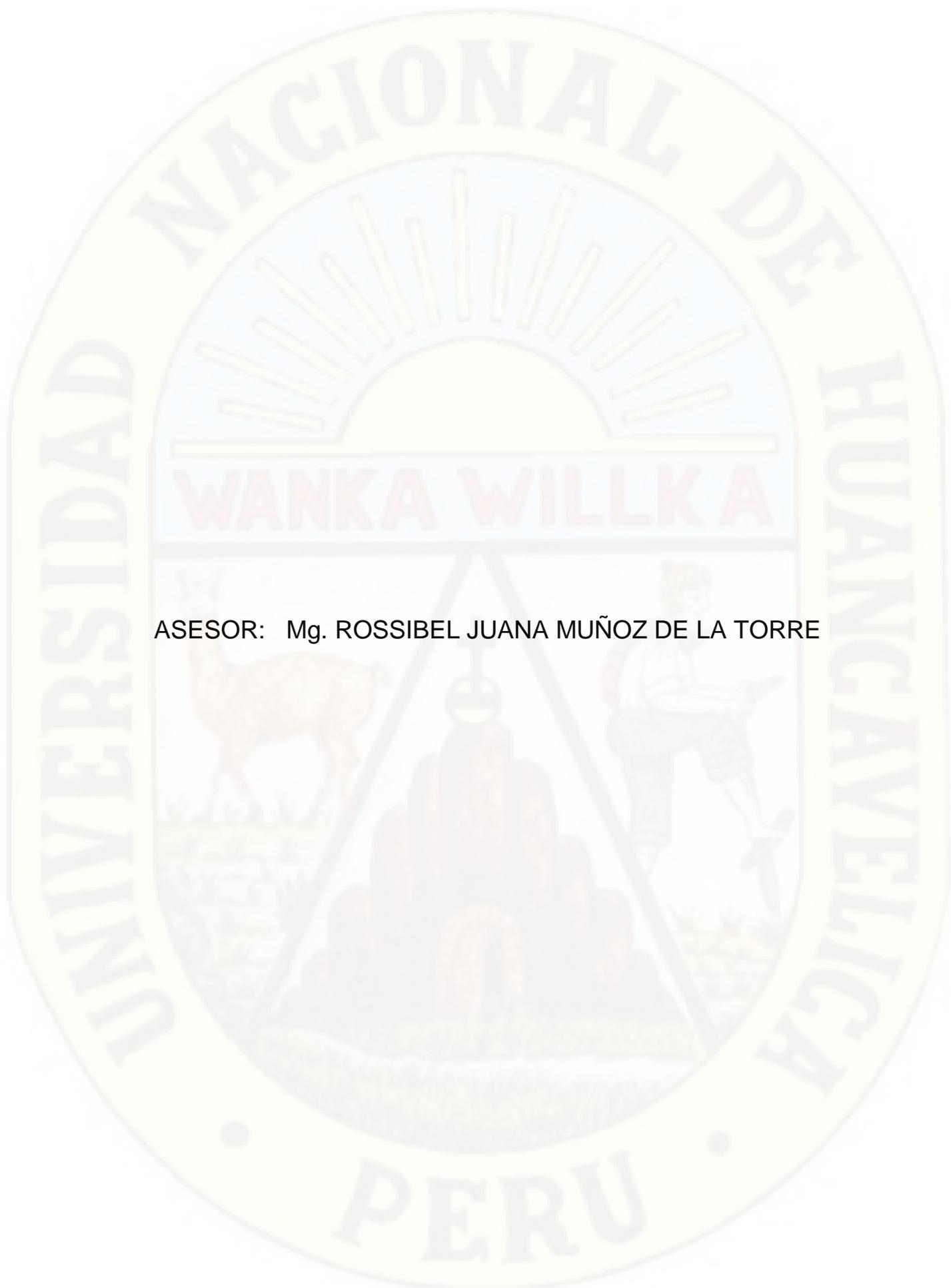
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
Mg. TULA S. GUERRA OLIVERES
VOCAL
DECANATA

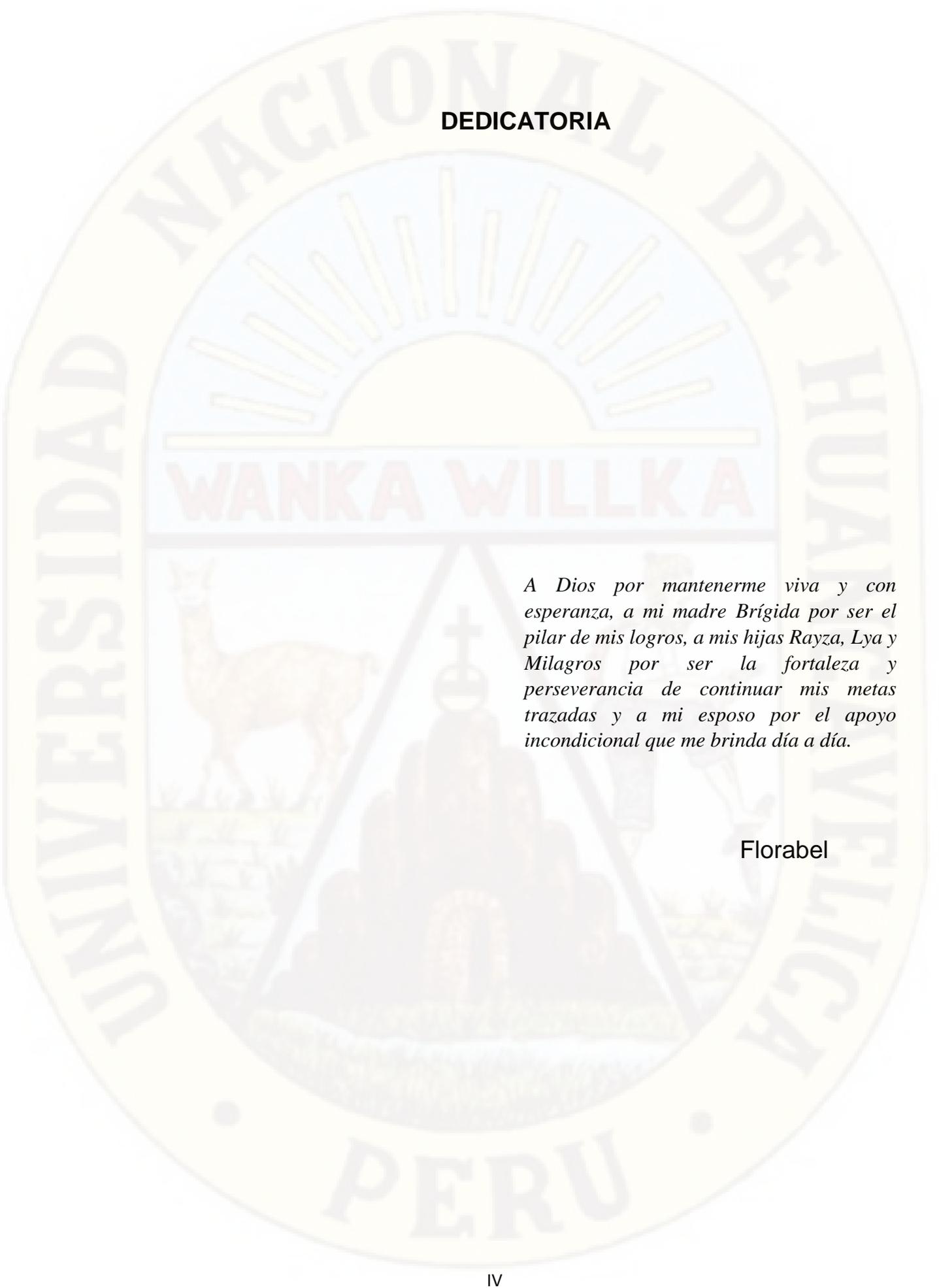
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE



ASESOR: Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE



DEDICATORIA

A Dios por mantenerme viva y con esperanza, a mi madre Brígida por ser el pilar de mis logros, a mis hijas Rayza, Lya y Milagros por ser la fortaleza y perseverancia de continuar mis metas trazadas y a mi esposo por el apoyo incondicional que me brinda día a día.

Florabel

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida, por darme la fortaleza y perseverancia para superarme en mi vida profesional, la cual me permite concluir la segunda carrera como especialista.

Al Director del hospital de Pampas Tayacaja por darme las facilidades de autorización para la recolección de datos del trabajo de investigación desarrollada.

Al personal de Archivos y manejo de Historias Clínicas por el apoyo brindado durante la recolección de la toma de datos.

A mis colegas por el apoyo desinteresado en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A mí asesora, Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE, por sus contribuciones y apoyo en la concreción de la investigación.

A todos los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, por brindarme el conocimiento desinteresado y contribuir a mejorar el presente trabajo de investigación.

La autora

RESUMEN

Objetivo: determinar la incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016. **Metodología:** estudio de investigación fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo; de nivel y diseño descriptivo. La población de estudio lo conformaron 2508 mujeres en edad fértil para determinar la incidencia y 146 para determinar las complicaciones clínicas pos aborto, con una muestra de 141 mujeres atendidas por aborto cumpliendo criterios de inclusión y exclusión, no se requirió realizar el muestreo por ser un estudio censal y se seleccionó a todo lo que constituyo la muestra, para el recojo de la información se hizo uso de la técnica de análisis documentario y se aplicó la ficha de recolección de datos de las historias clínicas. Para procesar los datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS statistic versión 21. **Resultados:** La incidencia de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja encontrada en el presente estudio fue el 6,18%; las características sociodemográficas fueron; edad de 18 – 29 años en un 45,4%, nivel de instrucción predominante fue secundaria 50,4%, ocupación ama de casa en un 73,8%, lugar de procedencia rural con 65,2%, estado civil conviviente en un 58,9%, edad gestacional \leq 12 semanas de los casos de aborto fue en un 83,7%, multigesta en un 66,0% y más de la mitad de los abortos fueron incompletos en un 71,6%. La complicación hallada fue la endometritis en un 43,3%. **Conclusiones:** La incidencia del aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja es de 6,18% y la complicación más frecuente la endometritis en un 43,3% seguido por sepsis 14,9%.

Palabras clave: incidencia de aborto, complicaciones clínicas pos aborto.

ABSTRACT

Objective: to determine the incidence of abortion and its clinical complications in women treated at the Tayacaja Pampas hospital, from January to December 2016. **Methodology:** a research study was observational, retrospective, cross-sectional and descriptive; level and descriptive design. The study population consisted of 2508 women of childbearing age to determine the incidence and 146 to determine the clinical complications after abortion, with a sample of 146 women attended by abortion fulfilling criteria of inclusion and exclusion, it was not required to perform census type sampling because everything that constituted the sample was selected, for the collection of the information the documentary analysis technique was used and the data collection form of the clinical histories was applied. The statistical program IBM SPSS statistic version 21 was used to process the data. **Results:** The incidence of abortion in the Pampas Tayacaja Hospital found in the present study was 6.18%; the sociodemographic characteristics were; age of 18 - 29 years old in 45.4%, predominant educational level was secondary 50.4%, housewife occupation in 73.8%, place of rural origin with 65.2%, civil status cohabiting in a 58.9%, gestational age \leq 12 weeks of abortion cases was 83.7%, multigesta was 66.0% and more than half of the abortions were incomplete in 71.6%. The complication found was endometritis in 43.3%.

Conclusions: The incidence of abortion in the Hospital of Pampas Tayacaja is 6.18% and the most frequent complication endometritis in 43.3% followed by sepsis 14.9%.

Key words: incidence of abortion, post abortion clinical complications.

INDICE

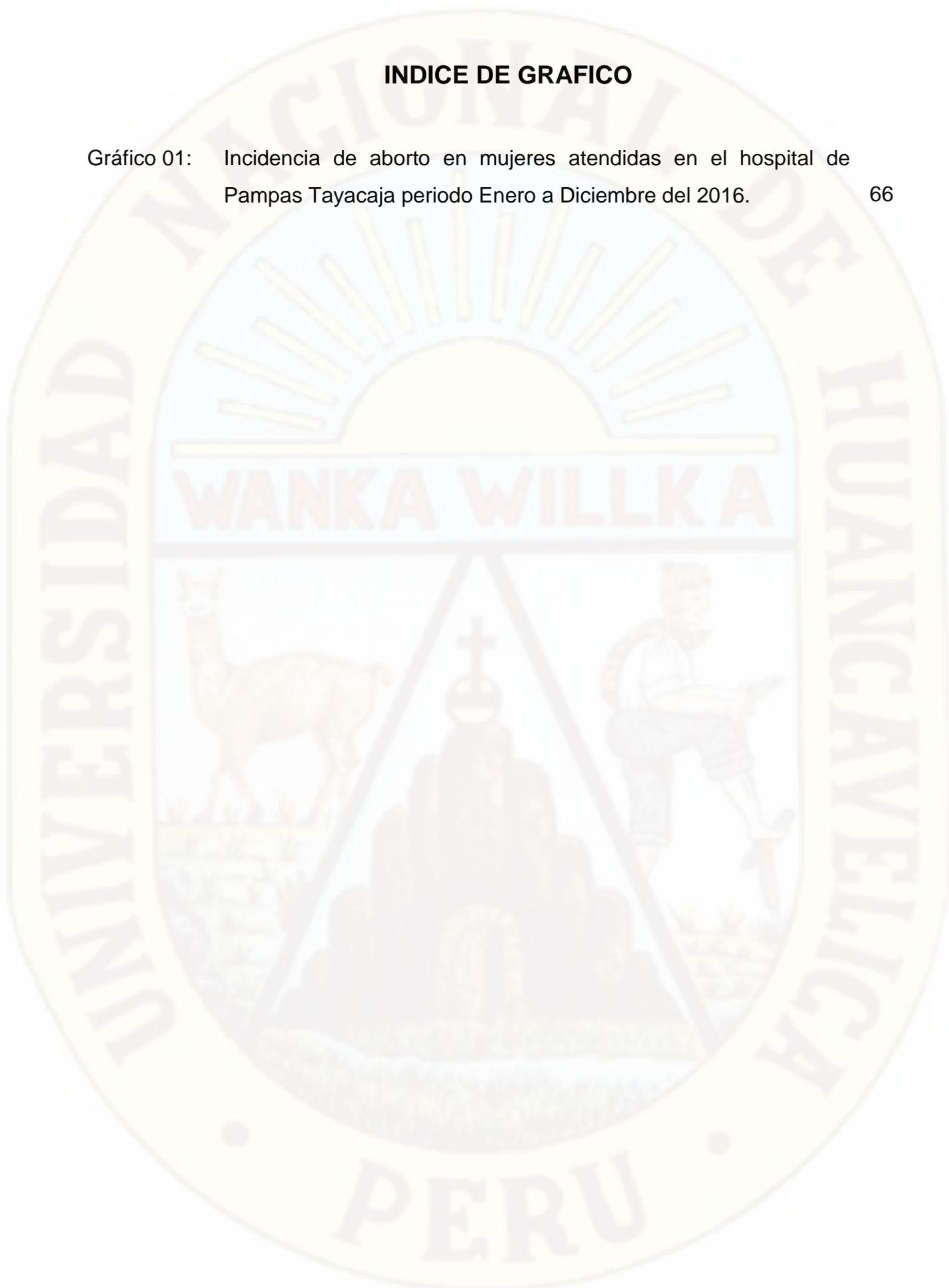
Portada	I
Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
Índice.....	VIII
Índice de grafico.....	XI
Índice de tablas.....	XII
Introducion.....	XIII
CAPITULO I.....	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Fundamentación del problema	13
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema general	17
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos.....	17
1.4. Justificación del estudio.....	18
CAPITULO II.....	19
2. MARCO TEORICO.....	19
2.1. Antecedentes de la investigación.	19
2.1.1. Internacional.....	19
2.1.2. Nacional.....	24
2.1.3. Local.....	31
2.2. Bases teóricas.....	32
2.3 Definición de términos	51
2.4 Identificación de variables.....	51
2.5 Operacionalización de variables.....	53
CAPITULO III.....	55
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	55
3.1. Tipo de investigación	55

3.2. Nivel de investigación	55
3.3. Métodos de investigación	56
3.3.1. Método general:.....	56
3.3.2. Método básico:	56
3.4. Diseño de la investigación	56
3.5. Población, muestra y muestreo.	56
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	58
3.7. Procesamiento de recolección de datos.	58
3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos.	58
CAPITULO IV.....	60
RESULTADO	60
4.1. RESULTADO DE LA INVESTIGACION.....	60
DISCUSION	70
CONCLUSION	76
RECOMENDACIÓN.....	77
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	79
ANEXOS.....	83
Anexo A: Artículo científico	84
Anexo B: Matriz de consistencia	99
Anexo C: Instrumento de recolección de datos.....	101
Anexo D: Tablas complementarias	104
Anexo E: Documentos pertinentes.....	106
Anexo F: Imágenes de recopilación de datos	114
Anexo H: CD de la investigación.....	119

INDICE DE GRAFICO

Gráfico 01: Incidencia de aborto en mujeres atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja periodo Enero a Diciembre del 2016.

66



INDICE DE TABLAS

Tabla 01:	Edad de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	67
Tabla 02:	Nivel de instrucción de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	68
Tabla 03:	Ocupación de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	69
Tabla 04:	Lugar de procedencia de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	70
Tabla 05:	Estado civil de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	71
Tabla 06:	Edad gestacional de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	72
Tabla 07:	Gravidez de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	73
Tabla 08:	Complicaciones de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	74
Tabla 09:	Tipo de aborto de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.	101

INTRODUCCION

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un peso menor de 500gr, así mismo es un problema de salud pública debido a su impacto sanitario, social, económico, emocional por su morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial; cabe mencionar que es problema médico, social de gran trascendencia en nuestro medio, muestra una incidencia cada vez más creciente y de difícil precisión estadística por sus características; las hemorragias y los procesos infecciosos son las complicaciones más frecuentes, siendo menor su incidencia en los casos de aborto espontáneo que en el provocado, que deberá sospecharse ante un cuadro pos abortivo muy hemorrágico o febril. La cuantía de la hemorragia es muy variable, pudiendo en casos extremos conducir a un cuadro de shock, haciendo obligatoria la evacuación uterina urgente, la infección pos aborto puede asociarse a complicaciones como bacteriemia, endometritis, abscesos pelvianos, tromboflebitis, CID, shock séptico, insuficiencia renal e incluso conducir a la muerte, así mismo los procedimientos quirúrgicos y/o maniobras clandestinas pueden conllevar a traumas obstétricos como el desgarro cervical, perforación uterina y evacuación incompleta; la investigación plasmó el objetivo de determinar la incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en las mujeres que se atendieron en el hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre 2016.

La realización del informe de tesis de la investigación está organizado en cuatro capítulos que describo a continuación: CAPITULO I: Planteamiento del problema. CAPITULO II: marco teórico. CAPITULO III: metodología de la investigación. CAPITULO IV: presentación de resultados, conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográfica y anexos.

La autora

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

Según la organización mundial de la salud (OMS) el aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un peso menor de 500gr, así mismo indica que es un problema de salud pública debido a su impacto sanitario, social, económico, emocional por su morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial cabe mencionar que es problema médico – social de gran trascendencia en nuestro medio, muestra una incidencia cada vez más creciente y de difícil precisión estadística por sus características. El aborto, se puede clasificar según el tiempo de gestación en: aborto temprano, al que ocurre antes de la semana 12 de gestación, y aborto tardío, al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación. El 80-85% de los abortos espontáneos pertenecen al primer grupo. Otra posible clasificación es aquella que contempla el origen del aborto; esta incluye el aborto inducido, provocado o voluntario, en el que se usa maniobras destinadas a interrumpir el embarazo y el aborto espontáneo o involuntario, en el cual no interviene la voluntad de la madre ni de terceros. ¹

La mitad de todos los abortos realizados se hacen en mujeres que han escogido como su único método de control de natalidad. Prefieren abortar que tomar pastillas o usar otros métodos. Menos del 2% de los abortos se lleva a cabo como resultado de violación y amenaza de la vida de la madre. El 98% se lleva a cabo como medio de control de natalidad. Adolescentes entre 11 y 19 años suman el 26% de todos los abortos, y un 99% de ellas lo hacen mientras practican fornicación y tienen a tener complicación como la sepsis o muerte materna¹. Las jóvenes de 18 y 19 años tienen el más alto porcentaje de abortos: 6.3 de cada 100, generalmente sucede en la población urbano. Casi 50% de los abortos cometidos corresponden a mujeres que ya han tenido un aborto anterior, algunas llegando a hacerse 3,4 y hasta 5 aborto para la edad de 30 años. El 60% de las mujeres que abortan presentan tendencia a complicaciones severas como la sepsis, así mismo el 48% llegan a hospitales con abortos incompletos y generalmente llegan realizarse aspiración manual endouterino o legrado uterino. ¹

Según la organización mundial de la salud (OMS) en su reporte del 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, la mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina. aproximadamente el 55% de todos los abortos se realizaron en condiciones de seguridad, lo que significa que fueron llevados a cabo por profesionales sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS que fue apropiado a la duración del embarazo. Casi un tercio (31%) de los abortos fueron «menos seguros», lo que significa que fueron practicados bien por un profesional cualificado que utilizó un método poco seguro o desfasado como el legrado

uterino instrumental, bien por una persona no cualificada. El número de muertes por complicaciones derivadas de abortos peligrosos fue elevado en las regiones donde la mayoría de los abortos se realizaba en condiciones nada seguras. Las complicaciones derivadas de abortos nada seguros pueden incluir el aborto incompleto, la hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, e infecciones. ¹

Así mismo la organización mundial de la salud (OMS) en su informe 2014 refiere que en los países de Latinoamérica se estima que el 56% de las adolescentes que abortan es igual a la proporción de las que tienen hijos. En Cuba uno de cada cuatro abortos tiene lugar en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes. En Brasil, Colombia y Perú se reporta que una de cada 10 mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal son adolescentes, en comparación, unos de cada 7 nacimientos se producen en madres adolescentes. Estudios estadísticos tomando en cuenta datos indirectos consideran que en Latinoamérica se producen cada año alrededor de un millón de abortos en mujeres menores de 20 años. ¹

Según el informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES (2015), encontró que 42,7% de mujeres residentes en Lima Metropolitana y en el área urbana presentan hospitalizaciones a consecuencia de abortos y reportan los mayores niveles de actividad sexual, mientras que 22,3% de hospitalizaciones por abortos se presentan, en mujeres residentes en el área rural de la selva. ²

La Dirección de Estadística e Informática de la Dirección Regional de Salud Loreto (Perú, 2016), reporta que en los Hospitales de la ciudad de Iquitos, las tasas de morbimortalidad por complicaciones de abortos representan

el 47,0%. Por lo que el aborto es un tema importante que debe ser considerado como salud de la mujer. ³

Según el ministerio de salud (MINSA) en el Perú se produce aproximadamente un millón de embarazos al año (2016), de los cuales un tercio termina en aborto clandestino. En eventos internacionales se ha concluido que el Perú es el país latinoamericano con el mayor número de abortos, seguido de Brasil y Argentina. Por cada mujer que muere por aborto hay 10 ó 15 mujeres que quedan incapacitadas para procrear o sufren de procesos crónicos dolorosos. Hay referencias anecdóticas que indican una alta tasa de complicaciones por aborto entre las mujeres de las zonas urbano-marginales, que por temor a las consecuencias legales y personales no llegan al hospital a solicitar tratamiento para las complicaciones. ⁴

En el hospital de Pampas Tayacaja durante los años 2015, 2016 se identificó el incremento de ingresos por complicación del aborto de un 11% a un 13% respectivamente de la morbilidad hospitalaria⁵, poniendo en riesgo la vida de la mujer, así mismo estas mujeres pueden causarse consecuencias crónicas de su salud sexual reproductiva incluso llegando a morir y por ende trascender en su entorno familiar quedando los hijos al desamparo, también aun es desconocida la cantidad de abortos clandestinos. Por tanto, existe un notable incremento de aborto a nivel mundial, nacional y regional de ahí el interés de identificar la incidencia del aborto y las complicaciones clínicas en el Hospital de Pampas Tayacaja 2016.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la incidencia de aborto en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en las mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016?
- ¿Cuáles son las complicaciones clínicas pos aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de aborto en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.
- Describir las características sociodemográficas en las mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

- Identificar las complicaciones clínicas pos aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

1.4. Justificación del estudio.

El aborto como problema mundial, se presenta tanto en países desarrollados como subdesarrollados y su incidencia es variable. Una de las causas de la alta incidencia del aborto en todos los países, se le atribuye a la falta de conocimientos sobre la anticoncepción y a la escasez y poca accesibilidad a los servicios de salud, así mismo es un problema de salud pública ya que hay muchas complicaciones después del aborto entre ellos esta las infecciones y muertes maternas.⁶

La importancia de realizar este proyecto de investigación fue por el incremento creciente de las complicaciones de aborto en este hospital y que al determinar la Incidencia del aborto y su complicación clínicas, nos permitió identificar con certeza las complicaciones más frecuentes en las mujeres en edad fértil que acuden a este hospital por aborto, a partir del cual se brindara el conocimiento científico al personal de salud para brindar una atención focalizada con mejor precisión y evitar secuelas crónicas que probablemente conduzcan a la esterilidad, embarazo ectópico, inflamaciones pélvicas crónica, daño permanente en la salud sexual y reproductiva y muerte por aborto. Por otro lado también ello nos permitirá plantear estrategias de prevención y promoción de las complicaciones más frecuentes por aborto a las mujeres en edad fértil atendidas en el hospital y también en las zonas rurales de difícil acceso, sensibilizar al uso de métodos anticonceptivos, control prenatal precoz y detección oportuna del inicio de aborto; permitiéndonos todo ello a contribuir en la mejora de la calidad de vida de la población.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Internacional.

Narváez P, et al. En la tesis titulada “Características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el hospital Vicente corral Moscoso, Ecuador. 2016”, con el objetivo de describir las principales diferencias respecto a las características señaladas, que se presentaban entre las mujeres adultas y adolescentes, se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, observacional; basado en la recolección de datos con una muestra de 392, se utilizó la base de datos del Departamento de Estadística y se recogió la información de las pacientes que fueron atendidas durante el año 2008 por diagnóstico de aborto. Se clasificó a dichas pacientes en adolescentes, aquellas que tienen de 10 a 19 años de edad; y adultas aquellas que tienen de 20 años en adelante. Resultado: Del total de abortos presentados tanto en adolescentes 79.31% como adultas 80.66%, la mayoría fueron incompletos y

la segunda con mayor frecuencia fue de abortos diferidos: de 23 a 30 años 18.39%, adultas 17.05%, mientras el 65,52% pertenecían al área urbana y 34,48% pertenecían al área rural, del total de adolescentes el 23,0% eran analfabetas, 33,33% tenían instrucción primaria, el 64,37% tenían instrucción secundaria, y ninguna tenía instrucción superior. En lo que se refiere a las pacientes adultas, del total de casos, el 1,97% fueron analfabetas, el 42,95% tuvieron instrucción primaria, el 43,93% tuvieron instrucción secundaria, y 11,15% tuvieron instrucción superior, Del total de adolescentes, el 16,09% presentaron abortos previos, el 28,74% presentaron partos o cesáreas previas, el 10,34% tuvieron otros antecedentes obstétricos, 54,02% no tuvieron ningún antecedente obstétrico. Respecto a las pacientes adultas, el 29,51% presentaron abortos previos, el 73,77% tuvieron partos o cesáreas previas, el 11,48% tuvieron otros antecedentes obstétricos y el 17,05% no tuvieron ningún antecedente obstétrico. Del total de Adolescentes, el 63,22% fueron tratadas por AMEU, el 31,03% fueron tratadas por LU. Respecto a las pacientes adultas el 62.95% fueron tratadas por AMEU, el 33,77% fueron tratadas por LU. Conclusión; Del total de pacientes atendidas, la mayoría tanto adultas como adolescentes procedían de la zona urbana, sin embargo de las pacientes que procedían de la zona rural, la mayoría fueron adolescentes, así mismo, la mayor parte de las pacientes atendidas tanto adolescentes (64.37%) como mujeres adultas (43,93%) tenían instrucción secundaria, el 95,40% de adolescentes y el 98,36% de mujeres adultas no

presentaron complicaciones del reducido porcentaje que presentaron complicaciones, la hemorragia, infección y perforación uterina bordean el 1 % en adolescentes y adultas, con la diferencia que no se presentaron perforaciones uterinas en las adultas.⁷

Verónica A. En su tesis titulada "Perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, hospital Liborio Panchana de Guayaquil 2016". Con el objetivo: Analizar el perfil epidemiológico y clínica del aborto en pacientes de 15 a 25 años de edad en pacientes ingresadas al Hospital Liborio Panchana Sotomayor, durante el periodo comprendido del 2014 al 2016, con tipo de investigación descriptiva, de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de corte transversal y retrospectivo con el método de observación y analítico con una muestra de 100 pacientes con aborto. Resultado: incidencia de aborto es 9,3%; el grupo de aborto de 15 a 16 años con el 41%, seguido el grupo de 17 a 18 años con el 17%, el tercer lugar de 19 a 20 años con 14%, seguido del grupo de 25 años con el 11% y los ultimo lugares de prevalencia se mostró en ellos grupos comprendido de 21 a 22 años con el 10% y de 23 a 24 años con el 7%, mientras el estado civil, soltera con el 74%, aquellas pacientes en unión libre con el 15%, y las casadas con el 10%, en último lugar las divorciadas el 1%, y no se reportó pacientes viuda, la población del área rural con el 61%, mientras que el área urbana se estimó un 39%, mientras la hemorragia con el 55%, seguida de la pérdida del producto fetal con el 20%, la anemia en un 45%, las infecciones con el 19%, evacuación incompleta con el 18%, endometritis en un

36%, perforaciones y desgarro el 7%, se demostró mayor prevalencia en el aborto espontáneo con el 29%, seguido del aborto por infección o séptico con el 17%, el tercer lugar lo ocupa el aborto incompleto con el 16%, mientras que el aborto retenido y el aborto inducida cuentan con el 7%, el aborto precoz y el aborto completo se reportó un 4%. Conclusiones: El aborto sigue siendo un problema de alto impacto en Salud Pública debido a su incidencia y sus complicaciones. Su manejo general debe ser, por lo tanto, de ser un tema importante a tratar de todo el equipo de salud, particularmente a nivel de atención primaria y urgencia.⁸

Solares V. En la tesis titulada "Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante el periodo de enero a diciembre 2014". Con el objetivo de Caracterización epidemiológica del aborto en el Hospital Roosevelt, con el tipo de investigación; descriptivo, prospectivo con una muestra de 1224 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de aborto ingresadas al departamento de Gineco-obstetricia de dicho hospital, de enero de 2011 a diciembre del 2011. Resultado: Del total de pacientes, el 97% eran residentes del departamento de Guatemala y el 3% restante distribuido en varios departamentos. El grupo etario mayormente afectado es de los 20 a 29 años de edad 44%, el 73% de las pacientes profesa una religión; el 94.4% es ama de casa; el 92.2% tienen una relación estable de pareja y el 47% viven en la cabecera departamental. El 38% tiene antecedente de más de tres gestas, el 30% más

de tres partos y el 30% algún aborto previo. El aborto incompleto fue el más reportado 88%, el 80.25% de los abortos ocurrió durante el primer trimestre; el tratamiento más utilizado fue el AMEU 98.8%; seis pacientes presentaron alguna complicación y la que más frecuentemente en un 56% se presentó fue la hemorragia. Conclusión; el tratamiento de las pacientes con aborto generalmente se dio de acuerdo al diagnóstico que cada uno de ellos tenían, sin embargo, el facto sociodemográfico no está aislado para determinar la condición de vida de las mujeres en edad fértil. ⁹

López D, et al. En la tesis titulada “Frecuencia de aborto y características sociodemográficos en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo 2013”. 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 2013, con el tipo de estudio descriptivo, observacional y retrospectivo con una muestra de 201; se revisaron todas las historias clínicas de pacientes atendidas por aborto durante el periodo enero de 2013 hasta diciembre de 2013, la información fue procesada con el programa SPSS versión 19. Resultados: La frecuencia de aborto fue en la población de 20-29 años con el 43,8%; la media de edad de 25,65 años; residencia urbana 59,7%; con instrucción secundaria 53,3%; de religión católica 90% y estado civil casadas 48,8%; se presentaron las siguientes patologías asociadas: ITU 25,9% y vaginosis 6%. Las características obstétricas

fueron las siguientes: 2 a 4 gestas 63,2%; menos de 2 partos 74,1%; antecedente de 1 aborto 81,6%; sin antecedentes de cesárea anterior 80,1%. El tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2% seguido con el 34,8% de abortos de tipo diferido. Conclusiones; la frecuencia de aborto en las mujeres en edad fértil ha sido creciente con el pasar del tiempo, siendo así más en los jóvenes y adolescentes porque en esta etapa la mujer no tiene bien decidido de la formación de una familia ni mucho menos ejercer una responsabilidad a temprana edad. ¹⁰

2.1.2. Nacional.

Gaspar S, et al. En su tesis titulada "Factores que influyen en las mujeres en edad fértil en la decisión para provocarse un aborto del servicio Gineco obstetricia del hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, periodo junio - agosto del 2017", Con el objetivo de determinar los factores que influyen en las mujeres en edad fértil en la decisión para provocarse un aborto del servicio Gineco obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, periodo junio - agosto del 2017, con tipo de investigación Estudio cuantitativo explicativo, no experimental de corte transversal tipo correlacional – causal, realizado en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junio - Agosto Del 2017). Se aplicó la entrevista no probabilístico por juicio y conveniencia a 132 mujeres en edad fértil. Resultado: Del total de mujeres entrevistadas el mayor porcentaje corresponde al nivel de instrucción secundaria con un 57%, en contraste con el nivel superior técnico y

primario a cifras de 16% y 17% respectivamente, por otro lado solo se presentó dentro del grupo un 7% en el grado de instrucción analfabeto, a la ocupación ama de casa con un 38%, seguido por los estudiantes con un 30%, y con un porcentaje menor las de ocupación obreras con un 7%, el mayor número corresponde a mujeres en edades comprendidas entre 19 a 35 años con un 70%, mientras que con menor porcentaje se presenta en las edades comprendidas de 36 a 49 años con un 5%, el 70% de los casos de aborto se reporta en la edad gestacional corresponde de 1 a 2 meses de gestación y en menor porcentaje corresponde de 3 a 4 meses gestación a razón de un 30%. Conclusión; El factor económico y el factor pareja prevalecen con el mismo porcentaje (61%), su principal factor de riesgo relacionado con lo económico es no tener ingresos propios mientras que el principal factor de riesgo relacionado a la pareja es la mala relación con su pareja. Seguido se encuentra el factor familia (55%), su principal factor de riesgo es la influencia del miedo, con menor porcentaje se encuentra el factor proyecto de vida (50), su principal factor, ser estudiante.¹¹

Guerrero I, et al. En su tesis titulada “Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes – Paita durante el periodo Julio a Diciembre 2017”. Con el objetivo de Describir las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes de Paita durante el periodo Julio a Diciembre 2017, con el tipo de

investigación observacional, retrospectiva, transversal y descriptiva con una muestra de 123. Resultado: Respecto a la ocupación, destacan aquellas que son amas de casa 84,3%, y en menor proporción aquellas que son estudiantes en 6.4%, trabajo en campo en 2.9%, trabajo en oficina en un 2.9%, mientras del área de procedencia, el 60.7% de casos de aborto proceden de la zona Urbano Marginal con un total de 85 pacientes y en menor porcentaje del área Urbana el 20%, seguida del área Rural 19,3%, así mismo del total de pacientes incluidas en el estudio respecto al estado civil se puede observar que el 78.6% de las pacientes con diagnóstico de aborto eran Convivientes, siendo este la mayoría de pacientes; seguida por las pacientes Solteras con un 12.1% y solo un 9.3% de las pacientes se encontró que eran casadas, en relación al antecedente de abortos previos del total de pacientes incluidas en el estudio el 67.1% no registro antecedentes de aborto, el 25.7% presento 1 aborto y solo un pequeño porcentaje de pacientes 7.1% tenía como antecedente 2 o más abortos, con respecto a la edad gestacional se encontró que el número de casos de aborto con un mayor porcentaje se encontró entre las 3-8 semanas 50%, seguida de 9-12 semana 23.6% además el diagnóstico de aborto en menos de 3 semanas 13.6% y entre las 13-22 semanas con un 12.9%, En relación a tipo de aborto según intencionalidad se encontró que la mayor cantidad de abortos son del tipo espontaneo 99.3% y en menor número el aborto inducido 0.7%, en relación al tipo de aborto, según su forma clínica fue: aborto incompleto con un 85.7%, aborto retenido en 10.7%, aborto en

curso 2.1% y aborto frustrado 1.4%. Según el tipo de tratamiento que recibieron las pacientes en estudio, predominó el legrado uterino 59.3%, seguido de AMEU con 40,7%. Se evidencia que no se encontraron caso de pacientes con aplicación de tratamiento médico, Con respecto a la existencia de complicaciones, el mayor porcentaje de las paciente no presento complicaciones 49.3% y el aquella que sí tuvieron complicaciones se encuentra que predominan los casos de endometritis 47,1%, seguidas con el mismo porcentaje infección 1.4% y shock 1.4% y finalmente hemorragia 0.7%. Conclusión; El aborto incompleto es el tipo de aborto que se presentó con mayor frecuencia con un (85.7%).¹²

Quispe M. En su tesis titulada “Características personales, familiares, sociales y Gineco obstétricas de adolescentes con aborto incompletos atendidas en el hospital María Auxiliadora – Lima 2017”. Con el objetivo de determinar las características personales, familiares, sociales y Gineco obstétricas de adolescentes con aborto incompleto atendidas en el Hospital María Auxiliadora - Lima, 2017, con el tipo de investigación observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, cuantitativo y básico. La población estuvo constituida de 45 adolescentes en el periodo de abril a junio del 2017, técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento, un cuestionario. Resultado: En relación al estado civil, 66.7% eran solteras y 33.3% eran convivientes, no había casadas, respecto al grado de instrucción el 64.4% tenían secundaria, seguido por 15.6% tenían primaria incompleta. Según región de procedencia, 88.9% eran de la costa y 8.9% eran de la

selva. Con respecto a ocupación, 62.2% eran amas de casa, seguido por 37.8% eran estudiantes. Conclusión; En relación de las características Gineco- obstétricas: tuvieron edad gestacional promedio de 7 semanas; con edad promedio de inicio de relaciones sexuales a los 15 años; en promedio una pareja sexual; un aborto; en general, no utilizaron un método anticonceptivo; quienes usaron, el tiempo de uso por lo común fue menor de 6 meses.¹³

Sandoval J. En la tesis titulada “prevalencia de aborto en usuarias atendidas en el centro de salud I – 4 santa Clotilde - rio Napo entre enero y setiembre del 2017”. Con el objetivo de determinar la prevalencia y características de las usuarias que tuvieron aborto y que fueron atendidas en el C.S. I – 4 Santa Clotilde – rio Napo, entre enero y setiembre del 2017, con tipo de investigación tipo no experimental de diseño descriptivo transversal retrospectivo y tamaño de muestra de 88 pacientes. Resultado. Entre mujeres de 18 y 35 años con una frecuencia de 76.1 %, el 80.7 % fueron convivientes y solo el 6.8 % eran casadas, el mayor porcentaje de abortos se dio entre las semanas <12 con una frecuencia de 78.4% y la menor fue a las 17 y 22 semanas 6.9%, y que la mayoría de usuarias ya tuvo una experiencia previa con el aborto evidenciándose una frecuencia de 69.3% y aquellas que tuvieron igual o más de cuatro solo 3 usuarias 3.4%, está claro que aquellas mujeres que ya tuvieron experiencias previas con el aborto ya sea provocado o no son las que están más propensas a volver a repetir el episodio. Conclusión; El aborto es un problema de salud presente y real debido a los casos considerables

de estas, 88 en total, durante los meses de enero a setiembre del 2017, motivo por el cual necesita priorizarse campañas de educación sexual y métodos anticonceptivos. ¹⁴

Urcuhuaranga L. En la tesis titulada “Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba_ San Martín 2015. Con el objetivo de determinar las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba – San Martín. 2015, con tipo de investigación de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo; la población la constituyo 138 abortos en adolescentes atendidas en el Hospital, la muestra fue 102 abortos en adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; se recolecto la información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y el informe operatorio del legrado uterino. Resultado: Las adolescentes con aborto presentan entre los 17 a 19 años de edad 68.6%, solteras 88.2%, proceden de la zona urbano marginal 42.2% y zona urbana 37.3%, con nivel de instrucción secundaria 67.6%. El 23.5% han tenido antecedente de aborto, el 73.5% son primigesta, el 61.8% tienen entre las 10 a 20 semanas y el 27.5% entre las 5 a 9 semanas de gestación. La principal sintomatología de los casos de aborto son sangrado 100% y dolor en la región de hipogastrio 95.1%, al examen el 45.1% de los casos presentaron el orificio externo abierto y en el 54.9% no hay registro. El 68.6% fueron catalogados como espontaneo, el 25.6% como aborto inducido y el 5.9% como aborto

séptico. Los abortos espontáneos se presentaron en adolescentes de 17 a 19 años de edad 81.4%, solteras 85.7%, proceden de la zona urbano marginal 40.0% y urbana 38.6%, secundaria 77.1%, con antecedente de aborto 14.3%, primigesta 76.8%, entre 10 a 20 semanas de gestación 68.6%. Los abortos inducidos fueron en adolescentes de 14 a 16 años de edad 61.5%, solteras 96.2%, proceden de la zona urbano marginal 46.2% y urbana 38.5%; secundaria 50%, con antecedente de aborto 46.2%, primigestas 65.4%, entre 10 a 20 semanas de gestación 50.0%. El aborto séptico tuvo igual frecuencia entre las adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años de edad 50.0%, solteras 83.3%, proceden de la zona urbano marginal 50.0%, secundaria 33.3%, primigestas 50%; entre 5 a 9 semanas de gestación 66.7%. Conclusión; El Hospital atiende con frecuencia adolescentes que presentan casos de abortos por lo que se requiere fortalecer las medidas preventivas para mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, y de esta maneja disminuir los casos de aborto y mejorar la calidad de vida de toda la mujer. ¹⁵

Albino E. En su tesis titulada “Complicaciones del aborto en adolescentes Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, enero a Diciembre, lima 2007 – 2009”. Con el objetivo de determinar las complicaciones del aborto en adolescentes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales entre enero de 2007 y diciembre de 2009, con el tipo de investigación descriptiva, retrospectiva de corte transversal con una muestra de 131 adolescentes con diagnóstico de aborto que presentaron complicaciones. Resultado: del

total de 870 adolescentes 27,6% tuvieron aborto. De ellos, 15% tuvieron complicaciones. El 66,3% tuvo hemorragia post aborto. El 74% tuvo anemia ferropenia post aborto y el 77,1% tuvo aborto séptico. El 58,8% de adolescentes tuvo aborto espontáneo y el 29, 8% presentó hemorragia. El 41% tuvo aborto fetal tardío, de los cuales el 49,6% tuvo hemorragia y el 16,8% aborto fetal precoz. El 66,3% de adolescentes tuvo aborto incompleto y el 42,7% tuvo hemorragia. El 33,6% tuvo aborto frustrado, de las cuales el 29% tuvo hemorragia, la procedencia urbana con un 68 %, seguida de urbano marginal con un 26 % y finalmente rural con un 6 %y en mayor porcentaje de abortos de cero a seis semanas se da en un 46 %; de siete a doce semanas se da en un 42 % y de trece semanas de gestación en un 12%. Conclusión; la complicación más frecuente se dio en las adolescentes, entre ellos fue el aborto séptico, las adolescentes generalmente no toman mucha importancia y responsabilidad sobre su salud sexual y reproductiva por lo tanto hay un incremento de los casos de aborto. ¹⁶

2.1.3. Local.

Escobar A, et al; En la tesis titulada “Perfil sociodemográfico de las pacientes atendidas por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica 2015”. Con el objetivo de determinar el perfil sociodemográfico de las pacientes atendidas por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica 2015, con el tipo de investigación descriptivo, observacional y retrospectivo, la población estuvo constituida por 62

pacientes atendidas por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, la muestra fue censal, las técnicas para la recolección de datos fueron: el cuestionario “picaso” y la guía de recopilación de datos de historias clínicas, las cuales fueron diseñadas por las investigadoras. Resultados: Los resultados más relevantes fueron: la población atendida más frecuente fue de 32 a 36 años con el 30.6%; procedencia rural 67.7%; estado civil conviviente 56.5%; con instrucción superior 46, 8%; ocupación ama de casa 45.2%; en paridad el 31% no tiene ningún hijo y otro 31% tiene ya un hijo; el 77% son primigestas: conclusión; el perfil de la muestra fue en su mayoría adulto con un estado civil conviviente, con grado de instrucción superior pero que solo el 17.7% ejerce su profesión y el 45.2% tiene como actividad principal el hogar, además que se evidencia que el inicio de relaciones coitales en nuestra población esté cada vez más precoz ya que la edad mínima es de 13 años, además que la población en estudio se encuentra en un nivel socioeconómico medio, el hospital regional de Huancavelica no está ajeno a los casos de aborto siendo así en mayor porcentaje entre los jóvenes y adultos, la procedencia fue rural y primigestas. ¹

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Incidencia.

Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, que se presenta durante un periodo de tiempo específico como un año así mismo muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad. ¹⁸

2.2.2. Aborto.

Según la organización mundial de la salud (OMS) el aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un peso menor de 500gr.¹⁹

2.2.3 Clasificación del aborto.

2.2.3.1 Según la intencionalidad.

Aborto provocado.

Inducido o voluntario (según su legalidad: aborto clandestino, legalizado, terapéutico y eugenésico).²⁰

Aborto clandestino.

Es el aborto practicado por personas particulares, desafiando las leyes de un Estado que prohíbe o limita el aborto, se produce en lugares generalmente inapropiados.²¹

Aborto legalizado.

Es el aborto realizado bajo el amparo de las leyes del Estado, en los países donde el aborto está legalizado. En estos casos el aborto se realiza en hospitales oficiales o clínicas, con la autorización y el control de las autoridades.²¹

Aborto terapéutico.

Se entiende como la interrupción del embarazo cuando así lo exige la ciencia porque la mujer es incapaz de dar a luz un hijo sin poner en peligro su vida o su salud. En estas condiciones el aborto es permitido

y constituye una indicación justificada para que el médico proceda en bien de la mujer embarazada. Se dice que se realiza, generalmente cuando la vida de la madre corre peligro. El aborto terapéutico es reconocido internacionalmente como un servicio de salud especializado y necesario cuya finalidad es salvaguardar la vida de la madre cuando esta se encuentra en peligro a consecuencia de un embarazo.²¹

Aborto eugenésico.

Es el que se hace con el fin de evitar la transmisión de taras. No es recomendable, ese tipo de aborto, sino más bien la esterilización de uno de los cónyuges. ²¹

2.2.3.2 Según su evolución.

- Amenaza de aborto.
- Aborto inevitable o inminente.
- Aborto retenido o diferido.
- Aborto habitual o recurrente.

2.2.3.3 Según su terminación.

- Aborto completo.
- Aborto incompleto.

2.2.3.4 Según su edad gestacional.

- Aborto bioquímico o preclínico.
- Aborto clínico.

2.2.3.5 Según las consecuencias.

- Aborto no complicado.
- Aborto complicado. ²¹

2.2.4 Clasificación clínica del aborto.

El aborto espontáneo se clasifica según clínica de diversas maneras. Los subgrupos más utilizados son amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto retenido. El aborto séptico es la situación en la que los productos de la concepción y el útero se infectan. Por último, el aborto recurrente o habitual también llamado pérdida recurrente del embarazo — describe los abortos consecutivos con causa similar.²²

2.2.4.1.1. Amenaza de aborto.

El diagnóstico clínico de *amenaza de aborto* se sospecha cuando aparece secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo²². Esto sucede en 20 a 25% de las mujeres al principio del embarazo y persiste durante varios días o semanas. Cerca del 50% de estos embarazos se abortará, aunque el riesgo es mucho menor cuando se observa actividad cardíaca fetal (Tongsong et al., 1995).

En un aborto, por lo general la hemorragia precede a los cólicos abdominales por un lapso de varias horas a varios días. El dolor en ocasiones constituye cólicos rítmicos en la cara anterior; otras veces es una lumbalgia persistente acompañada de sensación opresiva pélvica; y otras más es una molestia suprapúbica en la línea media. Cualquiera que sea su característica, la combinación de hemorragia y dolor

constituye un signo de mal pronóstico para la continuación del embarazo.

Tanto el embarazo ectópico como la torsión ovárica y los demás tipos de aborto simulan en ocasiones una amenaza de aborto, por lo que es importante realizar el diagnóstico diferencial con estas ya que también cursan con hemorragia y dolor al principio del embarazo.

No hay tratamiento eficaz para la amenaza de aborto. El reposo en cama, aunque a menudo se prescribe, no modifica su evolución. Algunos prescriben analgésicos con paracetamol para reducir las molestias. Por lo general se analizan en conjunto la ecografía transvaginal, la gonadotropina coriónica humana cuantitativa sérica (hCG) y la progesterona sérica para establecer si el feto vive y se encuentra dentro del útero. Su exactitud no es de 100% para confirmar muerte fetal, por lo que algunas veces se deberán repetir.²

2.2.4.2. Aborto inevitable.

Aumento progresivo del dolor pélvico, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales y cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación, las membranas se rompen convirtiéndose en este momento en un aborto inevitable.²²

La rotura de las membranas, que se acompaña de la salida de líquido amniótico en presencia de dilatación del cuello uterino, anuncia un aborto casi seguro. Con frecuencia, empiezan las contracciones uterinas para provocar un aborto o bien aparece una infección. A causa de esta posibilidad, cuando en forma repentina la mujer elimina líquido al principio del embarazo antes de que haya dolor, fiebre o hemorragia, se recomienda reducir la actividad física y mantenerla bajo observación. Después de 48 h, si no elimina más líquido amniótico ni hay hemorragia, dolor o fiebre, entonces puede reanudar sus actividades habituales con excepción de la penetración vaginal. Sin embargo, si la salida de líquido se acompaña de hemorragia, dolor o fiebre, el aborto se debe considerar inevitable y proceder a vaciar el útero.²²

2.2.4.3. Aborto incompleto.

Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina. El producto de la concepción no es expulsado en su totalidad, quedan restos abortivos dentro de la cavidad uterina.²³

Cuando la placenta se desprende del útero, ya sea total o parcialmente, se produce una hemorragia. Durante el aborto incompleto, el orificio interno del cuello uterino se abre y permite la salida de sangre. El feto y la placenta permanecen por completo dentro del útero o

bien salen de manera parcial por el orificio dilatado. Antes de las 10 semanas, el feto y la placenta suelen expulsarse juntos, pero posteriormente lo hacen por separado.

La hemorragia de un aborto incompleto de un embarazo más avanzado en ocasiones es grave pero rara vez es letal. Por lo tanto, en una mujer con un embarazo más avanzado o con hemorragia abundante, se procede a la evacuación de inmediato. En caso de fiebre, se administran los antibióticos correspondientes antes del legrado.²³

2.2.4.4. Aborto completo.

En esta forma clínica de aborto ya se ha producido la expulsión completa del producto de la gestación, lo que siempre se ha de comprobar mediante ecografía. En esta situación el sangrado es escaso o nulo y la paciente no tiene dolor.²³

2.2.4.5. Aborto retenido, diferido o frustrado.

Se aplica este término cuando existe evidencia de que no hay desarrollo embrionario o fetal en el embarazo o esta se ha detenido, no se ha desencadenado ningún trabajo de aborto.

Esta situación clínica se caracteriza porque el embarazo se ha interrumpido, no existe actividad cardíaca o no se visualiza el embrión a

pesar de no tratarse de una gestación incipiente, también es conocida como gestación anembrionada; pero el huevo no se expulsa y esto se produce sin que haya hemorragia vaginal o dolor.

Los huevos vacíos se tratarían de gestaciones que pueden ser inicialmente con embrión, en las que la muerte fetal ha ocurrido muy precozmente y en las que incluso se ha podido reabsorber el embrión y por ello no se visualiza ecográficamente. Todos los sacos gestacionales en los que se observe saco amniótico o vesícula vitelina, aunque no se vea embrión, no pueden corresponder a gestaciones anembrionada, ya que estas estructuras requieren la existencia del embrión para aparecer.²³

2.2.4.6. Aborto séptico o complicado.

Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital. 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, que puede evolucionar a un cuadro de sepsis, shock séptico y síndrome de disfunción orgánica múltiple²³. La manifestación más frecuente de infección después de un aborto es la endometritis, pero también puede haber

parametritis, peritonitis, septicemia e incluso endocarditis.

El tratamiento de la infección comprende la administración inmediata de antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa seguido de evacuación uterina. El síndrome de septicemia grave en ocasiones se acompaña de síndrome de distres respiratorio agudo o coagulación intravascular diseminada, que requiere atención complementaria.²³

2.2.4.7. Aborto recurrente o habitual.

Pérdida de tres o más embarazos espontáneamente de forma consecutiva o cinco o más no consecutivos. La posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior sería, para algunos autores, de alrededor del 80%; después de dos abortos, 70%, y luego del tercer aborto, 50%.²³

2.2.4.8. Aborto inducido o provocado.

Es un acto voluntario, directo o indirecto, realizado por un médico, un empírico o por la misma madre gestante para producir la muerte de su bebé y su posterior evacuación. Alguien toma a plena conciencia, la decisión de interrumpir el proceso de desarrollo de la vida, y la mata.²³

2.2.5 Factores sociodemográficos.

Se consideran dentro de las características sociodemográficos a las relaciones e interacciones de las personas con su entorno social, los datos

demográficos al análisis de la población por edades, estado civil, entre otros. En el presente estudio se evidencian a través de la: edad, ocupación, estado civil, procedencia, grado de instrucción. ²⁴

2.2.5.1 Edad.

Es una característica biológica que demarca los años progresivos que ha vivido una persona. Ante esto, la edad, en la mayoría de las mujeres es una connotación muy importante ya que suelen intentar mantenerse jóvenes con el paso de los años. Sin embargo, para la mujer adulta, el aborto representa una decisión difícil, por el sentimiento de culpabilidad que conlleva el acto y en el caso de la adolescente, es víctima de temores y angustia. ²⁴

- **Etapas de vida.**

Adolescente de 12 – 17 años, joven de 18 – 29 años, adulto de 30 – 59 años. ²⁴

2.2.5.2. Ocupación.

Es la actividad o trabajo en que se desempeñan las personas en un determinado tiempo y espacio.

En la actualidad la situación socioeconómica es crítica, en el Perú al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales de la sociedad han condicionado a que la mujer tenga que trabajar dentro y fuera del hogar, situación que influye en el desarrollo de los hijos,

en la integración del hogar, en la salud de la mujer al tener que desempeñar múltiples funciones. ²⁴

2.2.5.3. Estado civil.

Es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Se clasifica según el Instituto de Estadística e Informática (INEI) de la siguiente manera: soltera, casada, conviviente, viuda y divorciada.²⁴

2.2.5.4. Procedencia.

La ubicación geográfica (urbano – rural) de las mujeres en las grandes ciudades tiene una amplia gama de alternativas para optar por hábitos, actitudes, conductas o sistemas de vida. Las que habitan en sectores rurales, en cambio tienen posibilidades de influencia foránea, si comparamos los niveles de fecundidad por zona de residencia, se observa que en la zona rural se duplica el número de hijos por mujer en relación a la zona urbana. ²⁴

2.2.5.5. Nivel de instrucción.

Relacionado al nivel de educación formal o de escolaridad que obtiene una persona. Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, de acuerdo a las características del sistema educativo del País, considerando los niveles primario, secundario, superior y/o universitario. ²⁴

La categorización o clasificación del nivel educativo no es normalizado o estandarizado,

para todos los países de habla hispana, cada uno de ellos responden a políticas educativas; es así que en el Perú, según la Unidad de Estadística Educativa del Ministerio de Educación se distinguen los siguientes niveles:

- Sin instrucción/ Analfabeta: cuando no saben leer ni escribir.
- Primaria: es el nivel básico de estudios donde la persona aprende a leer, escribir y adquiere conocimientos elementales.
- Secundaria: es un nivel más completo de estudios previo a los estudios superiores de nivel universitario y equivalente, en institutos de nivel superior.
- Superior: es un nivel alto de estudios que brinda formación profesional o técnica con sus respectivos grados académicos.²⁴

2.2.5.6. Gravidéz.

Se denomina gestación, embarazo o gravidéz al periodo que transcurre entre la fecundación en las trompas y el momento antes del inicio del trabajo de parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de implantación, crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno así mismo los cambios significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.²⁵

- Primigesta: Grávida por primera vez, primigesta muy joven: Edad menor a 15 años, primigesta joven: De 15 a 19 años, primigestas añosa: De 35 a 39 años, Primigesta muy añosa: De 40 años a más, multigesta y mujer mayor a 4 hijos.

2.2.5.7. Edad gestacional.

Es el tiempo transcurrido desde el inicio de la concepción hasta el nacimiento del recién nacido.²⁵

- **Aborto <12 semanas de gestación:** la causa de los abortos generalmente debido a las anormalidades genéticas (cromosómicas) del feto que no suelen estar relacionados con la madre, así mismo otras causas son infecciones, defectos físicos maternos, factores hormonales y entre otros.²⁵
- **Aborto <12 a >22semanas de gestación:** las causas principales son aquellas que están relacionados a las infecciones, síndrome de flujos vaginales, sífilis, sin embargo, está relacionado al no inicio precoz de la atención prenatal.²⁵

2.2.6 Complicaciones pos aborto.

Es la agravación de una enfermedad relacionada frente a un procedimiento Gineco obstétrico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el

diagnostico o el tratamiento adecuado relacionada a la usuaria.²⁶

Las nueve grandes complicaciones más comunes que pueden darse durante la práctica del aborto son: infección, hemorragia, embolia, desgarro o perforación del útero, complicaciones de la anestesia, convulsiones, hemorragia, lesión cervical y "shock" endotóxico. Además de otros efectos como: esterilidad, abortos espontáneos, nacimientos de niños muertos, trastornos menstruales, hemorragia, shock, coma, peritonitis, coágulos de sangre pasajeros, fiebre /Sudores fríos, intenso dolor, pérdida de peso y agotamiento. ²⁷

Las hemorragias y los procesos infecciosos son las complicaciones más frecuentes, siendo menor su incidencia en los casos de aborto espontáneo que en el provocado, que deberá sospecharse ante un cuadro pos abortivo muy hemorrágico o febril. La cuantía de la hemorragia es muy variable, pudiendo en casos extremos conducir a un cuadro de shock, haciendo obligatoria la evacuación uterina urgente. Entre tanto, resulta eficaz la administración de oxitocina para cohibir la hemorragia.

La infección pos aborto puede asociarse a complicaciones como bacteriemia, endometritis, abscesos pelvianos, tromboflebitis, coagulación intravascular diseminada, shock séptico, insuficiencia renal e incluso conducir a la muerte. De todos los procedimientos terapéuticos el legrado por aspiración es el que conlleva menos complicaciones infecciosas.

Son factores de riesgo las infecciones previas del tracto genital, el aborto en fases tardías y el empleo de anestésicos locales.

Otra complicación a tener en cuenta, aunque es menos frecuente, es la coagulopatía intravascular diseminada (CID), sobre todo en casos de aborto retenido, aborto séptico con shock séptico y en casos de instalación intrauterina de soluciones hipertónicas.

Una complicación postquirúrgica hospitalaria es la perforación uterina. Es infrecuente, en torno al 0,2%. La favorecen la inexperiencia del médico, los abortos tardíos, la multiparidad y maniobras abortivas clandestinas, el tratamiento varía en función de la sintomatología.

Las repercusiones psicológicas del aborto pasan a menudo desapercibidas. En la mayoría de los casos es imposible anticipar o detectar el sentimiento de angustia o indefensión de la paciente.²⁸

2.2.6.1 Endometritis.

Consiste en la aparición de dolor hipogástrico moderado, sangrado vaginal en cantidad similar a una regla, y fiebre menor de 38°. Es la complicación más frecuente tras un aborto y generalmente indica retención de tejido o coágulos en la cavidad uterina que en algunos casos se asocia con endometritis. Mediante ecografía veremos si el diagnóstico es retención de tejidos o coágulos en la cavidad, o por el contrario está vacía y sospecharemos que se trata de una endometritis. En el primer caso el tratamiento es el legrado uterino, mientras que

en el segundo el tratamiento es médico, mediante antibioterapia.²⁹

La endometritis representa un riesgo post-aborto para todas las mujeres, pero en especial para las adolescentes, las cuales tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de contraer endometritis después de un aborto que las mujeres con edades entre 20 y 29 años.

Complicaciones Inmediatas:

Alrededor de un 10 % de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un quinto (2 %) tienen la consideración de riesgo mortal.³⁰

2.2.6.2 Sepsis

Complicación infecciosa del aborto, es un cuadro grave con gran compromiso del estado general, puede afectar la conciencia acompañada de fiebre, sangrado vaginal con mal olor y toque multiparenquimatoso (ictericia, anuria u oligoanuria, hipotensión, alteraciones respiratorias, trastornos de la coagulación, etc.).

³¹

2.2.6.3 Shock séptico

Si los restos tisulares abortivos no se evacuan en poco tiempo, puede producirse un aborto incompleto con evolución al cuadro séptico y shock séptico con compromiso de disfunción orgánica múltiple (compromiso del estado de conciencia). En pacientes con aborto séptico en estado grave la histerectomía precoz aumenta la supervivencia.³²

La infección postaborto que no es identificado oportunamente puede evolucionar a complicaciones más severas como el shock séptico, insuficiencia renal e incluso conducir a la muerte.³³

2.2.6.4 Shock hipovolémico

Es producido por una pérdida masiva de la volemia y de evolución rápida, secundaria a una complicación. Se acompaña de gran compromiso de la conciencia, del estado general y repercusión hemodinámica severa.³⁴

2.2.6.5 Evacuación Incompleta

Ello puede ocurrir después de cualquier procedimiento de evacuación uterina sea para provocarlo o tratar las complicaciones del aborto. En los abortos de urgencia y en los provocados es esencial asegurarse de que no quedan en el útero productos residuales de la concepción. Al provocar un aborto puede ocurrir que el embarazo no quede interrumpido, especialmente en casos de gestación muy temprana (5-7 semanas) o de anomalías o distorsiones del útero. La ausencia de partes del feto o la placenta en los tejidos extraídos puede indicar una evacuación incompleta y el embarazo persiste o pueda ser ectópico, lo que requerirá investigación y tratamiento sin demora. Cuando la evacuación del útero es incompleta puede ser necesario volver a practicarla. Todo ello pone de relieve la importancia de que en las instrucciones al dar el

alta se detallan las complicaciones y la reanudación de la menstruación.³⁵

2.2.6.6 Perforación uterina, desgarro de cérvix

Consignar lesiones de vagina, útero o pélvicas ocurridas antes del ingreso. Registrar la topografía del desgarro y/o perforación (vagina, útero); se interpreta por pélvico la lesión de un órgano pelviano (recto, vejiga o vasos pélvicos).

³⁵

Los abortos están referidas frecuentemente a perforaciones uterinas, lesiones y vísceras huecas; hemorragias, infecciones graves y otras que son debidas a procedimientos mal realizados. Una complicación postquirúrgica es la perforación uterina.

Entre un 2 y un 3 % de las pacientes de aborto pueden sufrir perforación del útero; es más, la mayoría de estas lesiones quedarán sin ser diagnosticadas ni tratadas a no ser que realice una visualización mediante laparoscopia. Esta clase de examen puede resultar útil cuando se inicia un proceso judicial por negligencia en la práctica del aborto. El riesgo de perforación uterina se incrementa para las mujeres que ya han tenido hijos y para las que reciben anestesia general durante la realización del aborto. El daño en el útero puede complicarse en ulteriores embarazos y eventualmente puede acarrear problemas que requieran una histerectomía, lo que de por sí puede conllevar diversas

complicaciones adicionales y lesiones que incluyen la osteoporosis.³⁶

En al menos 1% de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las micro fracturas, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva. La lesión latente post-aborto puede abocar a una posterior incompetencia cervical, parto prematuro y complicaciones durante el parto. El riesgo de lesión cervical es mayor en adolescentes.³⁶

2.2.6.7 Sinequias uterinas

Las complicaciones médicas varían de grado menor a severo, con riesgos para la vida de la mujer. La probabilidad de complicaciones es más elevada si la mujer se provoca el aborto ella misma o con una persona empírica, que si lo hace un profesional de la salud, teniendo como complicaciones inmediatas del aborto inseguro, la perforación del útero, hemorragia e infección, en tanto que puede quedar con secuelas de por vida, como el dolor crónico, infertilidad, síndrome de Asherman o la pérdida del útero.³⁶

El Síndrome de Asherman (sinequias uterinas) es en el 60 % de los casos secundario a un legrado uterino, disminuyendo su frecuencia mediante maniobras suaves y precisas, eligiendo la técnica del legrado por aspiración en vez del curetajes quirúrgico. No hay que olvidar

que se puede provocar infertilidad en la mujer debido a este síndrome.³⁷

2.2.6.8 Muerte

Las consecuencias que se derivan de dicha interrupción, son importantes causas de mortalidad y morbilidad entre las mujeres en edad reproductiva. El aborto séptico representa causa importante de morbilidad y mortalidad materna.³⁸

2.3 Definición de términos

Incidencia.

Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, que se presenta durante un periodo de tiempo específico como un año así mismo muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.

Aborto.

Según la organización mundial de la salud (OMS) el aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación.

Complicación pos aborto

Es la agravación de una enfermedad relacionada frente a un procedimiento Gineco obstétrico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento adecuado relacionada a la usuaria.

2.4 Identificación de variables.

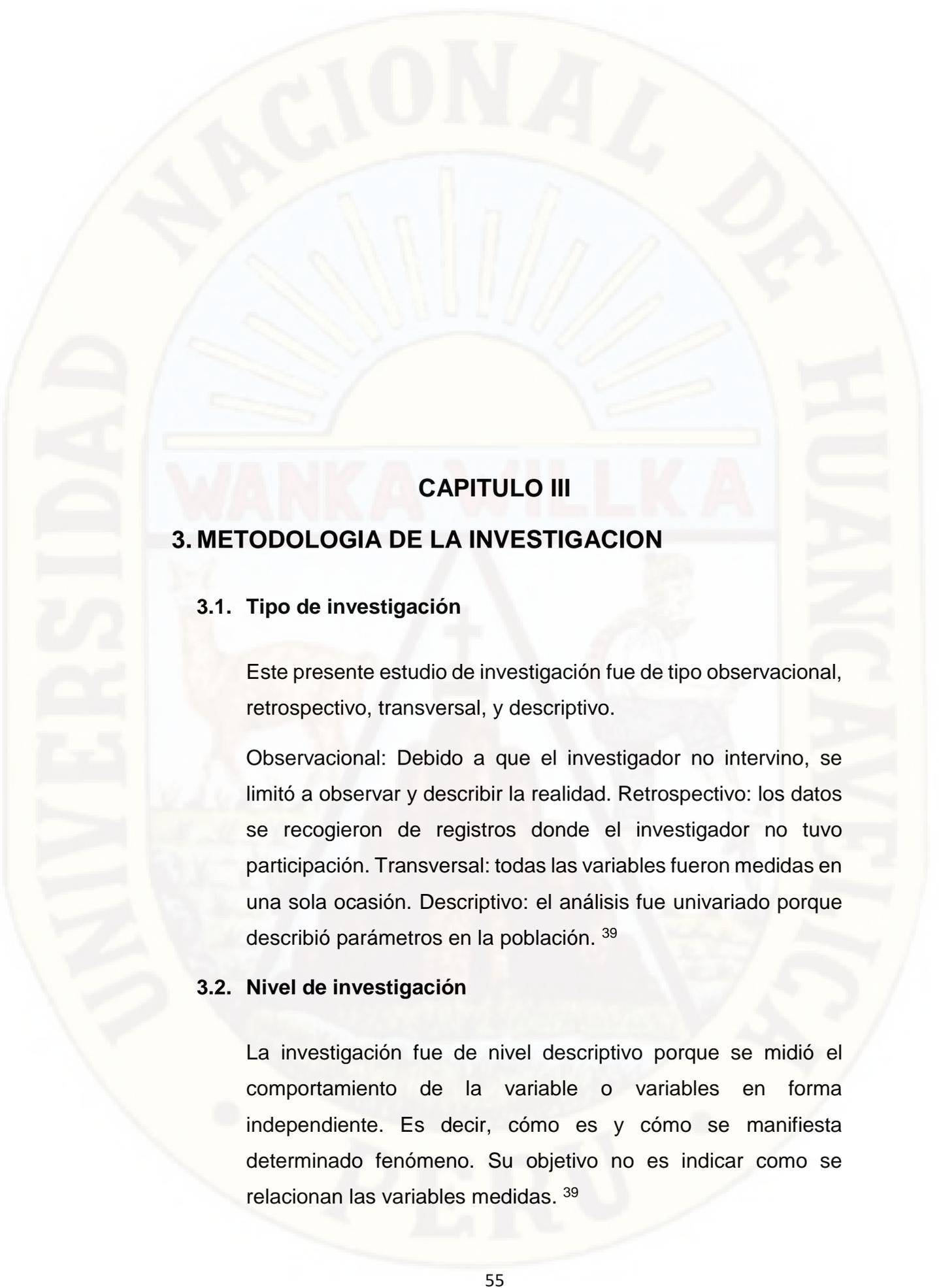
Univariable compuesta: Incidencia de aborto y complicaciones clínicas



2.5 Operacionalización de variables.

SUBVARIABLES DE CARACTERIZACION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo de años transcurridos desde su nacimiento hasta el momento de su ingreso al hospital	número de años de la paciente registrado en la historia clínica	Edad	1. 12 – 17 años 2. 18 – 29 años 3. 30 – 59 años	Ordinal
Nivel de instrucción	nivel más avanzado al que haya asistido la paciente	nivel de instrucción de la paciente registrado en la historia clínica	Nivel de instrucción	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior universitario 5. Superior universitario no	Ordinal
Ocupación	Clase de actividad o trabajo que realiza la persona durante un periodo determinado	Actividad que realiza la paciente registrado en la historia clínica	Ocupación	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Agricultor 4. Trabajo en oficina	Nominal
Lugar de procedencia	Lugar donde reside la persona en un espacio determinado	Lugar donde reside la paciente registrado en la historia clínica	Lugar de procedencia	1. Urbano 2. Rural	Nominal
Estado civil	Contexto personal en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crea lazos jurídicamente reconocido sin que sea su paciente	Situación legal de la paciente registrado en la historia clínica	Estado civil	1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera 4. Divorciada	Nominal
Edad gestacional del aborto	Tiempo transcurrido en un embarazo desde el inicio de la concepción	Tiempo transcurrido en un embarazo desde el inicio de la concepción clasificado en semanas	Edad gestacional del aborto	1. ≤ 12 ss 2. >12 ss a 22ss	Ordinal
Gravidez	Número de hijos que tiene la paciente en un tiempo determinado	Cantidad de embarazo de la paciente registrado en la historia clínica	Gravidez	1. Primigesta 2. Multigesta	Ordinal
Tipos de aborto	Aborto que ocurre fisiológicamente o con métodos médicos y mecánicos para vaciar el útero	Clasificación según criterios clínicos por la persona quien investiga	Tipos de aborto	1. Aborto incompleto 2. Aborto completo 3. Aborto séptico 4. Aborto retenido 5. Aborto inevitable 6. Aborto provocado	Nominal

VARIABLE DE INTERES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas	Cantidad de casos nuevos de una enfermedad, que se presenta durante un periodo de tiempo específico como un año	Cantidad de casos nuevos en mujeres con diagnóstico de aborto en el hospital de pampas Tayacaja durante el año 2016.	Incidencia de aborto $\frac{(\text{n}^\circ \text{ casos nuevos } 2016)}{\text{Total de MEF } 2016} * 100$	Taza	Numérica
	Es la agravación de una enfermedad relacionada frente a un procedimiento Gineco obstétrico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal.	Es el registro de la agravación del aborto en las mujeres que se atendieron en el hospital de Pampas Tayacaja.	Complicaciones clínicas del aborto	<ul style="list-style-type: none"> 1.Endometritis 2.Sepsis 3.Shock séptico 4.Shock hipovolémico 5.Evacuación incompleta 6.Perforación uterina 7.Ninguno 	Nominal



CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

Este presente estudio de investigación fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal, y descriptivo.

Observacional: Debido a que el investigador no intervino, se limitó a observar y describir la realidad. Retrospectivo: los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación. Transversal: todas las variables fueron medidas en una sola ocasión. Descriptivo: el análisis fue univariado porque describió parámetros en la población. ³⁹

3.2. Nivel de investigación

La investigación fue de nivel descriptivo porque se midió el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas. ³⁹

3.3. Métodos de investigación

Los métodos que se emplearon en el proyecto de investigación fueron:

3.3.1. Método general:

Método inductivo: Es el método en el cual los investigadores parten de hechos particulares o concretos para llegar a conclusiones generales. Este método se utiliza principalmente en las ciencias fáctica (naturales o sociales) y se fundamenta en la experiencia ³⁹

3.3.2. Método básico:

Método observacional: No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.³⁹

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de investigación fue descriptivo simple, no experimental porque se observó fenómenos tal y como se da en su contexto natural para analizarlos. ⁴⁰

M O

Dónde:

M= Mujeres atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja.

O= Incidencia de aborto y sus complicaciones

3.5. Población, muestra y muestreo.

3.5.1. Población y muestra.

Población. Para determinar la incidencia fueron 2508 mujeres en edad fértil atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia y para determinar las

complicaciones clínicas del aborto fueron 146 mujeres atendidas con diagnóstico de aborto en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital de Pampas Tayacaja, durante el periodo de enero a diciembre del 2016.

Según Hernández R. una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, lo cual poseen una característica en común lo cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.⁴⁰

3.5.2. Muestra.

La muestra de estudio estuvo constituida por 141 mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja durante el periodo de enero a diciembre del 2016, quienes cumplieron los siguientes criterios de selección.

3.5.2.1. Criterios de inclusión.

- Mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, en el Hospital de Pampas Tayacaja, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

3.5.2.2. Criterios de exclusión

- Mujeres con embarazo mayor a 22 semanas.
- Mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico.
- Mujeres con diagnóstico de embarazo molar.
- Historias clínicas no halladas por custodio legal.

3.5.3. Muestreo.

No se requirió realizar el muestreo por ser un estudio censal y se seleccionó a todo lo que constituyó la muestra.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Análisis documentario: Conjunto de operaciones encaminadas a representar un documento y su contenido bajo una forma diferente de su forma original con la finalidad de identificar y describir un documento. ⁴⁰

Instrumento: La ficha de recolección de datos: mecanismo por el que usa el investigador para recolectar y registrar la información, formularios, pruebas, escalas de opinión. ⁴⁰

Fuentes secundarios.

Información obtenida desde documentos; historia clínica, expediente académico, estadísticas, datos epidemiológicos, censo. ⁴⁰

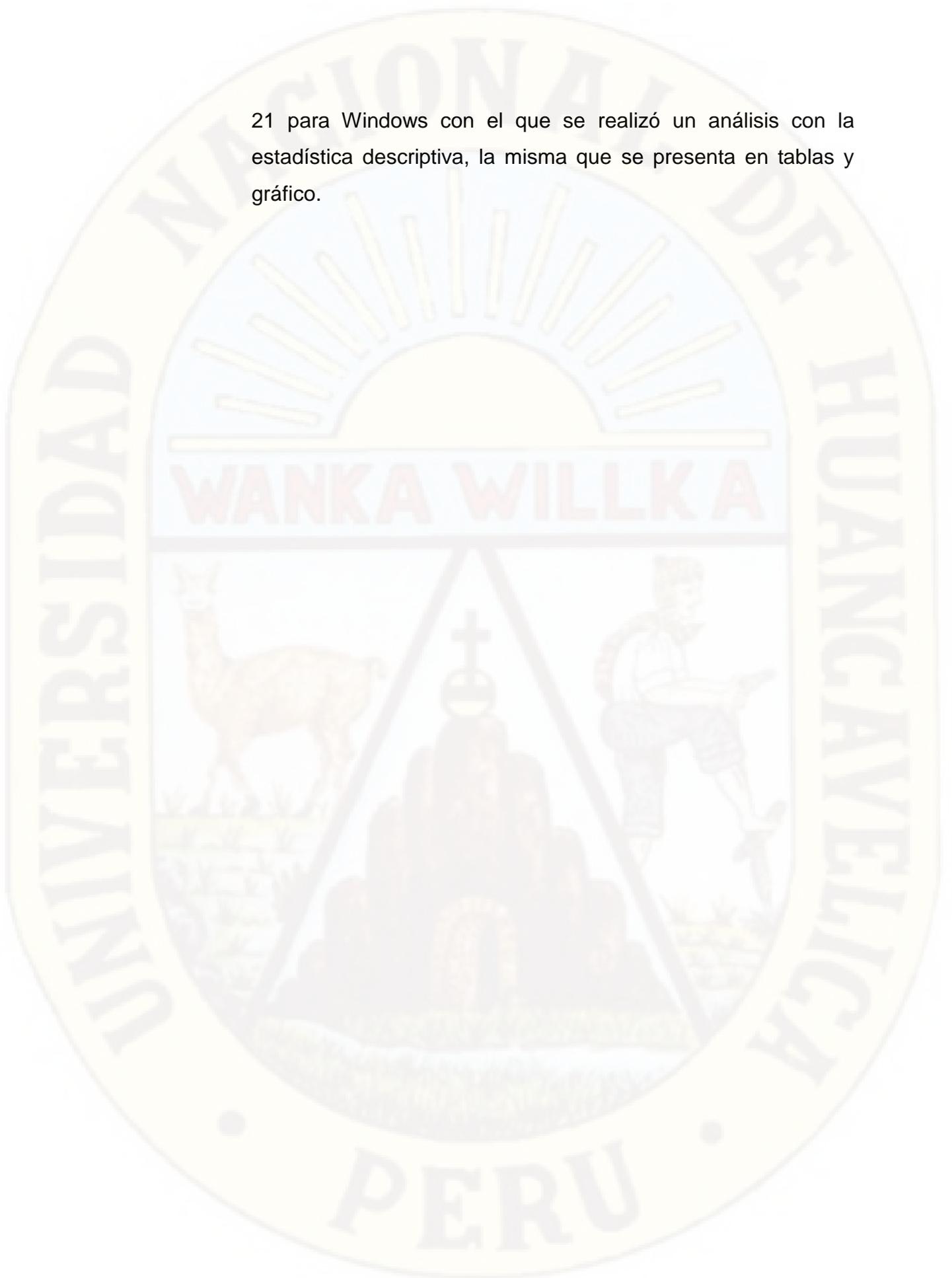
3.7. Procesamiento de recolección de datos.

- Se solicitó permisos a las autoridades correspondientes para el acceso a las historias clínicas.
- Se seleccionó las historias clínicas de las mujeres con diagnóstico de aborto atendidos en el Hospital de Pampas Tayacaja durante el periodo de enero a diciembre del 2016.
- Se rellenó la Ficha de Recolección de datos correspondiente.
- Se codificó la información en un sistema de base de datos en Software estadísticos (Microsoft Excel 2013).

3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos.

Se elaboró una base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel 2013. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS

21 para Windows con el que se realizó un análisis con la estadística descriptiva, la misma que se presenta en tablas y gráfico.





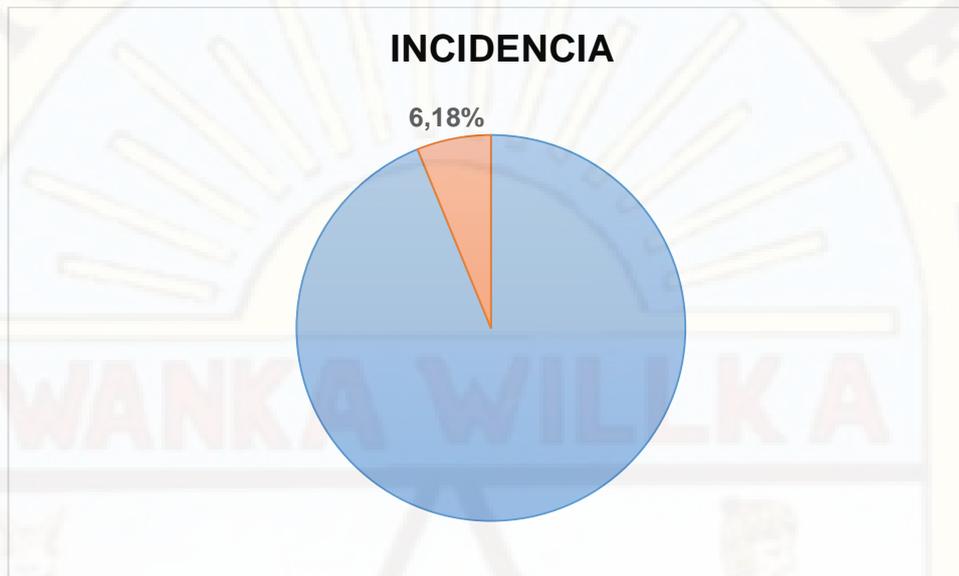
CAPITULO IV

RESULTADO

4.1. RESULTADO DE LA INVESTIGACION

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a una investigación que se realizó con el fin de determinar la incidencia de aborto y las complicaciones clínicas en el hospital de Pampas Tayacaja, durante el periodo de enero a diciembre del 2016; para este fin se utilizó la ficha de recolección de datos. De un total de 146 casos de aborto, se encontró 141 historias clínicas según los criterios de inclusión y exclusión las que constituyeron la muestra, la cuales se describen en los resultados.

GRAFICO N° 01: INCIDENCIA DE ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.



Fuente: Oficina de Estadística del Hospital de Pampas – Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.

En el grafico N° 01, se aprecia en el grafico que, de un total de 2508 mujeres en edad fértil, la incidencia del aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja, durante el 2016 fue 6,18%.

TABLA N° 01: EDAD DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12 – 17 años	18	12,8%
18 – 29 años	64	45,4%
30 – 59 años	59	41,8%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016”.

En la tabla N° 01, se aprecia la edad de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, hallándose entre las edades de 18 a 29 años con un 45,4% (64); seguido de 30 a 59 años con un 41,8% (59) y entre las edades de 12 a 17 años sólo el 12,8% (18).

TABLA N° 02: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	2,1%
Primaria	35	24,8%
Secundaria	71	50,4%
superior no universitario	20	14,2%
superior universitario	12	8,5%
total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016”.

En la tabla N° 02, se aprecia el nivel de instrucción de la mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, hallándose el nivel de instrucción secundaria con un 50,4% (71); seguida del nivel de instrucción primaria con el 24,8%(35); luego del nivel de instrucción superior no universitario con el 14,2%(20); el nivel de instrucción superior universitario con el 8,5%(12) y finalmente del nivel de instrucción analfabeta con el 2,1%(3).

TABLA N° 03: OCUPACION DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	104	73,8%
Estudiante	22	15,6%
Trabajo en oficina	8	5,7%
Agricultor	7	5,0%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 03, se aprecia la ocupación de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, se encontró que las amas de casa ocupan el 73,8% (104); mientras la ocupación de estudiante es del 15,6%(22); la ocupación de trabajo en oficina con el 5,7%(8) y la ocupación de agricultor con el 5,0% (7).

TABLA N° 04: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	92	65,2%
Urbano	49	34,8%
Tota	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 04, se aprecia la procedencia de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, encontrando a la procedencia rural con el 65,2% (92) y la procedencia urbana con el 34,8%(49).

TABLA N° 05: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	83	58,9%
soltera	32	22,7%
casada	25	17,7%
divorciada	1	0,7%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 05, se aprecia el estado civil de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, encontrando el estado civil de conviviente con el 58,9% (83); mientras el estado civil soltera con el 22,7%(32); seguida del estado civil casada con el 17,7% (25) y estado civil divorciada con el 0,7% (1).

TABLA N° 06: EDAD GESTACIONAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
≤12 semanas de gestación	118	83,7%
>12 a menor de 22 semanas de gestación	32	16,3%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 06, se aprecia la edad gestacional de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, hallándose la edad gestacional ≤ 12 semanas con el 83,7%(118) y la edad gestacional >12 semanas con el 16,3%(32).

TABLA N° 07: GRAVIDEZ DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Gravidez	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	48	34,0%
Multigesta	93	66,0%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 07, se aprecia la gravidez de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, encontrando a la multigesta con el 66,0% (93) y la primigesta con el 34,0% (48).

TABLA N° 8: COMPLICACIONES DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Complicaciones del aborto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Endometritis	61	43,3%	43,3%
Sepsis	21	14,9%	58,2%
Evacuación incompleta	6	4,3%	62,5%
Shock séptico	5	3,5%	66,0%
Shock hipovolémico	4	2,8%	68,8%
Perforación uterina	2	1,4%	70,2%
Ninguno	42	29,8%	100,0%
Total	141	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 8, se aprecia las complicaciones del aborto en las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141), de ellas, hallándose la endometritis con el 43,3% (61); mientras con sepsis el 14,9% (21); evacuación incompleta con el 4,3% (6); seguida de shock séptico con el 3,5% (5); así mismo con shock hipovolémico el 2,8% (4); perforación uterina en el 1,4% (2) y no se hallaron ninguna complicación en el 29,8% (42). El 61,7% (87) tuvieron complicaciones de endometritis, sepsis y shock séptico.

DISCUSION

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

La incidencia de gestantes con diagnóstico de aborto obtenida en este estudio fue 6,18%; resultado difiere a lo obtenida por Verónica⁸ en su tesis titulada “Perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, hospital Liborio Panchana 2014_ 2016”. donde se encontró una incidencia de 9,3% desarrollado en un Hospital de Ecuador, probablemente difiere por el contexto sociocultural y acceso a los servicios de salud, así mismo cabe resaltar que el lugar donde se realizó la investigación es de característica rural andino por lo que existe esta diferencia.

Respecto a la edad de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 45,4% (64) tienen entre 18 – 29 años, este estudio se asemeja con Narváz⁷ en la tesis titulada “Características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador. 2016” donde encontró que las mujeres atendidas por aborto presentaron una edad de 23 a 30 años en un 38,39%, así mismo Solares⁹ en la tesis titulada "Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante el periodo de enero a diciembre 2014" encontró que el grupo etario mayormente afectado es de los 20 a 29 años de edad en 44,0% y López¹⁰ en la tesis titulada “Frecuencia de aborto y características sociodemográficas en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo 2013” encontró que la frecuencia de aborto fue en la población de 20-29 años con el 43,8%; estas concordancias de los estudios dan a conocer que el aborto se da con más frecuencia en las jóvenes entre

los 18 a 29 años a diferencia de los demás grupos etarios. Probablemente debido a patrones económicos, socioculturales que las conlleva a no tener un control adecuado de su responsabilidad reproductiva, así mismo carece de un estilo de vida saludable a todo ello se suma el difícil acceso a los servicios de salud.

Respecto al nivel de instrucción de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 50,4% (71) tienen el nivel de instrucción secundaria; mientras el 24,8% (35) tienen el nivel de instrucción primaria, estos resultados se asemejan al estudio de Narváez⁷ donde encontró que el 64,37% de las gestantes de Ecuador tenían instrucción secundaria, así mismo en su estudio de López¹⁰ quien encontró el 53,3% con instrucción secundaria, mientras en el estudio de Gaspar¹¹ en su tesis titulada “Factores que influyen en las mujeres en edad fértil en la decisión para provocarse un aborto del servicio Gineco obstetricia del hospital Regional docente Materno Infantil el Carmen, periodo junio - agosto del 2017” encontró que el mayor porcentaje corresponde al nivel de instrucción secundaria con un 57% y Quispe¹³ en su tesis titulada “Características personales, familiares, sociales y Gineco obstétricas de adolescentes con aborto incompletos atendidas en el hospital María Auxiliadora – Lima 2017” encontró que el grado de instrucción secundaria es 64.4%. En nuestro estudio la mayor parte de las mujeres tiene instrucción secundaria, lo que coincide con otros estudios como ya se ha mencionado, probablemente gran parte de la responsabilidad se deba a la situación económica, social en la que viven y así mismo el acceso a los servicios de salud y que el sistema no cuente con estrategias adecuadas y sostenibles y por ende conlleva a no tener una vida sexual segura.

Respecto a la ocupación de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 73,8% (104) tienen ocupación de ama de

casa, este estudio se relaciona con el estudio de Solares⁹ encontró que el 94.4% es ama de casa, así mismo se asemeja con el estudio de Guerrero¹² en su tesis titulada “Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes – Paita durante el periodo Julio a Diciembre 2017” encontró que destacan aquellas que son amas de casa 84,3%, y Quispe¹³ tuvo como resultado que el 62.2% eran amas de casa, seguido por 37.8% eran estudiantes. Todos los estudios realizados tienen concordancia ya que el aborto mayormente se dio en las mujeres que tienen labor del hogar, probablemente debido a la dedicación exclusiva de la pareja, cuidado de los hijos y a ello se suma el trabajo para la generación de ingresos económicos y el soporte del hogar, por otro lado el inadecuado acceso a los servicios de salud y poco sostenibles, que las limitan a acceder y tener un adecuado estilo de vida.

Respecto al lugar de procedencia de las mujeres atendidas con Diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 65,2% (92) tienen lugar de procedencia rural, este estudio se relaciona con el estudio de Verónica⁸ donde tuvo como resultado que la población fue del área rural con el 61%, y en el estudio de Escobar¹⁷ en la tesis titulada “Perfil sociodemográfico de las pacientes atendidas por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica 2015” encontró que el 67.7% es de la procedencia rural. Estas concordancias con los estudios dan a conocer que la población con más riesgo de presentar un aborto son de las zonas rurales, probablemente a los patrones geográficos, socioculturales y económicos, así mismo el difícil acceso a los servicios de salud, la cual no les permite acceder con prontitud a los servicios de salud, también cabe mencionar que el trabajo de investigación realizada es un área de característica andina con difícil acceso geográfico a los establecimientos de salud y gran parte de dicha geografía es rural.

Respecto al estado civil de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 58,9% (83) tienen estado civil conviviente, el estudio se relaciona con el estudio de Guerrero¹² encontró que el 78,6% de las pacientes con diagnóstico de aborto eran convivientes. Estos resultados probablemente en el contexto en la que se estudió, es considerada a la convivencia unión estable, a ello se suma los patrones socioculturales en la que viven, por tanto la posibilidad de un matrimonio viene posteriormente después de varios hijos considerado común y frecuente en la región.

Respecto a la edad gestacional de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 83,7% (118) tienen edad gestacional ≤ 12 semanas, este estudio se asemeja al estudio de Solares⁹, donde encontró que el 80,25% de los abortos ocurrió durante el primer trimestre, así mismo, el estudio de Gaspar¹¹ encontró que el 70% de los casos de aborto reportados en la edad gestacional de 1 a 2 meses de gestación. Probablemente estas gestantes detectan precozmente su embarazo y quieren terminar con ellas, ya que no lo habían planificado o les fallo el método anticonceptivo y la solución inmediata el aborto como un control de la natalidad, así mismo se suma el débil acceso a los servicios de salud, conllevando todo ello a una vida insegura y poco saludable.

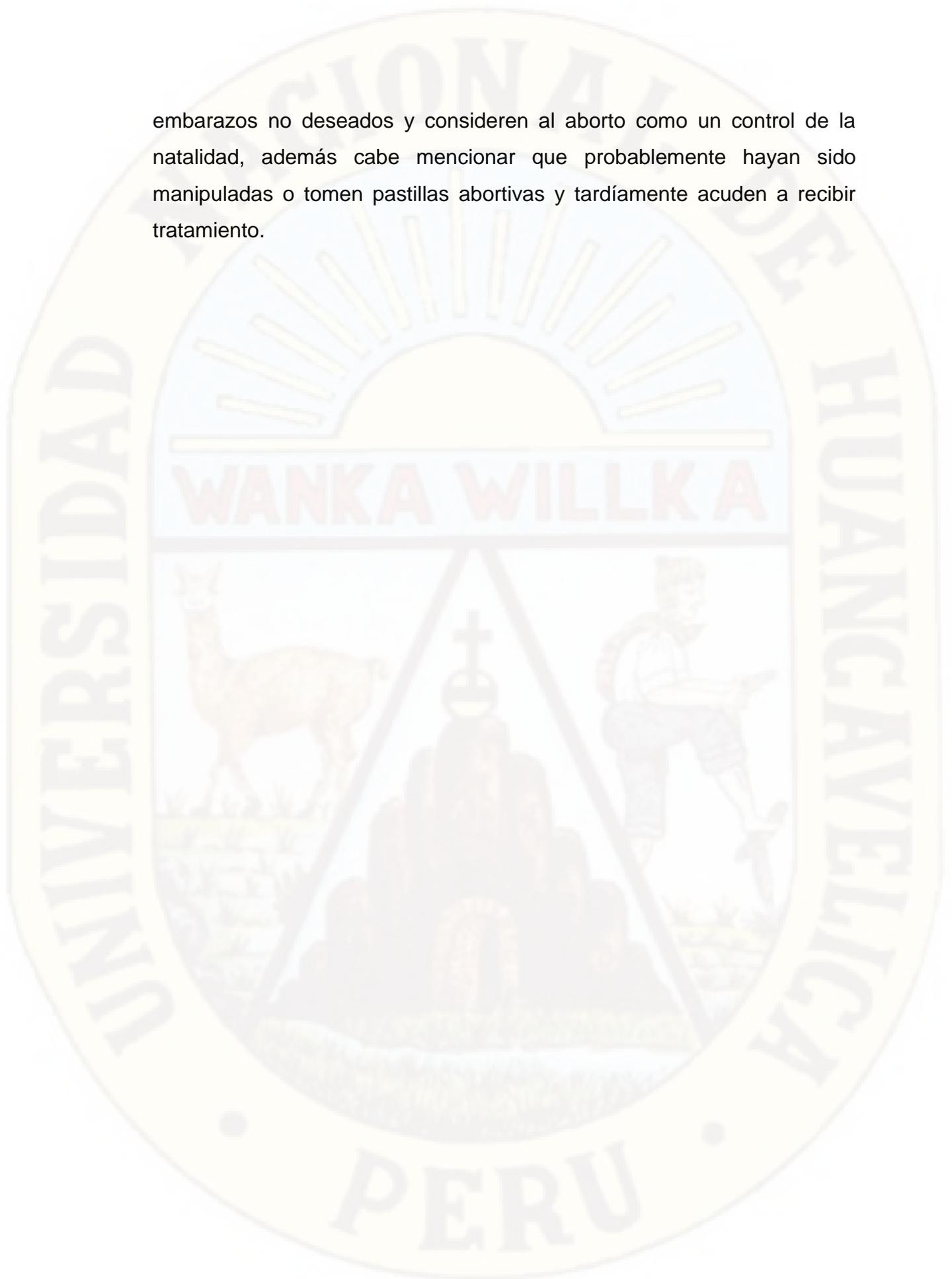
Respecto a la gravidez de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 66,0% (93) son multigesta mientras que López¹⁰ encontró de 2 a 4 gestas en un 63,2%, también Solares⁹ encontró el 38% antecedentes más de 3 gestas; cuyos resultados se asemejan. Probablemente se deba a patrones socioculturales donde el varón cumple un rol importante en la toma de decisión de la salud sexual reproductiva de su pareja, así mismo el factor económico considerado de extrema pobreza,

por otro lado procrean embarazos no planificados y la mujer va débilmente empoderándose de su salud sexual reproductiva para evitar tener muchos hijos, también el acceso a los servicios de salud con estrategias no sostenibles como el desabastecimiento de los métodos anticonceptivos o falla de método, el recurso humano en salud poco comprometido; todo ello no les permite acceder al bienestar de su salud y deciden por el aborto como método de control de la natalidad.

Respecto a las complicaciones del aborto en las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 43,3% (61) la mayor complicación fue la endometritis, este estudio se asemeja al estudio de Verónica⁸, donde encontró el 36% tuvo como complicación de endometritis, seguido del aborto séptico con el 17%; así mismo en su tesis de Guerrero¹², encontró en las mujeres que tuvieron complicaciones, predomino los casos de endometritis con 47,1%; probablemente sean abortos provocados en condiciones inseguras la cual inducen a la mujer a provocarse un daño que pone en riesgo su vida, así mismo las condiciones inapropiadas de higiene corporal, los flujos vaginales, las inflamaciones pélvicas no tratadas y también el limitado empoderamiento de los servicios de salud con estrategias no sostenibles, favorecieron a que con frecuencia haya complicaciones graves con la probabilidad latente que en cualquier momento ocurra una muerte materna por aborto.

Respecto al tipo de aborto de las mujeres atendidas, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 71,6% (101) tuvieron aborto incompleto; mientras el 12,0% (17) fue aborto retenido, este estudio se asemeja con el estudio de Narváez⁷, donde el 80.66% fueron abortos incompletos, así mismo, Solares⁹, encontró que el aborto incompleto fue el más reportado en 88%, similar al estudio de López¹⁰, donde encontró que el tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2%. Probablemente guarde relación con los

embarazos no deseados y consideren al aborto como un control de la natalidad, además cabe mencionar que probablemente hayan sido manipuladas o tomen pastillas abortivas y tardíamente acuden a recibir tratamiento.



CONCLUSION

- La incidencia de aborto en las mujeres del hospital de Pampas Tayacaja, enero a diciembre del 2016 fue de 6,18%.
- Las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja fueron con predominio la edad de 18 – 29 años, con nivel de instrucción secundario, cuya ocupación fue ama de casa, la procedencia rural, así mismo el estado civil conviviente, la edad gestacional ≤ 12 semanas y respecto a la gravidez se dio en las multigesta.
- La complicación más frecuente del aborto en las mujeres atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja fueron los procesos infecciosos en un 61,7%, considerando en primer lugar la endometritis con el 43,3% seguido por sepsis con 14,9% y shock séptico con el 3,5%.

RECOMENDACIÓN

- Al Director del hospital de Pampas Tayacaja para que ejecute políticas públicas de prevención en el eje de la salud sexual y reproductiva dirigidas a las mujeres en edad fértil, promover la educación sexual y reproductiva con responsabilidad en las instituciones educativas, multisectorialmente en espacios públicos, privados y en la periferia rural.
- Al personal de salud que labora en los establecimientos de salud promover al uso de las guías de atención de emergencia por aborto complicado séptico, identificación y referencia oportuna, así mismo implementar estrategias de actividades extramurales, con sostenibilidad.
- A personal Obstetra de los diferentes establecimientos de salud, captar precozmente a las gestantes para realizar su primer control prenatal y en ella sensibilizarle sobre las complicaciones severas del aborto, así mismo sobre los cuidados que puedan tener las gestantes sobre todo en los primeros meses de embarazo. También fomentar la educación sexual saludable, motivar la planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos.
- Al personal de salud fomentar la inclusión y participación del varón en las sesiones educativas de la salud sexual y reproductiva.
- Al recurso humano que hace uso y registro del llenado completo y letra legible de la Historia Clínica para contar con datos fidedignos para futuros estudios que nos permitirá continuar estudiando la problemática investigada.
- A los colegas y estudiantes de la Universidad a seguir con investigaciones pendientes como identificar los factores determinantes del abortos provocados, factores que predisponen al no uso de métodos anticonceptivos, identificar los signos de peligro y búsqueda de ayuda inmediata en los casos de aborto y evitar

complicaciones, quedando preguntas por resolver y que mejor motivarlos a ustedes en generar mayor conocimiento científico y de esta manera contribuir y mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil en nuestra región, por ende favorecerá la disminución de la incidencia de aborto complicado.

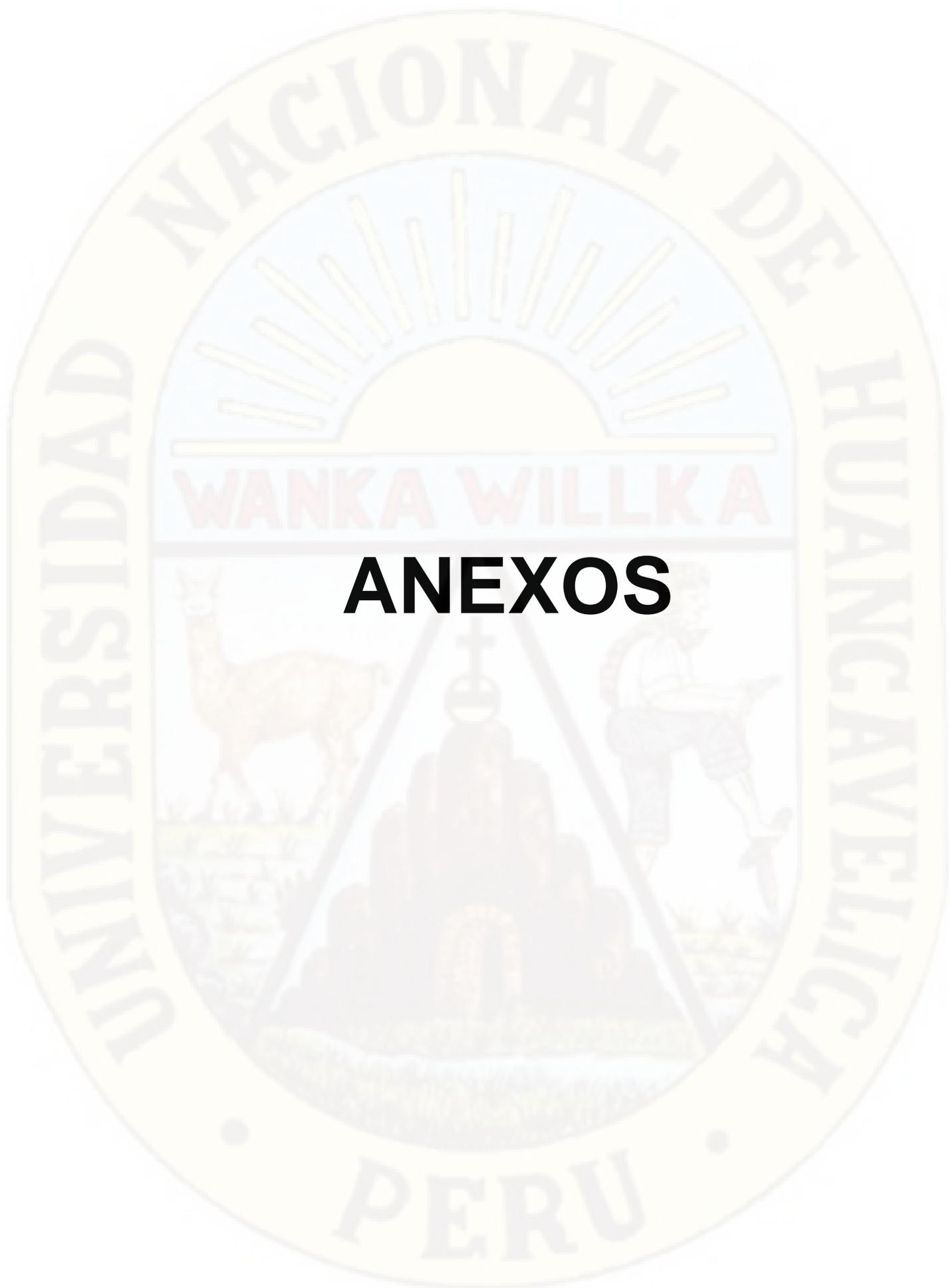
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Incidencia de aborto, Perú: secretaria general de OMS; 2014
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Informe principal. Lima; 2015
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Informe principal. Lima; 2016
4. Ministerio de Salud. Aborto clandestino en Sudamérica. Perú.– MINSA; 2016
5. Report his; oficina de Estadística e Informática del Hospital de Pampas Tayacaja; Huancavelica: 2015, 2016.
6. Organización Mundial de la Salud. Incidencia de aborto, Perú: secretaria general de OMS; 2014
7. Narváez P, et al. "Características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el hospital Vicente corral Moscoso, Ecuador. (Tesis): Facultad de ciencias médicas; 2016
8. Verónica A. Perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, hospital Liborio panchana. Ecuador. (Tesis): universidad de Guayaquil. Facultad Ciencias de la Salud; 2014_ 2016
9. Solares V. "Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante el periodo de enero a diciembre. Guatemala. (tesis): Universidad de san Carlos; 2014
10. López D, et al. "Frecuencia de aborto y características sociodemográficos en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo entre enero y diciembre 2013". (tesis): Universidad de Cuenca; 2013

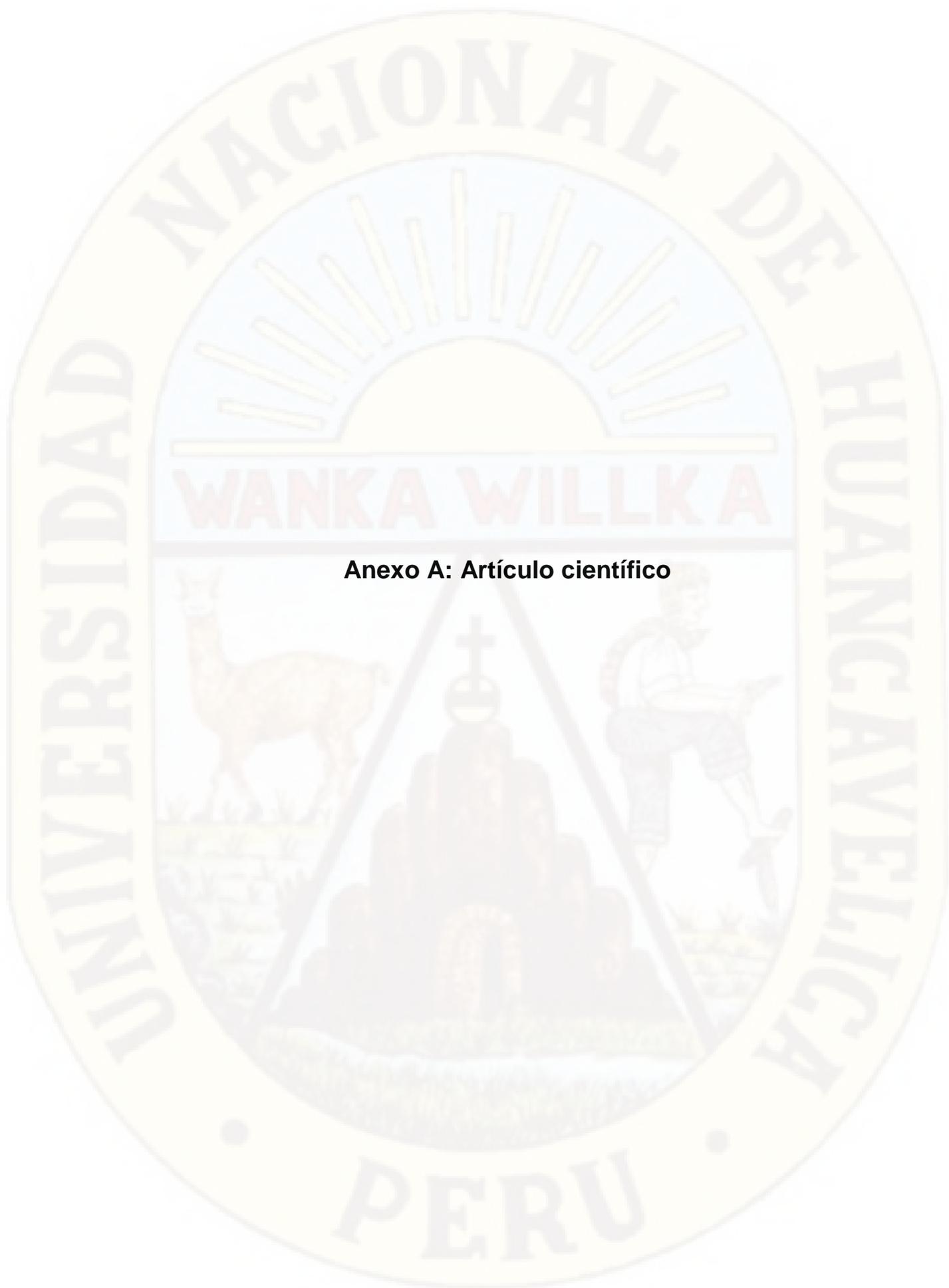
11. Gaspar S, et al. “Factores que influyen en las mujeres en edad fértil en la decisión para provocarse un aborto del servicio Gineco obstetricia del hospital regional docente materno infantil el Carmen, periodo junio - agosto” (tesis). Huancayo: Universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, Facultad ciencias de la salud; 2018
12. Guerrero I, et al. “Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes – Paita durante el periodo Julio a Diciembre (tesis). Piura – Perú: Universidad nacional de Piura, Facultad ciencias de la salud; 2017
13. Quispe M. Características personales, familiares, sociales y Gineco obstétricas de adolescentes con aborto incompletos atendidas en el hospital María Auxiliadora (tesis). Lima – Perú: Universidad privada Arzobispo Loayza, facultad ciencias de la salud; 2017
14. Sandoval J. prevalencia de aborto en usuarias atendidas en el centro de salud I – 4 Santa Clotilde - Rio Napo entre enero y setiembre (tesis). Iquitos – Perú: Universidad científica del Perú, Facultad ciencias de la salud; 2017
15. Urcuhuaranga L. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba (tesis). Punchan, Iquitos – Perú: Universidad nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de la medicina humana; 2015
16. Albino R. Complicaciones Del Aborto En Adolescentes Atendidos En El Hospital Sergio Enríques Bernales, Enero 2007 – Diciembre 2009.
17. Escobar A, et al. Perfil sociodemográfico de las pacientes atendidas por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica (tesis). Huancavelica: universidad nacional de Huancavelica; 2015
18. Karhl, Martin Colimon. Fundamentos de epidemiología. 3° ed. Buenos Aires: Editorial Díaz de Santos; 2016

19. Organización Mundial de la Salud. Incidencia de aborto, Perú: secretaria general de OMS; 2014
20. López C, Herrera J, Pérez T. SEGO "Fundamentos de Obstetricia" 1º ed. Bajo Arca J, editor Gráficos Martel; Madrid: 2007.
21. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Volumen 12, Número 1, Quito-Ecuador, Enero-Abril del 2005.
22. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. "Williams Obstetricia". 23 ed. Interamericana H, editor. México DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2011.
23. Ministerio de salud. Guía Técnica de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Dirección general de salud para las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2007
24. Ministerio de salud. Factores Demográficos en el Aborto y el Manual de Principios de Mercadeo de Servicios Sociales e IEC para personal MINSA. Ministerios de Salud – CARE Perú. Lima. 2009
25. Schwarcz Riardo, Fesina Ricardo, Duverges. Obstetricia. 6ºed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
26. Ministerio de Salud. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo: Managua 2008
27. Schwarcz Ricardo, Fesina Ricardo, Duverges. "Obstetricia". 6ºed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
28. López C, Herrera J, Pérez T. "Fundamentos de Obstetricia" 1º ed. Bajo Arca J, editor Gráficos Martel; Madrid: 2007.
29. Cañete María, Carazo Alejandra, Carazo Abelardo, "Urgencias en Ginecología y Obstetricia". ed. FISCAM. España-Toledo; 2003.
30. Schwarcz Ricardo, Fesina Ricardo, Duverges. "Obstetricia". 6ºed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
31. Fesina RH, De Mauricio B, Martínez G, varios "Sistema Informático Perinatal/ Historia Clínica Perinatal", publicación científica: CLAP/SRM 1584, Montevideo – Uruguay – 2011.

32. Cañete María, Carazo Alejandra, Carazo Abelardo, “Urgencias en Ginecología y Obstetricia”. ed. FISCAM. España-Toledo; 2003.
33. López C, Herrera J, Pérez T. “Fundamentos de Obstetricia” 1º ed. Bajo Arca J, editor Gráficos Martel; Madrid: 2007.
34. Fesina RH, De Mauricio B, Martínez G, varios “Sistema Informático Perinatal/ Historia Clínica Perinatal”, publicación científica: CLAP/SRM 1584, Montevideo – Uruguay – 2011.
35. Organización Mundial de la Salud, “Complicaciones del Aborto”. Directrices Técnicas y Gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra 2000.
36. Centro Latinoamericana de Perinatología - Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud: Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Publicación Científica N° 1577- Montevideo- Uruguay; 2011.
37. López C, Herrera J, Pérez T. “Fundamentos de Obstetricia” 1º ed. Bajo Arca J, editor Gráficos Martel; Madrid: 2007.
38. Norma técnica de salud para la atención de salud materna: MINSA; 2013
39. Pimienta J. Metodología de la investigación. 2º ed. México: 2013
40. Hernández R (Dankhe, 1986). Metodología de la investigación. 5ºedi. México. editorial sponsor: 2010



ANEXOS



Anexo A: Artículo científico

INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016

INCIDENCE OF ABORTION AND ITS CLINICAL COMPLICATIONS IN WOMEN ATTENDED AT PAMPAS TAYACAJA HOSPITAL, PERIOD JANUARY TO DECEMBER 2016

Florabel, Ramos Yance

Universidad Nacional de Huancavelica – Facultad Ciencias de la Salud

RESUMEN

Objetivo: determinar la incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016. **Metodología:** estudio de investigación fue de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo; de nivel y diseño descriptivo. La población de estudio lo conformaron 2508 mujeres en edad fértil para determinar la incidencia y 146 para determinar las complicaciones clínicas pos aborto, con una muestra de 141 mujeres atendidas por aborto cumpliendo criterios de inclusión y exclusión, no se requirió realizar el muestreo por ser un estudio censal y se seleccionó a todo lo que constituyó la muestra, para el recojo de la información se hizo uso de la técnica de análisis documentario y se aplicó la ficha de recolección de datos de las historias clínicas. Para procesar los datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS statistic versión 21.

Resultados: La incidencia de aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja encontrada en el

presente estudio fue el 6,18%; las características sociodemográficas fueron; edad de 18 – 29 años en un 45,4%, nivel de instrucción predominante fue secundaria 50,4%, ocupación ama de casa en un 73,8%, lugar de procedencia rural con 65,2%, estado civil conviviente en un 58,9%, edad gestacional ≤ 12 semanas de los casos de aborto fue en un 83,7%, multigesta en un 66,0% y más de la mitad de los abortos fueron incompletos en un 71,6%. La complicación hallada fue la endometritis en un 43,3%.

Conclusiones: La incidencia del aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja fue de 6,18% y la complicación más frecuente la endometritis en un 43,3% seguido por sepsis 14,9%.

Palabras clave: incidencia de aborto, complicaciones clínicas pos aborto.

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of abortion and its clinical complications in women treated at the Hospital of Pampas Tayacaja, January to December 2016. **Methodology:** a research study was observational,

retrospective, cross-sectional and descriptive; level and descriptive design. The study population consisted of 2508 women of childbearing age to determine the incidence and 146 to determine the clinical complications after abortion, with a sample of 141 women attended by abortion fulfilling criteria of inclusion and exclusion, it was not required to perform census type sampling because everything that constituted the sample was selected, for the collection of the information the documentary analysis technique was used and the data collection form of the clinical histories was applied. The statistical program IBM SPSS statistic version 21 was used to process the data. Results: The incidence of abortion in the Pampas Tayacaja Hospital found in the present study was 6.18%; the sociodemographic characteristics were; age of 18 - 29 years old in 45.4%, predominant educational level was secondary 50.4%, housewife occupation in 73.8%, place of rural origin with 65.2%, civil status cohabiting in a 58.9%, gestational age \leq 12 weeks of abortion cases was 83.7%, multigesta was 66.0% and more than half of the abortions were incomplete in 71.6%. The complication found was endometritis in 43.3%.

Conclusions: The incidence of abortion in the Hospital of Pampas Tayacaja is 6.18% and the most frequent complication endometritis in 43.3% followed by sepsis 14.9%. Key words:

incidence of abortion, post abortion clinical complications.

INTRODUCCIÓN

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un peso menor de 500gr, así mismo es un problema de salud pública debido a su impacto sanitario, social, económico, emocional por su morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial; cabe mencionar que es problema médico, social de gran trascendencia en nuestro medio, muestra una incidencia cada vez más creciente y de difícil precisión estadística por sus características; las hemorragias y los procesos infecciosos son las complicaciones más frecuentes, siendo menor su incidencia en los casos de aborto espontáneo que en el provocado, que deberá sospecharse ante un cuadro pos abortivo muy hemorrágico o febril. La cuantía de la hemorragia es muy variable, pudiendo en casos extremos conducir a un cuadro de shock, haciendo obligatoria la evacuación uterina urgente, la infección pos aborto puede asociarse a complicaciones como bacteriemia, endometritis, abscesos pelvianos, tromboflebitis, CID, shock séptico, insuficiencia renal e incluso conducir a la muerte, así mismo los procedimientos quirúrgicos y/o maniobras clandestinas pueden conllevar a traumas obstétricos como el desgarro cervical, perforación uterina y evacuación incompleta; la investigación plasmó el objetivo de determinar

la incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en las mujeres que se atendieron en el hospital de Pampas Tayacaja periodo enero a diciembre 2016.

La realización del informe de tesis de la investigación está organizado en cuatro capítulos que describo a continuación: CAPITULO I: Planteamiento del problema. CAPITULO II: marco teórico. CAPITULO III: metodología de la investigación. CAPITULO IV: presentación de resultados, conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográfica y anexos.

MATERIALES Y METODOS

Este presente estudio de investigación fue de nivel descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal, y descriptivo.

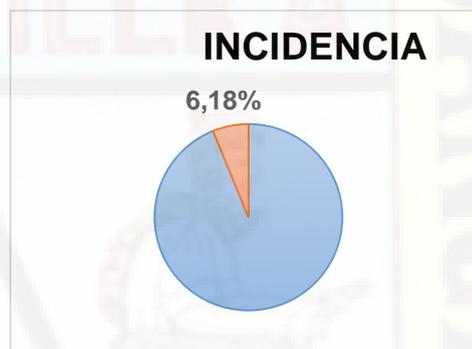
La muestra de estudio estuvo constituida por 146 mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja durante el periodo de enero a diciembre del 2016, quienes cumplieron los siguientes criterios de selección

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a una investigación que se realizó con el fin de determinar la incidencia de aborto y las complicaciones clínicas en el hospital de Pampas Tayacaja, durante el periodo de enero a diciembre del 2016; para este fin se utilizó la ficha de

recolección de datos. De un total de 146 casos de aborto, se encentro 141 historias clínicas cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión las que constituyeron la muestra, la cuales se describen en los resultados.

GRAFICO N° 01: INCIDENCIA DE ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.



Fuente: Oficina de Estadística del Hospital de Pampas – Tayacaja periodo enero a diciembre del 2016.

En el grafico N° 01, se aprecia en el grafico que, de un total de 2508 mujeres en edad fértil, la incidencia del aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja, durante el 2016 fue 6,18%.

TABLA N° 01: EDAD DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS

TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12 – 17 años	18	12,8%
18 – 29 años	64	45,4%
30 – 59 años	59	41,8%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016”.

En la tabla N° 01, se aprecia la edad de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, hallándose entre las edades de 18 a 29 años con un 45,4% (64); seguido de 30 a 59 años con un 41,8% (59) y entre las edades de 12 a 17 años sólo el 12,8% (18).

TABLA N° 02: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	2,1%

Primaria	35	24,8%
Secundaria superior no universitario	71	50,4%
superior universitario	20	14,2%
superior universitario	12	8,5%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016”.

En la tabla N° 02, se aprecia el nivel de instrucción de la mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, hallándose el nivel de instrucción secundaria con un 50,4% (71); seguida del nivel de instrucción primaria con el 24,8%(35); luego del nivel de instrucción superior no universitario con el 14,2%(20); el nivel de instrucción superior universitario con el 8,5%(12) y finalmente del nivel de instrucción analfabeta con el 2,1%(3).

TABLA N° 03: OCUPACION DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	104	73,8%
Estudiante	22	15,6%
Trabajo en oficina	8	5,7%
Agricultor	7	5,0%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 03, se aprecia la ocupación de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, se encontró que las amas de casa ocupan el 73,8% (104); mientras la ocupación de estudiante es del 15,6%(22); la ocupación de trabajo en oficina con el 5,7%(8) y la ocupación de agricultor con el 5,0% (7).

TABLA N° 04: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	92	65,2%
Urbano	49	34,8%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 04, se aprecia la procedencia de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, encontrando a la procedencia rural con el 65,2% (92) y la precedencia urbano con el 34,8%(49).

TABLA N° 05: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO

ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	83	58,9%
soltera	32	22,7%
casada	25	17,7%
divorciada	1	0,7%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 05, se aprecia el estado civil de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, encontrando el estado civil de conviviente con el 58,9% (83); mientras el estado civil soltera con el 22,7%(32); seguida del estado civil casada con el 17,7% (25) y estado civil divorciada con el 0,7% (1).

TABLA N° 06: EDAD GESTACIONAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
-------------------------	-------------------	-------------------

≤12 semanas de gestación	118	83,7%
>12 a menor de 22 semanas de gestación	32	16,3%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 06, se aprecia la edad gestacional de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, hallándose la edad gestacional ≤ 12 semanas con el 83,7%(118) y la edad gestacional >12 semanas con el 16,3%(32).

TABLA N° 07: GRAVIDEZ DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Gravidez	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	48	34,0%
Multigesta	93	66,0%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 07, se aprecia la gravidez de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141); de ellas, encontrando a la multigesta con el 66,0% (93) y la primigesta con el 34,0% (48).

TABLA N° 8: COMPLICACIONES DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Complicaciones del aborto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Endometritis	61	43,3%	43,3%
Sepsis	21	14,9%	58,2%
Evacuación incompleta	6	4,3%	62,5%
Shock séptico	5	3,5%	66,0%
Shock hipovolémico	4	2,8%	68,8%
Perforación uterina	2	1,4%	70,2%
Ninguno	42	29,8%	100%
Total	141	100%	

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 8, se aprecia las complicaciones del aborto en las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141), de ellas, hallándose la endometritis con el 43,3% (61); mientras con sepsis el 14,9% (21); evacuación incompleta con el 4,3% (6); seguida de shock séptico con el 3,5% (5); así mismo con shock hipovolémico el 2,8% (4); perforación uterina en el 1,4% (2) y no se hallaron ninguna complicación en el 29,8% (42). El 61,7% (87) tienen complicaciones de endometritis, sepsis y shock séptico.

TABLA N° 09: TIPO DE ABORTO DE LAS MUJERES ATENDIDAS

CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Tipo de aborto	Frecuencia	Porcentaje
Aborto incompleto	101	71,6%
Aborto retenido	17	12,0%
Aborto séptico	11	7,8%
Aborto inevitable	6	4,2%
Aborto completo	4	2,8%
Aborto provocado	2	1,4%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 09, se aprecia los tipos de abortos en las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141), de ellas, hallándose al aborto incompleto con el 71,6% (101); mientras al aborto retenido con el 12,0% (17); seguida del aborto séptico 7,8% (11); el Aborto inevitable 4,2% (6); aborto completo con el 2,8% (4); y el aborto provocado con el 1,4% (2).

DISCUSION

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia

de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

La incidencia de gestantes con diagnóstico de aborto obtenida en este estudio fue 6,18%; resultado difiere a lo obtenida por Verónica⁸ en su tesis titulada “Perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, hospital Liborio Panchana 2014_2016”.donde se encontró una incidencia de 9,3% desarrollado en un Hospital de Ecuador, probablemente difiere por el contexto sociocultural y acceso a los servicios de salud, así mismo cabe resaltar que el lugar donde se realizó la investigación es de característica rural andino por lo que existe esta diferencia.

Respecto a la edad de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 45,4% (64) tienen entre 18 – 29 años, este estudio se asemeja con Narváez ⁷ en la tesis titulada “Características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador. 2016” donde encontró que la mujeres atendidas por aborto presentaron una edad de 23 a 30 años en un 38.39%, así mismo Solares⁹ en la tesis titulada "Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante el periodo de enero a diciembre

2014” encontró que el grupo etario mayormente afectado es de los 20 a 29 años de edad en 44,0% y López¹⁰ en la tesis titulada “Frecuencia de aborto y características sociodemográficos en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo 2013” encontró que la frecuencia de aborto fue en la población de 20-29 años con el 43,8%; estas concordancias de los estudios dan a conocer que el aborto se da con más frecuencia en las jóvenes entre los 18 a 29 años a diferencia de los demás grupos etarios. Probablemente debido a patrones económicos, socioculturales que las conlleva a no tener un control adecuado de su responsabilidad reproductiva, así mismo carece de un estilo de vida saludable a todo ello se suma el difícil acceso a los servicios de salud.

Respecto al nivel de instrucción de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 50,4% (71) tienen el nivel de instrucción secundaria; mientras el 24,8% (35) tienen el nivel de instrucción primaria, estos resultados se asemejan al estudio de Narváez⁷ donde encontró que el 64,37% de las gestantes de Ecuador tenían instrucción secundaria, así mismo en su estudio de López¹⁰ quien encontró el 53,3% con instrucción secundaria, mientras en el estudio de Gaspar¹¹ en su tesis titulada “Factores que influyen en las mujeres en edad fértil en la decisión para provocarse un

aborto del servicio Gineco obstetricia del hospital Regional docente Materno Infantil el Carmen, periodo junio - agosto del 2017” encontró que el mayor porcentaje corresponde al nivel de instrucción secundaria con un 57% y Quispe¹³ en su tesis titulada “Características personales, familiares, sociales y Gineco obstétricas de adolescentes con aborto incompletos atendidas en el hospital María Auxiliadora – Lima 2017” encontró que el grado de instrucción secundaria es 64.4%. En nuestro estudio la mayor parte de las mujeres tiene instrucción secundaria, lo que coincide con otros estudios como ya se ha mencionado, probablemente gran parte de la responsabilidad se deba a la situación económica, social en la que viven y así mismo el acceso a los servicios de salud y que el sistema no cuente con estrategias adecuadas y sostenibles y por ende conlleva a no tener una vida sexual segura.

Respecto a la ocupación de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 73,8% (104) tienen ocupación de ama de casa, este estudio se relaciona con el estudio de Solares⁹ encontró que el 94.4% es ama de casa, así mismo se asemeja con el estudio de Guerrero¹² en su tesis titulada “Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes – Paíta durante el

periodo Julio a Diciembre 2017” encontró que destacan aquellas que son amas de casa 84,3%, y Quispe¹³ tuvo como resultado que el 62.2% eran amas de casa, seguido por 37.8% eran estudiantes. Todos los estudios realizados tienen concordancia ya que el aborto mayormente se dio en las mujeres que tienen labor del hogar, probablemente debido a la dedicación exclusiva de la pareja, cuidado de los hijos y a ello se suma el trabajo para la generación de ingresos económicos y el soporte del hogar, por otro lado el inadecuado acceso a los servicios de salud y poco sostenibles, que las limitan a acceder y tener un adecuado estilo de vida.

Respecto al lugar de procedencia de las mujeres atendidas con Diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 65,2% (92) tienen lugar de procedencia rural, este estudio se relaciona con el estudio de Verónica⁸ donde tuvo como resultado que la población fue del área rural con el 61%, y en el estudio de Escobar¹⁷ en la tesis titulada “Perfil sociodemográfico de las pacientes atendidas por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica 2015” encontró que el 67.7% es de la procedencia rural. Estas concordancias con los estudios dan a conocer que la población con más riesgo de presentar un aborto son de las zonas rurales, probablemente a los patrones geográficos, socioculturales y

económicos, así mismo el difícil acceso a los servicios de salud, la cual no les permite acceder con prontitud a los servicios de salud, también cabe mencionar que el trabajo de investigación realizada es un área de característica andina con difícil acceso geográfico a los establecimientos de salud y gran parte de dicha geografía es rural.

Respecto al estado civil de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 58,9% (83) tienen estado civil conviviente, el estudio se relaciona con el estudio de Guerrero¹² encontró que el 78,6% de las pacientes con diagnóstico de aborto eran convivientes. Estos resultados probablemente en el contexto en la que se estudió, es considerada a la convivencia unión estable, a ello se suma los patrones socioculturales en la que viven, por tanto la posibilidad de un matrimonio viene posteriormente después de varios hijos considerado común y frecuente en la región.

Respecto a la edad gestacional de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 83,7% (118) tienen edad gestacional ≤ 12 semanas, este estudio se asemeja al estudio de Solares⁹, donde encontró que el 80,25% de los abortos ocurrió durante el primer trimestre, así mismo, el

estudio de Gaspar¹¹ encontró que el 70% de los casos de aborto reportados en la edad gestacional de 1 a 2 meses de gestación. Probablemente estas gestantes detectan precozmente su embarazo y quieren terminar con ellas, ya que no lo habían planificado o les fallo el método anticonceptivo y la solución inmediata el aborto como un control de la natalidad, así mismo se suma el débil acceso a los servicios de salud, conllevando todo ello a una vida insegura y poco saludable.

Respecto a la gravidez de las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 66,0% (93) son multigesta mientras que López¹⁰ encontró de 2 a 4 gestas en un 63,2%, también Solares⁹ encontró el 38% antecedentes más de 3 gestas; cuyos resultados se asemejan. Probablemente se deba a patrones socioculturales donde el varón cumple un rol importante en la toma de decisión de la salud sexual reproductiva de su pareja, así mismo el factor económico considerado de extrema pobreza, por otro lado procrean embarazos no planificados y la mujer va débilmente empoderándose de su salud sexual reproductiva para evitar tener muchos hijos, también el acceso a los servicios de salud con estrategias no sostenibles como el desabastecimiento de los métodos anticonceptivos o falla de método, el recurso humano en salud poco comprometido; todo

ello no les permite acceder al bienestar de su salud y deciden por el aborto como método de control de la natalidad.

Respecto a las complicaciones del aborto en las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 43,3% (61) la mayor complicación fue la endometritis, este estudio se asemeja al estudio de Verónica⁸, donde encontró el 36% tuvo como complicación de endometritis, seguido del aborto séptico con el 17%; así mismo en su tesis de Guerrero¹², encontró en las mujeres que tuvieron complicaciones, predominó los casos de endometritis con 47,1%; probablemente sean abortos provocados en condiciones inseguras la cual inducen a la mujer a provocarse un daño que pone en riesgo su vida, así mismo las condiciones inapropiadas de higiene corporal, los flujos vaginales, las inflamaciones pélvicas no tratadas y también el limitado empoderamiento de los servicios de salud con estrategias no sostenibles, favorecieron a que con frecuencia haya complicaciones graves con la probabilidad latente que en cualquier momento ocurra una muerte materna por aborto.

Respecto al tipo de aborto de las mujeres atendidas, periodo enero a diciembre del 2016, se encontró que del total de casos de aborto 100% (141); el 71,6% (101) tuvieron aborto incompleto; mientras el 12,0% (17) fue aborto

retenido, este estudio se asemeja con el estudio de Narváez⁷, donde el 80.66% fueron abortos incompletos, así mismo, Solares⁹, encontró que el aborto incompleto fue el más reportado en 88%, similar al estudio de López¹⁰, donde encontró que el tipo de aborto más frecuente fue el Incompleto con el 52,2%. Probablemente guarde relación con los embarazos no deseados y consideren al aborto como un control de la natalidad, además cabe mencionar que probablemente hayan sido manipuladas o tomen pastillas abortivas y tardíamente acuden a recibir tratamiento.

CONCLUSION

La incidencia de aborto en las mujeres del hospital de Pampas Tayacaja, enero a diciembre del 2016 es de 6,18%.

Las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja fueron con predominio la edad de 18 – 29 años, con nivel de instrucción secundario, cuya ocupación fue ama de casa, la procedencia rural, así mismo el estado civil conviviente, la edad gestacional ≤ 12 semanas y respecto a la gravidez se dio en las multigesta.

- La complicación más frecuente del aborto en las mujeres del hospital de Pampas Tayacaja fueron los procesos infecciosos en un 61,7%,

considerando en primer lugar la endometritis con el 43,3% seguido por sepsis con 14,9% y shock séptico con el 3,5%.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida, por darme la fortaleza y perseverancia para superarme en mi vida profesional, la cual me permite concluir la segunda carrera como especialista.

Al Director del hospital de Pampas Tayacaja por darme las facilidades de autorización para la recolección de datos del trabajo de investigación desarrollada.

Al personal de Archivos y manejo de Historias Clínicas por el apoyo brindado durante la recolección de la toma de datos.

A mis colegas por el apoyo desinteresado en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A mí asesora, Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE, por sus contribuciones y apoyo en la concreción de la investigación.

A todos los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, por brindarme el conocimiento desinteresado y contribuir a mejorar el presente trabajo de investigación.

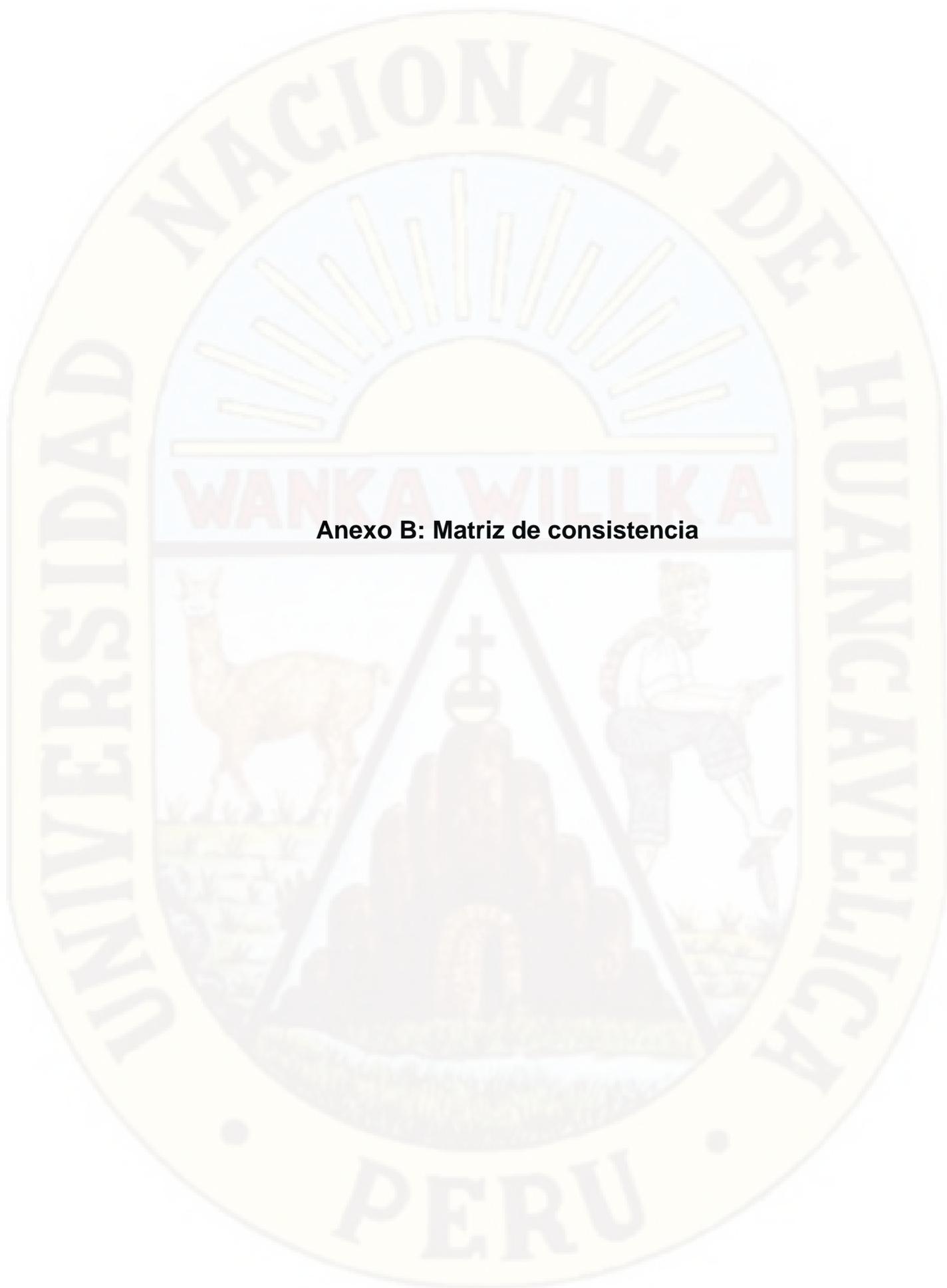
BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Incidencia de aborto, Perú: secretaria general de OMS; 2014
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática.

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Informe principal. Lima; 2015
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Informe principal. Lima; 2016
 4. Ministerio de Salud. Aborto clandestino en Sudamérica. Perú.- MINSa; 2016
 5. Report his; oficina de Estadística e Informática del Hospital de Pampas Tayacaja; Huancavelica: 2015, 2016.
 6. Organización Mundial de la Salud. Incidencia de aborto, Perú: secretaria general de OMS; 2014
 7. Narváez P, et al. "Características del aborto entre mujeres adultas y adolescentes en el hospital Vicente corral Moscoso, Ecuador. (Tesis): Facultad de ciencias médicas; 2016
 8. Verónica A. Perfil epidemiológico, clínica y complicaciones de aborto en mujeres de 15 a 25 años, hospital Liborio panchana. Ecuador. (Tesis): universidad de Guayaquil. Facultad Ciencias de la Salud; 2014_2016
 9. Solares V. "Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala durante el periodo de enero a diciembre. Guatemala. (tesis): Universidad de san Carlos; 2014
 10. López D, et al. "Frecuencia de aborto y características sociodemográficos en pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo entre enero y diciembre 2013". (tesis): Universidad de Cuenca; 2013
 11. Gaspar S, et al. "Factores que influyen en las mujeres en edad fértil en la decisión para provocarse un aborto del servicio Gineco obstetricia del hospital regional docente materno infantil el Carmen, periodo junio - agosto" (tesis). Huancayo: Universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, Facultad ciencias de la salud; 2018
 12. Guerrero I, et al. "Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes – Paita durante el periodo Julio a Diciembre (tesis). Piura – Perú: Universidad nacional de Piura, Facultad ciencias de la salud; 2017
 13. Quispe M. Características personales, familiares, sociales y Gineco obstétricas de adolescentes con aborto incompletos atendidas en el hospital María Auxiliadora (tesis). Lima – Perú: Universidad privada Arzobispo Loayza, facultad ciencias de la salud; 2017
 14. Sandoval J. prevalencia de aborto en usuarias atendidas en el centro de salud I – 4 santa Clotilde - rio napo entre

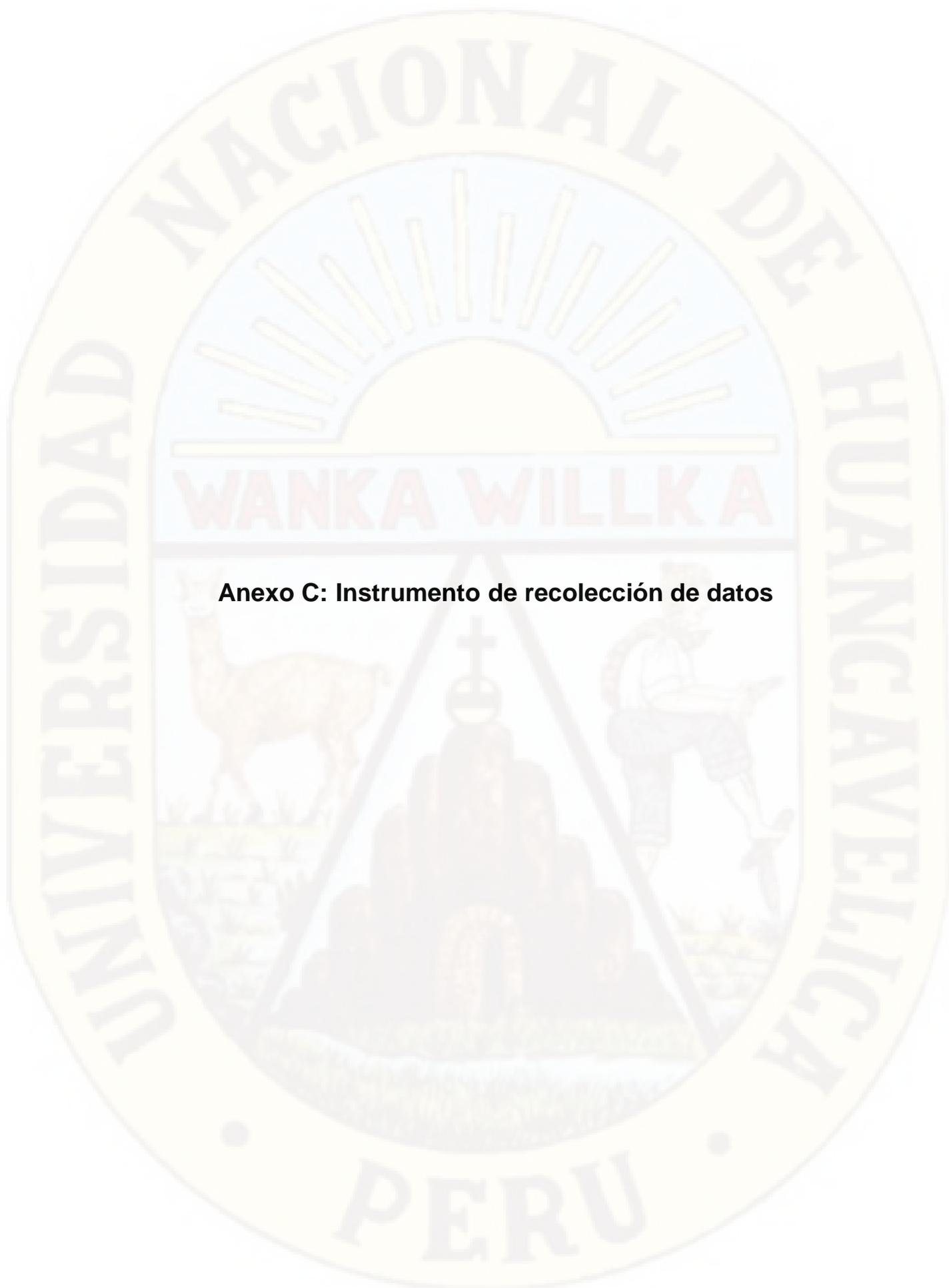
- enero y setiembre (tesis). Iquitos – Perú: Universidad científica del Perú, Facultad ciencias de la salud; 2017
15. Urcuhuaranga L. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de los abortos en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba (tesis). Punchan, Iquitos – Perú: Universidad nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de la medicina humana; 2015
 16. Albino R. Complicaciones Del Aborto En Adolescentes Atendidos En El Hospital Sergio Enriques Bernales, Enero 2007 – Diciembre 2009.
 17. Escobar A, et al. Perfil sociodemográfico de las pacientes atendidas por aborto en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica (tesis). Huancavelica: universidad nacional de Huancavelica; 2015
 18. Karhl, Martin colimon. Fundamentos de epidemiología. 3° ed. Buenos aires: Editorial Díaz de santos; 2016
 19. Organización Mundial de la Salud. Incidencia de aborto, Perú: secretaria general de OMS; 2014
 20. López C, Herrera J, Pérez T. SEGO “Fundamentos de Obstetricia” 1° ed. Bajo Arca J, editor Gráficos Martel; Madrid: 2007.
 21. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Volumen 12, Número 1, Quito-Ecuador, Enero-Abril del 2005.
 22. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. “Williams Obstetricia”. 23 ed. Interamericana H, editor. México DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2011.
 23. Ministerio de salud. Guía Técnica de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Dirección general de salud para las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2007
 24. Ministerio de salud. Factores Demográficos en el Aborto y el Manual de Principios de Mercadeo de Servicios Sociales e IEC para personal MINSA. Ministerios de Salud – CARE Perú. Lima. 2009
 25. Schwarcz Riardo, Fesina Ricardo, Duverges. Obstetricia. 6°ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
 26. Ministerio de Salud. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo: Managua 2008
 27. Schwarcz Ricardo, Fesina Ricardo, Duverges. “Obstetricia”. 6°ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
 28. López C, Herrera J, Pérez T. “Fundamentos de Obstetricia” 1° ed. Bajo Arca J, editor Gráficos Martel; Madrid: 2007.

29. Cañete María, Carazo Alejandra, Carazo Abelardo, "Urgencias en Ginecología y Obstetricia". ed. FISCAM. España-Toledo; 2003.
30. Schwarcz Ricardo, Fesina Ricardo, Duverges. "Obstetricia". 6°ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005.
31. Fesina RH, De Mauricio B, Martínez G, varios "Sistema Informático Perinatal/ Historia Clínica Perinatal", publicación científica: CLAP/SRM 1584, Montevideo – Uruguay – 2011.
32. Cañete María, Carazo Alejandra, Carazo Abelardo, "Urgencias en Ginecología y Obstetricia". ed. FISCAM. España-Toledo; 2003.
33. López C, Herrera J, Pérez T. "Fundamentos de Obstetricia" 1° ed. Bajo Arca J, editor Gráficos Martel; Madrid: 2007.
34. Fesina RH, De Mauricio B, Martínez G, varios "Sistema Informático Perinatal/ Historia Clínica Perinatal", publicación científica: CLAP/SRM 1584, Montevideo – Uruguay – 2011.
35. Organización Mundial de la Salud, "Complicaciones del Aborto". Directrices Técnicas y Gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra 2000.
36. Centro Latinoamericana de Perinatología - Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud: Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Publicación Científica N° 1577- Montevideo- Uruguay; 2011.
37. López C, Herrera J, Pérez T. "Fundamentos de Obstetricia" 1° ed. Bajo Arca J, editor Gráficos Martel; Madrid: 2007.
38. Norma técnica de salud para la atención de salud materna: MINSA; 2013
39. Pimienta J. Metodología de la investigación. 2° ed. México: 2013
40. Hernández R (Dankhe, 1986). Metodología de la investigación. 5°edi. México. editorial sponsor: 2010



Anexo B: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	METODOLOGIA	
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</p> <p>¿Cuál es la incidencia de aborto en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016?</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas en las mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones clínicas pos aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Determinar la incidencia de aborto en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.</p> <p>Describir las características sociodemográficas en las mujeres atendidas por aborto en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.</p> <p>Identificar las complicaciones clínicas pos aborto en las mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016</p>	<p>VARIABLE</p> <p>Univariable</p> <p>Compuesta: Incidencia de aborto Y Complicaciones clínicas.</p> <p>METODO DE INVESTIGACION</p> <p>Investigación básica por que cumple el propósito de producir conocimientos y teorías. Es además deductivo e inferencial.</p> <p>TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>De tipo observacional, retrospectivo, transversal, y descriptivo</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Descriptivo</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACION</p> <p>M O</p> <p>Dónde:</p> <p>M= Mujeres atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja.</p> <p>O=Incidencia de aborto y sus complicaciones</p>	<p>POBLACION DE ESTUDIO</p> <p>Todas las mujeres en edad fértil atendidas en el Departamento de Ginecología y obstetricia del Hospital de Pampas Tayacaja, durante el periodo de enero a diciembre 2016, siendo 2508 mef para determinar la incidencia de aborto y 146 para determinar las complicaciones clínicas del aborto.</p> <p>MUESTRA</p> <p>La muestra de estudio estuvo constituida por 141 mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en el hospital de Pampas Tayacaja en el periodo de enero a diciembre del 2016, quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</p> <p>Técnica: Análisis documentario.</p> <p>Instrumento: La ficha de recolección de datos: mecanismo por el que usa el investigador para recolectar y registrar la información, formularios, pruebas, escalas de opinión.</p>



Anexo C: Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



FICHA N° _____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
ESCUELA DE POS GRADO

INVESTIGACION: INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

NOTA: Para cada ítem se marcará con un "X" el recuadro que indica los datos obtenidos, de las historias clínicas de las pacientes estudiadas.

I. PARTE: DATOS GENERALES

Fecha

Hora.....

Lugar.....

N° de HCL.....

II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad:

- 1. 12 – 17años ()
- 2. 18 – 29años ()
- 3. 30 – 59años ()

2. Nivel de instrucción

- 1. Analfabeta ()
- 2. Primaria ()
- 3. Secundaria ()
- 4. Superior no universitario ()
- 5. Superior universitario ()

3. Ocupación

- 1. Estudiante ()
- 2. Ama de casa ()
- 3. Agricultor ()
- 4. Trabajo en oficina ()

4. Lugar de procedencia

- 1. Urbano ()
- 2. Rural ()

5. Estado civil

1. Casada ()
2. Conviviente ()
3. Soltera ()
4. Divorciada ()
6. Edad gestacional
 1. ≤12 semanas ()
 2. > 12 a 22semanas ()
7. Gravidéz
 1. Primigesta ()
 2. Multigesta ()
8. Tipos de aborto
 1. Aborto incompleto ()
 2. Aborto completo ()
 3. Aborto séptico ()
 4. Aborto retenido ()
 5. Aborto inevitable ()
 6. Aborto provocado ()

III. COMPLICACIONES CLINICAS DEL ABORTO

Complicaciones	Presente	Ausente
Endometritis		
Sepsis		
Shock séptico		
Shock hipovolémico		
Evacuación incompleta		
Perforación uterina		
Otros: (Detalle)		
Ninguna		



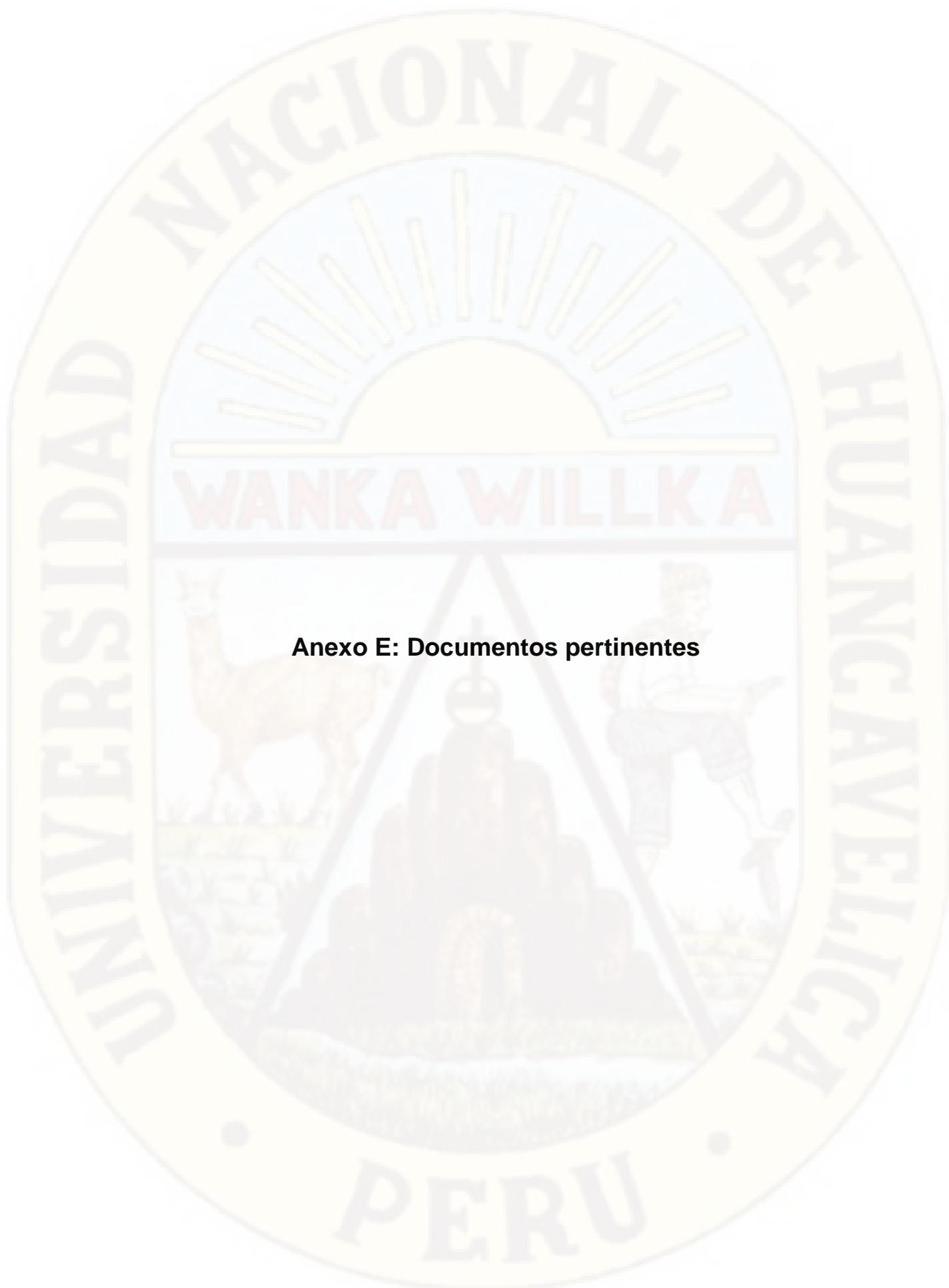
Anexo D: Tablas complementarias

TABLA N° 09: TIPO DE ABORTO DE LAS MUJERES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE ABORTO EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Tipo de aborto	Frecuencia	Porcentaje
Aborto incompleto	101	71,6%
Aborto retenido	17	12,0%
Aborto séptico	11	7,8%
Aborto inevitable	6	4,2%
Aborto completo	4	2,8%
Aborto provocado	2	1,4%
Total	141	100,0%

Fuente: Elaboración Propia de la ficha de recolección de datos aplicado a mujeres con diagnóstico de aborto del hospital de Pampas Tayacaja, periodo enero a diciembre del 2016.

En la tabla N° 09, se aprecia los tipos de abortos en las mujeres atendidas con diagnóstico de aborto del 100% (141), de ellas, hallándose al aborto incompleto con el 71,6% (101); mientras al aborto retenido con el 12,0% (17); seguida del aborto séptico 7,8% (11); el Aborto inevitable 4,2% (6); aborto completo con el 2,8% (4); y el aborto provocado con el 1,4% (2).



Anexo E: Documentos pertinentes



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 403-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 18 agosto del 2017

VISTOS:

El Oficio N°163 -2017-PSE-FCS-UNH de fecha 16 de agosto del 2017, con proveído N° 975, mediante el cual el Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad Ciencias de la Salud, solicita emisión de resolución de designación de asesor del proyecto de investigación de la estudiante RAMOS YANCE, FLORABEL, de la especialidad con mención en EMERGENCIA Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34° del Estatuto de la UNH, las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, de fecha 16 de Julio del año 2008, se crea la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 002-2016-CEU-UNH, de fecha 30 de setiembre del 2016, donde se PROCLAMA como ganador de las Elecciones, en el cargo de Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES, a partir del 01 de noviembre del 2016 al 31 de octubre del 2020.

Que, con Resolución 230-2015-CU-UNH (06.03.2015), se ratifica la aprobación de los proyectos de Segunda Especialidad con mención en: "Psicoprofilaxis obstétrica y Estimulación Prenatal con adecuación intercultural", "Especialidad en Emergencia y Alto Riesgo Obstétrico", "Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria.

Que, con Resolución 236-2017-CU-UNH, de fecha 22 de marzo del 2017, se ratifica la la encargatura al Mg. Leonardo LEYVA YATACO, en el cargo de Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, a partir del 01 de noviembre del 2016 al 31 de diciembre del 2017.

Que, de conformidad Artículo 33°, DEL REGLAMENTO ACADEMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD aprobado con Resolución 094-2016-CFCS-VRAC-UNH. A la letra dice que el examen de subsanación se aplica a los estudiantes que al término de la ejecución del plan de estudios, tiene desaprobado como máximo dos (02) asignaturas, con promedio de siete (07) hasta diez (10).

Que, Oficio N°163 -2017-PSE-FCS-UNH de fecha 16 de agosto del 2017, con proveído N° 975, mediante el cual el Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad Ciencias de la Salud, solicita emisión de resolución de designación de asesor del proyecto de investigación de la estudiante RAMOS YANCE, FLORABEL, de la especialidad con mención en EMERGENCIA Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, siendo la docente designado la Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE.

Que, de conformidad con lo establecido por el Estatuto Interno de la Universidad, es potestad de la autoridad competente, emitir el acto administrativo;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR, la propuesta de designación de asesor del proyecto de investigación "INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016" de la especialidad con mención en EMERGENCIA Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, del estudiante RAMOS YANCE, FLORABEL con C.M. N° 2016024093, como a continuación se detalla:

NOMBRES Y APELLIDOS	CATEGORIA
Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE	AUX. DE

"Regístrese, Comuníquese y Archívese....."



Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Facultad de Ciencias de la Salud
Decana



Obsta. Magally Quiñonez Inga
Facultad de Ciencias de la Salud
Secretaria Docente

Cc.
FCS
PSE
Archivo
Interesados
Docente
TSGO/mqi



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 470-2017-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 26 de octubre de 2017.

VISTOS:

El Oficio N° 249-2017-PSE-FCS-UNH, (26.10.17), con hoja de trámite N°1255, remitido por el Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad Ciencias de la Salud, sobre inscripción y aprobación de los proyectos de investigación de la Segunda Especialidad, con mención en "EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO", y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al el Artículo 34°, del Estatuto de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N°001-2014-AE-UNH, (18.12.14), prescribe que "Las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto";

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, (16.07.08), se CREA la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 002-2016-CEU-UNH, (30.09.16), se PROCLAMA como ganador de las Elecciones, en el cargo de Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES, a partir del 01 de noviembre del 2016 al 31 de octubre del 2020.

Que, con Resolución 236-2017-CU-UNH, (22.03.17), se RATIFICA, la encargatura al Mg. Leonardo LEYVA YATACO, en el cargo de Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, a partir del 01 de noviembre del 2016 al 31 de diciembre del 2017.

Que, con Resolución 230-2015-CU-UNH (06.03.15), se RATIFICA la aprobación de los proyectos de Segunda Especialidad con mención en: "Psicoprofilaxis obstétrica y Estimulación Prenatal con adecuación intercultural", "Especialidad en Emergencia y Alto Riesgo Obstétrico", "Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria.

Que, de conformidad al Artículo 21° del Reglamento de Titulación de Segundas Especialidades de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado con Resolución N°393-2016-CFCS-VRAC-UNH, (30.12.17), señala que "El asesor deberá remitir con informe el proyecto de tesis o trabajo académico sin observaciones (previa evaluación por jurado) a la dirección del Programa de Segunda Especialidad, para su trámite respectivo de inscripción y aprobación mediante acto resolutorio por decanatura".

Que, con Oficio N° 249-2017-PSE-FCS-UNH, (26.10.17), con hoja de trámite N°1255, remitido por el Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad Ciencias de la Salud, sobre inscripción y aprobación de los proyectos de investigación de la Segunda Especialidad, con mención en "EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO".

Que, de conformidad al Inciso 5, del Artículo 164°, del Estatuto de la Universidad Nacional de Huancavelica aprobada con Resolución N°001-2014-AE-UNH, (18.12.14),señala "Aprobar y evaluar el Plan Estratégico, Plan Operativo y otros documentos de gestión de la Facultad";

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR e INSCRIBIR, el Proyecto de investigación titulado: "INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016", de la especialidad con mención en EMERGENCIA Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, de la obstetra, RAMOS YANCE ,FLORABEL, C.M. N° 2016024093.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR al asesor del Proyecto de Tesis, Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE, velar por su cumplimiento, ejecución y evaluación.

ARTÍCULO TERCERO. - REMITIR la presente Resolución a las interesadas e instancias correspondientes, para su conocimiento y demás fines.

"Regístrese, comuníquese y Archívese"



Susana Guerra Olivares
Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Ciudad de Ciencias de la Salud
Decana



Ada Lizbeth Larico López
Ada Lizbeth LARICO LÓPEZ
Ciudad de Ciencias de la Salud
Secretaría Docente

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA -
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 133-2018-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 31 de enero de 2018.

VISTOS:

El Oficio N° 039-2018-PSE-FCS-UNH, (29.01.18), con hoja de trámite de decanato N° 108, remitido por el Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad Ciencias de la Salud, sobre designación de Jurados de proyectos de tesis, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al el Artículo 34°, del Estatuto de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N°001-2014-AE-UNH, (18.12.14), PRESCRIBE que "Las facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto";

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, (16.07.08), se CREA la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 002-2016-CEU-UNH, (30.09.16), se PROCLAMA como ganador de las Elecciones, en el cargo de Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES, a partir del 01 de noviembre del 2016 al 31 de octubre del 2020.

Que, con Resolución 018-2018-CFCS-VRAC-UNH, (03.01.18), se DESIGNA al Dr. Leonardo LEYVA YATACO, en el cargo de Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, a partir del 03 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2018.

Que, de conformidad al Artículo 23° y 24° del Reglamento de titulación-Segundas especialidades de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N° 393-2016-CFCS-VRAC-UNH, (30.12.16), que a la letra dice **Artículo 23°**: "El estudiante solicitará designación de sus jurados de tesis o trabajo académico a la dirección del Programa de Segunda Especialidad presentando su proyecto de investigación con el informe aprobado del asesor. **Artículo 24°**:"La dirección del Programa de Segunda Especialidad, designará a los miembros del jurado , integrado por tres docentes titulares y un accesitario, quienes serán de preferencia docentes ordinarios de la Facultad con grado de magister o doctor. El jurado será presidido por el docente de mayor categoría y/o antigüedad .El director del programa de segunda especialidad, comunicará esta designación a decanatura de la Facultad".

Que, con oficio N° 039-2018-PSE-FCS-UNH, (29.01.18), con hoja de trámite de decanato N° 168, remitido por el Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad Ciencias de la Salud, sobre designación de Jurados de proyectos de tesis

Que, de conformidad al Artículo 01°, del Estatuto de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N°001-2014-AE-UNH, prescribe que "es potestad de la autoridad competente, normar el funcionamiento académico y administrativo";

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DESIGNAR, como Jurados del Proyecto de investigación para su revisión y aprobación, conforme al siguiente detalle:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA
 (CREADA POR LEY N° 25265)
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 SECRETARÍA DOCENTE



Resolución N° 133-2018-CFCS-VRAC-UNH

Huancavelica, 31 de enero de 2018.

"INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016".	• Obstetra: RAMOS YANCE, FLORABEL.	PRESIDENTA: Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES. SECRETARIA: Mg. Lina Yubana CARDENAS PINEDA. VOCAL: Dr. Leonardo LEYVA YATACO.
--	------------------------------------	---

ARTÍCULO SEGUNDO. - REMÍTASE, la presente Resolución a la Dirección del Programa de Segunda Especialidad, a los miembros del Jurado Calificador y a los interesados, para su conocimiento y fines correspondientes.

"Regístrese, Comuníquese y Archívese"



Cocoyos
 Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
 Decana



Lizbeth
 Lizbeth LARICO LOPEZ
 Secretaria Docente

FCS
 PSE
 Jurados
 Interesada
 Archivo

TSGO/III



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE

Resolución N° 346-2018-FCS-UNH

Huancavelica, 27 de junio de 2018.

VISTOS:

El Oficio N° 169-2018-PSE-FCS-UNH, de fecha (19.06.18), con hoja de trámite N°522, remitido por el Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad Ciencias de la Salud, sobre designación de Jurados, para revisión del informe de investigación Titulado "INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016", presentado por la obstetra: RAMOS YANCE, FLORABEL, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad al Artículo 34°, del Estatuto de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado con Resolución N°001-2014-AE-UNH, (18.12.14), PRESCRIBE que "Las Facultades gozan de autonomía académica, gubernativa, administrativa, y económica, dentro de la Ley y el Estatuto";

Que, en cumplimiento a la Resolución N° 0649-2008-R-UNH, (16.07.08), se CREA la Facultad de Ciencias de la Salud con funcionamiento en la Ciudad de Huancavelica.

Que, con Resolución 018-2018-CFCS-VRAC-UNH, (03.01.18), se DESIGNA al Dr. Leonardo LEYVA YATACO, en el cargo de Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, a partir del 03 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2018.

Que, de conformidad al Artículo 35° Programa de Segunda Especialidad del Reglamento Especifico de Grado Académico de Bachiller y Título Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado con Resolución N° 304-2018-FCS-UNH, que a la letra dice: DEL INFORME FINAL DE TESIS: " El profesional solicitará al Director del Programa de Segunda Especialidad la revisión del informe final de tesis por parte del jurado adjuntando 03 ejemplares con el V.B. del asesor" b) El Director notificará a los jurados para la revisión del informe final de tesis en un plazo no mayor a cinco días hábiles" c) En caso de no existir observaciones por parte del jurado, los miembros del jurado emitirán un informe de aprobación del informe final de tesis indicando que se encuentra apto para sustentación.

Que, con oficio N° 169-2018-PSE-FCS-UNH, (19.06.18), con hoja de trámite N°522, remitido por el Director del Programa de Segunda Especialidad de la Facultad Ciencias de la Salud, sobre designación de Jurados, para revisión del informe de investigación Titulado "INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016", presentado por la obstetra: RAMOS YANCE, FLORABEL.

En uso de las atribuciones que le confiere a la Decana, la Ley Universitaria N° 30220, Estatuto-UNH y Resolución del Comité Electoral Universitario N° 002-2016-CEU-UNH, de fecha (30.09.16);

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- DESIGNAR, como Jurados para revisión del informe de investigación Titulado: "INCIDENCIA DE ABORTO Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2016", presentado por la obstetra: RAMOS YANCE, FLORABEL, conforme al siguiente detalle:

- **Presidenta** : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES.
- **Secretaría** : Mg. Lina Yubana CARDENAS PINEDA.
- **Vocal** : Dr. Leonardo LEYVA YATACO.

ARTÍCULO SEGUNDO.- REMÍTASE, la presente Resolución a la Dirección del Programa de Segunda especialidad, a los miembros del Jurado Calificador y a la interesada, para su conocimiento y fines correspondientes.

"Registre, notifique y Archívese....."



Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Ciudad de Ciencias de la Salud
Decana



Mg. Lina Yubana CARDENAS PINEDA
Facultad de Ciencias de la Salud
Secretaría Docente

PSE
Jurados
Interesada
Archivo
TSGO/all



HOSPITAL DE PAMPAS
DIRECCION
RECIBIDO
13 SEP 2017
Hora: 11:01 N° Folios: 01
Firma: N° Exp.

Asunto: Solicito Datos estadísticos y revisión de historias clínicas.

Pampas, 12 de setiembre del 2017

Señor Director del Hospital de Pampas Tayacaja.

M.C. José PEREZ CAMBORDA

Yo, RAMOS YANCE, Florabel, identificada con DNI N° 28282353, con domicilio en Jr. Colon N° 302 Pampas-Tayacaja, estudiante culminado de la según especialidad Emergencia y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huancavelica, Obstetra Nombrada, Trabajando actualmente en el Hospital Pampas Tayacaja.

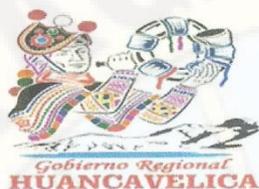
Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle, brindarme facilidades para recopilación de datos y revisión de Historias Clínicas que servirán como insumo para la elaboración de tesis del proyecto titulado: **“Incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo de enero a diciembre 2016”**.

Sin otra particular y seguro de contar con su atención, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

FLORABEL RAMOS YANCE

DNI. N° 28282353

C.O.P. N° 9282



El Director del Hospital de Pampas Tayacaja, en coordinación con la Oficina de Estadística e Informática, otorga la presente:

Constancia

Que la Obst. FLORABEL RAMOS YANCE, ejecuto la investigación con la toma de recolección de datos para el desarrollo del trabajo de investigación titulado **“Incidencia de aborto y sus complicaciones clínicas en mujeres atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, periodo de enero a diciembre 2016”**, en los ambientes de Estadística y Archivos General de Historias Clínicas de este nosocomio.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Pampas, 19 de setiembre del 2018





Anexo F: Imágenes de recopilación de datos

FRONTIS DEL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA



SOLICITUD PRESENTADA PARA RECOPIACION DE DATOS



CONSTANCIA RECEPCIONADA DE LA
RECOPIACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION



ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS

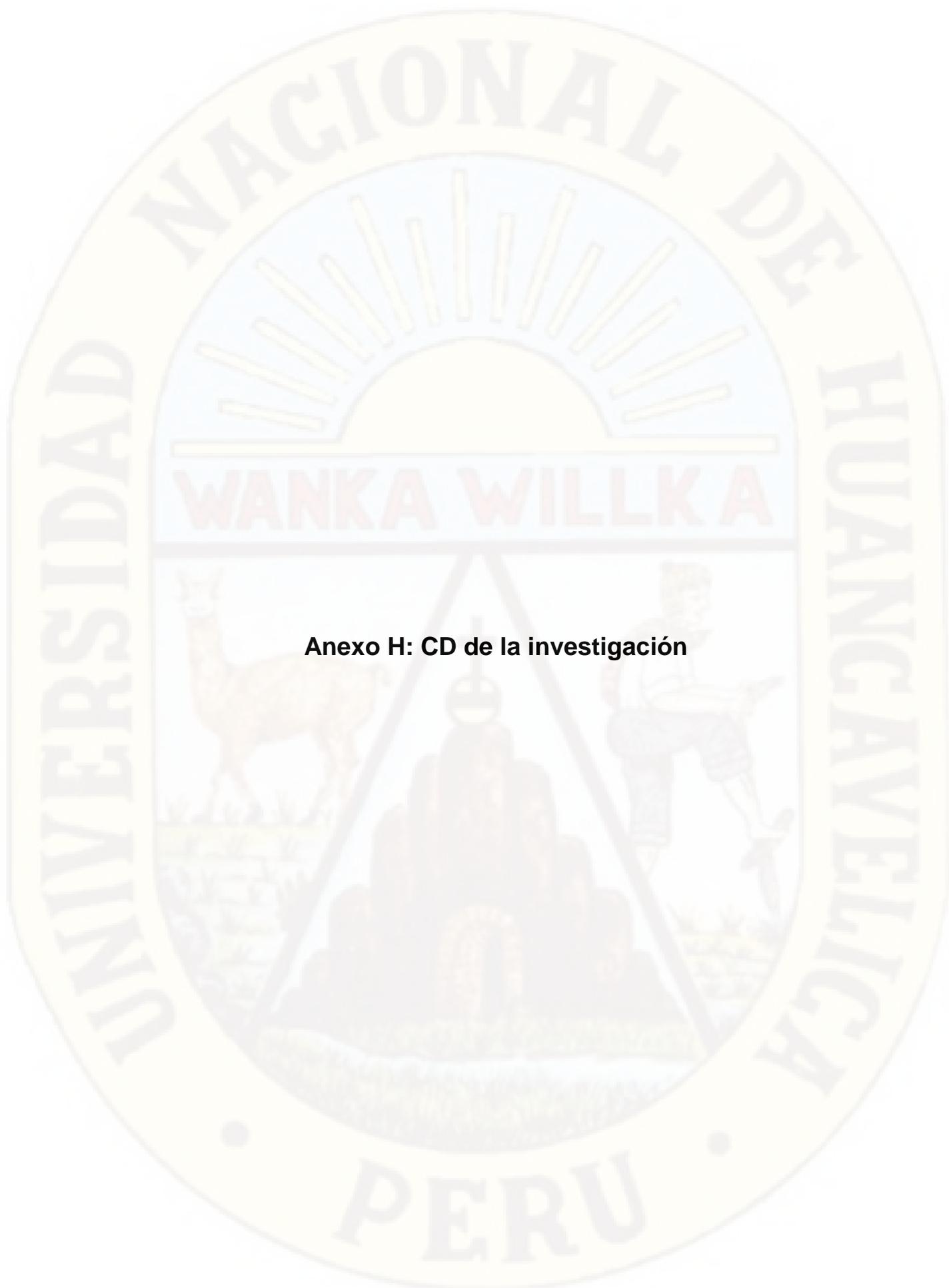


RECOPILACION DE DATOS EN ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS



PROCESAMIENTO DE DATOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACION





Anexo H: CD de la investigación