UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO, 2020-2021

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD MATERNO PERINATAL

PRESENTADO POR:

OBSTA. NELIDA GOMEZ HUAMANI

OBSTA. AYDEE CRISOSTOMO LUDEÑA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

HUANCAVELICA – PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 9:00 horas del día uno de julio del año dos mil veintidós, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N°0284-2022-D-FCS-R-UNH, de fecha 27 de junio del 2022, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
https://orcid.org/0000-0003-1544-8863
DNI N°: 42145123

Secretario : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
https://orcid.org/0000-0002-1903-1355
DNI N°: 20108555

Vocal : DRA. CLARIS JHOVANA PÉREZ VENEGAS
https://orcid.org/0000-0002-9114-3538
DNI N°: 80078866

Con la finalidad de llevar a cabo el acto académico de sustentación de la tesis de segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, titulada: **CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO, 2020 - 2021**; aprobada mediante Resolución N° 287-2022-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):

GOMEZ HUAMANI, NELIDA
DNI N°: 44703679

CRISOSTOMO LUDEÑA, AYDEE
DNI N°: 72326279

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **MAYORIA**.

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los uno días del mes de julio del 2022.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. Rossibel Juana Muñoz De La Torre
DOCENTE
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
E.P. OBSTETRICIA
Dra. Claris Jhovana Pérez Venegas
DIRECTORA
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
Dra. [illegible] Y CÁRDENAS PINEDA
DECANA
V.° B.° DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. Zoila [illegible] Cruz Barros
DOCENTE
V.° B.° SECRETARIO DOCENTE

TÍTULO

CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO, 2020-2021

AUTOR

OBSTA. NELIDA GOMEZ HUAMANI

OBSTA. AYDEE CRISOSTOMO LUDEÑA

ASESOR

Mg. LARICO LOPEZ, ADA LIZBETH

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6742-0304

DNI:42101207

DEDICATORIA

A mis padres y hermanas que a pesar de la distancia siempre están conmigo, por el aliento y los sabios consejos que día a día me brindan para seguir adelante.

A mi hijo quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme y poder llegar a ser un ejemplo para él.

Aydee

A mi familia quienes han sido parte fundamental para realizar esta tesis, ellos son quienes me dieron grandes enseñanzas para realizar mi "sueño alcanzado".

Nelida

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento a Dios quien nos guía y nos da la fortaleza para seguir adelante.

A todas las personas que de una y otra forma nos apoyaron en la realización de este trabajo por su comprensión y estimulo constante.

Las autoras

INDICE

PORTADA i
ACTA DE SUSTENTACION ..... **ii**
TÍTULO ..... **iii**
AUTOR ..... **iv**
ASESOR ..... **v**
DEDICATORIA ..... **vi**
AGRADECIMIENTO ..... **vii**
INDICE ..... **viii**
INDICE DE TABLAS ..... **x**
RESUMEN ..... **xi**
ABSTRACT ..... **xii**
INTRODUCCION ..... **xiii**
CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **14**
1.1 DESCRIPCION Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL 17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS 17
1.3 OBJETIVOS 18
1.3.1 OBJETIVO GENERAL 18
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 18
1.4 JUSTIFICACION 18
1.5 LIMITACIONES 19
CAPITULO II
MARCO TEORICO **20**
2.1. ANTECEDENTES 20
2.2. BASES TEORICAS 22
2.2.1. ABORTO 22
2.2.2. ABORTO ESPONTANEO 22

2.2.3. ABORTO INCOMPLETO 28
2.3. DEFINICION DE TERMINOS 33
2.4. HIPÓTESIS.....33
2.5. VARIABLE.....33
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....34
CAPITULO III
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....36
3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL 36
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....37
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....37
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 38
3.5. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO 38
3.5.1. POBLACION.....38
3.5.2. MUESTRA 38
3.6. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS .39
3.7. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....39
CAPITULO IV
RESULTADOS 40
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 40
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....45
CONCLUSIONES 47
RECOMENDACIONES.....48
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA 49
APENDICE 51

INDICE DE TABLAS

Tabla 01	Características personales de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno 2020-2021.	41
Tabla 02	Características gineco obstétricas de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno 2020-2021.	42
Tabla 03	Características clínicas de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno 2020-2021	44

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2020-2021. **Método.** Según el diseño fue observacional, descriptivo, y retrospectivo. La población estuvo conformada por 120 pacientes con aborto incompleto y la muestra fue censal. La técnica fue el análisis documentario y el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados**: Para las características personales se encontró 47.5% joven, 45.8% adulto, 46.7% curso nivel secundario, 26.7% nivel primario, 15% nivel no universitario y 11.6% superior universitario; 58.3% procede de zona rural y 41.7% de zona urbana; 69.2% convivientes, 19.2% solteras y 11.7% casadas; 71.7% amas de casa, 12.5% estudiantes, 10.8% trabajadoras independientes y el 5% trabajadoras dependientes. Para las características gineco obstétricas; 48.3% tuvo dos parejas sexuales, 24.2% una pareja, 22.5% tres parejas y 5% cuatro parejas; 70.8% no utilizo método anticonceptivo, y el 29.2% si utilizo; 45.8% fueron multíparas, 30% nulíparas, 21.7% primíparas y 2.5% gran multíparas; 34.2% tuvieron un PIG largo, 23.3% PIG corto, 21.7% no tuvieron PIG y 20.8% PIG normal; 75% no tuvo antecedente gineco obstétrico, 20% presento aborto y 5% cesareada anterior; 48.4% no presento enfermedad en el embarazo, 21.6% presento anemia, 20% ITU y 10% infección vaginal. Para las características clínicas; 32.5% presento aborto incompleto entre la 6-7sem, 20.9% entre la 8-9sem, 18.3% entre la 4-5sem, 17.5% entre la 10-11sem, 9.2% entre la 12-13sem y 1.6% entre las 14-15sem; al 100% se les practico LU; 83.3% no presento complicación postaborto y el 16.7% presento anemia. **Conclusiones:** Las pacientes con aborto incompleto fueron jóvenes, con nivel secundario, procedentes de zona rural, convivientes, amas de casa, con dos parejas sexuales, multíparas, con PIG largo, no utilizaron método anticonceptivo, no presento antecedente gineco obstétrico ni enfermedad actual en el embarazo; el aborto se practicó entre las 6-7semanas de EG, se les practico LU y la mayoría no presentaron complicación.

Palabras Clave: aborto, aborto incompleto, paciente, característica personal, característica clínica y característica gineco obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of patients with incomplete abortion treated at the Jesús Nazareno Support Hospital, 2020-2021. **Method.** According to the design, it was observational, descriptive, and retrospective. The population consisted of 120 patients with incomplete abortion and the sample was census. The technique was documentary analysis and the instrument was the data collection form. **Results:** For personal characteristics, 47.5% were young, 45.8% adult, 46.7% secondary level, 26.7% primary level, 15% non-university level and 11.6% higher university; 58.3% come from rural areas and 41.7% from urban areas; 69.2% cohabiting, 19.2% single and 11.7% married; 71.7% housewives, 12.5% students, 10.8% independent workers and 5% dependent workers. For obstetric-gynecological features; 48.3% had two sexual partners, 24.2% one partner, 22.5% three partners and 5% four partners; 70.8% do not use a contraceptive method, and 29.2% do use it; 45.8% were multiparous, 30% nulliparous, 21.7% primiparous, and 2.5% grand multiparous; 34.2% had long PIG, 23.3% short PIG, 21.7% no PIG, and 20.8% normal PIG; 75% did not have a history of gynecology and obstetrics, 20% had an abortion and 5% had a previous caesarean section; 48.4% did not present disease during pregnancy, 21.6% presented anemia, 20% UTI and 10% vaginal infection. For clinical features; 32.5% presented incomplete abortion between 6-7 weeks, 20.9% between 8-9 weeks, 18.3% between 4-5 weeks, 17.5% between 10-11 weeks, 9.2% between 12-13 weeks and 1.6% between 14-15 weeks; 100% underwent LU; 83.3% did not present postabortion complications and 16.7% presented anemia. **Conclusions:** The patients with incomplete abortion were young, with secondary education, from rural areas, cohabitants, housewives, with two sexual partners, multiparous, with long PIG, did not use a contraceptive method, did not present a history of obstetric gynecology or current illness in the pregnancy; the abortion was performed between 6-7 weeks of GA, UL was performed and most did not present complications.

Keywords: abortion, incomplete abortion, patient, personal characteristic, clinical characteristic and gynecological-obstetric characteristic.

INTRODUCCION

El aborto espontáneo se subdivide en amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto retenido, aborto séptico, aborto completo y aborto espontáneo recurrente; siendo el aborto incompleto, la eliminación o perdida de alguna parte fetal o de sus membranas, pero no del total, del producto de la concepción; como parte del feto, la placenta o las membranas.

Las causas del aborto generalmente se desconocen, pero lo más común es que se atribuyan a anomalías cromosómicas fetales y el resto a etiologías y factores de riesgo modificables. El tratamiento del aborto incompleto incluye tratamiento expectante, médico y/o quirúrgico. Las complicaciones pueden ser graves, como sepsis por el producto retenido, shock hemorrágico y ruptura uterina; el pronóstico para estos pacientes generalmente es bueno con un estudio adecuado, seguimiento obstétrico estrecho y educación del paciente.

La presente investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capitulo describe los resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se define como aborto a la interrupción del embarazo y expulsión del producto, que se da de manera espontánea o provocado antes de las 22 semanas de gestación, con un peso menor de 500 gr o con una longitud menor de 25 cm (1–3).

El aborto incompleto es un subtipo de aborto espontáneo, junto con el aborto inevitable y retenido. El aborto incompleto, se describe como la pérdida parcial de los productos de la concepción dentro de las primeras 22 semanas de embarazo, siendo los signos y síntomas el sangrado vaginal con dolor abdominal bajo y/o cólicos (4,5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se provocan cerca de 73 millones de abortos en todo el mundo; donde, seis de cada diez embarazos no deseados se interrumpen voluntariamente; y el restante se dan por causas no voluntarias; aproximadamente el 45% de los abortos se realizan en condiciones peligrosas muchos de los cuales terminan en abortos incompletos que llevan a complicaciones de sepsis o muerte en la mujer, y el 97% de esos abortos se practican en los países en desarrollo (1). Así mismo, refiere que cada año, entre el 4,7% y el 13,2% de las muertes maternas se deben a un aborto peligroso muchos de estos ocasionado por una retención de partes fetales o membranas y se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100 000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones, esta proporción aumentaría hasta las 220 defunciones por cada 100 000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo (1,6).

En Perú, en el año 2018, a pesar de la prohibición legal que hay en nuestro país; el 19% de mujeres se realizaron un aborto en todos los niveles socioeconómicos, algunos de ellos quedando como incompletos en la expulsión del producto o de las membranas. Sin embargo, la mayor cantidad de mujeres que reportaron un aborto fueron de los niveles económicos medios y bajos (7).

Una de las principales causas para el aborto, es el embarazo no deseado; seguido de las anomalías cromosómicas, lo cual es responsable de la pérdida espontánea del embarazo en el primer trimestre. Se ha identificado que los factores de riesgo para un aborto espontaneo son: edad materna avanzada, consumo de alcohol o drogas, consumo de cigarrillos, anomalías uterinas, infecciones maternas y enfermedades crónicas pudiendo terminar en abortos incompletos (4,8–10).

En cuanto a los abortos incompletos, estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres con edad materna avanzada y mujeres con nivel socioeconómico más bajo o que presentan conductas de riesgo (11). Así mismo, varios estudios

identificaron que las principales características de las pacientes que tuvieron aborto incompleto fueron: tener instrucción secundaria completa, abortos previos, ser de zona urbana, y ser ama de casa (12–15).

Las pacientes con aborto incompleto menores a las 10semanas de gestación normalmente tienen un buen pronóstico y pueden manejarse de forma expectante con una tasa de éxito del 82% al 96% sin consecuencias futuras sobre la fertilidad; sin embargo, los abortos incompletos después de 12 semanas tienen un riesgo 3,4 % mayor de resultados desfavorables, como muerte materna, cirugía mayor o esterilidad.; y después de las 14 semanas de gestación, existe un riesgo aún mayor de muerte materna y complicaciones graves; esto se debería a los aumentos en el tamaño del feto, el suministro de sangre y el tamaño del útero (11,16).

Como se describió en los párrafos anteriores, el pronóstico de la paciente depende del manejo y la edad gestacional. Si este no se maneja de manera oportuna y adecuada puede llegar a tener complicaciones como hemorragia, sepsis y shock. Así mismo, dentro de las complicaciones del aborto incompleto; Vásquez (13), encontró que la principal complicación fue la anemia, seguida de la hemorragia.

El manejo de abortos incompletos; afecta a la economía nacional, ya que el costo total para la atención de abortos incompletos no complicados es entre US$ 110 y US$ 150; y para abortos complicados es entre US$ 376 y US$ 858 respectivamente siendo un gasto para el estado (17).

Ante este problema, los servicios de planificación familiar permite a las personas lograr el espaciamiento deseado entre los nacimientos y el tamaño de la familia, y contribuye a mejorar los resultados de salud de los niños, así mismo, ayuda a prevenir los embarazos no deseados; ya que como se sabe; los embarazos no deseados es una de las principales causas de aborto provocado muchos de los cuales terminan siendo mal manejados y no expulsando todo el contenido fetal ni de las membranas (18).

Por todo lo expuesto, el aborto incompleto es un problema de salud pública; en este sentido, se deben buscar medidas para contrarrestar este problema, como evitar los embarazos no deseados. Así mismo, es importante identificar las características de las mujeres con abortos incompletos que son atendidas en los nosocomios de salud con el propósito de intervenir o tomar medidas sanitarias; principalmente en promoción de la salud para así evitar o disminuir la tasa de abortos, gasto al estado en su manejo y a la vez las complicaciones que puede producirse.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2020-2021?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

a) ¿Cuáles son las características personales de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno; 2020-2021?

b) ¿Cuáles son las características gineco obstétricas de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno 2020-2021?

c) ¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2020-2021.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

a) Identificar las características personales de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno; 2020-2021.

b) Identificar las características gineco obstétricas de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno 2020-2021.

c) Identificar las características clínicas de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

1.4 JUSTIFICACION

Cuando se lleva a cabo el aborto en un entorno legal y en condiciones seguras, el aborto es un procedimiento extremadamente eficaz y seguro. Trágicamente, casi la mitad de todos los abortos que se realizan en el mundo se realizan en condiciones inseguras, principalmente en países donde el aborto es ilegal o está muy restringido; como en nuestro país. Las mujeres que se someten a un aborto inducido tienen tres posibles resultados: no experimentar complicaciones, experimentar complicaciones, pero no obtener tratamiento en un establecimiento de salud, o experimentar complicaciones y obtener tratamiento en un establecimiento de salud. Sin embargo, estos abortos inseguros son una de las principales causas de muerte y discapacidad materna.

Además de los graves riesgos para la salud, el aborto plantea altos costos financieros y cargas de servicio para las familias y el sistema nacional de salud; siendo un problema latente de salud pública, y que, si no se trata de manera oportuna y eficaz, conlleva a complicaciones, y el manejar cada una de estas complicaciones conlleva la realización de procedimientos especializados y costosos.

En este sentido la presente investigación genera conocimiento, al identificar las características de las mujeres que tuvieron aborto incompleto, con la finalidad de buscar intervenciones que promocionen la sexualidad responsable, paternidad responsable y sexo seguro; reforzando los programas de anticoncepción, para así evitar los embarazos no deseados, y que estos a su vez no terminen en aborto. Así mismo, conduce a la reducción de los gastos económicos; innecesarios al estado. Por ello una buena educación en salud hará que las personas hagan ejercicio de su sexualidad con responsabilidad asumiendo las consecuencias de su accionar independiente de la edad y situación en las que se encuentren. También, sirve como antecedente para futuras investigaciones.

1.5 LIMITACIONES

La principal limitación será la calidad del contenido requerido, ya que los datos se obtuvieron de las historias clínicas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

De Los Santos y Liñan (12). En su tesis titulada “Características clínicas y antecedentes obstétricos en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto programadas para aspiración manual endouterina en el Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo: agosto – diciembre 2020”, tuvieron como objetivo determinar las características clínicas y antecedentes obstétricos en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; donde, su muestra estuvo conformada por 70 pacientes. Encontraron que el 36% tenía entre 18 a 23 años, el 51% era soltera, el 83% tenía grado de instrucción secundaria completa, el 83% tenía ocupación de independiente, el 67% tuvo partos anteriores, de estos el 40% tuvo 1 hijo, el 40 % presentó abortos previos, de estos 24% presentó 1 aborto previo. Asimismo, el 71% presentaron sangrado vaginal, el 74% presentaron dolor pélvico, el 71% no presento fiebre, el 79% no presento síncope.

Vásquez (13). En su tesis titulada “Características sociodemográficas y gineco obstétricas del aborto incompleto en mujeres de 15 a 40 años atendidas en el Hospital II–1 Rioja, 2018”, tuvo como objetivo determinar las características sociodemográficas y gineco obstétricas de las mujeres de con diagnóstico de aborto incompleto. Un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; donde, su población estuvo conformada por 287 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto. Encontraron que el 79,7% tenían edades entre 20-40 años, el 66,0% eran casadas, el 51 % tenía instrucción secundaria; el 98.9 % eran de zona urbana y el 66,0% eran ama de casa. Dentro de las características gineco obstétricas; el 59,6 % tenían 2-4 parejas; 67,0% no tenía atención prenatal; el 74,5% eran multigestas; el 51,1% tenía edad gestacional entre 6-10 semanas; así mismo, dentro de las complicaciones gineco-obstétricas predomino la anemia con 86,2%; seguido de la hemorragia con 5,3 %.

Vallejos y Escobar (14). En su tesis titulada “Características clínicas y sociodemográficas en pacientes con aborto incompleto en el Hospital las Mercedes durante el año 2018”, tuvieron como objetivo describir las características clínicas y sociodemográficas en pacientes con diagnostico aborto incompleto. Un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo; donde, su muestra estuvo conformada por 382 pacientes. Dentro de las características sociodemográficas principales de las pacientes, encontraron que el 22.92% tenían entre 25 a 29 años, el 78.6% vivía en la zona urbana, el 79.7% eran convivientes, el 53.1% tenían secundaria completa, el 83.9% eran amas de casa; el 62.5% no presento antecedentes de aborto, el 59.9% tenía entre 8 a 12 semanas de gestación, el 40% eran secundíparas y el 97,9% no presento controles prenatales. Dentro de las características clínicas encontraron que el 99% tuvo sangrado vaginal y el 91 % dolor pélvico; asimismo el tratamiento más utilizado fue AMEU con un 55%, seguida del legrado con un 44%.

Valverde (15), en su tesis titulada "Características epidemiológicas y complicaciones en mujeres con aborto incompleto espontáneo atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2016". Tuvo como objetivo determinar las características epidemiológicas y las complicaciones en mujeres con el diagnóstico de aborto incompleto, un estudio Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo; donde, su muestra estuvo conformada por 376 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto. Encontraron que el 61,4% tenía entre 21 a 34 años, el 70,5% fueron convivientes, el 54,3% tenía edad gestacional entre 9 a 16 semanas, el 41,8% no presentaron alguna complicación del aborto incompleto y el 38,6% presento anemia.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. ABORTO

El término aborto se refiere a la terminación de un embarazo ya sea natural o inducido antes de las 22 semanas de gestación, con peso del producto menor de 500 gr o longitud menor a 25 cm (1,2).

2.2.2. ABORTO ESPONTANEO

El aborto espontáneo se refiere a la pérdida del embarazo con menos de 20 semanas de gestación en ausencia de medidas médicas o quirúrgicas electivas para interrumpir el embarazo. Hay varios términos que describen diferentes estados de pérdida del embarazo, estos términos incluyen amenaza de aborto, inevitable, completo e incompleto (4,5,8,9).

- ✓ **Amenaza de aborto**: es la presencia de sangrado vaginal al principio del embarazo, pero en el examen pélvico, el orificio cervical está cerrado y la ecografía transvaginal muestra un feto viable (4,5,8,9).

- ✓ **Aborto completo**: El aborto completo es cuando inicialmente hay sangrado vaginal y el paso de los productos de la concepción a través del cuello uterino, todos los productos de la concepción se han eliminado sin necesidad de intervención quirúrgica o médica (4,5,8,9).

- ✓ **Aborto incompleto**: se refiere a cuando hubo sangrado vaginal y quizás algún paso de tejido o productos de la concepción; en el examen pélvico, el orificio cervical estaría cerrado. Los productos retenidos pueden ser parte del feto, la placenta o las membranas. Este tipo de borto de detalla más adelante (4,5,8,9).

- ✓ **Aborto inevitable**: es cuando hay sangrado vaginal, pero en el examen pélvico, el orificio cervical está abierto, lo que significa que se espera que el feto o los productos de la concepción pasen por el cuello uterino en un futuro cercano. En la ecografía transvaginal, puede haber un feto viable o no (4,5,8,9).

- ✓ **Aborto retenido**: es cuando en un embarazo hay una muerte fetal (generalmente durante varias semanas) pero sin actividad uterina para expulsar los productos de la concepción (4,5,8,9).

- ✓ **Aborto espontáneo recurrente**: se refiere a tres o más pérdidas consecutivas de embarazo (4,5,8,9).

- ✓ **Aborto séptico**: un aborto espontáneo que se complica con una infección intrauterina (4,5,8,9).

2.2.2.1. INCIDENCIA

Aproximadamente el 20% de las mujeres embarazadas presentarán algo de sangrado antes de las 20 semanas de gestación, y aproximadamente la mitad de estos embarazos terminarán en aborto espontáneo. Hasta el 20% de los

embarazos reconocidos terminarán en aborto espontáneo; sin embargo, cuando se hizo un seguimiento de las mujeres con mediciones seriadas de gonadotropina coriónica humana (hCG) en suero, se encontró que la tasa real de aborto espontáneo era del 31%. Muchos embarazos se pierden espontáneamente antes de que la mujer reconozca que está embarazada, y los signos clínicos de aborto espontáneo se confunden con menstruaciones abundantes o tardías (4,5,9).

2.2.2.2. ETIOLOGIA

La causa más común de pérdida espontánea del embarazo en el primer trimestre son las anomalías cromosómicas. En la mayoría de los casos, es demasiado pronto para determinar la causa exacta de la anomalía. La mayoría de las anomalías cromosómicas que resultan en un aborto espontáneo son eventos aleatorios, como errores de gametogénesis maternos y paternos, dispermia y falta de disyunción. El riesgo de pérdida temprana del embarazo disminuye con el aumento de la edad gestacional y es relativamente bajo después de las 15 semanas de gestación en un feto genéticamente normal (4,5,8,9).

2.2.2.3. FISOPATOLOGIA

Una amenaza de aborto ocurre cuando una paciente embarazada con menos de 20 semanas de gestación presenta sangrado vaginal, también puede experimentar calambres abdominales, dolor pélvico, presión pélvica y/o dolor de espalda. El sangrado vaginal generalmente comienza primero, seguido de dolor abdominal tipo cólico horas o días después. El sangrado es el factor de riesgo más

predictivo para la pérdida del embarazo. Más de la mitad de las amenazas de aborto abortarán, siendo, el riesgo menor de aborto espontáneo si hay actividad cardiaca fetal (5).

2.2.2.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para un aborto espontaneo son: edad materna avanzada, consumo de alcohol, uso de gas anestésico (óxido nitroso), consumo alto de cafeína, enfermedades maternas crónicas (diabetes mal controlada, enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes), fumar cigarrillos, consumo de cocaína, concepción dentro de los tres a seis meses posteriores al parto, infecciones maternas (vaginosis bacteriana; micoplasmosis, virus del herpes simple, toxoplasmosis, listeriosis, clamidia, virus de la inmunodeficiencia humana, sífilis, parvovirus B19, paludismo, gonorrea, rubéola, citomegalovirus), medicamentos (misoprostol, retinoides, metotrexato, antiinflamatorios no esteroideos), aborto espontáneo previo, toxinas (arsénico, plomo, etilenglicol, disulfuro de carbono, poliuretano, metales pesados, solventes orgánicos) y anomalías uterinas (anomalías congénitas, adherencias, leiomioma) (4,5,8,9).

2.2.2.5. DIAGNOSTICO

El sangrado del primer trimestre en una mujer embarazada tiene un amplio diagnóstico diferencial y debe evaluarse con una historia clínica y un examen físico completo. Las pruebas de laboratorio deben incluir microscopía de cualquier flujo vaginal, hemograma completo, análisis de sangre y Rh, y análisis cuantitativo de hCG en suero (4,5,9).

La ecografía es crucial para identificar el estado del embarazo y verificar que el embarazo sea intrauterino. Cuando la ecografía transvaginal revela un útero vacío y el nivel cuantitativo de hCG sérica es superior a 1800 mUI por ml (1800 UI por L), se debe considerar un embarazo ectópico. Un útero que se encuentra vacío en el examen de ultrasonido puede indicar un aborto espontáneo completo, pero el diagnóstico no es definitivo hasta que se descarte un embarazo ectópico. Si un examen de ultrasonido encuentra un embarazo intrauterino, es poco probable un embarazo ectópico, aunque se han informado embarazos heterotópicos (es decir, embarazos intrauterinos y ectópicos simultáneos) (4).

Cuando el examen clínico revela un cuello uterino dilatado, el aborto espontáneo es inevitable. Sin embargo, la evaluación cervical no es confiable para distinguir entre aborto completo e incompleto. Se debe realizar una ecografía transvaginal, examen que es confiable para encontrar productos de la concepción, con una sensibilidad del 90 al 100% y una especificidad del 80 al 92 por ciento% (4).Un aborto espontáneo diferido generalmente se diagnostica mediante una ecografía de rutina o cuando se obtiene una ecografía porque los síntomas y signos físicos del embarazo están retrocediendo (4,5,8,9).

2.2.2.6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Incluye embarazo ectópico, embarazo viable con sangrado de implantación, embarazo molar; También hay causas de sangrado no uterinas que pueden confundirse con un aborto espontáneo, como un traumatismo vagina (8,9).

2.2.2.7. TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento incluyen manejo expectante, medicamentos o intervenciones quirúrgicas. Mientras los pacientes estén hemo dinámicamente estables y no requieran cirugía de emergencia, no hay diferencia en los resultados a largo plazo cuando se comparan estas opciones de tratamiento (4,5,8,9). El manejo expectante generalmente se limita a aquellas que abortan en el primer trimestre debido a la falta de estudios más allá de ese período de tiempo y al presunto aumento del riesgo de complicaciones hemorrágicas más allá de eso. Aproximadamente el 80% de las mujeres logran el paso completo del contenido intrauterino dentro de las 8 semanas (4,5,8,9).

La dilatación y legrado es el tratamiento tradicional para el aborto espontáneo; la aspiración manual al vacío es otra opción quirúrgica. Antes se recomendaba la evacuación quirúrgica inmediata del útero debido al riesgo de infección y la preocupación por los trastornos de la coagulación que resultan de la retención de productos de la concepción; sin embargo, se ha cuestionado la necesidad de evacuación quirúrgica inmediata en todas las pacientes con aborto espontáneo (4,5,8,9).

El tratamiento médico se puede utilizar en ausencia de contraindicaciones, como anemia grave, trastornos hemorrágicos o infección. El misoprostol, un análogo de la prostaglandina, se administra en 1 o 2 dosis para lograr el paso inducido del contenido intrauterino. El misoprostol se puede tomar en forma oral, sublingual o como un óvulo

vaginal. La mayoría de las mujeres lograrán la expulsión completa en 3 días y muy pocas necesitarán un legrado uterino posterior. La evacuación quirúrgica inmediata del útero es el tratamiento de elección cuando la paciente está inestable debido a un sangrado abundante o tiene evidencia de un aborto séptico. La elección del paciente es otra razón para proceder a la evacuación quirúrgica (4,5,8,9).

Si el examen de ultrasonido muestra un útero vacío y la evaluación del tejido expulsado confirma la presencia de productos de la concepción, no se necesita ninguna otra acción; en estos casos, las pacientes tienen un aborto espontáneo completo y pueden manejarse de manera expectante. Si los productos de la concepción no se confirman físicamente cuando el útero está vacío, se debe descartar un embarazo ectópico (4,5,8,9).

2.2.3. ABORTO INCOMPLETO

Un aborto incompleto es la pérdida parcial de los productos de la concepción dentro de las primeras 20 semanas. El aborto incompleto generalmente se presenta con sangrado vaginal de moderado a intenso, que puede estar asociado con dolor abdominal bajo y/o pélvico (11,19).

2.2.3.1. ETIOLOGIA

En general, los abortos incompletos no son prevenibles, en los cuales el 50% de los casos son por anomalías cromosómicas. Otros casos se deben a etiologías modificables y factores de riesgo como la edad, enfermedades maternas (diabetes, hipertensión, enfermedad renal, problemas de tiroides, síndrome de

ovario poliquístico, lupus, trombofilia), bajo o sobrepeso, anomalías uterinas, exposición a teratógenos (fármacos, alcohol, cafeína, radiación) e infecciones (virus de la inmunodeficiencia humana, infecciones de transmisión sexual). En consecuencia, algunas de las etiologías modificables o factores de riesgo pueden resultar en anomalías congénitas, que pueden causar aborto incompleto (11,19).

Otros casos menos conocidos y notificados son los de abortos médicos electivos o ilegales previos, atención prenatal deficiente o nula y traumatismo pélvico o abdominal inferior. Se informan casos más altos en países del tercer mundo donde el aborto es frecuente y en mujeres que viven en áreas donde el aborto electivo es ilegal, y en aquellas con acceso deficiente a la atención médica (11,19).

2.2.3.2. EPIDEMIOLOGIA

Los abortos incompletos ocurren con mayor frecuencia en mujeres con edad materna avanzada y mujeres con nivel socioeconómico más bajo o que presentan conductas de riesgo. Las mujeres en países del tercer mundo o aquellas que viven en áreas con poco acceso a la atención médica también corren un mayor riesgo de abortos incompletos después de un aborto inducido médica o quirúrgicamente. Las mujeres a las que se les ha diagnosticado lunares hidatiformes, por lo general entre los 15 y los 20 años, tienen un 13 % de posibilidades de sufrir un aborto incompleto (11,19).

2.2.3.3. *DIAGNOSTICO*

El método ideal para diagnosticar un aborto incompleto es obtener un nivel cuantitativo de gonadotropina coriónica humana y una ecografía transvaginal o transabdominal. La ecografía suele revelar la presencia de algunos productos de la concepción en el útero. Los niveles de gonadotropina coriónica humana serán bajos y no habrá latidos cardíacos fetales; Un examen bimanual generalmente revelará un útero grande pero blando. Otros laboratorios incluyen un hemograma completo, tipo y compatibilidad cruzada, factor Rh y perfil de coagulación (11,19).

2.2.3.4. TRATAMIENTO

Los abortos incompletos se tratan más comúnmente de forma expectante con un seguimiento obstétrico frecuente y niveles de beta-hCG cuantitativos en serie. La mayoría de estas mujeres expulsarán los fragmentos de la concepción por sí solas sin necesidad de más tratamiento médico o quirúrgico. Sin embargo, en algunos casos, es posible que se requiera hidratación por vía intravenosa y analgésicos. Si el sangrado es severo, puede haber necesidad de transfusiones de sangre. Los pacientes deben ser admitidos por pérdida continua de sangre y monitoreados por shock y posible evacuación quirúrgica (11,19).

En pacientes con fragmentos de concepción en el orificio cervical, un médico puede retirar los fragmentos con fórceps para ayudar a iniciar el proceso de hemostasia, facilitar las contracciones uterinas y disminuir la estimulación vagal, esto evitará el shock cervical (11,19).

Es importante recordar que las mujeres que son Rh negativos requieren RhoGAM. Algunos obstetras manejarán médicamente los abortos incompletos con oxitocina para ayudar a controlar el sangrado y misoprostol para ayudar a que el útero se contraiga y complete el proceso del aborto. El tratamiento quirúrgico con dilatación y curetaje es otra modalidad de tratamiento que se puede utilizar, pero normalmente se reserva para pacientes inestables (11,19).

2.2.3.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los diagnósticos diferenciales para el dolor abdominal bajo y/o pélvico con sangrado vaginal en una mujer embarazada incluyen embarazo ectópico, sangrado idiopático en un embarazo viable, hemorragia subcoriónica, embarazo molar, traumatismo vaginal, infección vaginal o del cuello uterino, aborto espontáneo o anomalías cervicales (exceso de friabilidad, malignidad o pólipos). Si la paciente presenta signos de shock, el diferencial puede ampliarse para incluir aborto séptico, shock hemorrágico, shock cervical o ruptura uterina (11).

2.2.3.6. PRONÓSTICO

Las pacientes con aborto incompleto normalmente tienen un buen pronóstico y pueden manejarse de forma expectante con una tasa de éxito del 82% al 96% sin consecuencias futuras sobre la fertilidad. No se demostró que hubiera diferencias importantes entre el tratamiento médico y el expectante del aborto incompleto cuando la edad de gestación es inferior a 12 semanas. También se ha

demostrado que evitar la cirugía es beneficioso ya que hay menos eventos adversos (11,20).

Los abortos incompletos después de 12 semanas tienen un riesgo 3,4 % mayor de resultados desfavorables, como muerte materna, cirugía mayor o esterilidad. Esto probablemente sea secundario a los aumentos en el tamaño del feto, el suministro de sangre y el tamaño del útero. Después de las 14 semanas de gestación, existe un riesgo aún mayor de muerte materna y complicaciones graves. Otro factor de riesgo de mal pronóstico es el retraso en la búsqueda de tratamiento, que se puede observar en comunidades rurales y pobres donde la atención médica es escasa (11).

2.2.3.7. COMPLICACIONES

Las complicaciones incluyen hemorragia grave o sepsis por un aborto séptico incompleto. El manejo quirúrgico inmediato está indicado cuando el paciente está inestable. También es importante descartar un embarazo ectópico, que se presenta con sangrado vaginal y dolor abdominal bajo y/o pélvico. Hay otras complicaciones que pueden surgir después del manejo del aborto incompleto, que incluyen muerte, ruptura uterina, perforación uterina, histerectomía subsiguiente, falla orgánica multisistémica, infección pélvica, daño cervical, vómitos, diarrea, infertilidad y/o efectos psicológicos (11,20).

Los pacientes pueden presentar diferentes formas de shock, incluyendo hemorrágico, séptico y cervical. La infección después de un aborto incompleto es baja. En los países de bajos ingresos donde las mujeres se sometieron a un

tratamiento quirúrgico del aborto incompleto, la tasa de infección fue del 0,1 % al 4,7 %, mientras que en los países de altos ingresos fue solo del 0,1 % al 0,5 %. La infección es secundaria a la retención de productos de la concepción y puede ser el resultado de varias bacterias, siendo las más comunes la flora genital (estreptococos del grupo B, B. fragilis y E. coli) (11,20)s.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

Aborto: Interrupción del embarazo provocado o espontaneo; completo o incompleto, antes de las 22 semanas de gestación, con un producto con peso menor de 500 g y longitud menor de 25 cm.

Aborto incompleto: Es la pérdida parcial de los productos de la concepción; es decir, la placenta o parte del feto dentro de las primeras 22 semanas.

Características personales: Son un conjunto de cualidades o particularidades sociodemográficas propias de cada persona, como la edad, nivel de instrucción, estado civil, entre otros.

Características gineco-obstetricas: Son un conjunto de cualidades o particularidades propias de cada persona, en el ámbito de su salud sexual y reproductiva, como la menarquia, número de parejas sexuales, paridad, entre otros.

Características clínicas: Es el cuadro clínico; es decir, signos y síntomas que presenta una persona ante una enfermedad o patología.

2.4. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo, no requiere de hipótesis.

2.5. VARIABLE

Univariable:

- Características de pacientes con aborto incompleto.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Univariable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	ITEM	Valor
Características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2020-2021	Es el conjunto de cualidades o particularidades sociodemográficas, clínicas, etc. que destaca de cada individuo ante una patología.	Son los datos recolectados a través de la ficha de recolección de datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes atendidas con diagnóstico de aborto incompleto.	Características personales	Edad	Adolescente (12-18) Joven (19-29) Adulto (>30)	1 2 3
				Estado civil	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado	1 2 3 4 5
				Ocupación	Ama de casa Estudiante Trabajadora dependiente Trabajadora independiente	1 2 3 4
				Nivel de instrucción	Sin estudios Nivel primario Nivel secundario Superior técnico Superior universitario	1 2 3 4 5
				Lugar de procedencia	Urbano Rural	1 2
			Características gineco obstétricas	Número de parejas sexuales	Una pareja Dos parejas Tres parejas Cuatro parejas Mas de cuatro	1 2 3 4 5
				Uso de métodos anticonceptivos	Si No	1 2
				Paridad	Nulípara 0 partos Primípara 1 parto Multípara de 2 a 5 partos Gran multípara mayor o igual a 6 partos	1 2 3 4

				Periodo intergenésico	No tuvo PIG Corto (menor de 18meses) Normal (entre 18 a 60 meses) Largo (mayor a 60 meses)	1 2 3 4
				Antecedentes gineco-obstétricos	Ninguno Aborto Otros:	1 2 3
				Enfermedades en el embarazo actual	Ninguno Anemia ITU Infección vaginal Otros:	1 2 3 4 5
			Características clínicas	Edad gestacional en que presento el aborto	…….. semanas	1
				Complicaciones del post aborto	EPI Infección urinaria Anemia post aborto Sepsis Otros	
				Tratamiento del aborto incompleto	AMEU ( ) LU ( ) Misoprostol ( )	

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

El hospital de apoyo Jesús Nazareno se encuentra ubicado en el Departamento de Ayacucho – Perú, Provincia de Huamanga, distrito de Jesús Nazareno; Jirón Ciro Alegría N° 500; entre las coordenadas geográficas consta de:

SUPERFICIE km^2	**ALTITUD (m.s.n.m)**	**LATITUD SUR**	**LONGITUD OESTE**
17.71	2,400 a 2,750 m.s.n.m	12°10' a 15°33'	72°51' a 75°08'

Su clima

En la jurisdicción predomina el clima templado y seco con una temperatura promedio de 15.5ºC, con una precipitación promedio de 540m.m. por año y una humedad que varía en un rango de 56 a 60%. Presenta tres estaciones: lluviosa, intermedia y secano.

Su extensión

La superficie total del distrito es de 17.71 Km2 según el levantamiento Catastral 2004 elaborado por el INEI. El perímetro es de 27,235.00 m.l.

Límites geográficos

- Por el Norte con el Distrito de Pacaycasa, y Quinua
- Por el Sur con los Distritos Ayacucho
- Por el Este con Tambillo y Ayacucho.
- Por el Oeste con el Distritos de Ayacucho

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto es una investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo descriptivo. Es observacional porque no existe intervención del investigador los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, es retrospectivo porque los datos necesarios para el estudio son recogidos de años posteriores, transversal porque la información se obtendrá en un solo momento y en un tiempo determinado (21).

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación será descriptivo porque consistirá fundamentalmente en describir un fenómeno o una situación. Son las investigaciones que tratan de recoger información sobre el estado actual del fenómeno. Su propósito será describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente (22).

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación descriptiva simple, puede ser diagramado de la siguiente forma:

M O

M: Pacientes con aborto incompleto atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno.

O: Características de pacientes con aborto incompleto.

3.5. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

3.5.1. POBLACION

La población estuvo constituida por todas las pacientes con aborto incompleto atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús de nazareno, durante el periodo del 2020-2021, siendo según el reporte de la oficina de estadística 120 en total.

3.5.2. MUESTRA

La muestra es censal debido a que incluye en su totalidad a la población de la investigación.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con aborto incompleto atendidas en el Hospital.
- Historias clínicas con datos completos.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes con otros tipos de abortos atendidas en el Hospital.
- Historias clínicas incompletas.

3.6. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Técnica**

  La técnica que se aplicó para la recolección de datos fue el análisis documentario.

- **Instrumento**

  El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos.

3.7. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Primero. Se envió una solicitud dirigida al director del Hospital con la finalidad de contar con el permiso para aplicar el trabajo de investigación.

Segundo. Se diseño, valido y aplico el instrumento de estudio.

Tercero. Se realizo las gestiones con el jefe de estadística para acceder a los números de HC de las pacientes con aborto incompleto.

Cuarto. Se realizo las gestiones con el jefe de la oficina de admisión para acceder a las HC y poder transcribir los datos que requiera la ficha de recolección de datos.

Quinto: Se realizo la recolección de datos según criterios de inclusión y exclusión.

Sexto: Para el procesamiento y análisis de los datos se elaboró la base de datos a través del instrumento empleando el programa Excel 2013, luego se exporto la base de datos al paquete estadístico SPSS 23V para la tabulación de los resultados.

Séptimo: Los datos, se presentaron en tablas de frecuencias absolutas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio, se investigó las características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno 2020-2021; la muestra estuvo conformada por 120 gestantes que tuvieron el diagnostico de aborto incompleto, de quienes se extrajo características personales, maternas y gineco obstétricas de las historias clínicas en la ficha de recolección de datos.

Tabla 1. Características personales de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno2020-2021.

Características	Frecuencia	Porcentaje %
Edad		
Adolescente 12-18años	8	6,7
Joven 19-29años	57	47,5
Adulto >30años	55	45,8
Nivel de instrucción		
Nivel primario	32	26,7
Nivel secundario	56	46,7
Nivel superior no universitario	18	15,0
Nivel superior universitario	14	11,6
Lugar de procedencia		
Rural	70	58,3
Urbano	50	41,7
Estado civil		
Conviviente	83	69,2
Soltera	23	19,2
Casada	14	11,7
Ocupación		
Ama de casa	86	71,7
Estudiante	15	12,5
Trabajadora independiente	13	10,8
Trabajadora dependiente	6	5,0
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Ficha de recolección de datos características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno 2020-2021.

En la tabla N°1: Para las características personales de pacientes con aborto incompleto se encontró para edad el 47.5% (57) joven, 45.8% (55) adulto y 6.7% (8) adolescente. Para el nivel de instrucción 46.7% (56) curso nivel secundario, 26.7% (32) nivel primario, 15% (18) nivel no universitario y 11.6% (14) superior universitario. Para el lugar de procedencia 58.3% (70) procede de zona rural y 41.7% (50) de zona urbana. Para estado civil 69.2% (83) fueron convivientes, 19.2% (23) solteras y 11.7% (6) casadas. Para la ocupación 71.7% (86) fueron amas de casa, 12.5% (15) estudiantes, 10.8% (13) trabajadoras independientes y el 5% (6) fueron trabajadoras dependientes.

Tabla 02: Características gineco obstétricas de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno 2020-2021.

Características gineco obstétricas	Frecuencia	Porcentaje %
Número de parejas sexuales		
Una pareja sexual	29	24,2
Dos parejas sexuales	58	48,3
Tres parejas sexuales	27	22,5
Cuatro parejas sexuales	6	5,0
Uso de métodos anticonceptivos		
No	85	70,8
Si	35	29,2
Paridad		
Nulípara	36	30,0
Primípara	26	21,7
Multípara	55	45,8
Gran multípara	3	2,5
Periodo intergenésico PIG		
PIG normal (entre 18 a 60meses)	25	20,8
PIG largo (mayor a 60meses)	41	34,2
PIG corto (menor de 18meses)	28	23,3
No tuvo PIG	26	21,7
Antecedentes gineco obstétricos		
Ninguno	90	75,0
Aborto	24	20,0
Cesareada anterior	6	5,0
Enfermedad en el embarazo actual		
Ninguno	58	48,4
Anemia	26	21,6
Infección del tracto urinario	24	20,0
Infección vaginal	12	10,0
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno 2020-2021.

En la tabla N°2: Para las características gineco obstétricas de pacientes con aborto incompleto se encontró; según número de parejas sexuales 48.3% (58) tuvo dos parejas, 24.2% (29) una pareja, 22.5% (27) tres parejas y 5% (6) cuatro parejas sexuales. Según el uso de métodos anticonceptivos 70.8% (85) no utilizo método y el 29.2% (35) si utilizaron. Según la paridad 45.8% (55) fueron multíparas, 30% (36) nulíparas, 21.7% (26) primíparas y 2.5% (3) gran multíparas. Según el PIG 34.2% (41) tuvieron un PIG largo, 23.3% (28) PIG corto, 21.7% (26) no tuvieron PIG y 20.8% (25) tuvieron PIG normal. Según los antecedentes gineco obstétricos 75% (90) no presento ningún antecedente, 20% (24) presento aborto y el 5% (6) fue cesareada anterior. Según la presencia de alguna enfermedad en el embarazo actual 48.4% (58) no presento ninguna enfermedad, 21.6% (26) presento anemia, 20% (24) infección del tracto urinario y 10% (12) presento infección vaginal.

Tabla 03: Características clínicas de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno 2020-2021.

Características clínicas	Frecuencia	Porcentaje %
Edad gestacional del aborto		
4-5 semanas	22	18,3
6-7 semanas	39	32,5
8-9 semanas	25	20,9
10-11 semanas	21	17,5
12-13 semanas	11	9,2
14-15 semanas	2	1,6
Tratamiento del aborto incompleto		
Legrado uterino	120	100,0
Complicación post aborto		
Ninguna	100	83,3
Anemia	20	16,7
Total	202	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno 2020-2021.

En la tabla N°3: Para las características clínicas de pacientes con aborto incompleto se encontró; según la edad gestacional del aborto 32.5% (39) entre 6-7semanas, 20.9% (25) entre 8-9semanas, 18.3% (22) entre 4-5semanas, 17.5% (21) entre 10-11semanas, 9.2% (11) entre 12-13semanas y 1.6% (2) entre las 14-15 semanas de gestación. Según el tratamiento que recibieron el 100% (120) se les practico LU. Según las complicaciones post aborto 83.3% (100) no presento complicación y el 16.7% (20) presentaron anemia.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para las características personales de pacientes con aborto incompleto se encontró para edad el 47.5% joven, 45.8% adulto y 6.7% adolescente. Para el nivel de instrucción 46.7% curso nivel secundario, 26.7% nivel primario, 15% nivel no universitario y 11.6% superior universitario. Para el lugar de procedencia 58.3% procede de zona rural y 41.7% de zona urbana. Para estado civil 69.2% fueron convivientes, 19.2% solteras y 11.7% casadas. Para la ocupación 71.7% fueron amas de casa, 12.5% estudiantes, 10.8% trabajadoras independientes y el 5% fueron trabajadoras dependientes; **esto coincide con lo hallado por De Los Santos-Liñan (12), Vásquez (13), Vallejos-Escobar (14) y Valverde (15)** quienes encontraron que las pacientes con aborto incompleto tenían la edad que corresponde al grupo etario joven, grado de instrucción secundaria completa, eran amas de casa y convivientes. Probablemente esto se deba a que la mujer que inicia su vida reproductiva fluctúa en la edad mayor a 18 años, y su ocupación en muchas de ellas es el cuidado del hogar y de los hijos por lo que se quedan con estudios de nivel secundario por las responsabilidades asumidas.

Para las características gineco obstétricas de pacientes con aborto incompleto se encontró; según número de parejas sexuales 48.3% tuvo dos parejas, 24.2% una pareja, 22.5% tres parejas y 5% cuatro parejas sexuales. Según el uso de métodos anticonceptivos 70.8% no utilizo método y el 29.2% si utilizaron. Según la paridad 45.8% fueron multíparas, 30% nulíparas, 21.7% primíparas y 2.5% gran multíparas. Según el PIG 34.2% tuvieron un PIG largo, 23.3% PIG corto, 21.7% no tuvieron PIG y 20.8% tuvieron PIG normal. Según los antecedentes gineco obstétricos 75% no presento ningún antecedente, 20% presento aborto y el 5% fue cesareada anterior. Según la presencia de alguna enfermedad en el embarazo actual 48.4% no presento ninguna enfermedad, 21.6% presento anemia, 20% infección del tracto urinario y 10% presento infección vaginal; **esto coincide con lo hallado por De Los Santos-Liñan**

(12), Vásquez (13), y Vallejos-Escobar (14) quienes encontraron que las pacientes con aborto incompleto tuvieron partos anteriores y como antecedente abortos previos y entre 2-4 parejas sexuales. Probablemente esto se deba a que las mujeres que ya tienen hijos no desean aumentar el número de miembros en su hogar, de igual manera el inicio temprano de la vida sexual conlleva al mayor número de parejas sexuales, y el no uso de métodos anticonceptivos desencadena embarazos no planificados.

Para las características clínicas de pacientes con aborto incompleto se encontró; según la edad gestacional del aborto 32.5% entre 6-7semanas, 20.9% entre 8-9semanas, 18.3% entre 4-5semanas, 17.5% entre 10-11semanas, 9.2% entre 12-13semanas y 1.6% entre las 14-15 semanas de gestación. Según el tratamiento que recibieron el 100% se les practico LU. Según las complicaciones post aborto 83.3% no presento complicación y el 16.7% presentaron anemia; **esto coincide con lo hallado por Vásquez (13) y Valverde(15)** quienes encontraron que las pacientes con aborto incompleto tenían la edad gestacional entre 6-10 semanas y dentro de las complicaciones predomino la anemia. Probablemente esto se deba a que la mujer cuando ya percibe la ausencia de su ciclo menstrual recurre al descarte de un embarazo coincidentemente con la semana 6 de gestación, muchos de estos abortos incompletos terminan haciendo pérdida de sangre excesiva o por varios días lo cual conlleva a disminuir su nivel de Hb o hematocrito condicionando a la presencia de anemia.

CONCLUSIONES

1. Las características personales de pacientes con aborto incompleto fueron mujeres jóvenes, con nivel secundario, procedentes de zona rural, convivientes y amas de casa.

2. Las características gineco obstétricas de pacientes con aborto incompleto fueron mujeres con dos parejas sexuales, multíparas, con PIG largo, no utilizaron método anticonceptivo, la mayoría no presento antecedente gineco obstétrico ni enfermedad actual en el embarazo.

3. Las características clínicas de pacientes con aborto incompleto fueron; el aborto se practicó entre las 6-7semanas de EG, se les practico LU y la mayoría no presentaron complicación.

RECOMENDACIONES

Al personal de salud:

- Desarrollar estrategias y acciones que permita concientizar en mujeres jóvenes y adultas los riesgos y complicaciones a corto y largo plazo del aborto.
- Promover e incentivar la libre elección de métodos anticonceptivos en mujeres con edad fértil para contribuir en la disminución de casos de embarazos no planificados que terminen en abortos.
- Desarrollar coordinaciones con los agentes comunitarios para trabajar en las zonas rurales la prevención de aborto en mujeres en edad fértil.
- Concientizar a mujeres multíparas con PIG largo, la importancia de acudir a planificación familiar para prevenir abortos que con lleven a secuelas físicas y psicológicas en la mujer.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organizacion Mundial de la Salud. Aborto [Internet]. [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion

2. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guias de Practica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatologia. 2014.

3. Williams JW, Cunningham FG. Williams Obstetricia. Mexico: McGraw-Hill; 2015.

4. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of Spontaneous Abortion. Am Fam Physician. 1 de octubre de 2005;72(7):1243-50.

5. Mouri Mi, Hall H, Rupp TJ. Threatened Abortion. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/

6. Organizacion Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. [citado 14 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

7. Centro de Promocion y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Aborto [Internet]. 2018. Disponible en: https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf

8. Dugas C, Slane VH. Miscarriage. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/

9. Alves C, Rapp A. Spontaneous Abortion. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/

10. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. Lancet Glob Health. septiembre de 2020;8(9):e1152-61.

11. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/

12. De Los Santos Olórtegui KH, Liñan Aspajo EP. Características clínicas y antecedentes obstétricos en mujeres con diagnóstico de aborto incompleto programadas para aspiración manual endouterina en el Hospital Amazónico de

Yarinacocha periodo: agosto – diciembre 2020. 2022 [citado 12 de junio de 2022]; Disponible en: http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/6997

13. Vasquez Carmona RE. Características sociodemográficas y ginecoobstétricas del aborto incompleto en mujeres de 15 a 40 años atendidas en el Hospital II–1 Rioja, 2018. 2021 [citado 12 de junio de 2022]; Disponible en: https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3002232

14. Vallejos Diaz NM, Escobar Nuñez FL. Características Clínicas y Sociodemográficas en Pacientes con Aborto Incompleto en el Hospital Las Mercedes Durante El Año 2018. Univ Part Chiclayo [Internet]. 2020 [citado 12 de junio de 2022]; Disponible en: http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/657

15. Valverde Vinces BC. Características epidemiológicas y complicaciones en mujeres con aborto incompleto espontáneo atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2016. 2017 [citado 12 de junio de 2022]; Disponible en: https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2841802

16. Pawde AA, Ambadkar A, Chauhan AR. A Study of Incomplete Abortion Following Medical Method of Abortion (MMA). J Obstet Gynaecol India. agosto de 2016;66(4):239-43.

17. Távara Orozco L, Orderique L, Mascaro P, Cabrera S, Gutiérrez Ramos M, Paiva J, et al. Costos de la atención postaborto en hospital es de Lima, Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. 2012;58(4):241-51.

18. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, et al. Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep. 25 de abril de 2014;63(RR-04):1-54.

19. Kaluarachchi A, Tissera S, Jayatilleke AC, Suranga S, Guest P, Srinivasan K, et al. Service provider perceptions of the trend in severity of symptoms and complications in women admitted following an incomplete abortion. J Fam Med Prim Care. diciembre de 2018;7(6):1521-6.

20. Satti I, Satti MY, Salim NA, Mahmoud AO. Post-abortion care services at Red Sea State – Sudan. J Fam Med Prim Care. febrero de 2021;10(2):780-2.

21. Hernández R (Dankhe, 1986). Metodología de la investigación. 5ta edit. México. Editorial sponsor;2010.

22. Hernández R, Fernández C, y Bautista L. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill interamericana; 2014.

APENDICE

APENDICE Nº1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INVESTIGACIÓN: CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO, 2020-2021

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

N° de ficha: _____ N° de HC: _____
Fecha del llenado: ____ /_____/2022 Hora del llenado: ____: ____ horas

MARQUE CON UNA X LA ALTERNATIVA QUE REGISTRA EN LA HC DE LA MUJER

I. CARACTERISTICAS PERSONALES

Edad	Adolescente (12-18) ( ) Joven (19-29) ( ) Adulto (>30 años) ( )	**Estado civil**	Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Viuda ( ) Divorciada ( )
Nivel de instrucción	Sin estudios ( ) Nivel primario ( ) Nivel secundario ( ) Nivel superior no universitario ( ) Nivel superior universitario ( )	**Ocupación**	Ama de casa ( ) Estudiante ( ) Trabajadora dependiente ( ) Trabajadora independiente ( )
Lugar de procedencia	Rural ( ) Urbano ( )		

II. CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS

Número de parejas sexuales	Una pareja Dos parejas Tres parejas Cuatro parejas Mas de cuatro
Uso de métodos anticonceptivos	SI ( ) NO ( )
Paridad	Nulípara 0 partos ( ) Primípara 1 parto ( ) Multípara de 2 a 5 partos ( ) Gran multípara mayor o igual a 6 partos ( )
Periodo intergenésico	No tuvo PIG ( ) Corto (menor de 18meses) ( ) Normal (entre 18 a 60 meses) ( ) Largo (mayor a 60 meses) ( )
Antecedentes gineco-obstétricos	Ninguno Aborto Otros :
Enfermedades en el embarazo actual	Ninguno Anemia ITU Infección vaginal Otros

III. CARACTERISTICAS CLINICAS

Edad gestacional en que presento el aborto	**……..** semanas
Complicaciones del post aborto	**…….** **…….**
Tratamiento del aborto incompleto	AMEU ( ) LU ( ) Misoprostol ( )

APENDICE Nº2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON ABORTO INCOMPLETO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO, 2020-2021.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿Cuáles son las características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2020-2021?	**OBJETIVO GENERAL** Determinar las características de pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2020-2021. **OBJETIVOS ESPECIFICOS** Identificar las características personales de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno; 2020-2021. Identificar las características gineco obstétricas de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno 2020-2021. Identificar las características clínicas de las pacientes con aborto incompleto atendidas en el hospital de Apoyo Jesús Nazareno.	**Univariable** Características de pacientes con aborto incompleto	**Tipo de investigación** La presente investigación es de tipo observacional, retrospectivo, de corte transversal, y descriptivo. **Nivel de investigación** Es de nivel descriptivo. **Diseño de la investigación** El diseño de la investigación descriptiva simple, puede ser diagramado de la siguiente forma: M O M: Pacientes con aborto incompleto atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno. O: Características de pacientes con aborto incompleto.	**Población** La población estuvo constituida por todas las pacientes con aborto incompleto atendidas en el 2020-2021.1, siendo un total de 120. **Muestra** La muestra fue censal debido a que se trabajó con la totalidad de la población teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**. Técnica: la técnica que se aplicó para la recolección de datos fue el análisis documentario. Instrumento: el instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos.

APENDICE Nª3

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Fachada del Hospital

Trascribiendo los datos a las fichas de recolección

Búsqueda de HC de pacientes con aborto incompleto

APENDICE Nª4

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

SOLICITO REVISION DE HISTORIAS CLINICAS PARA ELABORACION DE TESIS "COMPLICACIONES AL TRATAMIENTO DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO 2019 -2021"

SR. DIRECTOR LIC. JULIO RONDINEL GARCIA DEL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO

S.D.

GOBIERNO ... DE AYACUCHO
... AYACUCHO
02 DIC 2021
Reg. N° ...
Hora: 10:00 Firma: ...

Yo, **NELIDA GOMEZ HUAMANI**, identificada con DNI N° 44703679 y con domicilio en Jr. Progreso N° 494 de esta ciudad. Obstetra de Profesión, con número de colegiatura COP N° 35412, y **AYDEE CRISOSTOMO LUDEÑA**, identificada con DNI N°72326279 y con domicilio en Quicapata MZ I lote 2A de esta ciudad. Obstetra de Profesión, con numero de colegiatura COP N°35452 ante Ud. Con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

Que, teniendo la necesidad de recopilar datos estadísticos y de historias clínicas para la elaboración de la tesis **"COMPLICACIONES AL TRATAMIENTO DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO 2019 -2021"**, para obtener el título académico en la Universidad Nacional de Huancavelica, el periodo de recopilación de datos es del 03 de diciembre al 11 de diciembre del presente año, por lo cual recurro a su digno despacho a fin de facilitarme y ordene a quien corresponda para dicho fin.

ADJUNTO

1. Matriz del proyecto.
2. Rol de turno.
3. Ficha de recolección de datos.
4. Recibo de tesorería.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted Sr. Director acceder a mi petición por ser justo.

NELIDA GOMEZ HUAMANI

AYDEE CRISOSTOMO LUDEÑA

Ayacucho, 02 de diciembre del 2021